



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

**Cáncer de mama y
emociones positivas:
Programa de
intervención**

Alumno: Isabel María Cruz Merino

Tutor: Dra. Encarnación Ramírez Fernández
Dra. Ana Raquel Ortega Martínez

Dpto: Departamento de Psicología

Diciembre, 2016

ÍNDICE

0. RESUMEN/ ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. ¿Qué son las emociones?.....	6
1.2. Emociones positivas.....	7
1.3. Optimismo y salud	10
1.4. Humor y salud	11
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	12
3. METODOLOGÍA	13
3.1. Participantes	13
3.2. Criterios de inclusión	13
3.3. Criterios de exclusión.....	14
3.4. Materiales	14
3.5. Diseño y procedimiento	15
3.6. Actividades.....	16
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

0. RESUMEN/ ABSTRACT

Numerosos estudios demuestran los beneficios de las emociones positivas en pacientes diagnosticados con la enfermedad de cáncer. Es necesaria la investigación en este campo, ya que la cifra de nuevos casos es cada día más elevada. El objetivo del presente documento es crear un programa de intervención, dirigido a mujeres que padecen cáncer de mama, cuya finalidad es aumentar el optimismo y fomentar el humor, disminuyendo a su vez la ansiedad y la depresión. Las hipótesis planteadas son: 1. En el grupo experimental una vez realizado el programa de intervención se observará un aumento del optimismo y del humor, y una disminución de la ansiedad y la depresión, con respecto al grupo control en lista de espera. 2. En el grupo experimental una vez realizado el programa de intervención, se producirá un aumento del optimismo y del humor, y una disminución de la ansiedad y de la depresión, dichos cambios perdurarán el tiempo.

Palabras clave: programa de intervención, emociones positivas y cáncer de mama.

Several studies prove the benefits of the positive emotions in patients diagnosed with cancer. Research in this field is necessary, as the number of new cases is increasing every day. The target of this document is to create an intervention programme, directed to women that suffer from breast cancer, whose purpose is to increase the optimism and to foster the humour, reducing the anxiety and the depression at the same time. The contemplated hypotheses are: 1. It will be observed an increase of the optimism and of the humour once the intervention programme is done in the experimental group and a decrease of the anxiety and of the depression, according to the control group on the waiting list. 2. It will be observed an increase of the optimism and of the humour once the intervention programme is done in the experimental group and a decrease of the anxiety and of depression, these changes will last over time.

Key words: intervention programme, positive emotions and breast cancer.

1. INTRODUCCIÓN

Aproximadamente, se detectan 22.000 casos nuevos de cáncer de mama cada año en España (Pastells y Font, 2014) siendo el tumor maligno más frecuente en mujeres y la primera causa de muerte (Guerra y Moreno, 2007). Martín, Herrero y Echavarría (2015) afirman que debido a estos datos, a la frecuencia y a la incidencia de esta enfermedad, hacen de ella un problema socio-sanitario de primer orden en nuestro país. En la mayoría de los casos, la enfermedad es diagnosticada entre los 35 y los 80 años de edad, siendo el rango de mayor reiteración entre los 45 y los 65 años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer de mama provoca una cifra de 500.000 muertes al año a nivel mundial. Por ello, es de vital importancia la detección precoz y la mejora de los tratamientos que se están llevando a cabo (Martín et al, 2015). El progreso es visible, tanto a nivel de diagnóstico como de tratamiento. En España, debido a la detección precoz y los avances terapéuticos la supervivencia en las pacientes ha aumentado en 5 años (Rodríguez y Font, 2013). Hoy en día se conoce la población que posee un alto riesgo de contraer la enfermedad y se pone a su disposición medidas preventivas, produciendo así una reducción de la mortalidad (López, Hernández, Chantar y Muñoz, 2015).

Según Martín et al. (2015) los siguientes elementos llamados factores de riesgo, se tienen en cuenta para determinar las mujeres que se localizan dentro del grupo vulnerable y que por tanto, deben formar parte del programa de vigilancia para así lograr una detección precoz o ciertas medidas adicionales. Se encuentran dentro de estos factores de riesgo:

- Edad: A mayor edad mayor incidencia de la enfermedad, en el período de los 45 a los 50 tiende a haber un equilibrio. La edad media en España de detección de la enfermedad es de 56 años (Martín et al. 2015).
- Estilo de vida: Una dieta rica en grasas y una vida sedentaria aumenta la probabilidad de sufrir cáncer de mama, útero, pulmón, próstata y ovarios (Martín et al, 2015).
- Nivel socioeconómico: Se ha relacionado un alto nivel económico, educacional y ocupacional con un mayor riesgo de padecer cáncer de mama (Martín et al. 2015).

