UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

TESIS DOCTORAL

MARÍA VICTORIA CEREZO GUZMÁN

DIRECTORAS

MARGARITA ORTIZ-TALLO ALARCÓN

VIOLETA CARDENAL HERNÁEZ

Variables Psicológicas en Pacientes con Cáncer y Aplicación de Tratamientos desde la Psicología Positiva

---

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN

Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

1 de Julio de 2011

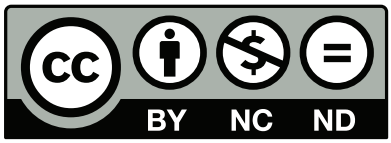
Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Publicaciones y
Divulgación Científica

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: M.ª Victoria Cerezo Guzmán

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons:
Reconocimiento - No comercial - SinObraDerivada (cc-by-nc-nd):
Http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/3.0/es
Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.
No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

Publicaciones y
Divulgación Científica

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Margarita Ortiz-Tallo Alarcón, Profesora Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, certifico que **Doña Mª Victoria Cerezo Guzmán,** ha efectuado bajo mi dirección la tesis doctoral titulada: *"**Variables psicol gicas en pacientes con C ncer y aplicaci n de tratamientos desde la Psicolog a Positiva**".*

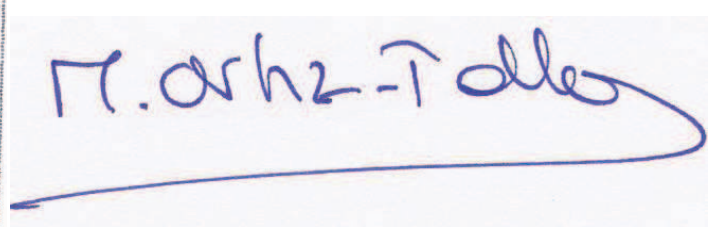
La investigación responde a los requisitos de una tesis doctoral y la metodología adoptada es apropiada a los fines de investigación.

Por tanto, entiendo que reúne los requisitos para optar al Grado de Doctora según la legislación vigente, y, en consecuencia, autorizo su depósito y posterior presentación y defensa ante el tribunal designado para tal fin.

Esta investigación forma parte del proyecto titulado "*Personalidad, Estr s cr nico y Salud*" subvencionado por el Ministerio de Educación y Ciencia, con el número de referencia BSO 2002-00910.

UNIVERSIDAD DE MALAGA
REGISTRO GENERAL
Entrada
Nº. 201100100010069
13/05/2011 09:24:11

En Málaga a 1 de mayo de 2011



Fdo: Margarita Ortiz-Tallo Alarcón

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

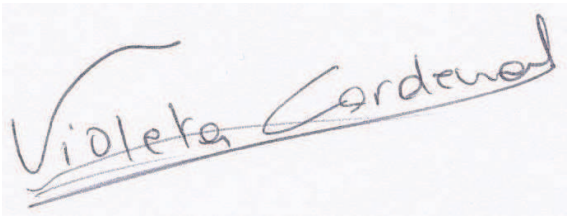
Violeta Cardenal Hernáez, Profesora Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, certifico que **Doña Mª Victoria Cerezo Guzmán,** ha efectuado bajo mi dirección la tesis doctoral titulada: *"**Variables psicol gicas en pacientes con C ncer y aplicaci n de tratamientos desde la Psicolog a Positiva**".*

La investigación responde a los requisitos de una tesis doctoral y la metodología adoptada es apropiada a los fines de investigación.

Por tanto, entiendo que reúne los requisitos para optar al Grado de Doctora según la legislación vigente, y, en consecuencia, autorizo su depósito y posterior presentación y defensa ante el tribunal designado para tal fin.

Esta investigación forma parte del proyecto titulado "*Personalidad, Estr s cr nico y Salud*" subvencionado por el Ministerio de Educación y Ciencia, con el número de referencia BSO 2002-00910.

En Málaga a 1 de mayo de 2011



Fdo: Violeta Cardenal Hernáez

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

A mis bebés, porque sé que

quieren tener una "mami doctora",

y a todas las personas que han hecho posible

que este sueño se haga realidad,

Gracias de corazón.

Publicaciones y
Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

AGRADECIMIENTOS

Cuando bebas agua, recuerda la fuente.

Proverbio Chino

Desde bien pequeñita, sabía que quería ser psicóloga. No tenía muy claro a qué se dedicaban estos profesionales cuando lo decidí, pero de algún modo supe que ese iba a ser mi camino. Y mis padres son los primeros a los que he de agradecerles esta tesis. Gracias a su esfuerzo y tesón, a su cariño e insistencia por querer que fuésemos personas destacables, a sus valores familiares, por enseñarnos a ser perseverantes, por todo ello y mucho más, hoy estoy redactando el final de mi tesis. Gracias también a mis cuatro hermanos, por vuestro inconmensurable apoyo y por hacerme el camino más entretenido y llevadero con tan buenos ratos como tenemos siempre.

Ciertamente creo que en esta vida, nada parece ser por casualidad. No creo que fuera casual que después de los años de formación, me empeñara en estudiar de nuevo. Yo quería ser una buena psicóloga y para ello debía seguir formándome. Y esos años y todos los que han acontecido después con los estudios de doctorado, se los debo agradecer muy especialmente a Raúl, que lleva acompañándome ya nueve años, enriqueciendo mi camino laboral, personal, emocional…, y ahora también familiar. Gracias por ser tan paciente, por tu sentido del humor, por enseñarme tanto, por tu optimismo y serenidad, por ser tan maravilloso como eres.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Y como digo, casualmente llegué un día a ASAMMA, acompañando a mi familiar para recibir de ellas, y justamente me encontré un lugar más que encantador, personas desconocidas que me abrieron su corazón. Gracias a las mujeres de esta asociación, he aprendido a ver desde el interior, a sacar lo mejor de las personas, porque todos tenemos esa chispa, esa energía, esa fuerza que nos impulsa a sonreír y alcanzar nuestras ilusiones. Y con ellas conseguí uno de mis grandes sueños: ser psicóloga. Mi trabajo en ASAMMA se ha convertido en la mejor forma de disfrutar de mis conocimientos, ya que profesionalmente ellas me han ido enseñando y dirigiendo a la psicología positiva, al quedarme deslumbrada de la gran fuerza interior que tienen, cada una por separado y mucha más todas juntas; por eso quiero agradecerles el haberme dejado ser creativa con ellas y dar rienda suelta a mis ideas, de las que han surgido momentos muy especiales, inolvidables, risas, emociones fuertes… con ellas he conseguido ser lo que soy; me siento muy afortunada por haber descubierto con ellas esa energía y haber logrado mediante las terapias sacar a la luz de cada una de ellas lo mejor de sí mismas.

Como no podía ser de otra forma, también tengo que estar muy agradecida por haberme cruzado en el camino con Margarita. Ella sí que me ha hecho crecer exponencialmente, porque siempre me ha animado y valorado, guiándome por el mejor camino, ofreciéndome oportunidades maravillosas, porque desde que la conozco todo lo que me va ocurriendo

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

es cada vez mejor. Gracias por acercarme a personas excelentes como Marta, con la que hemos conectado a la perfección hasta sincronizarnos en lo más “asombroso”; o como Violeta, a la que debo también agradecerle la confianza en mí depositada, la trasmisión de conocimientos e ideas, la disponibilidad… Gracias, queridas directoras por vuestro cariño, por tantos emails y encuentros emocional y profesionalmente productivos, por la paciencia, por haberme acompañado hasta aquí. Y porque estoy segura de que esta alianza de mentes y almas conectadas seguirá fluyendo y deslumbrándonos a todas.

Finalmente, quiero agradecer a todas las personas que de algún modo han contribuido a que esta tesis esté viendo la luz, personas que me animaron, amigos, compañeras de estudios, de doctorado, de fatigas… a todas las que me habéis hecho crecer íntegramente, incluidos estos dos bebés que vienen en camino y que sin duda quieren una “mami doctora”, ya que han estado esperando a llegar para coincidir con ella, y se han inventado todo tipo de excusas para ponerme a trabajar en la tesis, siendo mis principales inspiradores, fuente de soltura y fluidez de ideas.

A todos, gracias de corazón por haber estado ahí, y juntos haberme acompañado e impulsado a alcanzar esta meta.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

Índice

Publicaciones y
Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

Variables psicológicas en pacientes con Cáncer y aplicación de tratamientos desde la Psicología Positiva

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN **1**

PARTE TEÓRICA

1.- PSICOLOGIA DE LA SALUD **7**

2.- CÁNCER **17**

2.1.- CÁNCER DE MAMA **25**

3.- VARIABLES PSICOSOCIALES Y CÁNCER:

Un recorrido clásico **33**

3.1. PERSONALIDAD Y CÁNCER **36**

3.2. EMOCIONES Y CÁNCER **43**

3.2.1. Depresión **43**

3.2.2. Ansiedad **47**

3.2.3. Ira **49**

3.3. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO **52**

3.4. ESTILOS DE PERSONALIDAD: MODELO DE MILLON **58**

4.- PSICOLOGÍA POSITIVA: Un enfoque actual **67**

4.1. BIENESTAR Y FELICIDAD **73**

4.2. EMOCIONES POSITIVAS **78**

4.3. INTELIGENCIA EMOCIONAL **82**

4.4. OPTIMISMO **88**

Publicaciones y Divulgación Científica

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

4.5. RESILIENCIA **92**

4.6. AUTOESTIMA **96**

5.- TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN CÁNCER **103**

5.1. TIPOS DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER **104**

5.2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS GRUPALES EN PACIENTES CON CÁNCER **111**

6.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS **119**

MÉTODO

7.- PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN **125**

8.- ESTUDIO 1- EVALUACIÓN: DIFERENCIAS EN PERSONAS SANAS Y PACIENTES DE CÁNCER EN ASPECTOS PSICOLÓGICOS, Y SU VALOR PREDICTIVO EN LA EVOLUCIÓN DEL CÁNCER **129**

8.1. PARTICIPANTES **129**

8.2. MATERIAL **132**

8.3. PROCEDIMIENTO **139**

8.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO **140**

8.5. RESULTADOS **142**

8.6. DISCUSIÓN **149**

8.7. CONCLUSIONES FINALES Y LÍNEAS FUTURAS **158**

9.- ESTUDIO 2- TRATAMIENTO: DISEÑO, ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO POSITIVO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA **161**

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

9.1. PARTICIPANTES **162**

9.2. MATERIAL **163**

9.3. PROCEDIMIENTO **167**

9.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO **173**

9.5. RESULTADOS **175**

9.6. DISCUSIÓN **179**

9.7. CONCLUSIONES FINALES Y LÍNEAS FUTURAS **187**

10.- CONCLUSIONES GENERALES **189**

11.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **193**

12.- ANEXOS **251**

12.1. ANEXOS ESTUDIO 1- EVALUACIÓN **251**

12.1.1. Consentimiento informado **251**

12.1.2. Cuestionarios **252**

12.2. ANEXOS ESTUDIO 2- TRATAMIENTO **262**

12.1.1. Consentimiento informado **262**

12.1.2. Cuestionarios **263**

12.1.3. Tratamiento psicológico grupal (diapositivas de apoyo) **274**

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

Desde Hipócrates (460-370 a. C.) se estudia la relación entre lo psicológico y lo físico, considerando que lo importante era el enfermo y el hecho de enfermar desde una orientación globalista y dinámica, haciendo hincapié en el temperamento del paciente y en su historial clínico y biográfico, donde la patología se entendía como una reacción global del individuo.

La terapia iba encaminada a restablecer la armonía perdida, teniendo en cuenta las características personales y peculiares del entorno del enfermo.

Este planteamiento es un claro precedente de lo que hoy día debe considerarse en psicología de la salud y apoya la necesidad de tratar la patología del enfermo desde la integración de lo psicológico y lo médico.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

Introducción

Publicaciones y
Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

INTRODUCCIÓN

La posibilidad de alcanzar un sueño
es lo que hace que la vida sea interesante.
P. Cohelo

El cáncer es una enfermedad, cada vez más frecuente, que afecta a la vida de cada persona que lo padece de manera inminente. Vivimos en una sociedad que va deprisa y corriendo, llena de comodidades y tecnologías que nos hacen la vida más fácil aunque también nos induce al sedentarismo y al estrés, desatendiendo a nuestra dieta o nuestras necesidades más básicas. Pero cuando se recibe un diagnóstico de cáncer, el mundo se para en seco y la percepción de nuestra salud y nuestra vida se resquebraja. Desde 1975 la incidencia de cáncer ha acelerado su aumento progresivo en todos los países industrializados, sobre todo en población cada vez más joven, seguramente por los controles cada vez más precoces, se detectan más casos y aumenta la supervivencia. Muchos estudios se realizan en torno al cáncer, avances médicos, nuevos fármacos, mejores tratamientos, pero aún no se pueden asegurar sus causas ni su curación total.

Mi relación con el cáncer comenzó hace más de 7 años, cuando a un familiar le diagnosticaron esta enfermedad. Como a tantas personas, me tocó de cerca vivir la incertidumbre y el desasosiego anterior al diagnóstico, afrontar la noticia, asumir los cambios, capear los síntomas de los tratamientos, reajustar emociones y superar poco a poco la

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

enfermedad. Desde esos momentos, mi vocación profesional, por aquel entonces definiéndose, se centró en un tipo de personas con una vivencia muy específica, distinta a muchas otras, pero que sentí necesario profundizar para de algún modo aportar mi "granito de arena" a la sociedad, dedicando mi tiempo y mi ilusión a las personas con cáncer.

Psicológicamente, se lleva investigando arduamente durante muchos años sobre el cáncer: determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico de cáncer, relación entre cáncer y calidad de vida, estrés, emociones… El primer bloque teórico de esta tesis está dedicado a reflexionar sobre estas cuestiones.

En nuestro equipo de investigación, al que pertenecen profesionales de diversa índole como la medicina (oncología médica) y psicología, el interés se centró, entre otros aspectos, en el estudio de la personalidad y la salud/enfermedad, investigando sobre personas sanas y con diversas enfermedades relacionadas con el sistema inmunológico (véase alergias o el cáncer). Esta investigación forma parte del proyecto titulado "Personalidad, Estrés Crónico y Salud" subvencionado por el Ministerio de Educación y Ciencia, con el número de referencia BSO2002-00910.

El primer objetivo de esta tesis es analizar la influencia de determinados factores psicológicos y sociales en la salud mental y física, así como en la aparición y en la evolución de la enfermedad del cáncer.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Para ello, hemos estudiado personas sanas y pacientes de cáncer para analizar sus posibles diferencias en variables psicológicas como la personalidad, las emociones y los estilos de afrontamiento. Posteriormente, se ha querido explorar con un segundo estudio cuasiprospectivo, si la evolución de los pacientes con cáncer puede pronosticarse mediante las variables de personalidad, emociones y estilos de afrontamiento, intentando saber si éstas puede influir en la mejor o peor evolución de la enfermedad tras dos años de seguimiento.

Las circunstancias que me acercaron al cáncer también me brindaron la oportunidad de dedicar mi vida profesional a esta enfermedad y más concretamente al cáncer de mama. Desde que llegué a la *Asociación para la Atención a Mujeres operadas de Cáncer de Mama* (ASAMMA) hace 7 años, la relación clínica y directa con las pacientes me ha otorgado conocimientos, experiencias y más motivación por investigar en este campo. Los resultados encontrados en los pacientes con cáncer en cuanto a variables psicológicas como la personalidad, las emociones o los estilos de afrontamiento, y las distintas investigaciones que iba conociendo, me incitaron a seguir profundizando y me animaron a atreverme a diseñar un tratamiento psicológico grupal, que promoviera el bienestar de las personas con cáncer con las que convivo día a día: las mujeres con cáncer de mama. El segundo bloque teórico de esta tesis

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

está dedicado a los tratamientos psicológicos en cáncer y los aspectos de la psicología positiva que hemos contemplado en esta investigación.

La parte empírica trata de explicitar los cuatro estudios que hemos llevado a cabo, agrupados en dos: evaluación y tratamiento psicológico.

Los dos primeros están dedicados a la evaluación de variables psicológicas: el primero, trata de analizar las diferencias entre personas sanas y pacientes de cáncer en personalidad y emociones; y el segundo, con un diseño cuasiprospectivo, trata de explorar el valor predictivo de variables como la personalidad, emociones y estilos de afrontamiento, en cuanto a la evolución favorable o desfavorable de los pacientes tras dos años de seguimiento.

Los dos siguientes estudios están enfocados al tratamiento psicológico grupal en mujeres con cáncer de mama. El primero, consistió en el diseño y aplicación de un tratamiento psicológico grupal donde se trabajaba fundamentalmente la expresión de emociones (sobre todo la ira interna y regulación emocional), basado en el Modelo de Millon, pero enfocándolo en la Psicología Positiva, con una muestra de 175 mujeres, habiendo sido elegidas aleatoriamente las participantes y comparando sus resultados con un grupo control. El último estudio, para no incurrir en problemas éticos, fue la aplicación del mismo tratamiento psicológico grupal a las personas que formaron el grupo control anterior, que también obtuvo resultados positivos.

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La discusión y conclusiones de estos años de trabajo nos permiten darle un valor considerado a aspectos psicológicos como la represión de la ira interna en los pacientes con cáncer, lo que impulsó el diseño y aplicación de un tratamiento psicológico grupal en el que la expresión y regulación emocional fuese protagonista, cambiando el rumbo hacia una *salud positiva* (Seligman, 2008), analizando también las dificultades o limitaciones de cada estudio.

En esta tesis queda patente nuestra inquietud por trabajar con personas que han tenido que vivir una enfermedad que altera sus esquemas más arraigados, al mismo tiempo que puede ayudarles a vivir más intensamente y con un enfoque vital mejor que el anterior. Asimismo, son evidentes las implicaciones en prevención y tratamiento de esta enfermedad física, así como en el área de la prevención de la salud mental y física de las personas que viven la enfermedad del cáncer.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

Capítulo 1

Psicología de la Salud

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

CAPÍTULO 1: PSICOLOGÍA DE LA SALUD

El cuerpo humano es el carruaje;
el yo, el hombre que lo conduce;
el pensamiento son las riendas,
y los sentimientos, los caballos.
Platón (427 a.C.-347 a.C.)

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS, 1964) define la *salud* como: "*un estado de bienestar completo físico, psicológico y social y no solo ausencia de enfermedad o dolencia*". Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad.

El bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores y continuamente se nos invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud. Pensamientos, sentimientos y estilos de afrontamiento son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física; es lo que podríamos denominar integración mente y cuerpo. La OMS explica que dentro del contexto de la promoción de la salud, ésta es considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Se podría decir que es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Son muchas las personas que se quejan de que la medicina no logra curar sus enfermedades, principalmente en casos de enfermos crónicos. Esto es debido a que muchas veces se deja de lado una parte muy importante de la enfermedad: los aspectos emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología de la enfermedad como en su mantenimiento a lo largo del tiempo.

La enfermedad o salud es considerada como una unidad difícilmente divisible y lo que se manifiestan son determinados síntomas en lo psicológico o en lo físico, pero que siempre llevan unidos tanto en la etiología como en el desarrollo de la patología, factores predisponentes o coadyuvantes físicos y psicosociales.

Desde hace más de 2000 años, al ser humano le ha interesado conocer la influencia de la personalidad en la salud. Incluso muchos años antes, Hipócrates (460-377 a. C.), médico griego, quien podría considerarse uno de los primeros representantes de la psicología de la salud, propuso una incipiente definición de salud, considerándola como el resultado de un estado de armonía de la persona consigo misma y el exterior, mientras que la enfermedad devenía de la ruptura de ese equilibrio por causas naturales, entre las que incluía causas de naturaleza biológica y también relativas al comportamiento y la personalidad del individuo. Hipócrates declaró la existencia de cuatro

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

humores corporales (sanguíneo, bilis negra, bilis amarilla y flemático) y los consideró la base de la personalidad (Amigo, Fernández y Pérez, 2009; Taylor, 2007). La función de los tratamientos debía ser el restablecimiento del equilibrio de los humores para volver a estar sano. Y resulta interesante que Hipócrates planteara, hace tantísimo tiempo atrás, que una alimentación sana ayudaría a establecer el equilibrio de los humores, relacionando ya desde entonces un hábito saludable con una buena salud (Morrison y Bennett, 2008).

Posteriormente, uno de sus seguidores continuó teorizando sobre salud. De los estudios de Galeno en la antigua Roma resultaron las primeras relaciones entra la salud y la personalidad; Galeno, tomando en cuenta lo que Hipócrates descubrió, reconsideró estos elementos no sólo en relación con el temperamento, sino también como causas de la enfermedad. Así, pensaba que el humor predominante originaba un temperamento dominante y que su exceso conduciría a la enfermedad. Por ejemplo, un exceso de bilis negra produciría una personalidad melancólica, una depresión eventual y una enfermedad física asociada. Según Booth-Kewley y Friedman (1987), hoy en día se han reemplazado los humores por las hormonas, pero las tipologías básicas perduran en: el desesperado, melancólico o depresivo; el enfadado, hostil o colérico; el apático, flemático o alexitímico; y el rojizo, optimista o sanguíneo.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Con los estudios de Descartes se plantearon las bases del *Modelo Biomédico*, el dualismo cuerpo-mente, dos realidades separadas: el cuerpo como máquina y la mente como realidad espiritual. Así la enfermedad era el resultado de un fallo en la máquina, pero no tenía nada que ver con la mente, con lo que la enfermedad era básicamente una cuestión bioquímica, obviándose cualquier relación con factores psicosociales. Este dogma sería uno de los pilares del modelo biomédico, siendo el segundo de ellos, el reduccionismo. El *Modelo Biomédico* asume que la enfermedad es cuestión de reacciones físicas y químicas, que tiene una patología subyacente que puede curarse con una intervención médica, y por tanto, se aborda la enfermedad atendiendo a sus aspectos físicos sin tener en cuenta a "la persona que hay detrás de la enfermedad" (Amigo et al., 2009; Engel, 1977; Morrison y Bennett, 2008).

Engel (1977) consideró insuficiente este modelo en cuanto a que no confió en que los aspectos bioquímicos fuesen las únicas causas que expresasen la enfermedad. Este autor no estaba de acuerdo con los planteamientos del modelo por varias razones, entre ellas, las siguientes: uno de los aspectos claves de su crítica es que la información sobre el padecimiento de la enfermedad la proporciona el propio paciente, con la consiguiente subjetividad que ello conlleva, por lo que la exactitud del diagnóstico se cuestionaría de algún modo; la siguiente crítica viene

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

dada por la ignorancia de las situaciones vitales que determinan la salud de las personas; también, porque los factores psicológicos y sociales son fundamentales para concretar si la persona está sana o enferma; y por último, porque el modelo biomédico también puede fracasar en cuanto a las soluciones para la recuperación de la enfermedad, destacando que el tratamiento en parte depende de la relación médico-paciente, a la que Engel otorga gran importancia.

Ante las dificultades del modelo biomédico, otros autores proponen el *Modelo Biopsicosocial*, que sostiene como determinantes de la salud y enfermedad el conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales (Reig, 2005), es decir, la salud y enfermedad tienen múltiples causas y efectos, siendo la salud algo que se alcanza cuando la persona tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales. Este modelo asume que el proceso de diagnóstico debe considerar el papel interactivo de estas necesidades, pues el mejor diagnóstico es el que se hace desde una perspectiva multidisciplinar, ajustando el tratamiento a las particularidades de cada persona, considerando su estado de salud en conjunto y valorando la relación médico-paciente.

Y es en este contexto en el que surge la *Psicología de la Salud*, la disciplina que asume el estudio de la interacción entre variables psicosociales y enfermedad/salud, una rama de la psicología que nace a finales de los años 70 siguiendo las bases del modelo biopsicosocial,

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

según el cual la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés…) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad.

La definición de Matarazzo en 1980 ha sido ampliamente aceptada y aprobada por la División de Psicología de la Salud de la Asociación Psicológica Americana, y es la siguiente: "*La psicología de la Salud es el conjunto de las contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de su etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones relacionadas a ella, para el análisis y mejora del sistema de cuidado de la salud y para la formación de la política sanitaria*".