- Componente hereditario: Aumenta el riesgo de padecer la enfermedad cuando existen antecedentes familiares. En concreto cuando existen “familiares de primer grado de consanguinidad” surge un aumento de riesgo de 1.5 a 3 veces comparado con la población normal (Rodríguez y Capurso, 2006).
- Embarazos: Martín et al. (2015) exponen que el número de embarazos o tener descendencia en una edad tardía, se ha encontrado como variable de riesgo en España, aumentando el padecimiento de la enfermedad en mujeres con menos de 45 años.
- Tratamiento hormonal: Grandes concentraciones de estrógenos incrementan el riesgo de sufrir la enfermedad (Martín et al, 2015) esto surge en mujeres con la aparición del primer ciclo menstrual precoz, con menopausia tardía o en mujeres que no han tenido descendencia, el riesgo se eleva de 1 a 1.8 con respecto a la población general (Rodríguez y Capurso, 2006).
- Lesiones mamarias: ciertas lesiones en la zona de la mama están unidas a un aumento de riesgo de contraer la enfermedad, como por ejemplo, adenosis esclerosante o carcinoma lobulillar in situ (Martín et al, 2015).

En el cáncer de mama el diagnóstico de la enfermedad y el posterior tratamiento invasivo repercuten en la persona, necesitando una gran adaptación psicológica. El paciente experimenta reacciones emocionales como miedo, ansiedad, pérdida de control, disminución de la autoestima, aislamiento, problemas de adaptación a los cambios físicos, malestar psicosocial, incredulidad, entre otras, que en conjunto pueden actuar disminuyendo la calidad de vida de la persona (Rodríguez y Font, 2013). Los tratamientos, quimioterapia y radioterapia, se desarrollan en largos períodos y conllevan efectos secundarios como alopecia, anorexia, diarrea, vómitos, anemia y cansancio, entre otros. Los costes psicológicos son elevados para los pacientes que padecen esta enfermedad, además de por las diferentes intervenciones y tratamientos a los que se ven expuestos produciendo desgaste físico visible, por el miedo a posibles recaídas o a la muerte (Bellver, Sánchez-Cánovas, Santaballa, Munárriz, Pérez-Fidalgo y Montalar, 2009).

Además de la relación inversa nombrada anteriormente de las emociones negativas que experimenta la persona que padece la enfermedad con la calidad de vida, Pastells y Font (2014) hablan de la relación directa encontrada, entre la calidad de vida

y el optimismo. De manera que “la expectativa generalizada de que van a ocurrir cosas positivas” correlaciona con una mejor salud.

La persona, entiende la salud como algo natural, no suele darle demasiada importancia hasta que se produce un cambio. Cuando se presenta una enfermedad y hay que intervenir, en ese momento, se extraña ese estado de armonía y entusiasmo de vivir. La definición de salud que recoge la Organización de la Salud (OMS) es “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

En el siglo XX, el estudio de la psicología se centraba en las patologías y en la debilidad del individuo, dominando el estudio de lo negativo pasando por alto las características positivas del individuo (Vera, 2006). Sin embargo, aunque, las investigaciones de estados de ánimo negativos son más elevadas que las de estados de ánimo positivos, Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009) y Pavez, Mena y Vera-Villaruel (2012) afirman que el eje de la psicología ha cambiado, aumentado el interés por el estudio de las variables positivas y el proceso salud-enfermedad, para lograr la prevención de ciertas enfermedades y un mayor bienestar. En el contexto actual, la llamada psicología positiva centra su estudio en las cualidades y en las características positivas del ser humano. Persigue mejorar la calidad de vida del individuo y la prevención de trastornos mentales o patologías, siempre desde una perspectiva científica (Vera, 2006).

Hoy en día, es innegable que los estados emocionales están relacionados de forma directa con la salud. La relevancia del tema, es indiscutible, surge la necesidad de que las personas diagnosticadas de cáncer de mama, reduzcan las emociones negativas que les ha producido la enfermedad y aumenten las emociones positivas que les lleven a una mejor calidad de vida.

1.1. ¿Qué son las emociones?

Vecina (2006), define las emociones como “tendencias de respuesta con un gran valor adaptativo, que tienen evidentes manifestaciones a nivel fisiológico, en la expresión facial, la experiencia subjetiva, el procesamiento de la información, etc. que

son intensas pero breves en el tiempo y que surgen ante la evaluación de algún acontecimiento antecedente”. Rodríguez, Del Pino y Alvaredo (2011) añaden que las emociones son procesos psicológicos, que en ocasiones actúan ante una amenaza a nuestro equilibrio físico o psicológico reestructurándolo. Mellado, Borrachero, Brígido, Melo, Dávila, Cañada, Conde, Costillo, Cubero, Esteban, Martínez, Ruiz, Sánchez, Garritz, Mellado, Vázquez, Jiménez y Bermejo (2014) recogen que las emociones son “una forma básica de regular la vida”, las cuales forman parte de nuestra estructura evolutiva, llevando a cabo la función adaptativa de la supervivencia de la especie. Estos autores continúan su estudio diciendo que las emociones pueden ser reacciones a estímulos pertenecientes al pasado, al presente o al futuro.

En cuanto a la clasificación de las emociones Moure et al. (2011) recogen la más común, teniendo en cuenta los efectos que producen las emociones, se clasificarían en emociones positivas o emociones negativas. Dentro de las emociones negativas entrarían algunas como el miedo, la ira y en el grupo de las positivas la alegría, el optimismo, el humor, etc. Fernández-Abascal (2013) habla de las emociones positivas como un estímulo corto en el tiempo que conlleva sensaciones placenteras o agradables.

1.2. Emociones positivas.

La definición de las emociones positivas, que recoge Fernández-Abascal (2013), son “un cambio fásico, concertado, generalmente adaptativo, de múltiples sistemas fisiológicos en respuesta a la evaluación de un estímulo que es valorado como agradable”. Avia y Vázquez (2009), dicen que las emociones son positivas, cuando la experiencia subjetiva es placentera, producen bienestar y colaboran a la ejecución de metas propias.

Según Pastells y Font (2014) las emociones positivas actúan como “efecto protector en el proceso de deterioro físico producido por la edad”. Vecina (2006) explica que cuando se experimenta una emoción positiva, la respuesta es poco específica y ambigua, pero los efectos y los beneficios existen. Según Fernández-Abascal (2013) estos efectos positivos se mantienen en el tiempo una vez que las emociones positivas cesan. Se encuentran agrupados en tres grupos fundamentalmente:

- Efectos sociales: Experimentar emociones positivas está relacionado directamente con una mayor facilidad de construir nuevas relaciones sociales, donde la risa sirve como ayuda para comenzar una interacción, actuando en ocasiones como reguladora de ciertas conductas antisociales. Además las emociones positivas inducen a las personas hacia la generosidad, promoviendo el altruismo. Debido a esto, experimentar emociones positivas se relaciona con un importante crecimiento personal, un mejor desarrollo propio y una mayor unión social (Fernández-Abascal, 2013).
- Efectos cognitivos: Las emociones positivas conducen a la formación de estrategias cognitivas precisas y producen un incremento en los recursos intelectuales personales. Actúan aumentando el rango de respuestas posibles ante un estímulo o problema, convirtiéndose en un pensamiento complejo con capacidad de integración de diferente información, en cambio, las emociones negativas tienden a reducir las formas de actuación siendo la persona que las experimenta más sistemática (Fernández-Abascal, 2013). Vecina (2006) apoya la idea de que las emociones positivas crean reservas de recursos para enfrentarnos al futuro, afirmando que las emociones positivas ayudan tanto a mejorar la capacidad de afrontamiento, como la resistencia personal y la resiliencia psicológica, cuando la persona se encuentra ante situaciones adversas. Una persona que se adapte al medio, resiliente, es capaz de experimentar emociones positivas en situaciones estresantes. Estas personas, experimentan elevados niveles de felicidad e interés por la vida. Los autores Barragán y Morales (2014) afirman que las emociones positivas conducen a la persona a un mayor bienestar y a experimentar felicidad.
- Efectos sobre la salud: Mora y Quintana (2010) añaden que otro de los beneficios de las emociones positivas tiene que ver con la salud directamente, ya que producen un mayor bienestar, calidad de vida y supervivencia. Fernández-Abascal (2013) también habla de la capacidad que poseen las emociones positivas, creando pensamientos más flexibles, entendiendo de manera más sencilla situaciones complejas y produciéndose un mayor distanciamiento emocional de sucesos negativos, que conllevan estrés. Arrayales, Martín, Rentería y Arenas (2015), hablan de la disminución significativa de los niveles de cortisol, y la mejora de la función del sistema inmune, a partir de la

experimentación de emociones positivas. Vecina (2006), afirma que las consecuencias de las emociones negativas se ven reducidas al sentir emociones positivas, y por tanto, hay menos deterioro del sistema cardiovascular.

Como se ha planteado anteriormente, se conoce que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, y que las emociones positivas van más allá de la simple ausencia de emociones negativas. Se ha comprobado la utilidad de las emociones positivas en la prevención de enfermedades, pudiendo reducir su intensidad y duración, además de llegar a niveles altos de bienestar subjetivo (Vecina, 2006). Barragán y Morales (2014) recogen como emociones positivas más usuales: el humor, el amor y la felicidad, además habla del optimismo como una emoción positiva básica.