La Psicología de la Salud enfatiza principalmente la evaluación y modificación de comportamientos y actitudes que conducen al trastorno o contribuyen a la enfermedad, una vez instaurada. También se centra en estudiar y delimitar los rasgos psicológicos, actitudes y cogniciones que favorecen un estilo de vida saludable y fortalecen la salud física, protegiéndola frente a enfermedades, haciendo más hincapié, por tanto, en la prevención que en la aparición y curso de la patología.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Las líneas de trabajo de la Psicología de la Salud están básicamente enmarcadas en las siguientes: *la promoción y mantenimiento de la salud*, destinada a fomentar hábitos saludables; *la prevención y tratamiento de la enfermedad*, modificando hábitos insanos y procurando la adaptación y afrontamiento adecuado de la enfermedad; *el estudio de la etiología y correlatos de salud, enfermedad y disfunciones*, en las que se profundiza en las causas posibles y modificación de hábitos que puedan estar relacionados; y por último, *el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud,* donde se analizaría el impacto de las instituciones y profesionales sanitarios sobre el comportamiento de la población en cuanto a su salud (Amigo et al., 2009).

Los focos de estudio de esta disciplina también podemos clasificarlos, principalmente, según sean dirigidos al tratamiento de la enfermedad o a la promoción de la salud. En el tratamiento de las enfermedades, los temas fundamentales son: el papel del estrés en el desarrollo de las enfermedades, la adhesión a los tratamientos terapéuticos, el dolor como problema central de muchos trastornos psicofisiológicos (muy especialmente, el dolor crónico), y las enfermedades crónicas, que son a las que le dedican gran parte del trabajo los profesionales de las psicología de la salud, ya que las investigaciones y desarrollo de planes de intervención se han centrado en enfermedades tan diversas como la hipertensión y otros trastornos

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

cardiovasculares, síndrome de intestino irritable, dolor crónico, asma, cáncer, artritis y otras enfermedades reumáticas, diabetes, SIDA, dolor de cabeza, úlcera, dismenorrea, etc.

En la promoción de la salud, se encarga de fomentar sobre todo hábitos saludables, especialmente en cuanto a la alimentación, control del peso y la dieta, realización de ejercicio físico, y prevenir en hábitos insanos como el alcohol y el tabaco. Entre las acciones que se dirigen para la promoción de la salud, destacan la adquisición y mantenimiento de comportamientos saludables, por tanto cuidar de la calidad de vida de las personas, generalmente volcados con la infancia y adolescencia, al ser edades en las que los individuos comenzamos a desarrollar esos hábitos, saludables o no, y los solemos mantener hasta la adultez o vejez. Y en cuanto a las acciones dirigidas a la prevención de la enfermedad, esta faceta implica la reducción y eliminación de aquellos comportamientos de riesgo que estén relacionados con el padecimiento de algunas enfermedades (Amigo et al., 2009; López, 2000).

Para terminar con este capítulo, queremos definir en qué consiste tener además de salud física, *salud psicológica*. De los estudios de entre otros autores, Spitz (1945), se demostró que la falta de afectos adecuados desde muy temprana edad produce alteraciones a distintos niveles psicobiológicos, inteligencia y personalidad. Quiere decir que el

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

aspecto psicológico es verdaderamente muy importante para la integridad mental y la salud general del individuo.

Por *Salud Psicológica* entendemos generar, desarrollar y mantener conductas sanas, productivas, adaptadas positivamente en el ser humano, que redunden en el cuidado de su salud física. Cuando hablamos de personas que tienen una buena *salud psicológica*, nos estamos refiriendo a aquellos individuos que mantienen un equilibrio entre sus deseos y las exigencias de la sociedad, experimentan bienestar personal y tienen buenas relaciones con los demás. El término salud psicológica sugiere un cierto grado de felicidad y satisfacción, bajo condiciones que garanticen ese estado saludable, y una capacidad de establecer relaciones personales que permitan al individuo su adaptación. Los trastornos o enfermedades crónicas suponen grandes fuentes de estrés y permanentes esfuerzos de adaptación a sus vidas cotidianas en las personas que las padecen, lo que puede poner en riesgo su salud psicológica.

Manteniendo una adecuada salud psicológica, se podría reducir y detener el incremento de personas psicológicamente vulnerables, proclives a desarrollar conductas disfuncionales, enfermedad mental, etc. Por eso resulta tan importante tener en cuenta el comportamiento en el mantenimiento y la recuperación de la salud, ya que en caso de

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

enfermar, fomentando hábitos saludables se podría mantener de forma más estable esa salud recientemente recuperada.

En esta tesis vamos a centrarnos en exclusividad en la enfermedad del cáncer, intentando analizar todos los factores intervinientes en su aparición y progreso, así como los tratamientos psicológicos que se están realizando para favorecer de algún modo la salud de estos pacientes.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Capítulo 2 Cáncer

Publicaciones y
Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

CAPÍTULO 2: CÁNCER

Aquel que tiene un por qué para vivir,
se puede enfrentar a todos los "cómos".
F. Nietzsche (1844-1900)

El cáncer es actualmente la primera causa de muerte en los países desarrollados para los hombres y la segunda para las mujeres. Cada minuto fallece en el mundo una persona a causa de esta enfermedad, uno de cada tres europeos padecerá un cáncer a lo largo de sus vidas y uno de cada cuatro morirá. La Organización Mundial de la Salud alerta que más del 12 por ciento de las muertes que se producen cada año son causadas por cáncer y si la tendencia actual se mantiene, está previsto que en 2020 sean 16 millones los nuevos casos de tumores malignos diagnosticados en el mundo y que casi 11 millones de personas mueran a causa de esta enfermedad. Los datos estadísticos no hacen más que reflejar la intensidad y frecuencia con que muchos de nosotros habremos de afrontar como profesionales, pacientes o familiares el sufrimiento producido por esta patología (American Cancer Society, 2010; Ortega et al., 2004).

En las tablas que se muestran a continuación, extraídas del estudio de Domenech, Pérez-Gómez, Aragonés, Pollán y López-Abente, (2009), queda clara la magnitud del problema que estamos tratando, ya que, en España, la primera causa de muerte para los hombres a partir de los 40 años es el cáncer, y de las mujeres entre los 20 a los 80 años.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 4.2. Número de defunciones registradas para las 15 causas de muertes más importantes por edad y sexo, para el conjunto de España. Hombres, 2006.

	Todas las edades		De 1 a 19 años		De 20 a 39 años		De 40 a 59 años		De 60 a 79 años		De 80 y más años	
1º	**Cáncer**	**61184**	Accidentes	466	Accidentes	2428	**Cáncer**	**10097**	**Cáncer**	**33574**	**Cáncer**	**16590**
2º	E. corazón	36139	**Cáncer**	**172**	**Cáncer**	**744**	E. corazón	3894	E. corazón	15203	E. corazón	16540
3º	E. cerebrovascular	13777	Malf.congénitas	68	Suicidio	699	Accidentes	1820	E. cerebrovascular	5453	E. cerebrovascular	7291
4º	E. crónica resp.	10751	Suicidio	39	E. corazón	464	Cirrosis	1288	E. crónica resp.	4487	E. crónica resp.	5944
5º	Accidentes	7889	E. corazón	33	Sida	286	E. cerebrovascular	902	Accidentes	1818	Gripe/Neumonía	2516
6º	Gripe/Neumonía	4079	E. cerebrovascular	14	E. cerebrovascular	115	Suicidio	752	Cirrosis	1753	Nefritis	1850
7º	Diabetes	3808	Tum. benignos	14	Homicidio	103	Sida	664	Diabetes	1743	Alzheimer	1848
8º	Cirrosis	3481	Homicidio	14	Cirrosis	100	E. crónica resp.	299	Gripe/Neumonía	1271	Diabetes	1763
9º	Nefritis	3050	Gripe/Neumonía	11	Malf.congénitas	65	Diabetes	285	Nefritis	1059	Accidentes	1343
10º	Alzheimer	2798	Inf.mening	10	Tum. benignos	56	Gripe/Neumonía	224	Alzheimer	934	Parkinson	774
11º	Suicidio	2482	Meningitis	7	Gripe/Neumonía	49	Tum. benignos	196	Aneurisma aorta	862	Aterosclerosis	766
12º	Tum. benignos	1812	E. crónica resp.	6	Septicemia	24	Hepatitis	190	Tum. benignos	798	Tum. benignos	741
13º	Aneurisma aorta	1613	Septicemia	6	Hepatitis	24	Aneurisma aorta	190	Suicidio	689	HTA	729
14º	Septicemia	1565	Sida	3	Aneurisma aorta	23	Septicemia	158	Septicemia	659	Septicemia	712
15º	Parkinson	1284	Causas perinatales	3	Nefritis	16	Nefritis	122	Parkinson	497	Aneurisma aorta	537

Tablas 4.2 y 4.3, extraídas de Domenech, Pérez-Gómez, Aragonés, Pollán y López-Abente (2009).

Tabla 4.3. Número de defunciones registradas para las 15 causas de muertes más importantes por edad y sexo, para el conjunto de España. Mujeres, 2006.

	Todas las edades		De 1 a 19 años		De 20 a 39 años		De 40 a 59 años		De 60 a 79 años		De 80 y más años	
1º	E. corazón	40727	Accidentes	131	**Cáncer**	**798**	**Cáncer**	**5754**	**Cáncer**	**16436**	E. corazón	30397
2º	**Cáncer**	**36862**	**Cáncer**	**99**	Accidentes	434	E. corazón	882	E. corazón	9274	E. cerebrovascular	14147
3º	E. cerebrovascular	18981	Malf.congénitas	59	Suicidio	168	E. cerebrovascular	483	E. cerebrovascular	4267	**Cáncer**	**13770**
4º	Alzheimer	6363	E. corazón	17	E. corazón	149	Accidentes	410	Diabetes	1684	Alzheimer	5037
5º	Diabetes	5852	Suicidio	16	Sida	110	Cirrosis	266	Alzheimer	1305	Diabetes	4057
6º	Accidentes	3773	Tum. benignos	14	E. cerebrovascular	75	Suicidio	238	Accidentes	939	Gripe/Neumonía	3007
7º	Gripe/Neumonía	3753	Septicemia	10	Homicidio	47	Sida	151	E. crónica resp.	853	E. crónica resp.	2597
8º	E. crónica resp.	3552	E. cerebrovascular	9	Malf.congénitas	45	Tum. benignos	119	Cirrosis	705	Nefritis	2315
9º	Nefritis	3073	Gripe/Neumonía	7	Tum. benignos	34	Diabetes	96	Nefritis	691	HTA	1874
10º	HTA	2358	Cau.perinata	6	Septicemia	28	Gripe/Neumonía	89	Gripe/Neumonía	623	Accidentes	1852
11º	Septicemia	1811	Homicidio	6	Gripe/Neumonía	24	E. crónica resp.	80	Septicemia	565	Aterosclerosis	1602
12º	Aterosclerosis	1758	Meningitis	6	Cirrosis	24	Septicemia	61	Tum. benignos	551	Septicemia	1143
13º	Tum. benignos	1560	E. crónica resp.	4	E. crónica resp.	18	Nefritis	56	HTA	458	Parkinson	848
14º	Cirrosis	1278	Anemias	4	Diabetes	15	Malf. Congénitas	53	Parkinson	360	Tum. benignos	838
15º	Parkinson	1224	Inf. meningoc.	4	Embarazo/Parto/Perpuerio	12	Hepatitis	50	Hepatitis	276	Colelitiasis	645

La relevancia del cribado del cáncer, por sus implicaciones tanto para la población como para los sistemas sanitarios, comporta la necesidad de establecer y revisar permanentemente la evidencia científica sobre su efectividad (Castells et al., 2009). Algunos cribados, como el de cuello de útero o de mama, aunque establecidos desde hace años, siguen en constante revisión, bien porque aparecen nuevas tecnologías aplicables a las pruebas de cribado (mamografía digital, citología líquida) (Pisano et al., 2005; Ronco et al., 2007) o porque se van

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

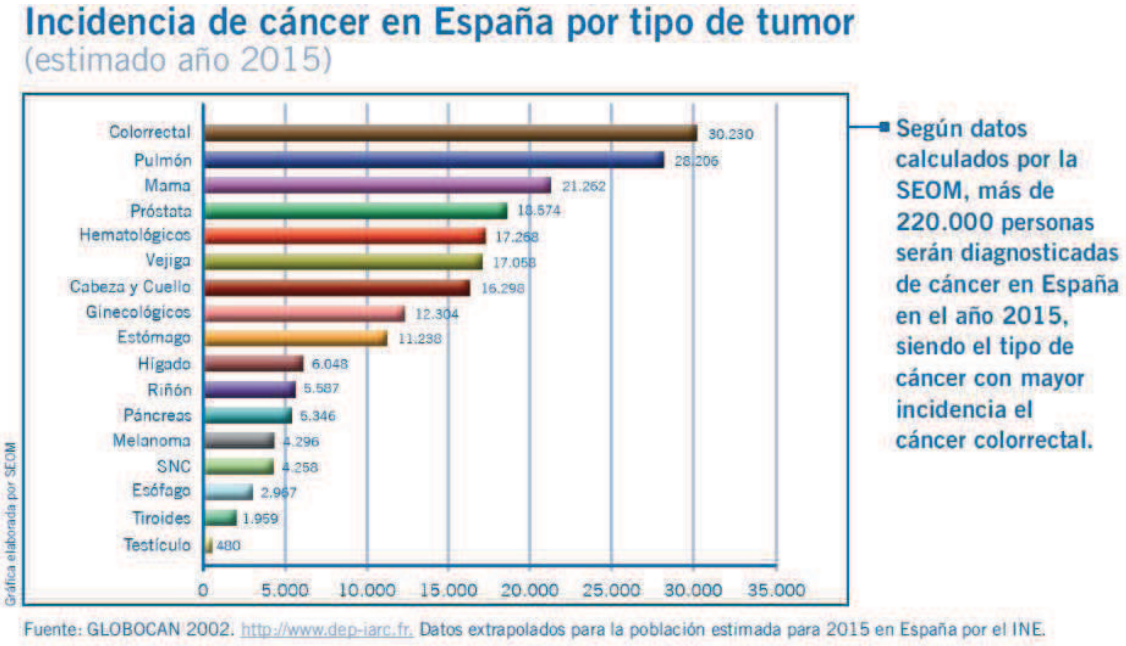
conociendo nuevos aspectos de la historia natural de la enfermedad, como ha sido la asociación causal entre el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de cuello uterino. En el cribado de otros tipos de tumores, como pueden ser el de colon y recto se debate sobre cuál de las pruebas es más eficiente.

Por estas razones, aunque es necesario seguir revisando las directrices y recomendaciones en función de las nuevas evidencias científicas, también deberían analizarse las discrepancias entre práctica y evidencia, y utilizar los resultados obtenidos como orientación para nuevas evidencias o modelos organizativos que permitan lograr una mayor efectividad (Castells et al., 2009).

La incidencia global prevista de cáncer para la población española en el año 2015 es de 222.069 personas (136.961 varones y 85.108 mujeres), según los datos de la Sociedad Española de Oncología Médica (en adelante, SEOM) (2010), siendo el tipo más frecuente el cáncer colorrectal, por delante, en términos globales, del cáncer de pulmón y el cáncer de mama (SEOM, 2010). La variabilidad geográfica del cáncer de vejiga se parece a la del cáncer de pulmón reflejando el papel del consumo de tabaco, que constituye el agente etiológico más importante. Dentro de nuestro país, el mayor número de casos de cáncer se detecta en los registros de Girona, Murcia, Navarra y Tarragona. La mortalidad es, sin embargo, más alta en Andalucía, Comunidad Valenciana y La

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Rioja (Domenech et al., 2009). El dato más importante es que los aumentos de mortalidad observados para los cánceres del aparato genital femenino hasta principios de los años 90, finalmente se han invertido. La mortalidad por cáncer de mama, cérvix y ovario muestra un cambio en la tendencia en las últimas dos décadas de diferente magnitud dependiendo del tipo de cáncer y del grupo de edad. El cáncer uterino es el único tumor en el que se ha observado un descenso paulatino desde el año 1975.



La evolución de la enfermedad de cáncer suele ser silenciosa, a largo plazo, en años incluso en décadas, al contrario que muchas enfermedades infecciosas, las cuales tienen un curso clínico que se puede estimar en días o incluso horas. Un cáncer clínicamente detectado puede estar desarrollándose durante años (en casos de crecimiento

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

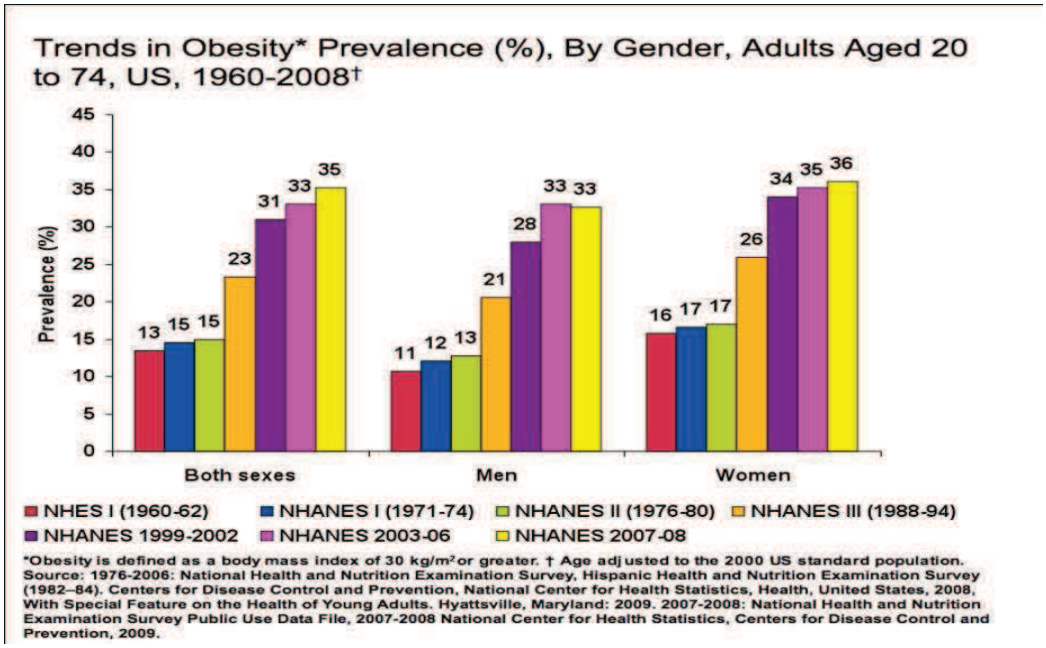
acelerado como la leucemia) o décadas (en casos de crecimiento más lento como el cáncer de mama, próstata o colon) (Dattoli et al., 2009). Da la impresión como si el sistema defensivo del organismo no se diera cuenta de que ciertas células estuvieran ganando terreno en el buen funcionamiento y organización del cuerpo humano y pasaran desapercibidas esas células malignas por el control defensivo interno. El sistema inmune es un sistema de defensa general del organismo frente a los agentes patógenos y cada día se enfrenta con cientos de microorganismos que quisieran entrar a colonizar el interior del cuerpo (Bovbjerg, 1990; Servan- Schreiber, 2007). El sistema inmunológico está preparado para vigilar y cuidar de nosotros, pero son muchas las enfermedades en las que se encuentra fuertemente comprometida la función del sistema inmune (alergia y problemas de piel, artritis reumatoide, sida, cáncer, enfermedades infecciosas, etc.) y de variada sintomatología.

Muchas investigaciones sobre la etiología del cáncer ponen de manifiesto el bajo peso de la genética en la aparición de la enfermedad, demostrando que el estilo de vida está relacionado de manera significativa con la vulnerabilidad al cáncer (Garssen, 2004; Grossarth-Maticek y Eysenck, 1991; Holland, 1990; Horne y Picard, 1979; Levenson y Bemis, 1995; Lichtenstein et al., 2000; Servan-Schreiber, 2007; Temoshock et al., 1985). Parece, en este sentido, que los hábitos de vida

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

sedentarios de la sociedad actual y la mala alimentación están incidiendo en la aparición del cáncer, generados, entre otras múltiples causas, por el aumento de la obesidad en los últimos años y la mayor esperanza de vida. La Organización Mundial de la Salud indica que, a nivel global, existen unos 250 millones de personas obesas, es decir, un 7% de la población mundial, lo que lo consideran ya una epidemia, por ser un gran problema de salud pública en países desarrollados debido al impacto que tiene en la esperanza y calidad de vida de las personas afectadas. El 90% de los casos de obesidad se deben a causas exógenas: por alteraciones conductuales (no fisiológicas o genéticas). Si observamos cómo afecta la obesidad en Europa, se estima que más de la mitad de la población de entre 35 y 65 años tiene sobrepeso u obesidad, siendo la tendencia de España similar: en la actualidad la obesidad afecta al 13,2% de los hombres y al 17,5% de las mujeres de entre 25 y 64 años (García-Oria, Armengol, Ortiz y Codina, 2010). Y esto no sería relevante si no fuese por la relación que se está encontrando entre la obesidad y el cáncer, ya que algunos tipos de cáncer tienen mayor riesgo de aparición en obesos, como el cáncer de endometrio o el de mama y colorrectal (García-Oria et al., 2010). En la gráfica siguiente podemos ver el aumento de la obesidad en América, desde 1960 hasta 2008 (índice de masa corporal por encima de 30), del que España está siguiendo el ejemplo (Fuente: American Cancer Society, 2010).

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA



Gráfica sobre Obesidad en América (American Cancer Society, 2010).

La supervivencia de los pacientes con cáncer, medida como proporción de casos que logran sobrevivir un tiempo preestablecido (uno, tres, cinco años, por ejemplo) es el indicador más importante de la eficacia del sistema asistencial en la lucha contra el cáncer. Este indicador refleja en qué medida, los casos son diagnosticados en un estadio potencialmente curable y el grado de eficacia de los procedimientos terapéuticos (Domenech et al., 2009).

El primer esfuerzo para coordinar datos de supervivencia de los pacientes de cáncer del conjunto de países Europeos a partir de los registros poblacionales es el estudio EUROCARE (Berrino, Gatta, Sant y Capocaccia, 2001). EUROCARE ha llevado a cabo el seguimiento de todos los casos de cáncer incluidos en los registros de cáncer europeos participantes en el estudio, todos ellos registros de base poblacional,

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

minimizando así los posibles sesgos de selección. El estudio Eurocare incluye los datos de 23 países europeos que cuentan con registro de tumores que cubre cada uno de ellos a un porcentaje variable de población. En España, el registro cubre aproximadamente un 16% de la población (SEOM, 2010; Verdecchia et al., 2007). Ante la dificultad en muchos casos de determinar si la muerte de un paciente de cáncer está directa o indirectamente relacionada con el proceso tumoral subyacente, EUROCARE ha optado por establecer las comparaciones en términos de supervivencia relativa. La supervivencia relativa consiste en dividir la supervivencia observada entre la supervivencia esperada teniendo en cuenta la mortalidad general de la población. Se trata, por tanto, de un estimador ajustado por otras posibles causas de muerte, por lo que permite establecer comparaciones entre regiones o entre periodos de tiempo eliminando el efecto de dicha mortalidad no relacionada con el tumor (Berrino et al., 2007).

En España, en relación con periodos anteriores, la supervivencia de los cánceres de mama, colorrectal, melanoma, ovario, próstata, testículo y enfermedad de Hodgkin ha aumentado de forma significativa. El aumento es especialmente relevante en los tumores de mama, próstata, melanoma y enfermedad de Hodgkin. Por el contrario, la supervivencia de cáncer de pulmón ha disminuido en adultos españoles entre 1990 y 1999 (Domenech et al., 2009, Jurado et al., 2009). Según la

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Sociedad Española de Oncología Médica (2010) y Verdecchia et al., (2007), considerando todos los tipos de tumores, la supervivencia en España de los hombres supera el 50%, y de las mujeres el 59%, dato que es muy esperanzador.