Mora y Quintana (2010) afirman que es posible modificar pensamientos pesimistas, y llegar a desarrollar personalidad optimista.

Guil, Zayas, Gil-Olarte, Guerrero, González y Mestre (2016) expresan que aunque el estudio de las consecuencias psicológicas de las mujeres que sufren cáncer de mama está avanzando, aún queda mucho por conocer y abordar desde los ámbitos de la salud. Estos autores han realizado un estudio relacionando el bienestar psicológico percibido, el optimismo y la resiliencia en mujeres con la enfermedad en la provincia de Cádiz. Rodríguez y Font, (2013) observan como mujeres con cáncer de mama asistiendo a una terapia en grupo, disminuyen las emociones desadaptativas producidas por la enfermedad, mejorando así su calidad de vida.

López, Hernández, Chantar y Muñoz, (2015) crearon una consulta de valoración, en el complejo Hospitalario de Jaén, a disposición de enfermas de cáncer de mama y familiares, para valorar el riesgo de padecer la enfermedad, dar apoyo psicológico y tener mayor accesibilidad a la sanidad a estas personas.

Guerrero-Alcedo, Requena-Bastidas y Torrealba-Torres (2016) recoge una investigación de la relación tanto positiva como negativa del humor y la depresión en pacientes con cáncer de mama, obteniendo como conclusión que el sentido del humor permite una mayor adaptación a los cambios producidos por el tratamiento, reduciendo las tensiones y ayudando a una mejor expresión de los sentimientos. Debido a esto, el humor positivo se relaciona “una mejor calidad de vida y un mejor estado de salud”.

La mayoría de los programas de intervención se centran en trabajar las emociones negativas, en este programa de intervención las emociones que se modificarán serán las positivas, optimismo y humor, pudiendo repercutir en una disminución de las emociones negativas que más se producen en las pacientes de cáncer de mama, ansiedad y depresión. Todo unido a la finalidad de una mejora en la calidad de vida.

1.3. Optimismo y salud

Vera (2006), habla del optimismo como una “característica psicológica disposicional que remite a expectativas positivas y objetivos de futuro y cuya relación con variables como la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar han hecho de esta materia uno de los puntos centrales de la psicología positiva”. El optimismo, según recogen Vázquez et al. (2009), parece estar relacionado con la prevención de enfermedades, tanto en el sistema respiratorio como en el circulatorio. Vázquez et al. (2009) analizan un estudio compuesto por una muestra de 670 hombres, con edades comprendidas entre 45 y 89 años, el cual comprobó que el optimismo se relacionaba con mayores niveles de función pulmonar y con un deterioro más tardío, en esta función. Diez años más tarde, se concluyó que las personas optimistas tenían un 50% menos de riesgo, a la hora de padecer una enfermedad coronaria. Fernández- Abascal (2013), relaciona el optimismo con: un proceso de recuperación post-operatorio más rápido, un mejor funcionamiento del sistema inmunológico en personas con la enfermedad del SIDA y con ello, una supervivencia más elevada posterior al diagnóstico. Según Vera (2006), el optimismo calma el sufrimiento en personas que sufren enfermedades graves y favorece al bienestar en personas que no padecen dolencias. Una persona optimista experimenta un mayor bienestar y una mejora en su calidad de vida, aun sin sufrir trastorno alguno.

Las reacciones emocionales que produce la enfermedad de cáncer de mama en las mujeres que lo padecen, como pueden ser el miedo y la ansiedad (Rodríguez y Font, 2013), además de los efectos secundarios producidos por la quimioterapia (Bellver et al, 2009). Fernández-Abascal (2013), dice que el optimismo, ayuda al ser humano a superar trastornos que tienen que ver con el estado de ánimo. Se ha encontrado una

relación directa entre optimismo disposicional y cáncer de mama, como una creencia de la persona de que el futuro será más positivo que negativo, una persona optimista tiende a ajustarse a la enfermedad y con ello a recobrar la calidad de vida que poseía anteriormente a la enfermedad (Pastells y Font, 2014). Avia y Vázquez (2009) afirman que una persona optimista afronta mejor la adversidad, los problemas vitales, y así muestran una mayor resistencia a las posibles consecuencias psicológicas. El optimismo está relacionado inversamente con la ansiedad, el estrés y la depresión (Pavez et al. 2012). Pastells y Font (2014) afirman que el optimismo correlaciona con una mejor resistencia a los efectos psicológicos sufridos por el cáncer de mama. Ser optimista implica un aumento de los hábitos saludables y una disminución del sufrimiento en las mujeres que padecen esta enfermedad (Mora y Quintana, 2010). Castellano-Tejedor (2015) apoya la idea de que existe una correlación positiva entre optimismo y supervivencia oncológica. Personas que poseen una visión optimista cuando padecen una enfermedad, tienen una vida más prolongada, que las personas pesimistas (Pavez et al. 2012).