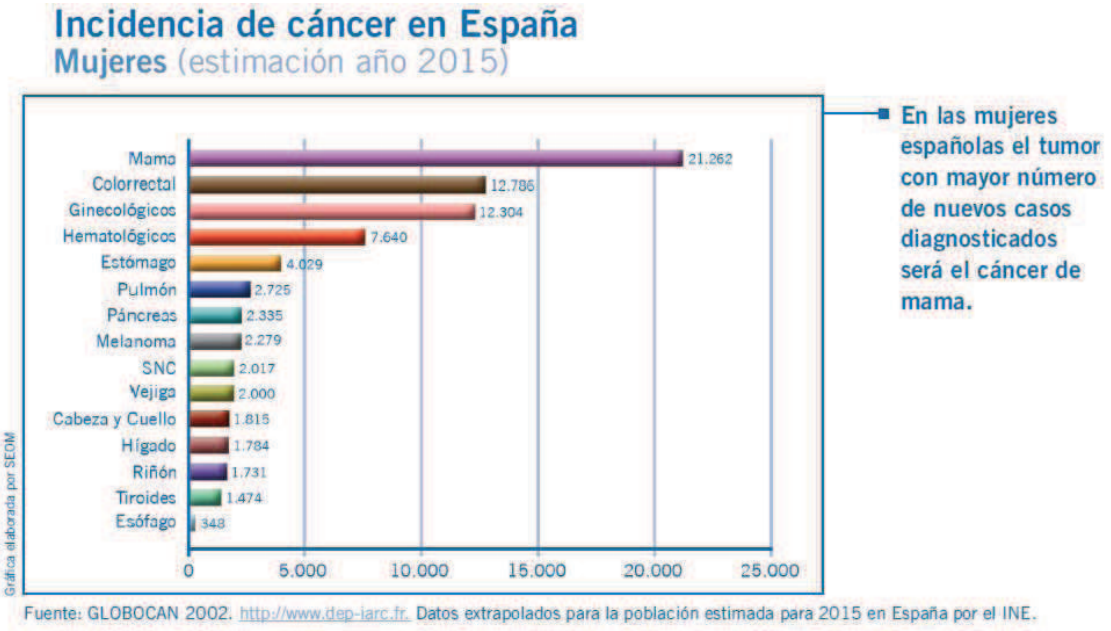
2.1. CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama, crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario, es la enfermedad neoplásica más frecuente en las mujeres de los países industrializados, representando alrededor del 30% de los tumores y siendo la primera causa de muerte por cáncer en mujeres de 35 a 50 años. Existen numerosas investigaciones sobre cáncer de mama debido entre otros a su gran frecuencia, a los trastornos psicológicos y físicos que su diagnóstico y tratamiento conllevan, al margen de los costes económicos que suponen. Se podría decir que es una enfermedad femenina, en tanto que su frecuencia en la mujer es de un 99% respecto a la variable sexo (Alonso, 2004).

La facilidad que muestra para su detección precoz le hace tener mejores expectativas que otros tumores malignos en cuanto a supervivencia, ascendiendo ésta al 77% a los 5 años en Europa. En España, la incidencia de cáncer de mama es media, como ocurre en los países del sur de Europa, diagnosticándose una de cada once mujeres.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En todos los registros españoles, el cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres, responsable de más del 25% de los casos de cáncer, seguido del cáncer de colon y útero (Jurado et al., 2009; SEOM, 2010; Verdecchia et al., 2007).



La técnica de cribado de elección es la mamografía, que se realiza cada dos años (Pisano et al., 2005). En España, todas las mujeres de 50 a 64 años tienen acceso a programas de cribado del cáncer de mama de carácter poblacional. La edad de corte varía de una comunidad a otra, y por ejemplo en Andalucía se hace el estudio de cribado hasta los 69 años, edad que se plantean muchas otras comunidades debido a la eficacia demostrada del cribado a esas edades. Estos datos se muestran muy relevantes y se adaptan a las recomendaciones de la *European Breast Cancer Network* (EBCN) (Perry et al., 2006). Para las mujeres

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

entre 45 y 49 años de edad, en España hubo una cobertura del 22% en el año 2006, ya que la eficacia es más controvertida y, por tanto, es necesario evaluar detalladamente las experiencias de cada comunidad autónoma que ha aplicado el cribado en este grupo. El protocolo que se aplica en todos los programas es bastante similar, gracias al nivel de coordinación de las comunidades autónomas, que tienen estructuras organizativas, relativamente similares, responsables de la gestión y la evaluación de sus programas de cribado del cáncer de mama, desde que se inició el primer programa en el año 1990, siendo Navarra la primera en aplicarlo (Castells et al., 2009; Domenech et al., 2009). Esta coordinación se ha materializado en el establecimiento de una red ibérica de programas de cribado del cáncer de mama, donde se han generado y se siguen generando protocolos de actuación consensuados que han resultado fundamentales para garantizar la equidad y la coherencia territorial.

En general, los resultados globales españoles en aspectos básicos como la tasa de participación o la tasa de detección precoz son bastante acordes con los estándares especificados en las directrices europeas. Son preocupantes, sin embargo, las variaciones observadas entre comunidades autónomas, que muy posiblemente no se explican sólo por las diferencias en los sistemas de información (Castells et al., 2009).

Los programas de detección precoz junto con los avances diagnósticos y terapéuticos se han traducido en un incremento de la

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

supervivencia, que se sitúa por encima del 80% a los cinco años del diagnóstico. Por ello, la mortalidad ha dejado de ser la medida de validez a la hora de estudiar la frecuencia de aparición de estos tumores, aunque sigue siendo el único indicador disponible para estudiar la variabilidad geográfica dentro y fuera de nuestro país (Domenech et al., 2009).

A nivel internacional, las grandes diferencias observadas hace medio siglo en la mortalidad por este tumor tienden a desaparecer, proporcionando un patrón mucho más homogéneo. En España, no existe un patrón geográfico claro, destacando solamente la provincia de Gran Canaria como área de mayor mortalidad. En general, se puede decir que la mortalidad por cáncer de mama ha disminuido en todo el mundo desarrollado.

En España, la mortalidad por cáncer de mama comienza a descender en el año 1992, a un ritmo del 2% anual. Este descenso se observa en todos los grupos de edad, aunque en el grupo de mujeres menores de 45 años se detecta antes y es superior en magnitud. Sin duda, un factor determinante en esta mejora ha sido la aplicación de nuevos tratamientos adyuvantes tras la cirugía en tumores primarios. Un descenso similar aparece en mujeres entre 45 y 64 años, que además se habrían beneficiado de la detección temprana de tumores palpables. El menor descenso se observa en mujeres mayores de 65 años, que podría estar reflejando ya no una menor reducción de la mortalidad en este

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

grupo, sino una mayor supervivencia de los grupos de edad más jóvenes. El descenso de la mortalidad más acusado se da en las Islas Baleares, Navarra y La Rioja (Domenech et al., 2009).

En el cáncer de mama no ha sido posible aún encontrar un factor de riesgo claramente dominante, que sí puede hallarse entre el cáncer de pulmón y el consumo de cigarrillos, aunque se conocen numerosos factores que son parcialmente responsables de la aparición del cáncer. Uno de estos factores, considerado estimulante del cáncer de mama de importancia indiscutida, son algunas hormonas sexuales. Debido al inexplicado aumento de la incidencia de esta neoplasia en los países occidentales desarrollados, se ha establecido una relación entre la precocidad de la menarquia y el aumento anual de su incidencia, que puede ser debido al estilo de vida occidental y los cambios en la dieta. Es muy probable que el simple aumento calórico en la dieta adelante la menarquia, lo que expone a la mama a una situación de aumento del riesgo de padecer cáncer, ya que durante la primera fase de cada ciclo menstrual se produce una multiplicación de las mitosis en las células ductales de las mamas. También la terapia hormonal posmenopáusica incrementa ligeramente el riesgo, aunque se insiste en que no se ha encontrado aún el factor o la combinación de factores que actúan como desencadenante primario del cáncer de mama. Los cambios en la dieta son cualitativos (además de cuantitativos) y pueden deberse a que son dietas ricas en grasas animales, una fuente potencial de xenoestrógenos

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

(“*xenos*” = extraño). Asimismo, se consideran principales factores de riesgo de padecer un cáncer de mama los siguientes: la edad (el riesgo aumenta con la edad), menopausia tardía, primer parto tardío o no haber dado a luz, antecedentes familiares de cáncer de mama, o haber padecido ya un cáncer de mama previo, enfermedades previas de la mama, exposición a hormonas tales como estrógeno y progesterona (como pueden ser los anticonceptivos orales), consumir alcohol, obesidad y ser de raza blanca. Otras exposiciones de riesgo investigadas en la literatura (Domenech et al., 2009) incluyen el sedentarismo, la exposición precoz a altas dosis de radiaciones ionizantes, el alto consumo de grasa, el menor consumo de folatos, la exposición a plaguicidas organoclorados, el tabaco y los campos electromagnéticos de muy baja frecuencia. Incluso podríamos tener en cuenta como factor de riesgo el nivel socioeconómico, que podría explicar la mayor incidencia observada en las mujeres de clase social más elevada, con determinadas profesiones, por ejemplo, resultantes de estudios universitarios. Finalmente, aunque solo es entre el 5 y el 10% de los casos, el cáncer de mama es causado por mutaciones genéticas heredadas y estos antecedentes familiares suponen un considerable aumento del riesgo para las mujeres con alteraciones en alguno de los dos principales genes de susceptibilidad, BRCA1 y BRCA2, que tendrán entonces una probabilidad entre el 60% y el 80% de desarrollar cáncer de mama a lo largo de la vida.

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Muchos de los factores de riesgo establecidos suponen una mayor exposición de la glándula mamaria a los estrógenos circulantes. No quedan claros los factores, pero sí se sabe que, sean cuales sean, están íntimamente relacionados con alteraciones en el DNA celular: las mutaciones genéticas espontáneas o inducidas por diferentes agentes así como el fallo en los mecanismos reparadores del DNA dañado y el fracaso del sistema inmunocompetente en reconocer y eliminar las células cancerosas.

Por su importancia, la investigación, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama deben ser aspectos considerados como prioritarios dentro de la política sanitaria. Desde el punto de vista de la prevención secundaria es importante continuar los programas de diagnóstico precoz, evitar los retrasos diagnósticos y asegurar a las pacientes la mejor estrategia terapéutica. Por otra parte, la investigación etiológica debe continuar, ya que los factores de riesgo ya establecidos aún no explican suficientemente las causas como para poder trabajar en prevenir sobre esos aspectos (Domenech et al., 2009).

Si, por otro lado, queremos comprender la problemática psicosocial del diagnóstico y tratamientos del cáncer de mama, hay que tener en cuenta además de las peculiaridades de la enfermedad oncológica algunos aspectos relacionados con el género. La enfermedad provoca que algunos roles, valores y expectativas que asumen las mujeres

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

tengan que ser redefinidos o abandonados. El significado que tiene el pecho para la mujer y nuestra cultura, o la maternidad, pueden ser ejemplos de que la importancia del cáncer de mama en la mujer implica no sólo aspectos biológicos y médicos, sino también psicosociales incluso culturales (Kim et al., 2009; Markopoulos et al., 2009; Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007).

Los tratamientos del cáncer de mama son a menudo muy agresivos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc.), provocando efectos físicos y psicológicos importantes, ya que pueden ser irreversibles (mastectomía, linfedema) y/o producir efectos secundarios adversos (naúseas, alopecia, quemaduras, etc.). Por lo tanto, se puede afirmar que el cáncer de mama ocasiona alteraciones psicológicas en la persona que lo padece y justifica la intervención psicoterapéutica (Goedendorp, Gielissen, Verhageny y Bleijenberg, 2009; Jacobsen y Jim, 2008; Mc Gregor y Antoni, 2009; Phillips et al., 2008; Pitceathly et al., 2009; Sebastián et al., 2007). Este punto se retomará más ampliamente en el capítulo 5, que versa sobre los tratamientos psicológicos en cáncer, y en especial en cáncer de mama, por lo que más adelante se examinará en profundidad la necesidad de este tipo de intervenciones.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Capítulo 3

Variables Psicosociales y Cáncer: Un recorrido clásico

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

CAPÍTULO 3: VARIABLES PSICOSOCIALES Y CÁNCER: Un recorrido clásico

Somos lo que hacemos día a día;
de modo que la excelencia
no es un acto, sino un hábito.
Aristóteles (384 a.C.-322 a.C.)

El estudio de las repercusiones de los factores psicológicos en el organismo se encuadra en un marco teórico amplio cuyo contenido principal es el conocimiento de las relaciones que se establecen entre las variables psicosociales, el estrés, la salud mental y la enfermedad física.

La enfermedad oncológica ha generado durante décadas muchas investigaciones al ser una de las enfermedades, actualmente consideradas crónicas, que se encuentra dentro de las principales causas de mortalidad. Las diferentes investigaciones psicosociales en este campo han mostrado hallazgos contundentes con respecto a la mediación de variables psicológicas sobre la evolución de la enfermedad (Andrykowski, Lykins y Floyd, 2008; Antoni y Goodkin, 1988; Dahl, 2010; Den Oudsten, Van Heck, Van der Steeg, Roukema y De Vries, 2010; Eysenck, 1995; Kavan, Engdahl y Kay, 1995; Lebel, Rosberger, Edgar y Devins, 2008; Smedslund, 1995).

La relación entre aspectos psicológicos y la salud/enfermedad es una cuestión ampliamente defendida por diferentes autores (Cardenal

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2001; Cardenal, Sánchez-López y Ortiz-Tallo, 2005; Lieberman y Goldstein, 2006; López, 2003; López-Ríos, López y Gil, 2004; Sirgo, Díaz-Ovejero, Cano-Vindel y Pérez-Manga, 2001). Desde 1920, los psicólogos han especulado sobre la influencia psicogenética en el cáncer, y, durante décadas, se ha hipotetizado que la personalidad y las diferencias individuales pueden actuar como posibles factores etiológicos y determinantes en el desarrollo del cáncer (Cardenal, Ortiz-Tallo, Martín y Martínez, 2008; Cooper, 1988; Evans, 1926; Eysenck, 1995; Garssen, 2004; Ginzburg, Wrensch, Rice, Farren y Spiegel, 2008; Grossarth-Maticek y Eysenck, 1991; Hagnell, 1966; Heffner, Loving, Robles y Kiecolt-Glaser, 2003; Jensen, 1987; Levenson y Bemis, 1991; Levy y Heiden, 1990; Stephen, Rahn, Verhoef y Leis, 2007; Vissoci, Vargas y Morimoto, 2004). El interés por demostrar la influencia de los aspectos psicológicos en la aparición y desarrollo del cáncer ha dado lugar a numerosos estudios, la mayoría de ellos relacionados con el estrés y con características de personalidad.

Por tanto, la mayoría de los estudios actuales que versan sobre las relaciones entre variables psicosociales y enfermedad/salud asumen que el cáncer, si lo consideramos como un posible trastorno psicosomático, debe ser entendido como un *fenómeno multicausal* y tratan de entenderlo a través de modelos explicativos que tienen en cuenta factores de índole biológica (influencia del sistema inmune), social (relevancia de

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

situaciones estresantes, estilos de vida) y psicológica (procesos de afrontamiento, dimensiones de personalidad, necesidades, aspectos motivacionales, etc.).

De esta consideración multifactorial se desprende que el estudio e investigación de estos trastornos debe ser abordado por múltiples disciplinas que según su objeto de estudio específico centren su interés en mayor o menor medida en una variable concreta y en las conexiones que puedan establecerse con los restantes factores.

Por ejemplo, si consideramos la exposición que Theodore Millon (1999) plantea, podemos observar la complejidad o la multicausalidad posible de las enfermedades. Millon (1999) compara los aspectos psicológicos con las posibles alteraciones físicas. Así realiza una analogía en la que los rasgos de personalidad serían el equivalente al sistema inmune, los factores psicosociales serían los agentes infecciosos y los síndromes clínicos la enfermedad resultante. Este autor considera los rasgos de personalidad, en muchos casos, determinantes para la aparición de unos síndromes clínicos u otros trastornos ante situaciones de estrés. A su vez, la aparición de determinados síndromes clínicos, como ansiedad, depresión o trastornos somatomorfos podría influir en la propia configuración de la personalidad y en la evolución o agravamiento de la enfermedad física (Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo, 2007; Millon y Davis, 1998).

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

3.1. PERSONALIDAD Y CÁNCER

Desde hace décadas, algunas teorías tratan de ofrecer una explicación general válida para cualquier tipo de alteración psicosomática. Fueron pioneros los trabajos de Morris y Greer (1980) quienes acuñaron por primera vez el término de personalidad tipo C, al preguntarse si existía una personalidad propensa al cáncer, asemejándose a lo planteado sobre los individuos tipo A o personalidad propensa a enfermedades cardiovasculares (hiperactividad, impaciencia, hostilidad y competencia) y tipo B (individuos tranquilos, confiados, atentos al bienestar personal, con facilidad de expresión emocional). Estos autores definieron a los sujetos tipo C como personas que se presentaban emocionalmente contenidas de cara al estrés, especialmente con respecto a la ira; es decir, serían sujetos que mostrarían supresión o inadecuada expresión emocional negativa (agresividad, ira, rabia, etc.). Booth-Kewley y Friedman (1987) argumentan que está más justificado hablar de una "personalidad predispuesta al trastorno físico", caracterizada por el predominio de un estado emocional negativo, que de enfermedades concretas asociadas a tipos de personalidad concretos. Autores como Temoshock (1987) plantearon la noción de *estilo de afrontamiento* tipo C y que definían como una constelación de dimensiones cognitivas, emocionales y conductuales (cooperativo, poco asertivo, paciente, con tendencia a no

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

expresar las emociones negativas, sobre todo la ira, y sumiso a la autoridad). El equipo de Grossarth-Maticek (1982) llevó cabo diversos estudios sobre personalidad durante 10 años y comprobaron, al analizar las enfermedades sufridas o las causas de la muerte, que aquellos que puntuaron alto en racionalidad-antiemocionalidad, necesidad de armonía y desesperanza, tenían más probabilidad de morir de cáncer. Trabajos como los de Grossarth-Maticek y Eysenck (1990), pusieron más claramente de manifiesto que la conducta racional y antiemocional, así como la tendencia a establecer relaciones armoniosas y a evitar los conflictos interpersonales, podrían ser predictoras de un desarrollo posterior de enfermedades oncológicas (Cano-Vindel, Sirgo y Díaz-Ovejero, 1999; Sebastián, León y Hospital, 2009; Torres, 2006). Estos autores hablaron de seis estilos de reacción al estrés, dos de ellos muy relacionados con la predisposición al cáncer. Estas personas se caracterizarían por presentar un elevado grado de dependencia respecto a algún objeto o persona con valor emocional destacado para él, e inhibición a la hora de establecer intimidad o proximidad con los seres queridos; serían personas que ante las situaciones estresantes, suelen reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión y tendencia a reprimir las reacciones emocionales.

Por otro lado, también hablaban de la tendencia a manifestar reacciones racionales y antiemocionales y a suprimir o negar las manifestaciones afectivas, lo que estaría relacionado con cierta

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

predisposición a la depresión y al cáncer. A su vez, Spielberger (1988b) discrepaba en algunos aspectos metodológicos y desarrolló dos escalas: Racionalidad/Defensividad emocional (E/D), y Necesidad de armonía (N/H), entendiéndolos como mecanismos de defensa de negación y represión.

También se manifestaron en esta línea Watson y Pennebaker (1989), al proponer que puede existir una personalidad predispuesta al "distress", es decir, con tendencia a exhibir síntomas de malestar emocional, quejas de salud, uso de fármacos y que en determinadas situaciones puede conducirles a la enfermedad.

Scheier y Bridges (1995), siguiendo la línea anterior, realizan un estudio y revisión de la evidencia prospectiva sobre ciertas variables de personalidad que ejercen algún efecto en el desarrollo y desenlace de una enfermedad. La revisión considera el efecto de variables como hostilidad y enfado, supresión emocional, depresión, fatalismo y pesimismo sobre enfermedades coronarias, cáncer y sida. Presentan un modelo que integra todas estas variables en un esquema conceptual global. Además, identifican distintas variables que ejercen algún efecto moderador sobre la relación que existe entre ciertos aspectos de la personalidad y la salud. Los autores propusieron que deberían realizarse investigaciones utilizando un mayor aporte teórico, un mayor número de estudios prospectivos y técnicas de medida más válidas y fiables.

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Otros autores como Baltrush, Stangel y Titze (1991), dan un paso más y describen la personalidad tipo C como aquella caracterizada no sólo por la negación y supresión de emociones, sino que además asignaban una especial importancia a la variable *complacencia patológica* (*pathological niceness*), que consistiría en la tendencia de estas personas a manifestar una exagerada deseabilidad social, establecer relaciones armoniosas en su ambiente social y tendencia a la evitación de conflictos. Estas personas, por tanto, se caracterizarían por poseer elevados niveles de control de la expresión emocional, de paciencia y de conformidad con las normas sociales existentes (Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal, 2009a; Torres, 2006).

De manera análoga, Contrada, Leventhal y O'Leary (1990), han relacionado la personalidad tipo C con una deficiente expresividad emocional de aspectos negativos que contrasta con una alta expresividad de sus emociones positivas. Estos autores explican este desequilibrio en la expresividad emocional señalando que estos hallazgos se hacen más contundentes principalmente en mujeres, indicando que las mujeres están culturalmente socializadas para controlar especialmente sus emociones negativas con objeto de proporcionar un ambiente emocional y familiar tranquilo, al mismo tiempo que se favorece la manifestación de sus reacciones afectivas positivas. De este modo, según estos autores, se puede considerar que algunos aspectos de la personalidad proclive al cáncer pueden ser resultado del

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

proceso de socialización femenina (Contrada et al., 1990; Sebastián et al., 2009).

En España, López, Ramírez, Esteve y Anarte (2002) analizaron las dimensiones que conforman el constructo de personalidad tipo C en una muestra de la población general. El análisis factorial arrojó cinco factores: Racionalidad, Necesidad de armonía, Control emocional, Represión emocional y Comprensión, aunque el análisis de ecuaciones estructurales indicó que tan sólo forman parte del constructo las tres últimas. Según este equipo de investigación, las personas con este tipo de personalidad se caracterizarían por disimular y no mostrar determinadas emociones (ira, enfado), tratando de controlar y dominar esas emociones para que no le afecten, y comprendiendo a los demás incluso aunque vayan en contra de sus propios intereses. En este sentido, diversos autores han llegado a la conclusión de que las mujeres con cáncer de mama utilizaban la racionalidad de manera diferencial con respecto a otros grupos de mujeres (sanas o con patología benigna), es decir, usaban la razón y la lógica como una forma de afrontamiento general al entorno, y, más específicamente, como una forma de evitación de las emociones interpersonales negativas, siendo capaces de renunciar a sus propios deseos y necesidades con el fin de lograr relaciones armoniosas con su entorno, mostrando una mayor necesidad de establecer relaciones armoniosas con los demás, así como otra serie de características identificativas de un estilo represivo de afrontamiento

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

(López et al., 2002; Sebastián et al., 2009; Sirgo et al., 2001; Vinaccia et al., 2006).

Contrariamente a lo encontrado en la línea anterior, Garssen (2004) analizando los resultados de varias investigaciones, concluyó que no tenía claro ningún factor psicológico que demostrara convincentemente su relación con el cáncer, probablemente, en parte por la falta de claridad y coherencia de los resultados obtenidos, la escasa uniformidad de los estudios en cuanto a los instrumentos de medida utilizados, el tipo de diseño, la heterogeneidad de la muestra (en cuanto a variables sociodemográficas, médicas, etc.) y la consideración de las mismas como causa o efecto. Actualmente hay otros autores que tampoco encuentran relaciones claras entre personalidad y cáncer (Nakaya et al., 2010), lo que hace pensar en lo controvertido de estas relaciones y que aún hay mucho que investigar.

Como queda patente, el debate está garantizado y el uso de diferentes términos para referirnos a un mismo elemento clave del patrón de personalidad tipo C, nos da una idea de la complejidad y la falta de acuerdo en la naturaleza de estas variables. Los diferentes términos utilizados son: inadecuada expresión emocional, supresión e inexpresión de emociones negativas, baja emocionalidad negativa y represión emocional (Cardenal, 2001; Sebastián et al., 2009).

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En lo que sí parece que coinciden los diferentes autores dedicados al estudio de las características de personalidad de los pacientes con cáncer es en la existencia de dos características centrales relacionadas con el mundo de las relaciones interpersonales o estrés psicosocial: por una parte, un *estilo emocional represivo,* que implicaría la tendencia a la racionalización de los conflictos y la supresión emocional negativa (personalidad racional-antiemocional); y, por otra, la *búsqueda de relaciones armoniosas y positivas con el entorno* (necesidad de armonía), aunque el coste que eso conlleva sea la renuncia personal, el autosacrificio y la abnegación (Cardenal, 2001; Cerezo et al., 2009a). La polémica surge en el primer caso, donde no queda bien definido por los autores si estamos refiriéndonos a una inhibición, represión o supresión de emociones negativas y si tenemos que entenderlo como mecanismos de defensa frente a la ansiedad (Spielberger, 1988b), o como un estilo o patrón comportamental de evitación de emociones negativas, especialmente la ira (Cardenal, 2001; Cardenal et al., 2008; Dahlen y Martin, 2005; López et al., 2002).

Parece, por tanto, que de algún modo la personalidad podría ser la variable estudiada más importante cuando el cáncer se diagnostica, porque ésta puede ejercer influencia en el sistema inmune de la persona durante el tiempo en el que se desarrolla la neoplasia (Antoni y Goodkin, 1988; Augustine, Larsen, Walker y Fisher, 2008; Block et al., 2007; Dahl, 2010; Härtl et al., 2009; Nagano, et al., 2008; Shigehisa y Honda, 2006;

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tennant, 2000), lo que no implica que sea el factor más determinante o responsable de la vulnerabilidad a padecer de la enfermedad, ni que se hayan encontrado evidencias fehacientes de dicha relación entre variables de personalidad y cáncer (Garssen, 2004; Nakaya et al., 2010).

3.2. EMOCIONES Y CÁNCER

El cáncer supone un acontecimiento amenazante para la vida, por lo que se puede considerar como una situación especialmente estresante o como un suceso potencialmente traumático. Por tanto, las emociones juegan un papel primordial en el afrontamiento adecuado de la situación, el ajuste psicológico posterior y en definitiva, la aceptación del diagnóstico y tratamientos, cumpliendo un rol predominante en el binomio salud-enfermedad (Cardenal, 2001; Cousson-Gélie, Bruchon-Schweitzer, Dilhuydy y Mutand, 2007; Iwamitsu et al., 2005; Lieberman y Goldstein, 2006; Nakaya et al., 2009; Palesh et al., 2007; Sirgo et al., 2001; Vissoci et al., 2004).

3.2.1. DEPRESIÓN

Muchos estudios han investigado las relaciones entre depresión y cáncer desde hace años (Watson et al., 1991), y continúan trabajando para aclarar la relación entre estas variables (Agustsdottir et al., 2011; Pinquart y Duberstein, 2010; Pitceathly et al., 2009). Es muy común que los pacientes

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

con cáncer presenten síntomas o trastornos de depresión, ya que la prevalencia de depresión clínica en pacientes con cáncer puede llegar al 40%, siendo más prevalente en mujeres, aunque la mayoría de los pacientes sufren síntomas depresivos sin considerarse como diagnóstico. Incluso es muy frecuente que tras los tratamientos oncológicos perdure de manera continuada el estado de ánimo deprimido (Bardwell et al., 2006; Deshields, Tibbs, Fan y Taylor, 2006; Fann et al., 2008).

Está demostrado que el estado de ánimo depresivo y la depresión clínica incrementan la probabilidad de padecer problemas cardíacos y aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad, ya que la depresión puede provocar cambios fisiológicos, psiconeuroinmunológicos y endocrinos que alteren el estado de salud del individuo (DiMatteo, Lepper y Croghan, 2000; Fann et al., 2008; Prasertsri, Holden, Keefe y Wilkie, 2011; Sephton et al., 2009; Vázquez y Castilla, 2007; Viscosi et al., 2004). También se ha observado que la depresión se relaciona con la incidencia y la progresión del cáncer a través de su influencia en el sistema inmune, incluso se considera un factor predictivo del mayor riesgo de recaídas y de la mortalidad (Buttow et al., 2000; Giese-Davis, Conrad, Nouriani y Spiegel, 2008; Hopko et al., 2008; Pinquart y Duberstein, 2010; Sephton, et al., 2009; Spiegel y Giese-Davis, 2003; Turner-Cobb, Sephton y Spiegel, 2001).

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Spiegel y Giese-Davis (2003) identifican tres razones por las que la depresión puede aumentar el riesgo de mortalidad en pacientes con cáncer. En primer lugar, la depresión puede tener efectos fisiopatológicos en las funciones neuroendocrinas e inmunológicas que pueden influir en la mortalidad (por ejemplo, un desequilibrio del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, especialmente la variación diurna de cortisol y melatonina). En segundo lugar, los pacientes que presentan depresión puede que se adhieran menos a procesos terapéuticos de detección precoz, tratamiento oncológico o simplemente a las recomendaciones para cuidar su salud. En este sentido, parece que los pacientes deprimidos pueden ser menos propensos a participar en actividades de ejercicio físico regular, pueden ser más propensos a fumar y beber alcohol en exceso y a no adherirse a las terapias, faltando a sus citas o a la prescripción farmacológica adecuada (DiMatteo, Lepper y Croghan, 2000), aunque esto no se cumple para todos los pacientes depresivos con cáncer (Spiegel y Giese-Davis, 2003). En tercer lugar, muchos de los síntomas de cáncer y los efectos secundarios de su tratamiento son similares a los de la depresión, incluyendo los síntomas vegetativos como alteración del sueño y del apetito, fatiga y dificultades en la concentración, por lo que los síntomas depresivos pueden ser indicadores de gravedad de la enfermedad. De hecho, los síntomas depresivos parecen ser más frecuentes en cáncer avanzado que en etapas anteriores (Massie y Popkin, 1998; Spiegel y Giese-Davis, 2003). Esta superposición de

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

síntomas depresivos y oncológicos supone un problema que solo se puede descartar con estudios longitudinales que hayan comenzado antes del diagnóstico de cáncer para mitigar así, mediante el control estadístico, la confusión de variables médicas y oncológicas.

Pinquart y Duberstein (2010), en su estudio de metaanálisis, concluyen que la asociación entre depresión y mortalidad en cáncer es significativa, con lo que se debería ser más consciente de los síntomas depresivos de los pacientes con cáncer, evaluando la depresión de manera más rigurosa o considerándola desde un enfoque multidisciplinar para los pacientes con cáncer (Epstein y Street, 2007; Lloyd-Williams, Shiels y Dowrick, 2007). Por otro lado, habría que ofrecer tratamientos eficaces para tratar la depresión en estos pacientes (Pitceathly et al., 2009; Stockler et al., 2007), ya que si reciben el tratamiento adecuado para la depresión pueden, más allá de mejorar su calidad de vida, mejorar su funcionamiento. Se han planteado interrogantes acerca de si las intervenciones psicosociales tienen efectos a largo plazo (Coyne, Stefanek y Palmer, 2007; Smedslund y Ringdahl, 2004; Spiegel y Giese-Davis, 2003), observándose que, aunque sí parecen existir evidencias en cuanto a la mejoría de estos pacientes debido a las intervenciones terapéuticas, no se puede afirmar, por las deficiencias metodológicas de los estudios analizados (la mayoría realizados desde los años 1980 hasta 2004), que éstas influyan en la supervivencia (Coyne et al., 2007; Fann et al., 2008).

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

3.2.2. ANSIEDAD

En cuanto a la ansiedad, es muy frecuente que aparezca de forma simultánea con la depresión en los pacientes oncológicos, por ello muchos autores las consideran conjuntamente (Pitceathly et al., 2009; Spiegel y Giese-Davis, 2003). De hecho, la mayoría de los estudios indican que los pacientes con depresión, suelen tener niveles elevados de ansiedad, disfunciones cognitivas, fatiga e incluso de dolor, sobre todo en mujeres con cáncer de mama (Fann et al., 2008).

Existen distintas clasificaciones de la ansiedad, de las que una de las más utilizadas es distinguir entre ansiedad estado y ansiedad rasgo (Spielberger, 1988a). La *ansiedad estado* indica la intensidad con que aparecen en un momento concreto sentimientos o sensaciones de ansiedad, mientras que la *ansiedad rasgo* implica cómo se siente habitualmente de ansioso. También podemos diferenciar la ansiedad por sus tipos de respuestas (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994), valorando el nivel general de ansiedad en los tres sistemas de respuesta por separado: *ansiedad cognitiva* (respuestas o manifestaciones cognitivas de la ansiedad), *ansiedad fisiológica* (respuestas o manifestaciones fisiológicas de la ansiedad) y *ansiedad motora* (respuestas o manifestaciones motoras de la ansiedad).

Hay estudios, como el de Den Oudsten, Van Heck, Van der Steeg, Roukema y De Vries (2010), que indican que las personas que presentan

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

puntuaciones elevadas en ansiedad rasgo tienden a percibir menos apoyo social con respecto a personas con bajas puntuaciones en dicha variable. Las personas con alta puntuación en ansiedad rasgo pueden interpretar negativamente los comportamientos de los demás y tienden a reaccionar ante ellos de manera más negativa, sintiendo que no pueden consolarle fácilmente.

La ansiedad suele ser más elevada y frecuente mientras los pacientes reciben quimioterapia, y en este sentido, se sabe que los síntomas de ansiedad y depresión son perjudiciales para la calidad de vida global de los pacientes, sobre todo si están recibiendo tratamiento oncológico (So et al., 2010). Asimismo, otro de los momentos de mayor ansiedad para los pacientes oncológicos son los seguimientos después de sus tratamientos para detectar posibles recidivas, donde muchos pacientes temen a las recaídas y llegan muy ansiosos a las consultas de seguimiento, desarrollando una fuerte asociación entre sus emociones negativas y las consultas médicas (Le, Hopkins y Fung Kee Fung, 2005). Parece que los factores asociados a mayores niveles de ansiedad son los siguientes: ser mujer, ser joven, encontrarse en estado de cuidados paliativos, participar en un ensayo clínico, tener una enfermedad progresiva, que en los seguimientos detecten una nueva enfermedad, vivir con la pareja e hijos, sentir falta de apoyo social, que la persona sienta que no tiene buena salud y percibir falta de comprensión de su enfermedad (Gabriel et al., 2007). Generalmente, en los seguimientos oncológicos, el

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

apoyo psicológico también suele ser escaso, lo que no significa que no sea necesario (Le et al., 2005).

Lo que se ha demostrado es que los niveles de ansiedad se reducen cuando los pacientes se sienten satisfechos con su tratamiento y con la atención e información recibida, y si es siempre el mismo el especialista quien les lleva el seguimiento, mientras que, por ejemplo, no se asocian a la ansiedad el tiempo de espera o las recientes investigaciones médicas relativas a su enfermedad. El abordaje de esta ansiedad según este estudio, ha resultado positiva con los médicos especialistas que se mostraron más receptivos y empáticos con las pacientes, ya que consiguieron que las pacientes con cáncer de mama disminuyeran significativamente sus niveles de ansiedad (Gabriel et al., 2007).

Se puede afirmar entonces que la mayoría de los estudios está de acuerdo en que el apoyo psicológico se muestra eficaz para paliar el malestar que sienten los pacientes, sobre todo para los síntomas de ansiedad y depresión (Fann et al., 2008; Jacobsen y Jim, 2008; Spiegel y Giese-Davis, 2003).

3.2.3. IRA

Junto con los sentimientos de depresión y ansiedad, la ira es una emoción bien reconocida en el ajuste del diagnóstico de cáncer. Muchas personas al recibir un diagnóstico de cáncer o incluso después de finalizar los tratamientos sienten una gran rabia o ira: no entienden por qué les ha pasado esto a ellos, consideran que es algo muy injusto, etc.

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La ira, la rabia o el enfado son emociones normales en todos los seres humanos, emociones decisivas para la supervivencia, ya que nos activan y defienden en situaciones de peligro.

Sin embargo, como otras emociones negativas, la ira puede escapar a nuestro control o puede darse en momentos que no supongan un peligro real, con lo que puede convertirse en un problema para la convivencia con los que nos rodean, que de hecho, son los más propensos a que le dirijamos la ira: las personas que más interactúan con nosotros. Es más común experimentar ira en aquellas personas con baja autoestima, problemas de salud, dificultades educativas o laborales y con problemas interpersonales familiares (Dahlen y Martin, 2005). Pero lo comprometido de la ira no es sentirla, sino expresarla inadecuadamente o no expresarla. Las personas con dificultades de expresión de la ira suelen ser consideradas como hostiles u obstinados. Spielberger (1999) estudió los distintos tipos de expresión y control de la ira, diferenciando la expresión interna de ira (*anger-in*) o tendencia a reprimir la ira interna del sujeto, de la externa (*anger-out*) o tendencia a expresar la ira de manera agresiva verbal o físicamente. Spielberger (1999) indica que ambas formas de expresión de la ira tienen implicaciones negativas para la salud, creando además estados de ánimo negativos; incluso otros autores apuntan que la expresión interna de la ira es un buen predictor de sentimientos negativos hacia uno mismo, de más tensión, conducción

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

temeraria y poco apoyo social, mientras que la expresión externa predice frecuentes disputas verbales (Dahlen y Martin, 2005).

Se sabe que pacientes con cáncer que evitan o reprimen sentimientos tan fuertes como la ira, suelen tener también más ansiedad y más sentimientos de desesperanza (Anangnostopoulos et al., 1993; Iwamitsu et al., 2005), que la supresión de la ira eleva la tensión arterial y puede producir problemas cardíacos, así como alterar otros parámetros biológicos y el sistema inmune (Giese-Davis et al., 2008). Las pérdidas y demás consecuencias negativas que produce la enfermedad de cáncer puede conducir a niveles elevados de ira tanto en pacientes como en los miembros de su familia (Julkunen, Gustavsson-Lilius y Hietanen, 2009). Desde este punto de vista, parece plausible que las diferentes formas de manejar la ira pueden ser factores importantes en el ambiente familiar y en cómo afronta cada miembro de la familia la enfermedad de cáncer. Sin embargo, el impacto de las distintas formas de expresión de la ira en los pacientes con cáncer y sus cónyuges, así como el apoyo percibido de los pacientes por sus parejas y la posterior calidad de vida que presentan no han sido muy estudiados hasta el momento. Se sabe que la inadecuada expresión o represión de la ira afecta vulnerando el ambiente familiar y llega a ser un determinante a largo plazo de deterioro de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Parece también que la inhibición habitual de la expresión de la ira se relaciona de manera negativa con el apoyo social, y por otro lado, altos niveles de expresión

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

externa de ira se asocian a mejor calidad de vida y menor depresión en pacientes con cáncer. Esto ocurre de manera similar en sujetos sanos, en los que niveles elevados de inhibición de la ira se asocian a menor percepción de apoyo social (Dahlen y Martin, 2005; Julkunen et al., 2009).

Estos autores como conclusión, creen muy interesante realizar intervenciones terapéuticas en las que se trabaje la expresión adecuada de la ira por parte de los pacientes y sus parejas, para evitar futuros conflictos y la sensación de poca percepción de apoyo de su cónyuge (Dahlen y Martin, 2005; Harris et al., 2006; Julkunen et al., 2009).

3.3. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

El afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1984), puede definirse como aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales que la persona intenta manejar (reducir o tolerar) en las situaciones percibidas como estresantes, desbordantes o que ponen a prueba sus recursos. El afrontamiento es una de las variables propuestas que pueden servir para entender mejor tanto el proceso de adaptación como las diferencias en bienestar observadas entre pacientes en situaciones médicamente equivalentes, ya que se enfrentan a una serie de situaciones complejas, cambiantes y con frecuencia muy estresantes (Cano-Vindel, Sirgo y

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Pérez, 1994; Font y Cardoso, 2009; Franks y Roesch, 2006; Jiménez y López, 2003; Llull, Zanier y García, 2003; Prasertsri et al., 2011).

El afrontamiento se ha conceptualizado de varias maneras, de las que destacaremos dos. La primera, define el tipo de afrontamiento según se centre en el problema o en las consecuencias emocionales, esforzarse por modificar la fuente de estrés en el entorno o para aliviar el estrés emocional. El afrontamiento centrado en el problema es el intento de cambiar la situación, e incluye estrategias como la gestión de los aspectos externos de un estresor, la búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, y planificación en la solución de problemas. El afrontamiento centrado en la emoción implica estrategias internas como el distanciamiento, el autocontrol, el escape, evitación o la reevaluación positiva (Font y Cardoso, 2009; Franks y Roesch, 2006).

La segunda forma de catalogar los tipos de afrontamiento es clasificando las estrategias según sean de aproximación o de evitación (Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig y Pastor, 1992). El afrontamiento aproximativo incluye todas las estrategias cognitivas o conductuales que se acercan al problema que está generando el malestar, mientras que el afrontamiento evitativo incluye estrategias que permiten escapar o evitar solucionar el problema. Las estrategias aproximativas son más ventajosas en cuanto a que permiten la acción para detectar y sacar ventajas de los cambios en la situación haciéndola más controlable y facilitando la ventilación emocional.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Los primeros estudios destacados en cáncer sobre afrontamiento fueron los de Moorey y Greer (1989), quienes observaron que los pacientes evalúan y afrontan el diagnóstico de cáncer según cinco dimensiones a las que subyace un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control personal sobre la enfermedad y la visión del pronóstico, y que describieron en los siguientes términos: *espíritu de lucha* (diagnóstico como reto, visión optimista del pronóstico, creencias de control sobre el curso de la enfermedad), *desamparo/desesperanza* (enfermedad como pérdida, visión pesimista del pronóstico, percepción de bajo control y ausencia de respuestas de afrontamiento), *preocupación ansiosa* (enfermedad como amenaza, incertidumbre respecto al pronóstico y respecto a la posibilidad de ejercer control y presencia de respuestas de afrontamiento conductuales), *fatalismo o aceptación estoica (*diagnóstico como una amenaza, aceptación de cualquier pronóstico y percepción de control baja), y por último, *negación* (diagnóstico como una amenaza mínima, visión positiva del pronóstico y ausencia de evaluaciones relativas al control). De sus estudios longitudinales concluyeron que las personas que afrontan con espíritu de lucha y negación sobreviven más tiempo, mientras que las que lo hacen con fatalismo o desamparo tienen peores perspectivas (Moorey y Greer, 1989; López, 2003).

En pacientes con cáncer, se ha observado que las estrategias de evitación hacia la enfermedad correlacionan negativamente con la

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

percepción de la calidad de vida, siendo las estrategias de aceptación estoica y desesperanza las que más implicaciones desfavorables tienen en los pacientes, así como las estrategias de resignación que se asocian con mayor deterioro psicosocial (Llull et al., 2003). Otros autores coinciden en que las mujeres con cáncer de mama suelen utilizar estrategias de afrontamiento pasivo o evitativo (Sebastián et al., 2009) o estilos represivos emocionales (Cousson-Gelie et al., 2007; Zachariae et al., 2004). En estudios realizados con pacientes que también presentan enfermedades crónicas, como el dolor crónico o cáncer avanzado, se ha puesto de manifiesto que el uso de estrategias de afrontamiento activo se relaciona con una mejor adaptación (Kim, Han, Shaw, McTavish y Gustafson, 2010; Nes y Segerstrom, 2006; Padierna et al., 2004; Prasertsri et al., 2011; Rodríguez, Esteve y López, 2000; Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig, Martín-Aragón y Pastor, 2003; Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou y Koutri, 2007; Stanton et al., 2000). En cualquiera de los casos, las estrategias evitativas y centradas en la emoción, se han relacionado con una peor adaptación en pacientes con enfermedades crónicas, mientras que las estrategias aproximativas y centradas en el problema se relacionan con mejores resultados en salud. En este sentido, investigaciones con dolor crónico benigno y de origen oncológico, indican que aquellos pacientes que tienden a utilizar estrategias de afrontamiento pasivo presentan niveles de dolor más elevado y un peor funcionamiento, así como de mayores niveles de

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

depresión. Sin embargo, los que tienden a utilizar estrategias de afrontamiento activas presentan un menor nivel de dolor y un mejor funcionamiento cotidiano, así como una mayor movilidad y un rol social más adaptado, demostrándose por tanto más eficaces (Anarte, Ramírez, López y Esteve, 2001).

Por otro lado, tal y como se ha comentado en el apartado dedicado a la personalidad, muchas personas con cáncer tienen dificultades para expresar, canalizar, reconocer y manifestar adecuadamente sus emociones negativas, tales como la ira, la ansiedad o el enfado, tendiendo a reprimirlas. Esta *represión emocional* provoca mayores niveles de estrés, lo que hace a estas personas más vulnerables al sufrimiento y la enfermedad, pudiendo llegar a deprimir su sistema inmune. Muchas investigaciones han mostrado que las personas que están sometidas a niveles importantes de estrés tienen más probabilidad de enfermar o, en caso de que ya estén enfermas, tienen peor pronóstico (Baltrush et al., 1991; Cardenal, 2001; Cooper, 1988; Ginzburg et al., 2008; Härtl et al., 2009; Hou, Law y Fu, 2010; López, 2003; Servan-Schreiber, 2007). Lo que quiere decir que cuando una persona está sometida a un estrés elevado, su cuerpo se debilita y queda más indefenso ante las agresiones externas. Unido a esto, el estrés puede aumentar comportamientos que guardan mayor relación con la probabilidad de enfermar (tabaquismo, consumo de alcohol, dieta poco saludable...). Se sabe que el estrés elimina las células

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

NK (*Natural Killers*), cuyo objetivo principal es combatir y destruir a las células cancerígenas que circulan por la sangre; además, el estrés sostenido provoca por un lado cambios hormonales que favorecen el proceso de angiogénesis y de crecimiento de células cancerígenas, y por otro lado, aumenta la liberación de glucosa en sangre, sustancia de la que se nutren dichas células. Por tanto, cuando el estrés es incontrolable, los tumores crecen con más rapidez y tienen más probabilidad de malignizarse (López, 2003; Servan-Schreiber, 2007). Es de destacar, asimismo, que en las mujeres con cáncer de mama es frecuente encontrar acontecimientos vitales muy estresantes de contenido emocional, como puede ser la muerte traumática de algún ser querido o la vivencia de algún evento vital con gran sentimiento de indefensión (Buttow et al., 2000; Cardenal et al., 2008). El equipo investigador de Iwamitsu (2005) encontró que las mujeres con un nivel de ansiedad crónico y diario afrontan peor una situación de estrés puntual de alta intensidad. Por lo que se puede afirmar que las mujeres con ansiedad crónica se enfrentarán peor a un estresor vital de gran impacto y como consecuencia tendrán también un mayor riesgo de enfermedad física. Estos investigadores además concluyeron que aquellas mujeres que puntuaban alto en el estilo de evitación emocional tuvieron más ansiedad, más sentimientos de desesperanza y más ira reprimida a lo largo de la evolución de la enfermedad que aquellas mujeres diagnosticadas de lo mismo pero que tenían un estilo de afrontamiento emocionalmente expresivo.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Los estilos de afrontamiento de los pacientes han generado muchas especulaciones en cuanto al incremento de la supervivencia y las estrategias usadas desde hace muchos años (Hardt, Gillitzer, Schneider, Fischbeck y Thüroff, 2010; Moorey y Greer, 1989), indicando que los pacientes con cáncer que utilizaban estrategias más adecuadas de afrontamiento sobrevivían más tiempo (Andersen, Bowen, Morea, Stein y Baker, 2008; Petticrew, Bell y Hunter, 2002). Las críticas más destacadas a estos estudios fueron en cuanto al rigor metodológico, ya que los pacientes que parecían sobrevivir más habían recibido intervenciones terapéuticas y/o no fueron asignados a los grupos aleatoriamente (Stefanek, Palmer, Thombs y Coyne, 2009), por lo que se recomiendan estudios más rigurosos.