1.4. Humor y salud

Carbelo y Jáuregui (2006) definen el humor como la “capacidad para experimentar y/o estimular una reacción muy específica, la risa”, para Barragán et al, (2010), es definido como la capacidad que tiene una persona que “permite interpretar positivamente las situaciones que resultan amenazantes”. Carbelo y Jáuregui (2006) afirman que la risa es una reacción psicológica, que posee ciertos movimientos corporales característicos, además de una expresión facial identificable. “La capacidad de estar de buen humor imprime sentido de perspectiva a nuestros problemas” (Rodríguez et al, 2001). En cuanto a la risa, proporciona liberación física de tensiones acumuladas, ayuda a que el individuo conserve la estabilidad emocional, produciendo un óptimo funcionamiento del sistema inmune, ya que, cuando se produce una situación estresante, la función inmunológica decae y el riesgo de padecer una enfermedad coronaria aumenta, el sentido del humor es el encargado de afrontar estas situaciones de estrés y llegar a controlarlas, de manera que su daño sea el menor posible y la calidad de vida no se deteriore. Fernández-Abascal, (2013) y Barragán y Morales (2014) apoyan la

idea de que el humor produce beneficios en el sistema cardiovascular y en el sistema muscular.

El humor acompañado de la risa posee la capacidad de reducir los niveles de ciertas emociones negativas que produce la enfermedad del cáncer de mama, como la ansiedad y el estrés, produciendo así una mejor salud física y una mayor calidad de vida del ser humano (Vera, 2006). Cuando se experimenta buen humor se produce una mejor tolerancia al dolor que conlleva una enfermedad (Fernández-Abascal, 2013). Pastells et al. (2014) afirman que las mujeres con cáncer de mama usan el sentido del humor como una de sus estrategias para enfrentarse a la enfermedad. Carbelo y Jáuregui (2006) hablan de los beneficios psicológicos que produce el humor, nombrando entre ellos la reducción del estrés, el aumento de estados de alegría, un mayor bienestar y la prevención de la depresión. Bellver et al. (2009) recalcan el gran ajuste psicológico que requiere enfrentarse al tratamiento de quimioterapia que requiere el cáncer de mama, apuntan que de un 20 a un 35% de mujeres con la enfermedad “tienen una morbilidad psiquiátrica medible”. El sentido del humor actúa como un factor de protección ante las consecuencias negativas, las emociones positivas entre ellas el humor, reducen el estrés y la ansiedad en personas que padecen una enfermedad crónica, aumentando así el bienestar psicológico (Guerrero-Alcedo et al, 2016). Rodríguez et al. (2011) exponen que la risa, la reacción observable del humor, además de liberar tensiones acumuladas como se ha dicho anteriormente, mantiene al ser humano estable psicológicamente. Mora y Quintana (2010) hablan de los beneficios de trabajar la risa, aplicable a pacientes oncológicos, en forma de terapia complementaria o como prevención en el ámbito clínico. Entre estos beneficios se encuentra la elevación del estado de ánimo, la esperanza, la mejora de la relación médico-paciente y de la calidad de vida.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general:

El objetivo es crear un programa de intervención, dirigido a mujeres que padecen cáncer de mama, cuya finalidad es aumentar el optimismo y fomentar el humor. Produciendo a su vez un aumento de la calidad de vida debido a la disminución de la ansiedad y la depresión.

Objetivos específicos:

- a. Aumentar el optimismo y fomentar el humor positivo en mujeres que sufren cáncer de mama y se encuentran en tratamiento de quimioterapia.
- b. Disminuir la ansiedad y la depresión producida por la enfermedad de cáncer de mama.

Hipótesis:

1. En el grupo experimental una vez realizado el programa de intervención se observará un aumento del optimismo y del humor, y una disminución de la ansiedad y de la depresión, con respecto al grupo control en lista de espera.
2. En el grupo experimental una vez realizado el programa de intervención, se producirá un aumento del optimismo y del humor, y una disminución de la ansiedad y la depresión, dichos cambios perdurarán el tiempo.

3. METODOLOGÍA

3.1. Participantes

Mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que se encuentran recibiendo tratamiento de quimioterapia en el Complejo Hospitalario de Jaén. Concretamente el tamaño de la muestra será de 70 mujeres.