En lo que sí parecen estar de acuerdo los autores es en que los tratamientos psicológicos, bien diseñados y metodológicamente inexorables, pueden favorecer el afrontamiento más adecuado de la enfermedad, por lo que insisten en mejores estudios que contemplen la aplicación de dichas intervenciones.

3.4. ESTILOS DE PERSONALIDAD: EL MODELO DE MILLON

Theodore Millon ha creado un modelo de personalidad que se caracteriza por aportar una visión global, estructurada e integrada, donde

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

se promueve la integración de los distintos componentes de la labor clínica desde los principios científicos universales hasta la intervención. Los aspectos fundamentales en los que se centra son el tratamiento, el estudio de la personalidad, la clasificación de las patologías y la evaluación psicológica (Cardenal et al., 2007; Dresch, 2006; Sánchez-López, 2001).

Centrándose en la personalidad, Millon estructura su modelo subrayando la necesidad de construir una Ciencia Clínica Psicológica (Millon, 2000; Millon y Grossman, 2005) que incluye cinco componentes coordinados y que constituirían la esencia de su teoría, ya que producirían conocimientos integrados que darían lugar a una fuerza sinérgica. De hecho, cada persona es una unidad indivisible, intrínseca, por lo que cada componente de la ciencia clínica no puede ser un elemento separado ni desconectado de los demás. Los componentes de los que hablamos son los siguientes:

- *Principios científicos universales derivados de las leyes de la naturaleza:* A pesar de sus variadas formas de expresión (física, química, psicología), estos principios mostrarían los procesos de evolución fundamentales y de este modo proporcionarían una estructura subyacente que guiase y sustentase teorías orientadas al sujeto.

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- *Teoría orientada al sujeto:* esquemas conceptuales, explicativos y heurísticos de la expresión de la naturaleza denominados *personología* y *psicopatología*. Esta teoría debería ser consistente con conocimientos establecidos tanto en ciencias propias como relacionadas (como la biología o sociología), desde proposiciones aceptables y con precisión acerca de las condiciones clínicas deducidas, desarrollando una terapia y un sistema formal de clasificación.
- *Taxonomía de los patrones de personalidad y síndromes clínicos:* Millon apuesta por una clasificación y nosología resultantes de la teoría de la personología/psicopatología, con las que desarrollar instrumentos de evaluación coordinados y relevantes.
- *Instrumentos integrados de evaluación clínica y de la personalidad:* creados empíricamente y sensibles cuantitativamente. Estos instrumentos permitirían que las proposiciones teóricas y las hipótesis sean contrastadas y evaluadas, de manera que se puedan identificar fácilmente (diagnosticar) y medir (dimensionar) especificando las claves para futuras intervenciones.
- *Intervenciones terapéuticas sinérgicas:* estrategias y formas de tratamiento coordinadas, que se diseñarían basándose en la teoría, incorporando y sintetizando distintas técnicas terapéuticas (interpersonal, cognitiva, intrapsíquica, bioquímica), con el objetivo

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de modificar tanto la problemática clínica como las características personológicas, en concordancia con los estándares profesionales y las responsabilidades sociales.

Como se puede apreciar, este modelo sería muy adecuado para analizar las relaciones entre personalidad y salud física y psicológica. En esta tesis se va a ahondar más en el quinto componente, las intervenciones terapéuticas; no obstante, haremos un breve repaso a las aportaciones de Millon.

Para Millon, la personalidad sería el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que una persona tiene para relacionarse con su entorno (Millon, 2000). De este modo, podría verse una analogía entre la filogénesis de la evolución genética de las especies y el desarrollo ontogenético de las estrategias individuales de adaptación (en este caso, el estilo de personalidad). La personalidad, en su concepción más simple, sería la representación del mayor o menor estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe una persona frente a sus entornos habituales (Millon y Davis, 2004). En un sentido más amplio, la personalidad englobaría las características psicológicas más internas, ocultas de cada uno, sería como un patrón complejo de características psicológicas bien arraigadas, en su mayoría inconscientes y difíciles de cambiar y que aparecen automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos conforman el patrón idiosincrásico de cómo la persona siente, piensa, actúa y afronta retos

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

(Cardenal et al., 2007; Millon y Davis, 2004; Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Cerezo, 2011).

Para considerar la personalidad como normal o patológica, Millon propone que la mejor forma de valorarlo es tomando en consideración la esfera cualitativa, frente al criterio estadístico (donde la conducta anormal es cualquier conducta que se desvía de la norma esperada o aceptada), ya que considera que ambas personalidades deberían considerarse como puntos representativos sobre un gradiente, más que como categorías nominales discretas, incluyendo una diferenciación entre patrones y estilos de personalidad. En general, se denominaría *patrón de personalidad* cuando se refiere a la personalidad patológica, mientras que utilizaríamos el *estilo* para hablar de personalidad normal (Millon, 1994). Se puede decir que una persona con un *estilo de personalidad* se mostraría capaz de relacionarse con su entorno de una manera flexible y adaptativa; las percepciones características del individuo de sí mismo y del entorno serían fundamentalmente constructivas; y los patrones de conducta manifiesta predominantes del individuo podrían considerarse como promotores de salud. Por otro lado, se puede decir que una persona presenta una *personalidad patológica o un trastorno de personalidad* si afrontara las responsabilidades y las relaciones cotidianas con inflexibilidad y conductas desadaptativas; las percepciones características de sí mismo y del entorno fuesen

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

fundamentalmente autofrustrantes; y los patrones de conducta que la persona manifestase tuvieran efectos perjudiciales para la salud.

Sin embargo, pese al tenue y fluctuante carácter de la distinción entre normalidad y patología, Millon propone tres criterios que apuntan hacia la presencia de un patrón de personalidad anormal: *escasa flexibilidad* para adaptarse (utilizando estrategias rígidas y uniformes), tendencia a crear *círculos viciosos* (provocando nuevas conductas autofrustrantes) y *escasa estabilidad ante situaciones de estrés* (frágiles y carentes de elasticidad bajo condiciones de presión). Cuando esto ocurre, es posible que el sujeto derive hacia formas patológicas de afrontamiento, con un control menos adecuado sobre sus emociones y finalmente con percepciones subjetivas y distorsiones de la realidad (Millon, 1994).

Además del desarrollo de instrumentos de medida clínica y de la personalidad, Millon también otorga gran importancia a generar un modelo terapéutico que permita integrar todos los distintos ámbitos que componen actualmente el campo de estudio de la personalidad: los principios científicos básicos, los estilos y desórdenes de personalidad, el modelo de clasificación de la patología psíquica, los instrumentos de evaluación con base empírica y la integración de las diversas modalidades terapéuticas; proceso que el que autor denomina *Psicosinergía* (Dresch, 2006; Sánchez-López, 2001). Millon considera incompletas aquellas teorías que centran su atención sólo en un nivel del

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

individuo (véase por ejemplo, el cognitivo), porque generan formulaciones limitadas, así como que, inevitablemente, serán incongruentes por el simple hecho de que los procesos psicológicos son multideterminados y multidimensionales en su expresión. Por eso, este autor ha centrado su interés en desarrollar y defender el concepto de *Psicosinergía*, partiendo de la idea de que las personas son un sistema integrado psicológicamente (Millon, 2000; Millon y Grossman, 2005), definiendo los aspectos fundamentales de la misma precisándola desde esta forma:

- Integrando teorías conceptuales de las que se puedan derivar proposiciones deductivas;
- Llevando a cabo una taxonomía coherente en el dominio del sujeto;
- Utilizando una serie de instrumentos empíricamente orientados que puedan identificar y cuantificar los constructos taxonómicos;
- Diseñando técnicas de intervención dirigidas al cambio, orientadas tanto con la teoría dada como con la metáfora integradora que se halla en el origen de la personalidad misma.

Por tanto, el tratamiento podría ser organizado sinérgicamente, es decir, en el sentido de fluir a partir de los procedimientos establecidos anteriormente: planificar la terapia a partir de las recomendaciones de los instrumentos de medida, que, a su vez, han sido construidos para representar la taxonomía multiaxial, la cual, a su vez, deriva de una

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

teoría de la personalidad acorde con ciertos principios universales de la naturaleza.

En la intervención psicodiagnóstica, Millon plantea la integración de técnicas que promuevan el cambio, que podría no ocurrir si utilizásemos solo un tipo de técnicas. La integración insiste en la primacía de una *gestalt* que da coherencia, proporciona una estructura interactiva y crea un orden entre los elementos. Cada personalidad es una síntesis y sistema sustantivo, los problemas de los pacientes son una estructura de conductas, cogniciones y procesos intrapsíquicos, que, juntos, convergen en un proceso que surge en diferentes momentos y en una configuración dinámica y cambiante. La psicoterapia se concibe, por tanto, como una configuración de estrategias en las cuales una técnica de intervención es seleccionada no sólo por su eficacia en resolver un trastorno concreto, sino por su contribución a la constelación de técnicas usadas en el tratamiento, de las cuales no es más que una parte.

El motivo de que esta sinergia de técnicas exista, se debe a que los trastornos clínicos no son exclusivamente conductuales, cognitivos o inconscientes, sino que estos no son más que un segmento del conjunto total que es la persona, por tanto Millon pretende una configuración de estrategias y tácticas en las que cada técnica de intervención sea seleccionada no sólo por su eficacia para resolver un problema particular, sino también por su contribución al procedimiento terapéutico global, del cual forma parte (Cardenal et al., 2007; Millon, 1999).

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Hasta este punto, se ha realizado un recorrido de los aspectos o variables clásicamente estudiadas por la psicología en relación al cáncer. Millon podría considerarse un eslabón intermedio entre la psicología tradicional y la psicología positiva, a la que se va a dedicar el siguiente capítulo, en cuanto a la visión integradora de la persona y a sus esfuerzos por retornar científicamente mediante tratamientos terapéuticos sinérgicos la salud psicológica de cada paciente.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Capítulo 4 Psicología Positiva: Un enfoque actual

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

CAPÍTULO 4. PSICOLOGÍA POSITIVA: Un enfoque actual

Como no sabían que era imposible,
lo hicieron.
Anónimo

La psicología positiva es una rama de la psicología de reciente aparición que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la psicología.

El estudio de la patología y la debilidad del ser humano ha sido el foco casi distintivo durante muchos años de la psicología, identificando y llegándola incluso a confundir con psicopatología y psicoterapia. Se ha sesgado el estudio de la mente humana a su parte más patogénica, focalizándose casi en exclusividad en la parte negativa de las personas, investigando arduamente sobre estos aspectos, y olvidando por tanto, que el ser humano también tiene características positivas como el optimismo, la creatividad, el sentido del humor o la ilusión, entre muchas otras cualidades y fortalezas, que le ayudan a adaptarse a cada situación y convertirse en un ser con posibilidades y éxitos (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Vera, 2006).

Por suerte, las limitaciones de centrarse en la parte patológica humana comenzaron a evidenciarse, aunque haya sido desde hace poco tiempo. Por ejemplo, numerosos estudios han documentado ampliamente los trastornos depresivos, si bien ahora barajamos las deficiencias de

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

éstos: la mayoría de ellos se centran en las emociones negativas que las personas depresivas presentan, sin considerar algo fundamental como que también implica la ausencia de emociones positivas. De modo que los tratamientos tradicionalmente se han diseñado para aliviar esas emociones negativas sin desarrollar estrategias de intervención basadas en la estimulación de las emociones positivas.

A finales de los años noventa, Martin Seligman, tras destacar la necesidad de investigar de forma decidida los aspectos saludables del ser humano, propuso la creación de la psicología positiva como corriente específica dentro de la psicología, y contó para ello con el investigador europeo Mihaly Csikszentmihalyi, que sintió la misma necesidad. Se pueden encontrar antecedentes de la psicología positiva en filósofos como Aristóteles, que dedicó parte de sus escritos a la *eudaimonia* (término griego habitualmente traducido como felicidad), pero también en psicólogos como Abraham Maslow o Carl Rogers, pertenecientes a la corriente de la psicología humanista.

La psicología positiva estudia aspectos del ser humano como las emociones positivas (la felicidad, la alegría o el amor), y fortalezas (el optimismo, la creatividad, la gratitud, la sabiduría o la resiliencia). Esencialmente, su objetivo es conseguir que las personas podamos valorar las experiencias pasadas como satisfactorias, manteniendo la esperanza y el optimismo hacia el futuro, mientras en el presente

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

apreciamos la felicidad a la vez que nos dejamos fluir (*flow*) (Peterson, Park y Seligman, 2006; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

A título ilustrativo, por ejemplo, hay estudios que dicen que la influencia de los ingresos económicos sobre la felicidad sólo es relevante hasta cubrir las necesidades básicas. A partir de un determinado nivel, mayores niveles de ingresos no parecen aportar mayor felicidad. Por el contrario, la cantidad y calidad de relaciones interpersonales se asocia a un mayor nivel de bienestar psicológico percibido. Otras variables como el optimismo, la autoestima y la gratitud, o rasgos básicos de personalidad como la extraversión y la estabilidad emocional, también aparecen relacionados con mayores puntuaciones de felicidad (Lyubomirsky, 2008; Seligman, 2002).

Básicamente, la psicología positiva pretende aportar nuevos conocimientos acerca de la psique humana no sólo para ayudar a resolver los problemas de salud mental que adolecen a los individuos, sino también para alcanzar mejor calidad de vida y bienestar, todo ello sin apartarse nunca de la más rigurosa metodología científica propia de toda ciencia de la salud (Aspinwall y Tedeschi, 2010a,b; Seligman, 2008; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Desde el punto de vista que plantea la psicología positiva, las investigaciones incluyen múltiples áreas teóricas y empíricas cuyo objetivo central es el funcionamiento humano positivo, la salud psicológica, la adaptación a la enfermedad y a otras

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

formas de adversidad, enmarcado todo ello en el método científico. De esta forma, los hallazgos obtenidos así como sus aplicaciones tienen la garantía de haber sido validadas científicamente. Los descubrimientos de esta disciplina están siendo aplicados en muy distintos campos, como en el ámbito educativo, el laboral o el clínico.

Lo que parece intuirse de entre los objetivos de la psicología positiva es que los grandes avances en materia de prevención han de venir en gran medida desde una perspectiva sistemáticamente centrada en la construcción de las competencias, no solo en la corrección de debilidades. Los investigadores dedicados a la prevención descubrieron que hay fortalezas humanas que actúan como amortiguadores contra la enfermedad mental: el coraje, la confianza en el futuro, el optimismo, las habilidades interpersonales, la fe, trabajar con ética, la esperanza, la honestidad, la perseverancia, la autoconsciencia y la capacidad de fluir, por nombrar algunos (Peterson et al., 2006). La psicología positiva surge como ciencia de la prevención en este siglo, la ciencia de las fuerzas humanas, cuya misión será entender y aprender la manera de fomentar estas virtudes para conseguir personas con mayor potencial humano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Actualmente gracias a los avances científicos, los psicólogos pueden utilizar herramientas eficaces que permiten a las personas, no sólo tratar el malestar emocional, sino prevenir su aparición mediante el

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

entrenamiento de técnicas y estrategias que nos hacen más fuertes y más sanos. La orientación preventiva fue la idea original de Seligman y constituye una de las bases de esta corriente.

Y centrándonos en la salud, que es lo que más nos interesa en esta tesis, desde este enfoque psicológico también se vislumbra de la mano de Seligman (2008) un nuevo término: *salud positiva*, paralelo a la psicología positiva, que se describe como un estado más allá la mera ausencia de enfermedad y que puede practicarse. De ser así, lograr el bienestar, evitar el sufrimiento, tener propósitos, relaciones y emociones positivas, ser optimistas, etc., serían nuestras mejores armas para evitar un trastorno mental (Hou et al., 2010; Peterson et al., 2006; Pressman y Cohen, 2005).

Según Seligman (2008), la salud mental (que consiste en emociones positivas, compromiso, propósito, relaciones positivas y logros positivos) es algo más que la ausencia de enfermedad mental. La salud mental, además de ser cuantificable, predice la ausencia de depresión, mayor rendimiento y mejor salud física. Por tanto, tener salud física o mental positiva o como él la denomina, *salud positiva*, nos protege de enfermedades, gracias al fuerte vínculo existente entre la psicología positiva (bienestar, optimismo y otras emociones positivas) y el estado de salud. Del análisis sobre las variables relacionadas con la salud positiva, Seligman (2008) compila resultados tan sorprendentes

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

como que puede predecir longevidad, es decir, que las personas con salud positiva viven más (Cohen, Alper, Doyle, Treanor y Turner, 2006; Cohen y Pressman, 2006); más calidad de vida y menos discapacidades (Andersen et al., 2008); menos gastos en salud; o en caso de tener una enfermedad, predice un mejor pronóstico (Kubzhansky y Thurston, 2007).

Estas son las nuevas líneas de investigación de la psicología positiva, donde un gran grupo de expertos están trabajando para corroborar lo que ya se ha ido consiguiendo con estudios previos. Su motivación es conseguir que tengamos salud positiva, explorando las cualidades de los que ya la poseen y diseñando intervenciones novedosas para aquellos con dificultades en su salud, de forma que se les pueda ayudar a mejorar, con el objetivo de alcanzar la máxima prevención en las enfermedades físicas y mentales (Seligman, 2008).

En esta tesis se ha trabajado con algunos de los aspectos fundamentales de la psicología positiva, como son el bienestar subjetivo o felicidad, las emociones positivas, la inteligencia emocional, el optimismo, la resiliencia o la autoestima. En nuestra opinión, nos parecen variables importantes como objeto de estudio en las personas con cáncer, por eso le vamos a dedicarle este capítulo.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

4.1. BIENESTAR SUBJETIVO Y FELICIDAD

Desde siempre, el ser humano ha tendido a perseguir la felicidad como una meta o un fin, como un estado de bienestar ideal y permanente al que llegar; no obstante, parece ser que la felicidad se compone de pequeños momentos, de detalles vividos en el día a día, y quizá su principal característica sea la futilidad, la capacidad de aparecer y desaparecer de forma constante a lo largo de nuestras vidas. Todos queremos ser felices y que lo sean nuestros seres queridos, porque creemos que nos aportará innumerables ventajas, siendo entonces nuestro objetivo alcanzar la felicidad plena. El problema es que a veces no sabemos dónde buscarla, si en acontecimientos externos y materiales o en nuestro interior.

La felicidad es el tema más recurrente de la historia del pensamiento humano: todos queremos saber las claves para tener una buena vida (Fierro, 2009). Y aunque desde la antigüedad, el estudio de la felicidad ha suscitado gran interés, en psicología o medicina se ha comenzado a profundizar desde hace relativamente poco (años después de la II Guerra Mundial), desde que se han visto las repercusiones que los estados positivos generan en la salud física y mental, por ejemplo, como protectores de enfermedades (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La felicidad, concepto con profundos significados, incluye emociones como la alegría, pero también otras muchas, algunas de las cuales no son necesariamente positivas (compromiso, lucha, reto, incluso dolor). Es la motivación, la actividad dirigida a algo, su búsqueda, el recorrido hacia la meta y no el logro o la satisfacción de los deseos, lo que produce en las personas los sentimientos positivos más profundos. Mediante las diversas circunstancias, cada persona parece mantener una capacidad o potencial estable de felicidad; lo que no implica que el nivel de buen vivir, debidos a coyunturas favorables o desfavorables, se vea alterado, aunque siempre regresando a la línea dominante. Con esa línea nos referimos a una capacidad: un potencial adaptativo para solucionar problemas, manejar y descubrir cada situación (Fierro, 2008, 2009). Conocer en profundidad las bases que sustentan el bienestar es un objetivo de gran importancia, no solo porque puede permitir que cada vez haya personas más satisfechas consigo mismas, sino que también las emociones positivas y la felicidad están asociadas a múltiples beneficios: mejor salud, mejores relaciones sociales, mejor rendimiento laboral, incluso mayor tendencia a beneficiar a otros (Lyubomirsky, King y Diener, 2005).

Siguiendo a Fierro (2006), se podría decir que el bienestar subjetivo es el resultado de la percepción y juicio global que cada persona hace de su propia vida como un todo. En psicología se suele

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

considerar el bienestar subjetivo como un sinónimo de felicidad, con el que podemos valorar los aspectos cognitivos y afectivos de manera más amplia (Diener, 2009; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; Fierro, 2006; Vázquez y Hervás, 2008). Así, los autores se han puesto de acuerdo en considerar el constructo bienestar subjetivo o personal como intercambiable del de felicidad, considerándolo como la valoración de nuestra vida como un todo, y tratando de diferenciarlos en dos componentes: el afectivo y el cognitivo:

- El *componente afectivo* incluye reacciones relativamente transitorias y ligadas a estados fisiológicos reconocibles, como son las emociones; además de los estados más difusos y permanentes que matizan nuestra experiencia afectiva de manera continuada. Es decir, entendemos por componente afectivo el balance de las emociones y estados de ánimo experimentados frecuentemente, realizando la valoración de los afectos positivos y de los afectos negativos, de forma independiente (Diener, 2009; Diener et al., 1985). Los afectos positivos y negativos reflejan las experiencias básicas que provocan los distintos acontecimientos de nuestra vida. Los afectos positivos suponen entusiasmo, alegría o activación, mientras que los negativos implican enfado, desprecio, miedo o culpa. Las personas con altos niveles de afectos positivos experimentan más satisfacciones que las

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

que tienen altos niveles de afectos negativos, quienes suelen tender al desinterés.

- El *componente cognitivo* comprende la satisfacción con la vida, de la que se deriva la discrepancia percibida entre las aspiraciones y logros (Diener et al., 1985). Las variables internas que llevan a la persona a percibir bienestar, independientemente de la realidad objetiva, convierten el bienestar en un complejo proceso autoevaluativo, que incluye una valoración positiva de la vida y el predominio de afectos positivos sobre los negativos. Las valoraciones vitales pueden ser generales o de aspectos específicos de cada persona, por ejemplo la vida laboral o de pareja. Una persona con alta satisfacción vital compara sus circunstancias vitales percibidas con un estándar autoimpuesto y con el que obtiene concordancia.

Por tanto, el bienestar de una persona sería la valoración positiva de su vida, basada tanto en la congruencia entre sus aspiraciones y logros alcanzados, como en presentar un estado emocional y afectivo óptimo. Al mismo tiempo, la percepción de ausencia de bienestar, consistiría en una valoración negativa de la vida, producto de la incongruencia entre expectativas y logros, así como el predominio de emociones y afectos displacenteros (Fierro, 2006, 2008).

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

De entre los factores personales que podamos contemplar, nada afecta tanto a la vida feliz como la salud física. Eso no obsta a que personas con poca salud física, o seriamente afectadas por una discapacidad, muestren una vitalidad envidiable, como por ejemplo, el conocido físico Stephen Hawking. Si la salud física refleja nuestro nivel de bienestar o felicidad, ni que decir tiene que la salud mental también se ve muy condicionada a ésta. La depresión y los trastornos psicopatológicos originan mucho sufrimiento, pero lo causan justamente porque se considera trastorno a la incapacidad duradera de manejarse en orden a una experiencia satisfactoria de la vida (Fierro, 2009).

Los estudios que tratan del bienestar y la felicidad en cáncer suelen ser los relacionados con las intervenciones psicológicas, ya que con ellas el objetivo general que se pretende es conseguir mejorar el estado de bienestar de los participantes, desde los distintos enfoques, técnicas, o variables estudiadas (Cameron, Booth, Schlatter, Ziginskas y Harman, 2007; Cerezo et al., 2009a,c; Font y Rodríguez, 2007; Iwamitsu et al., 2005; Lieberman y Goldstein, 2006), que serán explicitadas en profundidad en esta tesis en el capítulo 5, que versa sobre los tratamientos psicológicos en cáncer. De los estudios con pacientes oncológicos que no implican intervenciones psicológicas, los hallazgos encontrados han sido, de manera global, que la felicidad se relaciona positivamente con una adecuada reparación emocional (Cerezo y Ortiz-Tallo, 2007) y mejor calidad de vida (Carver et al., 2005; Novoa, Vargas,

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Obispo, Pertuz y Rivera, 2010; García-Viniegras y González, 2007), destacando la necesidad de que las estrategias de atención sanitaria a los pacientes con cáncer incluyan elementos clínico-psicológicos que promuevan una mejoría del bienestar psicológico de estos pacientes.

4.2. EMOCIONES POSITIVAS

La mayoría de los investigadores que se han dedicado a estudiar las emociones se han centrado exclusivamente en las emociones negativas, lo que puede resultar lógico si consideramos que emociones como el miedo, la tristeza o la ira son señales de alarma que pueden generar problemas de una magnitud considerable si se ignoran sistemáticamente. A lo largo de la historia se ha estudiado sobre todo lo que amenazaba el bienestar del ser humano, centrando el interés en las emociones que nos permiten afrontar los peligros o problemas inminentes. Principalmente ésta ha sido la razón por la que se ha obviado o relegado a segundo término el estudio de las emociones positivas (Vera, 2006, 2008). Y no se ha investigado sobre las emociones positivas hasta hace relativamente poco tiempo. De hecho, la primera lista de emociones estudiadas por Ekman y Friesen en 1969, fueron 4 emociones negativas (miedo, tristeza, ira y repugnancia), 1 neutra (sorpresa) y 1 positiva (felicidad), lo que indica también su desventaja en número, al ser más difíciles de distinguir que las negativas, y aunque

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

posteriormente ampliaron la lista, considerando también más emociones positivas, este hecho manifiesta lo poco que se sabía sobre emociones positivas. Más adelante se demostró que a nivel neurológico, las emociones negativas desencadenan diferentes respuestas en el sistema nervioso autonómico, es decir, parecen más complejas, mientras que las emociones positivas no provocan respuestas diferenciadas. Las emociones negativas tienen un obvio valor adaptativo y representan soluciones eficientes a los problemas a los que se ha venido enfrentando el ser humano desde sus orígenes. Como se deja entrever, las emociones negativas siempre se han tenido como referencia, con lo que a la hora de abordar científicamente a las emociones positivas, el patrón a seguir se ha basado en el marco teórico de las emociones negativas (Vera, 2006).

Se sabe que las emociones positivas pueden reducir el dolor, incrementando su umbral debido al efecto analgésico de la liberación de opiáceos endógenos asociados a las emociones positivas (Pressman y Cohen, 2005). Sin embargo, el gran valor adaptativo de las emociones positivas, que se ha ignorado durante tanto tiempo, es ahora indudable gracias a los estudios realizados entre otros, por Fredrickson (1998, 2001), Seligman (2008) o el equipo de Cohen (2006), quienes encontraron que tener un estilo emocional positivo puede prevenir, por ejemplo, la aparición del resfriado común o la gripe; además, también de prevenir complicaciones en enfermedades más graves, como en los

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

accidentes cerebrovasculares o las tasas de mortalidad en los ancianos (Cohen y Pressman, 2006), demostrando también su efecto positivo en las personas con cáncer (Bozo, Gündogdu y Büyükasik-Çolak, 2009; Hou et al., 2010).

Experimentar emociones positivas lleva a estados mentales y modos de comportamiento que de forma indirecta preparan al individuo para enfrentar con éxito dificultades y adversidades venideras (Fredrickson, 2003; Hou et al., 2010). Las emociones positivas pueden ser el medio para solventar muchos de los problemas que generan las emociones negativas, nos sirven para conseguir sobreponernos a momentos difíciles y salir fortalecidos de ellos. Las emociones positivas pueden guiarnos hacia la prevención, el tratamiento y el afrontamiento de forma que se transforman en verdaderas armas para afrontar problemas.

Emociones como la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, el orgullo, la complacencia, etc., aunque sean fenomenológicamente distintas entre sí, comparten muchas propiedades, como pueden ser las siguientes: mejoran el pensamiento y la acción, fomentan el desarrollo y crecimiento personal, mantienen y mejoran los recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis o adversidad, generan habilidades psicológicas que permiten descubrir y crear posibilidades, y desarrollan habilidades sociales adecuadas para generar vínculos entre personas y el aprendizaje de

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

conductas de ayuda (Vecina, 2006). También parece que cada vez queda más claro el efecto que tienen las emociones positivas en nuestra salud, tras los estudios que confirman que alargan la vida o que mejoran las dificultades del envejecimiento (Cohen et al., 2006; Cohen y Pressman, 2006; Fredrickson, 2003; Seligman, 2008).

Resultados similares también se han encontrado en estudios realizados con pacientes de cáncer, en los que se demuestra que los afectos positivos aportan beneficios a los pacientes, incluso consiguen que realicen menos visitas médicas (de las consideradas innecesarias), mejores hábitos de consumo y de autocuidado, mejor calidad y cantidad de sueño y más ejercicio físico (Lyubomirsky et al., 2005; Vázquez y Castilla, 2007).

Con todas estas buenas razones, se comprende fácilmente el interés de los psicólogos por investigar más escrupulosamente sobre las emociones positivas y fomentarlas, con el único fin de disminuir el sufrimiento de muchas personas en sus intervenciones psicológicas. Pero para poder seguir avalando esta vía en la prevención y el tratamiento de numerosos trastornos es necesario continuar mejorando la eficacia de los tratamientos psicológicos, considerando más enfáticamente el papel de las emociones positivas.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

4.3. INTELIGENCIA EMOCIONAL

Hace mucho que Darwin (1872) planteó que las emociones no eran solo mecanismos indispensables para la supervivencia. Se sabe que las emociones son procesos adaptativos que nos ayudan a motivar la conducta, procesos de memoria, y en definitiva, favorecen la adecuada toma de decisiones. Las emociones son una fuente de información muy útil que ayuda a las personas a relacionarse con su entorno (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995).

La inteligencia emocional surgió como concepto bien definido en los años noventa, cuando Salovey y Mayer reconocieron el valor de los factores afectivos y emocionales (no cognitivos) como predictores de las habilidades de adaptación y éxito en la vida (Cabello, Ruiz-Aranda y Fernández-Berrocal, 2010). Mayer y Salovey (1997) definen la inteligencia emocional *como "la capacidad para percibir, valorar y expresar las emociones con exactitud; la capacidad para acceder y generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la capacidad para entender la emoción y el conocimiento emocional; y la capacidad para regular las emociones y promover el crecimiento emocional e intelectual"*. La inteligencia emocional es, por tanto, una habilidad para procesar la información.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Al ser un término tan novedoso, muchos autores han dedicado sus esfuerzos a investigar y profundizar en él. Y así han surgido dos Modelos de la Inteligencia Emocional: el que concibe la inteligencia emocional como habilidad (Mayer y Salovey, 1997; Mayer, Roberts y Barsade, 2008; Mayer, Salovey y Caruso, 2000) y el que la entiende partícipe de dimensiones de personalidad, como la asertividad, el optimismo y las habilidades emocionales (Bar-On, 2000; Goleman, 1995, 2001).

- *Modelo de Rasgos o Mixto*: Goleman (1995, 2001) es el gran defensor de este modelo, quien considera la inteligencia emocional como rasgo estable de personalidad, como pueden ser el optimismo, asertividad o la empatía; es una combinación de atributos interconectados con la personalidad y relacionada con competencias académicas y profesionales. Son habilidades que facilitan la adaptación de las personas a su entorno, entre las que destacan: *conocer* las propias emociones; *manejar* las emociones (suavizando emociones como la ira); *motivarse a sí mismo* para prestar atención, realizar actividades creativas y ser más eficaces y productivos; *reconocer las emociones de los demás*, siendo empático y altruista; y *establecer relaciones*, ser competente socialmente, con habilidades de liderazgo, popularidad y eficiencia interpersonal.

- *Modelo de Habilidad*: Mayer y Salovey son los creadores de este modelo de la inteligencia emocional, de gran rigor científico. Este modelo

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

conceptualiza la inteligencia emocional como la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y las de los demás, promoviendo el crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey, 1997). La inteligencia emocional desde esta perspectiva no puede ser un rasgo de personalidad aunque pueda interactuar con ésta; es un conjunto de habilidades que surgen de los procesos psicológicos más básicos (percepción de emociones) hasta los más complejos (regulación emocional), distribuidos jerárquicamente (para aplicar procesos más complejos necesitamos tener los básicos). Son los siguientes 4 procesos:

- *Percepción, evaluación y expresión emocional*: identificación adecuada de los correlatos fisiológicos y cognitivos de las emociones.
- *Emoción como Facilitación del pensamiento*: las emociones determinan e influyen en los pensamientos y en la forma de procesar la información, dirigiendo la atención hacia lo importante.
- *Comprensión emocional*: capacidad para comprender las emociones y utilizar el conocimiento emocional.
- *Regulación emocional*: es el más complejo de los procesos. Es la capacidad para manejar adecuadamente las emociones, positivas y negativas, de uno mismo y de los demás, moderando las emociones negativas y promoviendo las positivas.

Este modelo es el que hemos seguido en los estudios de esta tesis.

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Desde el modelo de las habilidades, muchos investigadores se han esforzado por comprobar y evidenciar científicamente los beneficios de una adecuada inteligencia emocional en todos los ámbitos posibles, sobre todo en el educativo (Cabello et al., 2010; Fernández-Berrocal, Extremera y Palomera, 2008; Nelis, Quoidbach, Mikolajczak y Hansenne, 2009). La mayoría de los programas que se están desarrollando para potenciar las habilidades que integra la inteligencia emocional a nivel mundial, se concentran en el ámbito educativo o para población sana (Brackett, Alster, Wolfe, Katulak y Fale, 2007; Nelis et al., 2009; Ramos, Hernández y Blanca, 2009). Intentan implantar programas de aprendizaje socioemocional para profesores y personal de los colegios, donde están comprobando que los participantes mejoran en inteligencia emocional, reduciendo su estrés y dándole más importancia a las emociones de los alumnos. En España también se están desarrollando distintos programas en el ámbito educativo, con los mismos fines y con resultados exitosos muy similares (Cabello et al., 2010; Fernández-Berrocal, 2008).

Las habilidades para definir, comprender y regular nuestras emociones y las de los demás, también pueden considerarse recursos potenciales que bien nos podrían facilitar un mejor afrontamiento de situaciones estresantes, ya que en los últimos estudios experimentales con población sana (no pacientes), la utilización adecuada de la inteligencia emocional ha resultado un buen predictor del bienestar emocional y de un buen ajuste psicosocial (Brackett y Salovey, 2006;

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Extremera y Fernández-Berrocal, 2005). Se ha observado que la inteligencia emocional correlaciona positivamente con liderazgo y con autoestima, así como negativamente con la ansiedad (Gil-Olarte, Palomera y Brackett, 2006). También se ha encontrado que un nivel adecuado de inteligencia emocional se asocia a mayor capacidad de respuesta a estimulación afectiva negativa, así como a una recuperación de la misma más rápida (Sevdalis, Petrides y Harvey, 2007; Smith et al., 2011). Esto indica que niveles adecuados de inteligencia emocional se asocia a menor deterioro psicológico causado por acontecimientos vitales estresantes o experiencias traumáticas. En otros estudios se ha comprobado que la inteligencia emocional moderó significativamente el impacto del estresor tras el deterioro del estado de ánimo, que el efecto se mantuvo después de controlar la deseabilidad social, y que ésta tuvo validez incremental para predecir el deterioro del estado de ánimo sobre otros predictores (Mikolajczak, Petrides, Coumans y Luminet, 2009).

También se relaciona una buena reparación emocional con una mejor gestión del dolor en mujeres sanas (Ruiz-Aranda, Salguero y Fernández-Berrocal, 2010). En el metaanálisis que relaciona inteligencia emocional con la salud, muestra que la inteligencia emocional es un fuerte predictor de buena salud, en concreto, muestra altas correlaciones entre salud mental, psicosomática y física, siendo más evidente esta relación en estudios con mujeres (Martins, Ramalho y Morin, 2010).

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Si nos centramos en las publicaciones que relacionan cáncer e inteligencia emocional, existen pocos estudios que contemplen ambas variables, pero de los que han surgido recientemente, se ha encontrado que en pacientes con cáncer urológico, un alto rasgo de inteligencia emocional era asociado a menores estados de ansiedad, menos preocupación y mayor apoyo social percibido (Smith et al., 2011). Estos autores han encontrado que la inteligencia emocional rasgo es un fuerte predictor de la adaptación psicológica en pacientes diagnosticados de cáncer. Estos resultados corroboran los estudios del metaanálisis anterior (Martins et al., 2010), donde encontraron que la inteligencia emocional predice salud mental, con tamaños del efecto considerables, y por tanto, en el futuro debería incluirse en los modelos de adaptación psicológica de acontecimientos traumáticos. En pacientes con cáncer de mama, la inteligencia emocional se relaciona con bienestar personal (Cerezo y Ortiz-Tallo, 2007, Cerezo et al., 2009b) y se ha comprobado como amortiguador de entornos sociales inadecuados (Schmidt y Andrykowski, 2004).

En nuestro equipo de investigación consideramos la inteligencia emocional como una variable de gran importancia y con gran potencial en los pacientes con cáncer. Fomentar una inteligencia emocional adecuada, trabajando sobre todo sobre la regulación emocional puede ser muy enriquecedor y beneficioso, y debe trabajarse eficientemente

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

para que se convierta en una capacidad estable (Cerezo et al., 2007, 2009a,b,c).

4.4. OPTIMISMO

Dentro de las distintas fortalezas estudiadas en psicología positiva, en este trabajo de investigación queremos destacar en particular el optimismo y la resiliencia.

El optimismo es una característica disposicional de personalidad que media entre los acontecimientos externos y la interpretación personal que hacemos de ellos, es la tendencia a esperar que el futuro nos depare resultados favorables, el valor que nos ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, descubriendo lo positivo de las personas y las circunstancias, y que nos hace confiar en nuestras capacidades y posibilidades junto con la ayuda que podamos recibir (Avia y Vázquez, 1998; Scheier y Carver, 1993). Las diferencias entre las personas optimistas y pesimistas tienen que ver con la forma de relacionarse con el mundo y la importancia o impacto que esto tiene en sus vidas. Estas personas difieren en la forma de afrontar los problemas y adversidades, difieren en sus recursos individuales, sociales y económicos, incluso en el riesgo de presentar alguna psicopatología (Carver, Scheier y Segerstrom, 2010). Estudios recientes indican que las

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

personas optimistas tienden a abordar mejor las situaciones difíciles con estrategias de afrontamiento más adaptativas, con lo que parecen tener más resistencia a los efectos psicológicos y biológicos de los eventos estresantes, controlando mejor el estrés y/o las enfermedades, manejando mejor eventos potencialmente traumáticos y mostrando mayor perseverancia, mayor salud física, bienestar y teniendo más logros vitales (Bozo et al., 2009; Carver, Scheier, Miller y Fulford, 2009; Nes y Segerstrom, 2006; Rasmussen, Scheier y Greenhouse, 2009).

Casi todos los estudios que versan sobre el optimismo, incluidos los metaanálisis más recientes, informan de su valor predictivo sobre la salud y el bienestar, además de actuar como modulador sobre los eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de aquellos que sufren, tienen estrés o enfermedades graves, incluso puede actuar como potenciador del bienestar y la salud en aquellas personas que, sin presentar trastornos, pretenden mejorar su calidad de vida (Rasmussen et al., 2009; Seligman, 2002).

En este sentido, la salud física es objeto de muchos estudios donde el optimismo es también la variable protagonista. Se han estudiado las relaciones entre optimismo y muy diferentes enfermedades, demostrando por ejemplo, una fuerte relación entre altos niveles de optimismo y la vitalidad emocional con una mayor protección y mejor pronóstico para las enfermedades cardiovasculares, comparándose al

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

mismo tiempo con los efectos de la depresión, que aumenta significativamente el riesgo de accidentes o problemas cardíacos (Kubzansky y Thurston, 2007; Seligman, 2008). El optimismo también se asocia a una mejor respuesta inmunocompetente, comparada con la de personas pesimistas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000); predice mejor pronóstico para enfermedades como el sida (Seligman, 2008), alarga la vida y mejora el estado de salud de los ancianos (Cohen et al., 2006; Cohen y Pressman, 2006; Giltay, Geleijnse, Zitman, Hoekstra y Schouten, 2004), incluso en personas con problemas de fertilidad u otro tipo de decepciones intensas de la vida, los optimistas lo asumen con menos síntomas depresivos o ansiosos que los pesimistas (Carver et al., 2010). En enfermedades como el cáncer, se ha observado que las personas optimistas parecen tener una mejor supervivencia y respuesta inmune (Allison, Guichard, Fung y Gilain, 2003; Aspinwall y Tedeschi, 2010a; Carver et al., 2005), así como que muestran menores niveles de ansiedad durante los tratamientos, y mejor calidad de vida previa y posterior al diagnóstico (Carver et al., 2010; David, Montgomery y Bovbjerg, 2006; Lee, Cohen, Edgar, Laizner y Gagnon, 2006). Esto es indicativo de que una mayor tendencia al optimismo se suele relacionar con estrategias de afrontamiento activas y con el desarrollo de conductas de solución de problemas y autocuidado, incluso cuando hablamos de cáncer, donde se ha comprobado, por ejemplo, que las pacientes optimistas tienen mejor ajuste psicológico tras el diagnóstico de cáncer

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de mama y utilizan mejores estrategias de afrontamiento, presentan mejor actividad inmunológica, estado de ánimo y apoyo percibido, y les disminuye el dolor (Vázquez y Castilla, 2007). Aún más, se puede confirmar que el optimismo predice un nivel óptimo de bienestar, varios años después (Carver et al., 2005; Helgeson, Snyder y Seltman, 2004).

Lo que se puede intuir de estos estudios es que un paciente optimista tiende más probablemente a poner en práctica hábitos que mejoren su salud, a mantener buenas relaciones sociales en las que percibir apoyo, así como a que sus estados afectivos positivos tengan un efecto fisiológico directo que le ayuden a retardar el curso de su enfermedad.

El optimismo también ha generado estudios en los que se quiere ver cómo reaccionan las distintas poblaciones según su profesión, su situación laboral o vital, etc., encontrando que en todos los casos, ya sean médicos o profesionales con gran responsabilidad, cuidadores de pacientes (de Alzheimer, de cáncer, de enfermos terminales o de enfermedades crónicas), estudiantes, etc., el optimismo tiene un papel amortiguador de las situaciones y potenciador de la salud, previniendo depresión u otros trastornos (Carver et al., 2010).

Dada la acumulación de evidencias a favor de ser optimista, la siguiente cuestión a plantear sería si se puede aprender a serlo. El optimismo se considera una variable de personalidad que desde el punto

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de vista clínico, parece que sería necesario trabajar para poder mejorarla. El problema es que hasta la fecha, se han realizado muy pocos trabajos sistemáticos que hayan profundizado en tratamientos psicológicos en los que ayudar a personas pesimistas a tratar más efectivamente la adversidad en sus vidas. Esto puede deberse a que al considerarse un rasgo estable de personalidad, o que se cree que tiene un componente genético, los investigadores se han dedicado más a explorar las diferencias individuales generadas por el optimismo, que a intervenir sobre él (Seligman, Schulman y Tryon, 2007; Segerstrom, 2006).

Sin embargo, el cambio hacia el optimismo es posible y ha sido documentado en algunos contextos, lo que implica que deben dedicarse más esfuerzos al tratamiento psicológico para estudiar su eficacia (Carver et al., 2010**;** Rasmussen et al., 2009).

4.5. RESILIENCIA

Una de las situaciones que quizá más pueda transformarnos la vida es sin duda tener que vivir un acontecimiento traumático. Sin despreciar el horror y la gravedad de esas experiencias, hay que destacar que es en esas situaciones extremas donde el ser humano tiene la oportunidad darse cuenta de sus propias capacidades latentes, de

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores, tiene la oportunidad de replantearse su manera de vivir y de modificar sus creencias, de manera que en esta reconstrucción puede darse, y de hecho se da en muchos casos, un aprendizaje y un crecimiento personal (Vera, 2006). La psicología tradicional, sin embargo, ha tendido a obviar el estudio de fenómenos como la resiliencia y el crecimiento postraumático y a asumir que todos los acontecimientos traumáticos dejan heridas psicológicas en las personas.

La resiliencia, entendida como la capacidad del ser humano de resistir y rehacerse frente a los embates de la vida, la capacidad de recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del desastre, surge como parte de la psicología positiva suscitando investigaciones que se preguntan mediante qué mecanismos algunas personas consiguen aprender de sus experiencias e incluso encontrar beneficios en ellas. En la definición de resiliencia se incluyen cualidades como la inteligencia, la salud, el temperamento, darle sentido a las experiencias, tener habilidades para identificar y relacionarse con modelos positivos, tener buena voluntad y confianza en las relaciones, tener habilidades de solución de problemas, flexibilidad o perseverancia (Becoña, 2006; Carver, 1998). La resiliencia es, por tanto, una respuesta humana común y su aparición indica un ajuste saludable a la adversidad (Vera, 2006). La resiliencia colabora y fomenta la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aun habiendo

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiese desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados (Bowen, Morasca y Meischke, 2003; Vázquez y Castilla, 2007). Varios estudios demuestran que las personas más resilientes, las que ante la adversidad se doblan pero no se rompen, son capaces de experimentar emociones positivas en situaciones estresantes, es decir, suelen sentir elevados niveles de felicidad y de interés por sus cosas en momentos de gran ansiedad provocados experimentalmente (Bonanno, 2004; Fredrickson, 2001; Tugade y Fredrickson, 2004; Vecina, 2006). Estas emociones positivas durante los momentos más difíciles y dolorosos hace más probable que mantengan la vista puesta en el futuro y tengan mejor ajuste psicológico unos años después.

En grandes acontecimientos traumáticos como los atentados de Nueva York o de Madrid, los psicólogos observaron que las personas que experimentaron, pasados los atentados, además de las emociones dominantes de angustia, miedo, disgusto y desprecio, emociones positivas de gratitud, interés, amor, esperanza, orgullo, etc., presentaban menos síntomas depresivos, más optimismo, satisfacción con la vida y tranquilidad. Las emociones positivas, por tanto, parecían servirles de ingrediente activo esencial que, además de ayudarles a no hundirse en la depresión, también contribuían a incrementar sus recursos psicológicos

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de afrontamiento (Calderón, Espinosa y Techio, 2004; Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003).

En cáncer se está estudiando lo que se ha llamado *crecimiento postraumático*, ya que las emociones y cogniciones positivas pueden ser también resultado de la vivencia de situaciones traumáticas. El crecimiento postraumático se definiría como la capacidad de las personas de generar respuestas de crecimiento o maduración personal sin negar la vivencia de la adversidad vivida, pero dándole un significado o sentido a la misma (Costa y Gil, 2008; Vázquez y Castilla, 2007). El evento traumático induce una crisis existencial que desencadena un proceso de "rumiación constructiva", asociado a la búsqueda de significado en medio de una gran incertidumbre y percepción de vulnerabilidad. Es un proceso reparador, una reestructuración cognitiva que ayuda a encontrar una explicación a lo ocurrido (Calhoum y Tedeschi, 2006). La respuesta de crecimiento puede entenderse como el resultado del proceso de atribuir significado a un evento estresante (Park, 2004). Se relaciona mucho con el optimismo, al que consideran como parte del proceso de crecimiento.

La mayoría de los estudios psicooncológicos se centra en las mujeres con cáncer de mama, y concluyen que el ajuste psicológico es mucho más adecuado cuando las mujeres le encuentran sentido a la vivencia (Andersen et al., 2008; Bellizzi y Blank, 2006; Scrignaro, Barni y

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Magrin, 2010), tienen menos resultados emocionales negativos tras los tratamientos (Aspinwall y MacNamara 2005; Aydin, 2008; Bozo et al., 2009; Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson y Andrykowski, 2009), se cuidan más tras los tratamientos, llevando una vida más saludable, comprometiéndose más fuertemente con su salud (Vázquez y Castilla, 2007), y suelen ser las mujeres de mayor edad a las que les es más fácil considerarse resilientes ante las adversidades en comparación con las mujeres más jóvenes (Bennett et al., 2008; Morse y Adams-Price, 2008).

En estudios en los que se trabaja terapéuticamente para ayudar a mejorar el crecimiento postraumático, se han encontrado importantes cambios positivos en el grupo de participantes, sobre todo en la mejora de síntomas de estrés postraumático, con lo que se comprueba que las intervenciones o tratamientos en este ámbito son favorables y deben seguir investigándose (Hart, Wilson y Hittner, 2006; Knaevelsrud, Liedl y Maercker, 2010).