3.2. Criterios de inclusión

- Mujeres con cáncer de mama, actualmente en tratamiento de quimioterapia.
- Edad entre 40 y 50 años.

- Mínimo seis meses de enfermedad.
- Aceptación de inclusión en el programa.
- No consumir antidepresivos.

3.3. Criterios de exclusión

- Tipo de cáncer el cual su inicio no sea de mama.
- No estar en tratamiento de quimioterapia.
- Datos incompletos de la enfermedad necesarios para rellenar la entrevista.

3.4. Materiales

Las medidas de evaluación que se utilizarán serán:

- Entrevista estructurada que mide variables como edad, tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad y tratamiento actual.
- Test de Optimismo Life Orientation Test (LOT-R) (Scheier, Carver y Bridges, 1994). Usando la versión española que propone Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998), donde la fiabilidad del test es de 0.78 en el castellano original. Está formado por 10 ítems con escala Likert con puntuación hasta 5. De los 10 ítems, 3 tienen dirección optimista y otros 3 de dirección pesimista, los cuáles para su corrección tienen que invertirse, los 4 ítems resultantes sirven para despistar al sujeto, de manera que el test no sea tan evidente.
- Escala Multidimensional del Sentido del Humor MSHS (Thorson y Powell, 1993). Carbelo (2006) recoge la escala al completo y una fiabilidad que se encuentra entre 0.6 y 0.7. Este instrumento valora el humor desde diferentes puntos de vista como el uso del humor para hacerle frente a la vida, creación o generación del humor el sentido del juego, el reconocimiento y la apreciación del humor, las actitudes hacia el humor y la práctica y el uso del mismo en situaciones sociales. Consta de 24 ítems con escala Likert de cinco puntos, desde

0 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). La puntuación total se consigue con la suma de la puntuación de cada ítem.

- Escala Ansiedad-Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI-State Trait Anxiety Inventory) (Spielberg y Díaz Guerrero, 1975). Constituido por 20 enunciados y un alfa de cronbach de 0.89. Este cuestionario facilita la ansiedad que experimenta una persona cuando se expone a un estímulo que percibe como amenazante. Denominan ansiedad estado a la ansiedad percibida en un momento exacto, la cual suele ser de duración reducida.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Tomando como fiabilidad un alfa de cronbach de 0.83 (Sanz y Vázquez, 1998). Formado por 21 preguntas con respuesta múltiple. Las categorías evaluadas por esta escala son las siguientes: 1. ánimo, 2. pesimismo, 3. sensación de fracaso, 4. insatisfacción, 5. sentimientos de culpa, 6. sensación de castigo, 7. autoaceptación, 8. autoacusación, 9. ideación suicida, 10. llanto, 11. irritabilidad, 12. aislamiento, 13. indecisión, 14. imagen corporal, 15. rendimiento laboral, 16. trastornos del sueño, 17. fatigabilidad, 18. apetito, 19. pérdida de peso, 20. preocupación somática y 21. pérdida de la libido.

3.5. Diseño y procedimiento

Se llevará a cabo un estudio cuasi-experimental formado por dos grupos, experimental y control en lista de espera, con medidas pre-post y seguimiento posterior. Se realizará un diseño factorial 2 x 3, donde la variable independiente será la intervención realizada y la variable dependiente el cambio de los valores en optimismo, humor, depresión y ansiedad.

En cuanto al procedimiento, primeramente se informará individualmente de forma general sobre el estudio a las participantes, voluntariamente aceptarán o no formar parte del proyecto, rellenando posteriormente el consentimiento. Una vez elegida la muestra, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión, se llevará a cabo

la selección del grupo experimental y del grupo control en lista de espera, de forma aleatoria, completamente al azar. Una vez concluido esto, se llevará a cabo una evaluación inicial, donde cada participante, de ambos grupos, rellenará la entrevista inicial y los cuestionarios correspondientes. La cumplimentación se llevará a cabo mientras las pacientes esperan para recibir el tratamiento, siempre bajo supervisión. El tiempo de cumplimentación de los cuestionarios oscilará desde 20 minutos a 1 hora. En cuanto a la intervención, el grupo experimental completará las actividades del programa propuestas posteriormente. El programa se realizará en 3 sesiones. El grupo control permanecerá en lista de espera. Una vez realizadas las actividades, se procederá a la post-evaluación, donde tanto grupo control como experimental realizarán nuevamente los cuestionarios, los mismos que fueron administrados en la fase de evaluación inicial. Por último, tres meses después de la post-evaluación, se llevará a cabo un seguimiento, donde todas las participantes serán evaluadas para comprobar la validez del programa a través del tiempo.

3.6. Actividades

El programa consta de tres sesiones:

✓ Primera sesión: Toma de contacto.