4.6. AUTOESTIMA

Los pacientes con cáncer suelen ver su autoestima deteriorada en algún momento o circunstancia del proceso de superación de la enfermedad como consecuencia de los tratamientos, de sus efectos

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

secundarios, de los cambios en su imagen corporal, de la incertidumbre ante el futuro, etc.

La autoestima es un conjunto de actitudes que dependen de las percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, hacia nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de uno mismo.

La importancia que tiene la autoestima radica en que nos concierne por completo: a nuestra manera de ser y al sentido de nuestra valía personal; además de que funciona como motor de nuestra vida: habla de nosotros, de cómo nos percibimos y comportamos y de lo que esperamos del otro. Es uno de los factores más relevantes para el bienestar personal, clave para relacionarnos con nuestro entorno de una forma satisfactoria. Por lo tanto, no puede menos que afectar a nuestra manera de estar y actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada en nuestra manera de pensar, de sentir, de decidir y de desenvolvernos escapa a la influencia de la autoestima (Bonet, 1997).

El constructo psicológico de autoestima se remonta a William James (1890), a finales del siglo XIX, quien estudió el desdoblamiento de nuestro *Yo-global* en un *Yo-conocedor* y un *Yo-conocido*, de que todos somos conscientes en mayor o menor grado, y del que nace la autoestima. También trató de ahondar sobre autoestima Abraham

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Maslow (1943), en su jerarquía de las necesidades humanas, quien describía la *necesidad de aprecio*, dividida en dos aspectos: el aprecio que se tiene uno mismo (amor propio, confianza, pericia, suficiencia, etc.), y el respeto y estimación que se recibe de otras personas (reconocimiento, aceptación, etc.), donde se reconocería la expresión de aprecio más sana en el respeto que le merecemos a otros. La autoestima adecuada, por tanto, comprende cubrir las necesidades de respeto por uno mismo con sentimientos como confianza, competencia, logros, maestría, independencia y libertad. Por último, Carl Rogers (1951), desde la psicología humanista, expuso que la raíz de los problemas de muchas personas es que se desprecian y se consideran seres sin valor e indignos de ser amados; de ahí la importancia que este autor le concedía a la aceptación incondicional del cliente. Esto implica que desde este enfoque de la psicología, la autoestima se considera como un derecho inalienable de la persona, pues según Rogers, "*todo ser humano, sin excepción, por el mero hecho de serlo, es digno del respeto incondicional de los demás y de sí mismo; merece estimarse a sí mismo y que se le estime*".

Las personas con alta autoestima se caracterizan por superar con mayor facilidad sus problemas o dificultades personales, ser más independientes, se desenvuelven mejor a la hora de tener relaciones interpersonales, se sienten bien consigo mismas; se sienten capaz de dirigir o manejar sus vidas; se adaptan más hábilmente a los cambios y

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

circunstancias que les rodean y disfrutan con los desafíos que la vida les presenta; en definitiva, la persona con un nivel de autoestima adecuado está más preparada para abordar la vida satisfactoriamente. Sin embargo, las personas con baja autoestima sienten mayor inseguridad, se sienten en mayor medida responsables o culpables de su situación y de sus problemas, se les resiente su salud por faltarles confianza para abordar los sucesivos retos que presenta la vida, lo que les lleva a percibirse con menos capacidad para enfrentarse a los múltiples problemas y conflictos vitales, y por tanto se fijan y alcanzan metas con más dificultad (Bonet, 1997).

En la sociedad en que vivimos, se nos exige ser perfectos: altos, guapos, inteligentes, resolutivos, responsables, con buen físico… y cuando a una persona le diagnostican una enfermedad como puede ser el cáncer, la autoestima se tambalea por la abismal incongruencia entre lo que socialmente se espera de ella y lo que le deparará la enfermedad de aquí en adelante. El cáncer y los tratamientos oncológicos recibidos pueden dañar la autoestima de los pacientes en diferentes sentidos: por los cambios en la imagen corporal (alopecia, aumento de peso, cicatrices, secuelas de la cirugía, en especial, la mastectomía, etc.), por los cambios en su independencia y estilo de vida (no poder trabajar o desempeñar las tareas habituales, no poder realizar deporte, etc.), o por las consecuencias derivadas de los tratamientos sobre algún órgano o función determinada (de la fertilidad, el habla, la movilidad, alteraciones

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

en necesidades básicas, como comer, respirar o defecar, etc.). La presencia de alguna de estas consecuencias les puede hacer sentir menos valioso, menos útil o atractivo, generando sentimientos de inseguridad y provocando aislamiento, menos relaciones sociales, distanciamiento de la pareja y de familiares, y en definitiva, generando trastornos de gravedad variable.

El aspecto sexual, también se ve muy alterado por el estado de ánimo vulnerable, así como por las dificultades que se le presentan tras los tratamientos. En mujeres mastectomizadas, se ha estudiado la relación entre la baja autoestima y la alteración de la vida sexual: diferentes estudios ponen de manifiesto que las mujeres mastectomizadas están menos satisfechas con su imagen corporal que las pacientes con cirugía conservadora, aunque estén en proceso de reconstrucción de la mama, con lo que se puede afirmar que la mastectomía impacta negativamente en la autoestima de las pacientes, interfiriendo además en el apoyo percibido, en su vida social y sexual, así como en su bienestar (Brandberg et al., 2008; González, Rodríguez, Alonso, de León y Gutiérrez, 2010; Lepore, Glaser y Roberts, 2008; Markopoulos et al., 2009; Sebastián et al., 2007, 2008). Y otro grupo de pacientes que también sufre muy especialmente este tipo de dificultades es el de cáncer colorrectal, que además de ver interferida su funcionalidad más básica, alterada su fertilidad y resentida su

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

autoestima, sienten que se altera gravemente su vida sexual, llegando a tener disfunciones sexuales hasta el 57% de los afectados, por lo que también deberían recibir, ya que así lo demandan, una atención psicológica especializada en esta patología (Cornish et al., 2007; da Silva et al., 2008).

De nuevo, lo que la mayoría de los autores muestra en sus investigaciones son tratamientos psicológicos en los que se trabaja con los pacientes de cáncer para mejorar su calidad de vida, su autoestima, su bienestar, etc., concluyendo que es necesario intervenir para ayudarles a adaptarse mejor a su situación oncológica, trabajando diferentes facetas psicológicas: emocionales, sociales, habilidades, etc., en función del tipo de cáncer que presentan (Bartoces et al., 2009; Lee et al., 2006; Sebastián et al., 2007, 2008).

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

Capítulo 5

Tratamientos Psicológicos en Cáncer

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

CAPÍTULO 5: TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN CÁNCER

Felicidad no es hacer lo que uno quiere,
sino querer lo que uno hace.
J. P. Sartre (1905-1980)

En cuanto a la enfermedad del cáncer y en un sentido amplio, los conocimientos que se van acumulando sobre las relaciones entre variables psicosociales y su influencia en la enfermedad oncológica se pueden aplicar desde dos perspectivas fundamentales: la *Prevención,* antes del padecimiento de la enfermedad, y el *Tratamiento*, una vez aparecida la misma. Es labor del psicólogo tratar de aprovechar estas aportaciones en los ámbitos profesionales en los que se desenvuelve en función de su capacidad de maniobra y de los recursos de que dispone.

En este capítulo se va a desarrollar lo que se ha investigado hasta ahora sobre intervenciones y tratamientos psicológicos en pacientes oncológicos, desarrollado desde diferentes direcciones, y que ha contribuido a que haya distintas formas con las que recibir el apoyo necesario por parte de los pacientes hoy día.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

5.1. TIPOS DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER

Las intervenciones psicosociales para los pacientes con cáncer son diferentes esfuerzos sistemáticos aplicados con la intención de influir y modificar el comportamiento, sobre todo en cuanto al estilo de afrontamiento hacia la enfermedad a través de métodos educacionales y/o psicoterapéuticos. El objetivo general de todas las intervenciones psicológicas podría resumirse en aumentar el bienestar, la autoestima, el ánimo de los pacientes y sus habilidades de afrontamiento, mientras, simultáneamente, decrece el distrés o malestar. Las intervenciones también buscan desarrollar y mejorar el sentimiento de control personal durante la enfermedad y brindar una ayuda para una mejor resolución de los problemas prácticos que van apareciendo.

De manera global, podemos hablar de intervenciones psicológicas individuales y de grupo. Ambas deben ser dirigidas por profesionales de la salud, aunque también existe otra modalidad llevada a cabo por compañeros/as y pacientes recuperados a través de programas de visita y de grupos de apoyo mutuo.

En este trabajo nos vamos a centrar en los tratamientos psicológicos grupales; no obstante, se comentarán brevemente las demás porque todas pueden ayudar a los pacientes oncológicos en su camino hacia la superación de la enfermedad.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

1. *Intervenciones psicoeducativas o educacionales*:

A la gran mayoría de los pacientes oncológicos le surgen miles de dudas sobre todo el proceso que van a vivir, por tanto, son muy comunes los problemas psicológicos y sociales derivados del proceso de cáncer en sí mismo, cuestiones con respecto a los tratamientos, al dolor, las náuseas y fatiga; problemas laborales, con el cuidado del hogar y los niños, las preocupaciones familiares y las dudas existenciales y espirituales, ya que entre las inquietudes que se plantean los pacientes están las relacionadas directamente con el cáncer, como una amenaza contra la salud y la vida, y sobre todo con la recurrencia de la enfermedad. Debido al distrés que ocasionan, estas perturbaciones disminuyen la calidad de vida del paciente, por lo que la respuesta clínica al tratamiento puede verse perjudicada. Algunos pacientes retardan la búsqueda de ayuda psicológica por miedo o por negar los síntomas de distrés que presentan. Las intervenciones educativo-informativas consisten en proporcionar información relevante sobre la enfermedad y su tratamiento y/o cómo afrontar los diferentes problemas, dónde obtener qué ayudas, etc. (Font y Rodríguez, 2007). Las intervenciones psicoeducativas son estrategias directivas, donde se informa adecuadamente y de manera personalizada para satisfacer cada inquietud del paciente, utilizando técnicas de resolución de problemas y métodos cognitivos que ayuden a aliviar el estrés que produce la incertidumbre y el desconocimiento de la situación oncológica.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2. *Tratamientos psicoterapéuticos:*

Los tratamientos psicoterapéuticos son aquellos que utilizan métodos psicológicos estudiados para comprender las respuestas emocionales y permiten actuar según la situación y necesidades individuales de cada paciente. El trabajo clínico con un paciente en concreto utilizará dichas aproximaciones, interviniendo según las necesidades del enfermo, y también según el momento y la etapa de la enfermedad en la que se encuentre. Pueden reflejar posiciones de orientación conductual, cognitiva, etc., o combinación de ellas. En los tratamientos psicológicos en grupo se facilita que los pacientes compartan experiencias y se movilizan procesos de aprendizaje vicario (Font y Rodríguez, 2007). En cuanto a las intervenciones grupales, se les va a dedicar un apartado especialmente a ellas, por tanto obviamos la información para no redundar.

3. *Grupos de apoyo o ayuda mutua:*

En muchas enfermedades y situaciones difíciles que la vida plantea, las personas que tienen la misma vivencia suelen sentir la necesidad de unirse para apoyarse, porque nadie mejor que otra persona que ha sufrido lo mismo puede comprenderte y asesorarte mejor que ella. Esa es la premisa de todas y cada una de las entidades o grupos que se forman alrededor de un hecho traumático. Es el objetivo de muchas asociaciones de enfermedades, y como no, también de las de cáncer. Su

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

finalidad es ayudar a poder hacer un cambio más adaptativo a las circunstancias personales o sociales en relación a su proceso de salud (Gracia, 1997). Las asociaciones se constituyen como lugar de apoyo y espacio de encuentro, cuyo interés no es más que las personas perciban que no están solas, conozcan e interaccionen con otras a las que también les pasa, están pasando o han superado una experiencia de vida similar. Además del apoyo emocional, buscan también información y otros recursos que le alivien la angustia de la enfermedad. Por ejemplo, en mujeres con cáncer de mama, la búsqueda de información aparece como la segunda razón para integrarse en los grupos de autoayuda, siendo ésta la segunda causa, después del apoyo emocional, que es el primer motivo y el más frecuente (más del 86%) por el que las personas acuden a estos grupos (Durá y Hernández, 2003).

Al mismo tiempo, las Asociaciones pueden servir para favorecer la sensibilización y comprensión social hacia las personas que padecen un problema, ayudan a buscar recursos de apoyo, mejorar el conocimiento que tiene la sociedad del problema en cuestión y en muchas ocasiones ejercen una función relacionada con la prevención de algunas enfermedades y la educación para la salud. Los profesionales sanitarios también pueden integrar en su trabajo la complementariedad de estos grupos. Pueden tener un papel activo y de apoyo a las asociaciones poniendo en marcha un grupo, orientando al usuario hacia el mismo, contactando grupos entre sí y difundiendo su existencia. Existen muy

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ricas experiencias en España de cooperación mutua y enriquecedora entre el movimiento asociativo y los servicios sanitarios, por ejemplo foros de internet moderados por profesionales especializados como *onconocimiento.net*, realizado por el Plan Oncológico de Andalucía, u *oncosaludable.es*, creado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). De hecho, internet es una vía abierta a la comunicación y muy especialmente a la relación entre pacientes de enfermedades como el cáncer, aunque comparando la frecuencia de uso de estos foros y las ayudas cara a cara, en cáncer los dos tipos de ayuda son igualmente utilizados (Suriá y Beléndez, 2011).

Existen asociaciones de cáncer en general, pero lo que más buscan los pacientes son asociaciones específicas: de laringectomizados, de colon, de cáncer infantil, entre las que más destacan, quizás, las asociaciones de mujeres afectadas de cáncer de mama. La gran mayoría de ellas pertenecen a la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA), formada actualmente por 35 asociaciones de toda España, entre ellas, la *Asociación para la Atención a Mujeres operadas de Cáncer de Mama de Málaga* (ASAMMA); son más de quince mil mujeres que ya han vivido la experiencia del cáncer de mama y a las que les importa encontrar y ofrecer actitudes y estrategias positivas para mejorar el camino de las que aún están por llegar.

FECMA (y por ende, ASAMMA) quiere ser una conciencia social activa y crítica sobre este problema e incidir para que la sociedad sea

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

receptiva a los problemas sanitarios y sociolaborales derivados del cáncer de mama, por eso colabora en programas de información y educación para la salud destinados a mujeres, apoya iniciativas que incidan en hábitos de vida saludables, confía plenamente en los investigadores y los profesionales de la sanidad, y realiza aportaciones económicas para ello, para que indaguen sobre el cáncer de mama y mejoren las consecuencias de los tratamientos con el fin de alcanzar la máxima calidad de vida posible de las mujeres tras el diagnóstico de cáncer de mama.

Una mención especial voy a dedicarle a la asociación que me ha concedido el honor de poder dedicar mi vida profesional a esta enfermedad: la *Asociación para la Atención a Mujeres operadas de Cáncer de Mama*. ASAMMA se fundó hace ya casi 25 años, por un grupo de profesionales y de mujeres afectadas. Con el tiempo, cada vez más mujeres fueron asociándose y a reunirse en torno a una necesidad: ayudar a las mujeres a sobrellevar mejor la enfermedad y decirles que no están solas, que pueden contar con el apoyo de las que ya lo han superado. Así comenzaron a realizar actividades de sensibilización social como su famoso *desfile de bañadores*, donde las modelos son mujeres mastectomizadas que sin pudor hacen disfrutar al público a la vez que le ayudan a superar miedos y elevar la autoestima, y el *calendario solidario*, donde la vida y la alegría son las protagonistas; o eventos diversos en

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

torno al *día mundial del cáncer de mama*, el 19 de octubre: desde charlas informativas con profesionales especialistas, hasta acontecimientos simbólicos como crear un lazo humano rosa en la plaza más popular y céntrica de Málaga. El objetivo fundamental de ASAMMA es ayudar a mujeres recién diagnosticadas, que al igual que ellas, van a vivir el cáncer de mama en primera persona, por eso quieren hacerle el camino más fácil. Y su representante legal no puede ser mejor: Francisca Aguilar, quien tras haber superado el cáncer de mama hace más de 23 años, dedica altruista y voluntariamente su tiempo, su cariño y sus esfuerzos a ver "crecer" la asociación y a las mujeres que la conforman. De hecho, para el próximo junio de 2012 se está preparando el *V Congreso Nacional de Asociaciones de Cáncer de Mama* en Málaga, el mayor evento que esta asociación haya podido gestionar.

Brevemente, destacaremos algunas de las acciones principales de ASAMMA, como son las visitas semanales a las pacientes ingresadas en los hospitales de Málaga con voluntarias testimoniales formadas para esa actividad, quienes informan, asesoran, atienden a todas las mujeres afectas de cáncer de mama y entregan prótesis de algodón a las que hayan sido intervenidas con mastectomía, para que no salgan del hospital sin nada que ponerse; la atención fisioterapéutica a las afectadas de *linfedema* (hinchazón del brazo al que le han extirpado los ganglios axilares); la organización de charlas periódicas sobre todos los temas de interés en el cáncer de mama (reconstrucción mamaria, nuevos

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

avances científicos, mesas debate con especialistas, etc.); la sensibilización a población en edad de riesgo con charlas de prevención y detección precoz por toda la provincia de Málaga, realización de actividades lúdicas como manualidades, participación en ferias y congresos, y por supuesto, el apoyo psicológico a todas las personas afectadas y sus familiares, atendiéndolas individualmente y en grupos, realizando intervenciones diversas, desde terapias para eliminar hábitos como el tabaquismo, hasta talleres de enriquecimiento personal.

5.2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS GRUPALES EN PACIENTES CON CÁNCER

Muchos estudios han corroborado que las intervenciones psicológicas mejoran de algún modo a los pacientes con cáncer, ya sea porque aumentan su calidad de vida y fomentan el apoyo social, o reducen el estrés y los efectos negativos provocados por la enfermedad. Pero no solo existen psicoterapias estructuradas, como previamente se ha comentado, sino que también hay una amplia gama de otros tipos de terapias más bien alternativas, que en mayor o menor medida, también benefician a los pacientes oncológicos (Kim et al., 2010), como pueden ser las terapias narrativas, creativas o también llamadas *arte-terapias* (Collie, Bottorff y Long, 2006; González, Reyna y Cano, 2009; Low,

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Stanton, Bower y Gyllenhammer, 2010; Yaskowich y Stam, 2003), incluso terapias de apoyo on-line (Han et al., 2008; Vilhauer, 2009).

Centrándonos de nuevo en los tratamientos, llamémosles "tradicionalmente psicológicos", lo que parece claro es que la gran mayoría de éstos, bien sean terapias individuales, intervenciones preventivas y/o psicoeducativas, tratamientos grupales de autoayuda o estructurados y dirigidos por un profesional, intervenciones de expresión de emociones, etc., benefician a los pacientes que participan en ellas, en todos los tipos de cáncer en los que se han aplicado estas intervenciones psicosociales, aunque la mayoría de los estudios se han dedicado a las mujeres con cáncer de mama (Andrykowski y Manne, 2006; Antoni et al., 2006; Cerezo et al., 2007, 2009a,c; Font y Rodríguez, 2007; Goedendorp et al., 2009; Iwamitsu et al., 2005; Lieberman y Goldstein, 2006; Low, Stanton y Danoff-Burg, 2006; Moreno y Bellver, 2009; Murillo y Alarcón, 2006; Perchon, Palma, Magna y Dambros, 2008; Schnur et al., 2009; Sebastián et al., 2008; Smedslund y Ringdal, 2004; Spiegel et al., 2007; Vos, Garssen, Visser, Duivenvoorden y de Haes, 2004; Vos, Visser, Garssen, Duivenvoorden y de Haes, 2006; Zimmermann, Heinrichs y Baucom, 2007). Incluso hay autores que se han aventurado afirmando que la participación en intervenciones psicológicas aumenta la supervivencia (Andersen et al., 2008; Andersen et al., 2008; Spiegel et al., 2007), hecho que aún no ha podido comprobarse escrupulosamente y que otros muchos investigadores critican por el atrevimiento que esto

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

supone (Coyne et al., 2007; Goodwin et al., 2001; Smedslund y Ringdal, 2004; Stefanek et al., 2009).

Estos tratamientos psicosociales están especialmente diseñados para atender las necesidades de los pacientes oncológicos y de las técnicas que se han reconocido como efectivas para estas terapias, destacan: el entrenamiento en relajación, las sesiones informativas sobre aspectos relevantes de los tratamientos o asesoramiento tipo *counselling*, un ambiente en el que se genere y fomente el apoyo emocional, donde los participantes puedan expresar sus temores y ansiedades, estrategias cognitivas y comportamentales, un buen apoyo social, habilidades para el control y reparación adecuado de emociones como la ira o sentimientos negativos o la mejora de las estrategias de afrontamiento y manejo del estrés, entre otras (Font y Rodríguez, 2007; Perchon et al., 2008; Smedslund y Ringdal, 2004).

Si nos centramos más específicamente en las pacientes de cáncer de mama y los tratamientos psicológicos grupales, que afortunadamente cada vez están teniendo mayor rigor científico gracias a la mejor aleatorización y control metodológico, los estudios demuestran que mejoran notablemente la salud y el bienestar de las participantes, provocando beneficios en la calidad de vida, reduciendo la alteración emocional, mejorando la adaptación a las nuevas situaciones, potenciando estrategias de afrontamiento y la autoeficacia, y, en definitiva, contribuyendo a una mayor recuperación física, psicológica y

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

social; que se observan al finalizar la terapia y se mantienen, al menos, a medio plazo (Andersen et al., 2007; Andrykowski y Manne, 2006; Butler et al., 2009; Cameron et al., 2007; Cerezo et al., 2007, 2009a,c; Font y Rodríguez, 2007; Leventhal, Brissette y Leventhal, 2003; Sebastián, Bueno y Mateos, 2004; Vos et al., 2004). Parece también que los tratamientos psicológicos no sólo producen un beneficio psicológico a las pacientes, sino que además se demuestra una mejora de la respuesta del sistema inmune (Andersen et al., 2007; Mc Gregor y Antoni, 2009; Mc Gregor et al., 2004), reduciendo los niveles de cortisol (Giese-Davis, DiMiceli, Sephton y Spiegel, 2006) y aumentando la capacidad percibida de relajación (Phillips et al., 2008). En mujeres con cáncer de mama metastásico, se ha observado que los tratamientos psicológicos mejoran el estado de ánimo y la percepción de dolor (Goodwin et al., 2001).

De las intervenciones que se centran en el ámbito emocional, existen diversas publicaciones que han demostrado los beneficios de la regulación y expresión emocional para las pacientes de cáncer de mama. Muchos de estos estudios refuerzan la expresión emocional, mejoran la autoestima de las pacientes y su imagen corporal, la creación o redefinición de vínculos con los demás, el apoyo socio-familiar y las estrategias de afrontamiento (Cerezo et al., 2009a; Holland y Holahan, 2003; Kim et al., 2009; Kissane et al., 2007, Mc Gregor y Antoni, 2009; Sebastián et al., 2007; Spiegel et al., 2007). En lo relativo al tiempo de duración de las intervenciones, en general oscilan alrededor de las 12-14

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

semanas de tratamiento, demostrando que es un intervalo de tiempo adecuado para que las mujeres mejoren sus niveles de bienestar emocional al haber aprendido estrategias de afrontamiento y de regulación de las emociones. Además, este intervalo también admite que se mantengan los resultados a medio y largo plazo, permitiendo que las participantes conserven y utilicen las técnicas aprendidas, como pueden ser la relajación, el control percibido sobre su salud, así como sobre los pensamientos y sentimientos negativos (Cameron et al., 2007).