En la primera parte de la sesión, se llevará a cabo una actividad cuya finalidad será que las participantes aprendan mecanismos de afrontamiento ante la enfermedad y sus consecuencias negativas, aplicando optimismo y humor. La actividad consistirá en primer lugar, en una toma de contacto o terapia grupal, donde se colocarán en círculo sentadas y empezarán a hablar sobre sus experiencias vividas en cuanto a la enfermedad. Estas experiencias pueden llegar a ser desde que se enteraron del diagnóstico hasta por ejemplo, el cambio físico que han padecido con los tratamientos de quimioterapia. Los profesionales que supervisen la actividad, deberán realizar feedback de manera que todas las participantes intervengan, y harán hincapié en los problemas que han ido encontrando y como en su día llegaron a solucionarlos. Una vez

expuestos los obstáculos por los que han pasado en las diferentes etapas de la enfermedad, se llevará a cabo una lluvia de ideas, tanto por parte de las participantes como de los profesionales encargados de impartir la sesión. De manera que se lleguen a conocer los mecanismos de afrontamiento más eficaces, siempre usando el optimismo y el humor, para llegar a solucionar los problemas expuestos anteriormente, de una manera más rápida y con menor sufrimiento. El mero hecho de relatar su historia alivia la tensión, además escuchar diferentes casos les hace sentir comprendidas.

Seguidamente, se les presentará a las participantes un vídeo específico (Inteligencia emocional- optimismo- Elsa Punset Redes RTVE). Este vídeo habla sobre el optimismo y presenta una actividad, la cual será realizada por las participantes una vez finalizado el video. La actividad a realizar es sencilla, se trata de realizar una tabla con tres columnas, en la primera se recogerá un recuerdo alegre, en la segunda el nombre de una persona que quieres y en la última, un deseo. Posteriormente, cada participante seleccionará un color para cada elemento que ha elegido, produciéndose una asociación de esos colores con los sentimientos positivos que producen los elementos de la lista. Por último, las participantes recortarán los colores elegidos en cartulinas y los pondrán en sitios que puedan verlos, de manera que cuando los observen experimenten las sensaciones positivas asociadas a ellos.

En cuanto a la duración de la sesión será aproximadamente de 90 minutos aproximadamente.

✓ **Segunda sesión: Recupera la risa, aprende a reír.**

En esta sesión se llevarán a cabo diferentes actividades propuestas a partir de la información expuesta en el libro de Mora (2009) para que la frecuencia de la risa aumente:

- Gimnasia facial y corporal: en cuanto a la gimnasia facial, las participantes aprenderán diferentes ejercicios para entrenar los músculos de la risa y esto conlleve a una mayor facilidad para que la risa aumente en nuestro día a día. Con respecto a la corporal, las participantes deben aprender que la risa conlleva movimiento, por ejemplo, una risa con saltos será más placentera, de esta

manera, la risa fluye más libremente y en un futuro será más espontánea y fácil de manifestar.

Las actividades que se proponen se realizarán frente a un espejo, las participantes comenzarán haciendo muecas, bostezos y estiramientos con los músculos de la cara. Después, forzarán la risa intentando mover el mayor número de zonas del cuerpo como brazos, tronco, cuello, pies...

- Recordar: la actividad práctica se realizará tumbadas y con los ojos cerrados, con música relajante de fondo, los profesionales explicarán a las participantes que evocar situaciones de la niñez pueden producir aún risa y bienestar en nosotros. Pensarán en un recuerdo de su niñez durante unos minutos. Se les aconsejará que cuando se encuentren ante una situación de estrés o decaídas, realicen este ejercicio.
- Vivir el presente, tener pequeños proyectos y saber contentarse: la actividad consistirá primero en una explicación a las participantes de la idea de saber disfrutar de lo cotidiano, de los pequeños detalles, simplemente proponiéndose pequeñas metas ya que estas producen menor estrés y son más gratificantes a corto plazo. Seguidamente, anotarán tres pequeñas metas que intentarán cumplir, disfrutando el momento, los días siguientes a la sesión.

La duración de esta sesión será de 90 minutos.

✓ Tercera sesión: Actividad terapéutica y tips para ser feliz.

En esta última sesión, se plantea inicialmente una actividad terapéutica recogida por Mora (2009). Los materiales necesarios serán de carácter audio o audiovisual específicos para esta actividad, ya que es necesario que se escuchen diferentes tipos de risa. Las participantes se encontrarán en una postura agradable y con los ojos cerrados, concentradas en distinguir las diferentes risas, donde posteriormente podrán decir cual les parecía más agradable, la que más les gusta, la más pegadiza, por ejemplo. Esta actividad sirve como estimulación, debido a las emociones positivas que sentimos cuando oímos reír a los demás.

Por último, se les presentarán a las participantes un decálogo con consejos mediante los cuales pueden mejorar su día a día si consiguen llevarlos a cabo. Se les pedirán que los anoten en diferentes hojas de papel y los peguen en zonas que vean cada día, como por ejemplo, en su habitación para que sea lo primero que vean cuando se despierten, en el frigorífico o al lado de la televisión.

1. Sonríe siempre, halla humor en lo cotidiano.
2. Rodéate de personas que te hacen reír y sentir bien.
3. Deja de estar a la defensiva y evita el estrés.
4. Acéptate, vístete con ropa alegre.
5. Canta tu canción favorita.
6. Aprovecha tus oportunidades.

Esta última sesión tendrá una duración de 60 minutos.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrayales Millán, E.M., Martín Dantas, E.H., Rentería, I. y Arenas Berumen, E. (2015). Libro de memorias en extenso. *Universidad Autónoma de Baja California. Facultad de deportes, campus Ensenada.*
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (2009). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983).
- Bellver, A., Sánchez-Cánovas, J., Santaballa, A., Munárriz, B., Pérez-Fidalgo, J.A. y Montalar, J. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología*, 6 (1), 139-154.
- Carbelo Baquero, B. (2006). Estudio del sentido del humor: validación de un instrumento para medir el sentido del humor, análisis del cuestionario y su relación con el estrés.
- Carbelo, B. y Jáurequi E. (2006). Emociones positivas: Humor positivo. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 18-30.
- Díaz-Guerrero, R. y Spielberg, C. (1975). Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE). *México: Ed: Manual Moderno.*
- Fernández-Abascal, E. G. (2013). *Emociones positivas*, Madrid: Ediciones Pirámide.
- Guerra, J.A. y Moreno, F. (2007). *Diagnóstico y tratamiento cáncer de mama*. Madrid: Gráficas Mafra.

- Guerrero-Alcedo J. M., Requena-Bastidas N. Y., Torrealba-Torres M.E. (2016). Bienestar psicológico, autoeficacia, estilos de humor y su relación con la salud. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 6 (2).
- Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., González, S. y Mestre, J.M. (2016). Bienestar psicológico, optimismo, y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 127-138.
- López García, M.A., Hernández Sánchez, M.D., Chantar Ruiz, L. y Muñoz García, C. (2015). Consulta de enfermería para valoración del riesgo familiar de cáncer de mama una realidad en el Complejo Hospitalario de Jaén. *Inquietudes: Revista de enfermería*, 20 (49), 2-15.
- Martín, M., Herrero, A. y Echavarría, I. (2015). El cáncer de mama. *Arbor Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 191-773.
- Mellado, V., Borrachero, A.B., Brígido, M., Melo, L.V., Dávila, L.A., Cañada, F., Conde, M.C., Costillo, E., Cubero, J., Esteban, R., Martínez, G., Ruiz, C., Sánchez, J., Garritz, A., Mellado, L., Vázquez, B., Jiménez, R. y Bermejo, M.L. (2014) Las emociones en la enseñanza de las ciencias. *Enseñanza de las Ciencias*, 32.3, 11-36.
- Mora Ripoll, R. y Quintana Casado, I. (2010). Risa y terapias positivas: Moderno enfoque y aplicaciones prácticas en medicina. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1), 27-34.
- Mora, R. (2009). *Medicina y terapia de la risa: manual*. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Morales Martínez, Cinthya Itzel; Barragán Estrada, Ahmad Ramsés; (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 103-118.
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A. & Castro, C. (1998). *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.

- Pastells Pujol, S. y Font Guiteras, A. (2014). Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(1), 19-29.
- Pavez, P., Mena, L. y Vera-Villarroel, P. (2012). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Universitas Psychologica*, 11(2), 369-380.
- Rodríguez Cuevas, S.A. y Capurso García, M. (2006). Epidemiología del cáncer de mama. *Medigraphic artemisa en línea* 74, 585-593.
- Rodríguez, E. y Font, A. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología*, 10(2-3), 275-287.
- Rodríguez, P. M., Del Pino, D. A., y Alvaredo, R. B. (2011). De lo psicológico a lo fisiológico en la relación entre emociones y salud. *Revista Psicología Científica.com*, 13, 13.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, Validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. y Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery and self esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1.063-1.078.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1993). Relationships of death anxiety and sense of humor. *Psychological Reports*, 72(3), 1364-1366.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Rahona, J.J., Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5, 15-28.
- Vecina Jiménez, M.L. (2006) Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo* 27 (1), 9-17.
- Vera Poseck, B. (2006) Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo* 27 (1), 3-8.