Hasta ahora no se encuentran muchas investigaciones sobre intervenciones ni tratamientos psicológicos para pacientes con cáncer en las que la psicología positiva sea el enfoque terapéutico, lo que quizás se deba a ser aún una corriente muy reciente. No obstante, hay autores que han trabajado e intervenido con estos pacientes utilizando técnicas específicas consideradas y utilizadas actualmente por la psicología positiva, como puede ser el *mindfulness* o conciencia plena, o las visualizaciones positivas, donde también se mostraron cambios beneficiosos en mujeres con cáncer de mama en el ajuste mental de la enfermedad, locus de control sobre la salud y el bienestar de las participantes (Chambers, Gullone y Allen, 2009; Tacón, Caldera y Ronaghan, 2004; Valiente, 2006). También hay tratamientos grupales que aunque no se definen dentro de la psicología positiva como tal, trabajan y consiguen, mediante el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas y un mejor ajuste psicológico, mejorar

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

fortalezas de estos pacientes como pueden ser el optimismo, la autoestima o la autoeficacia (Lee et al., 2006).

Sí que existen algunos estudios en los que se trabaja psicológicamente sobre las fortalezas humanas, aquellas características positivas, como pueden ser la belleza, el valor, la curiosidad, la gratitud, el humor, la amabilidad, etc., que parecen contribuir, por ejemplo, en la recuperación de enfermedades graves (Peterson et al., 2006); o que intervienen sobre la capacidad de perdón, que parece tener un efecto reductor sobre sentimientos de ira, el estrés y la depresión, así como sobre la reactividad del cortisol en personas víctimas de algún tipo de violencia (Harris et al., 2006; Harris y Thorensen, 2005; Remor, Amorós y Carrobles, 2010).

Parece asimismo que desarrollar tratamientos psicológicos que fomenten o entrenen a las personas en las más diversas fortalezas o recursos psicológicos puede ser una buena alternativa de promoción del bienestar y la salud (Remor et al., 2010). Seligman, Steen, Park y Peterson (2005), propusieron estudiar el efecto de actividades concretas para aumentar la felicidad desarrollando algunas de las fortalezas humanas, como la gratitud o la autoestima, a través de una intervención vía web, con resultados tales como incrementos en los niveles de felicidad y decrementos en los síntomas depresivos que duraron entre uno y seis meses después de la intervención. Otros autores que intervinieron en aspectos de la psicología positiva similares también

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

obtuvieron resultados equivalentes (Murria y Pigott, 2006; Rolo y Gould, 2006). Incluso estudios científicos recientes donde intervienen en estos aspectos durante unas 6 a 10 semanas con personas con trastornos de la alimentación (Kirsten y Plessis, 2006), de consumo de sustancias (Zygouris, 2007), o con esclerosis múltiple (Remor et al., 2010), también demuestran beneficios para los participantes de las intervenciones psicológicas positivas, mejorando entre otras, el optimismo, el sentido del humor o la autoestima. Por tanto, este tipo de tratamientos pueden ser clave para mejorar la salud psicológica de personas con enfermedades diversas, entre ellas, el cáncer, lo que implica que aún hay mucho que investigar.

Parece que la literatura científica revisada hasta ahora deja patente los esfuerzos que se están haciendo por contribuir a que mejore la salud de las personas afectadas de cáncer mediante intervenciones psicológicas efectivas (Andersen et al., 2007; Andrykowski y Manne, 2006; Antoni et al., 2006; Butler et al., 2009; Cameron et al., 2007; Cerezo et al., 2009a,c; Mc Gregor y Antoni, 2009; Sebastián et al., 2007; Vos et al., 2004).

Y, finalmente, lo que queda claro en todos los estudios revisados para este trabajo de tesis es que hay un denominador común: el cáncer es una enfermedad que nos preocupa a todos, de modo que queremos ahondar en sus causas para poder evitarlo en lo posible, y en caso de

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

encontrárnoslo de frente, aliviar el estrés que supone el diagnóstico del cáncer; y, por otro lado, los psicólogos clínicos con vocación investigadora mantienen muy activo el interés por mejorar científicamente la eficacia de las intervenciones y tratamientos terapéuticos, para así poder ayudar al máximo número de personas afectadas por esta enfermedad.

Por todos estos motivos, y porque como ya comenté, el estudio psicológico del cáncer me inquieta y motiva, a continuación se exponen los distintos trabajos desarrollados concentrados en dos estudios, desglosando lo que hasta aquí he conseguido y aprendido de la enfermedad.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Capítulo 6 Objetivos e Hipótesis

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

CAPÍTULO 6: OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Que la inspiración llegue no depende de mí.
Lo único que yo puedo hacer es ocuparme
de que me encuentre trabajando.
P. Ruiz Picasso (1881-1973)

OBJETIVO GENERAL: Analizar la existencia de alguna posible influencia de determinados factores psicológicos y sociales en la salud mental y física de las personas con cáncer, así como también observar su posible contribución en la aparición/evolución de dicha enfermedad física. Por otro lado, diseñar, elaborar y aplicar un tratamiento psicológico grupal centrado en aspectos psicológicos positivos, para posteriormente comprobar el efecto de la misma en pacientes con cáncer de mama.

1. ESTUDIO 1- EVALUACIÓN: Diferencias entre personas sanas y pacientes de cáncer en aspectos psicológicos, y su valor predictivo en la evolución del cáncer

- **OBJETIVOS:**

- En primer lugar, se trata de investigar la posible influencia de rasgos de personalidad, emociones negativas y estilos de afrontamiento en dos grupos de sujetos: un grupo control (sano) y otro de personas con cáncer.

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- En segundo lugar, realizar un diseño cuasiprospectivo, considerando la evolución favorable o desfavorable del grupo de cáncer, donde analizar la posible contribución de aquellas variables psicológicas que puedan predecir de algún modo la evolución de la enfermedad.

- **HIPÓTESIS:**

  - *Hipótesis 1.1:* No existen diferencias significativas en las distintas variables de personalidad estudiadas entre las personas del grupo control y las personas con cáncer, tal y como concluyen los últimos estudios en este ámbito (Nakaya et al., 2010).

  - *Hipótesis 1.2:* Existen diferencias significativas en las distintas variables emocionales negativas estudiadas, ansiedad, depresión e ira, entre las personas del grupo control y las personas con cáncer, mostrando el grupo de cáncer puntuaciones más altas en estas variables.

  - *Hipótesis 1.3:* En el grupo de personas con cáncer, alguno de los factores de personalidad analizados (neuroticismo o estabilidad emocional, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad) podrán ser predictores de la evolución favorable o desfavorable del cáncer.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- *Hipótesis 1.4:* En el grupo de personas con cáncer, las emociones negativas estudiadas, ansiedad, depresión e ira, podrán ser predictores de la evolución favorable o desfavorable del cáncer.

- *Hipótesis 1.5:* Los estilos de afrontamiento analizados en los pacientes oncológicos podrán ser predictores de la evolución favorable o desfavorable del cáncer.

2. ESTUDIO 2- TRATAMIENTO: Diseño, elaboración y aplicación de un tratamiento psicológico grupal en mujeres con cáncer de mama.

- **OBJETIVOS:**

- La primera parte del estudio tiene como objetivo diseñar un tratamiento psicológico grupal para pacientes con cáncer de mama, basándonos en la psicología positiva y siguiendo la teoría integradora de Millon (es decir, integrando técnicas psicológicas de diversas corrientes, enfocadas en psicología positiva). Una vez diseñado, el siguiente objetivo es aplicarlo a un grupo de participantes elegidas aleatoriamente, todas mujeres afectadas de cáncer de mama, utilizando un grupo control homogéneo en cuanto a variables sociodemográficas y psicosociales. Finalmente, se trataría de analizar los cambios producidos en las mujeres que

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

participan en el tratamiento psicológico grupal estructurado e integrador de técnicas psicológicas de diferentes corrientes centradas en la psicología positiva, en comparación con el grupo control que no ha recibido el tratamiento.

- La segunda parte de este estudio plantea como objetivo, una vez comprobada la eficacia del tratamiento psicológico grupal con el grupo anterior de participantes, realizar con las mujeres que formaron el grupo control de la primera parte del estudio, el mismo tratamiento terapéutico grupal, con el fin de comprobar si es efectivo también en este segundo grupo de personas.

- **HIPÓTESIS:**

  - *Hipótesis 2.1:* El diseño y aplicación de un tratamiento psicológico grupal integrador, especialmente preparado para este tipo de pacientes, siguiendo la teoría de Millon y enfocada en la psicología positiva, producirá mejoría significativa a las participantes elegidas aleatoriamente, incrementando sus niveles de bienestar subjetivo, emociones positivas, inteligencia emocional, optimismo, resiliencia y autoestima, en comparación con un grupo control que no recibe dicho tratamiento.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- *Hipótesis 2.2:* El tratamiento psicológico grupal anterior, focalizado en la psicología positiva, aplicado en un segundo grupo de mujeres, aquellas que previamente constituyeron el grupo control anterior, también mostrará su superioridad en cuanto a los niveles de las mismas variables estudiadas, en comparación consigo mismas durante el tiempo en el que no recibieron dicho tratamiento. Estas mujeres serán evaluadas en 3 tiempos distintos: 2 veces previamente al tratamiento psicológico grupal, y una post-tratamiento. En los 2 tiempos previos a la aplicación del tratamiento psicológico grupal no se encontrarán diferencias significativas, no así en el tiempo post-tratamiento, donde sí se producirán en sentido positivo.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

Capítulo 7

Planteamiento General de la Investigación

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

CAPÍTULO 7: PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Millones de personas vieron
una manzana caer, pero
Newton fue el único que
se preguntó por qué.
B. M. Baruch (1870-1965)

En esta investigación se pretenden evaluar y analizar determinados aspectos psicológicos que pueden presentar las personas con cáncer, intentando averiguar si algunos de esos factores psicológicos interfieren en la mejor o peor evolución de su enfermedad, con el fin de poder aliviarles y ayudarles en su salud psicológica mediante un tratamiento psicológico grupal integrador diseñado bajo el prisma de la psicología positiva.

Para conseguirlo, se plantean dos estudios principales:

- El primero, de evaluación, servirá para comprender si existen diferencias psicológicas existentes entre las personas sanas o controles y las personas con diferentes tipos de cáncer. Las variables que a nuestro parecer han resultado más relevantes para analizar estas diferencias han sido las de personalidad, utilizando los cinco grandes rasgos de Costa y McCrae (1992), y las emociones negativas: ansiedad, depresión e ira.

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Además, se ha querido examinar si la personalidad, las emociones negativas y los distintos estilos de afrontamiento influyen en los pacientes oncológicos de forma que puedan predecir prospectivamente la evolución de la enfermedad. Ha sido por tanto un diseño cuasiprospectivo.

- El segundo estudio está centrado en el tratamiento. Tras haber analizado los resultados obtenidos con el primer estudio de evaluación, donde se ha observado la influencia, dos años después en la evolución más o menos favorable de variables psicológicas como las emociones negativas o los estilos de afrontamiento en la enfermedad de cáncer, cuando todos los pacientes partían de una situación oncológica inicial equitativa, el planteamiento general de esta segunda parte de la investigación es diseñar y aplicar un tratamiento psicológico a un grupo específico de pacientes con cáncer, las mujeres con cáncer de mama, para intentar aliviar esas emociones negativas y fomentar cambios en su forma de afrontar las situaciones, trabajando habilidades como la inteligencia emocional y mejorando sus niveles de bienestar, optimismo o autoestima.

Para ello, se realiza el diseño y aplicación de un tratamiento psicológico manteniendo la propuesta integradora de Millon pero focalizándolo en la Psicología Positiva, que se aplica a un número considerable de participantes asignadas aleatoriamente al grupo

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

experimental o al grupo control. Ha sido un diseño intersujeto pretest-postest con grupo control, controlando las medidas pretests de cada variable como covariables (Ato y Vallejo, 2007).

Posteriormente, se trata de mejorar éticamente la investigación mediante la aplicación del mismo tratamiento psicológico grupal a las mujeres que aleatoriamente fueron asignadas al grupo control. Así, este segundo grupo experimental también participa en el tratamiento psicológico grupal, con lo que se podrá demostrar la eficacia e importancia de las intervenciones grupales sobre este tipo de pacientes. Ha sido un diseño unifactorial de medidas totalmente repetidas, es decir, un diseño intrasujeto pretest-postest con dos evaluaciones previas al tratamiento psicológico grupal (dos medidas pretest) y una medida postest (Blanca, 1998, 2004; Blanca y Rando, 2005).

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

Capítulo 8

ESTUDIO 1~ EVALUACIÓN: Diferencias en Personas Sanas y Pacientes de Cáncer en Aspectos Psicológicos, y su Valor Predictivo en la Evolución del Cáncer

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

CAPÍTULO 8: ESTUDIO 1- EVALUACIÓN: DIFERENCIAS EN PERSONAS SANAS Y PACIENTES DE CÁNCER EN ASPECTOS PSICOLÓGICOS, Y SU VALOR PREDICTIVO EN LA EVOLUCIÓN DEL CÁNCER

¿Qué sabe el pez del agua
donde nada toda su vida?
A. Einstein (1879-1955)

Esta primera parte de la investigación, dedicada a la evaluación, como ya se ha explicado, consta de dos estudios: el primero, examina las diferencias entre personas sanas (control) y pacientes de cáncer en distintas variables psicológicas, y el segundo, consiste en un diseño cuasiprospectivo en el que se analiza el valor predictivo de dichas variables en los pacientes oncológicos dos años después del diagnóstico y la evaluación psicológica.

8.1. PARTICIPANTES

Los participantes de este primer estudio son 131 sujetos (35 hombres y 96 mujeres) con edades comprendidas entre los 30 y 68 años.

El grupo control lo forman 67 sujetos (18 hombres y 49 mujeres) escogidos aleatoriamente de una muestra de 489 individuos de la misma ciudad que los pacientes con cáncer (Murcia), seleccionados por una compañía especializada en recogida de datos para investigadores. El

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

grupo control cumple con los mismos criterios sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, nivel económico) que el grupo con cáncer, no sufriendo enfermedades crónicas (véase: diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas como asma, osteoporosis y otros problemas óseos, obesidad, enfermedades reumáticas o renales, etc.), ni estrés, y en definitiva, teniendo un estilo de vida saludable. Este último se ha definido como no fumar o fumar menos de 10 cigarros a la semana, no consumir drogas, no beber alcohol o beber menos de 3 vasos de vino a la semana, y comer verduras o frutas al menos cinco veces a la semana. En la tabla 1 se pueden apreciar los datos estadísticos sobre las variables sociodemográficas de los grupos objeto de estudio.

El grupo de cáncer lo forman 64 pacientes (17 hombres y 47 mujeres) recién diagnosticados (desde hace menos de 2 semanas), que presentan diferentes tipos de cáncer (mama, colon, vejiga, gástrico, ovarios, próstata, pulmón, páncreas, linfoma y leucemia). Los tipos de cáncer se han clasificado en dos grupos según la interferencia física y/o funcional en su vida diaria de la secuela producida por la intervención quirúrgica aplicada, designando un grupo de pacientes ostomizados (mama, colon, vejiga y gástrico) y otro de pacientes no ostomizados (ovarios, próstata, pulmón, linfoma y leucemia). Todos cumplen los criterios de estadios TNM del cáncer (T = tamaño del tumor, N = nódulos ganglionares, M = metástasis distantes), considerándolos en su

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

diagnóstico inicial como tumores primarios, sin afectación ganglionar, no metastásicos y con grado histológico máximo II. Estos pacientes no sufren otras enfermedades crónicas (antes referidas), ni estrés, ni trastornos mentales previos al diagnóstico de cáncer y llevan un estilo de vida saludable (equivalente al presentado para el grupo control).

Tras dos años de seguimiento, la oncóloga médica que forma parte del grupo de investigación, realiza la clasificación de su evolución en favorable (n = 42) o desfavorable (n = 22), considerando los siguientes criterios para clasificarlos con una evolución favorable: parámetros sanguíneos y marcadores tumorales adecuados, y ausencia de recaídas o metástasis. Los pacientes que, tras la valoración de la oncóloga fueron asignados al grupo con una evolución desfavorable, fueron aquellos que, tras los dos años de seguimiento, habían recaído o tenían metástasis, o no fueron capaces de normalizar sus marcadores tumorales y analíticas de sangre.

Las características de los dos grupos de cáncer se describen también en la tabla 1 donde se puede apreciar que en cuanto a las variables edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, ingresos familiares y el tipo de cáncer, no muestran diferencias significativas en ninguna de las variables, utilizando para cada una de ellas el estadístico *t* o χ^2 correspondiente.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 1. Descripción de la Muestra (Porcentajes entre paréntesis)									
		Grupo Control n = 67	Grupo Cáncer n = 64	*t* / χ^2	p	Grupo Cáncer n = 64		*t* / χ^2	p
						Favorab. n = 42	Desfavor. n = 22		
Edad	M DT	52,31 8,42	52,25 8,79	-,04	,97	51,40 9,09	53,86 8,16	-1,06	,29
Sexo	Masculino Femenino	18 (26,8) 49 (73,2)	17 (26,6) 47 (73,4)	,01	,97	9 (21,4) 33 (78,6)	8 (36,3) 14 (63,7)	1,65	,19
Estado Civil	Soltero Casado Separad/divorc. Viudo	7 (10,4) 56 (83,6) 4 (5,9) 0 (0,0)	6 (9,4) 53 (82,8) 2 (3,2) 3 (4,6)	,45	,29	4 (9,5) 35 (83,3) 1 (2,4) 2 (4,8)	2 (9,1) 18 (81,8) 1 (4,5) 1 (4,5)	,22	,97
Nivel Educativo	Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios	4 (5,9) 8 (11,9) 22 (32,8) 33 (49,4)	3 (4,6) 10 (15,6) 20 (31,3) 31 (48,5)	,79	,93	2 (4,8) 6 (14,4) 17 (40,4) 17 (40,4)	1 (4,5) 4 (18,2) 9 (41,0) 8 (36,3)	2,15	,54
Ocupación	Directivos Especialistas Administrativ. Operadores Casa/Jubilado	6 (8,9) 32 (47,7) 9 (13,4) 9 (13,4) 11 (16,6)	7 (10,9) 29 (45,3) 9 (14,0) 6 (9,4) 13 (20,4)	,36	,30	4 (9,5) 16 (38,1) 6 (14,4) 7 (16,6) 9 (21,4)	3 (13,6) 8 (36,3) 5 (22,7) 4 (18,2) 2 (9,2)	7,45	,11
Ingresos familiares mensuales	1000-1500€ 1500-2300€ > 2300€	13 (19,4) 21 (38,8) 33 (49,4)	12 (18,8) 26 (40,6) 26 (40,6)	,36	,31	10 (23,8) 16 (38,1) 16 (38,1)	2 (9,1) 10 (45,4) 10 (45,5)	2,05	,36
Tipo de Tumor	Ostomizados (mama/colon/vejiga/gástrico) No ostomizados (ovario/próstata/pulmón/páncreas/linfoma/leucemia)					28 (66,7) 14 (33,3)	14 (63,7) 8 (36,3)	,59	,81

8.2. MATERIAL

Para esta primera parte de la investigación, los instrumentos de evaluación psicológica han sido los siguientes:

8.2.1. <u>Dimensiones de Personalidad</u>: *Inventario de Cinco Factores (NEO-FFI: Neuroticisme, Extroversion, Openness -Five Factor Inventory-),* versión reducida (de 60 ítems) de Costa y McCrae (1992) y

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

adaptada al castellano por Cordero, Pamos y Seisdedos (1999) que evalúa los cinco grandes factores de personalidad:

- *Neuroticismo o Estabilidad Emocional:* tendencia a experimentar emociones desagradables fácilmente, como pueden ser la ira, ansiedad, miedo, depresión o inestabilidad o vulnerabilidad emocional; cuyo alfa es 0,93.
- *Extroversión:* tendencia a comunicarse con los demás, transmitiendo energía, emociones positivas, asertividad, surgencia y la tendencia a buscar estimulación con la compañía de otras personas; que presenta un alfa de 0,90.
- *Apertura a la experiencia:* tendencia a la imaginación activa, sensibilidad estética o aprecio por el arte, las emociones, la aventura, etc.; con un alfa de 0,89.
- *Amabilidad o Conformidad:* tendencia a ser compasivo, cooperativo, confiado, altruista y poco hostil hacia los demás; cuyo alfa es 0,95; y
- *Responsabilidad o Escrupulosidad:* tendencia a controlar los impulsos, actuar con metas claras, autodisciplina, planificación, búsqueda de logros, etc.; con un alfa de 0,92.

8.2.2. <u>Emociones negativas</u>: se han evaluado la ansiedad, la ira y la depresión.

Los cuestionarios utilizados han sido los siguientes:

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- *Ansiedad:* *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* de Miguel-Tobal y Cano-Vindel (1994), en su escala reducida de 24 ítems de acuerdo con una escala de 5 puntos, donde 0 es "casi nunca" y 4 "casi siempre", indicando la frecuencia con que aparece cada una de las respuestas ante cada situación, y evalúa la ansiedad desde tres factores:
  - *ansiedad cognitiva*: respuestas o manifestaciones cognitivas de la ansiedad, con un alfa de 0,96;
  - *ansiedad fisiológica*: respuestas o manifestaciones fisiológicas de la ansiedad, cuyo alfa es 0,98; y
  - ansiedad motora: respuestas o manifestaciones motoras de la ansiedad, con un alfa de 0,95.

- *Ira*: *Inventario Rasgo-Estado de Ira (STAXI-R)* de Spielberger (1988a, 1999), en la versión española adaptada por Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger (2001), llamada STAXI-2. La escala evalúa la intensidad de la ira como estado emocional y como disposición o rasgo de ira. El STAXI-2 ha sido guiado en su desarrollo por los recientes estudios sobre las características de la ira y sus efectos en la salud mental y física. Ofrece una evaluación que distingue los diferentes componentes de la Ira (Experiencia, Expresión y Control) y sus facetas como Estado y como Rasgo. Consta de un total de 49 ítems, a los que el sujeto contesta según una escala de cuatro puntos

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

en función de cómo se siente normalmente, distribuidos en las siguientes escalas principales:

- *Ira estado*: refleja sentimientos o acciones del tipo "estoy furioso", "tengo ganas de romper cosas", etc., y consta de tres subescalas: sentimiento, expresión verbal y expresión física;
- *Ira rasgo*: está compuesta por ítems del tipo "tengo un carácter irritable", o "pierdo los estribos", etc., y posee seis subescalas:
  - *temperamento de ira:* refleja la propensión a experimentar y expresar ira sin una provocación específica (alfa: 0,84);
  - *reacción de ira:* determina las diferencias individuales en la disposición para expresar ira cuando se es criticado o tratado injustamente por otros (alfa: 0,75);
  - *expresión interna de ira:* evalúa la frecuencia con la que los sentimientos de ira son refrenados o suprimidos (alfa: 0,67);
  - *expresión externa de ira:* refleja la frecuencia con que un individuo expresa ira hacia otras personas u objetos del entorno (alfa: 0,69);
  - *control interno de ira:* determina la frecuencia con que un individuo intenta controlar la expresión de su ira interna (alfa: 0,81); y,
  - *control externo de ira:* evalúa el intento de control de la expresión externa (alfa: 0,87).

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

También consta de un *índice de expresión de ira*, que proporciona un índice general de la frecuencia con la que es expresada la ira, independientemente de la dirección de la expresión (interna, externa).

- *Depresión*: *Inventario de Depresión* de Beck (*BDI*; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), adaptado al castellano por Conde, Esteban y Useros (1976), que evalúa depresión (alfa: 0,85). Consta de 21 ítems con 4 alternativas de respuesta, que valoran la gravedad e intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones culpabilizadoras o sentimientos de estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que 15 ítems hacen referencia a síntomas psicológicos/cognitivos, siendo los 6 restantes ítems referentes a los síntomas de tipo somático/vegetativo. Este inventario es apropiado para evaluar a la población no clínica y es un índice preciso de salud mental, siendo muy sensible y mostrando alta especificidad (Beck, 1967, 1978).

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

8.2.3. <u>Estilos de afrontamiento</u>: *Cuestionario de Formas de Afrontamiento* de Rodríguez-Marín et al., (1992), basado en las revisiones del *Ways of Coping Checklist* (*WCCL*) realizadas por Lazarus y Folkman (1984, 1998), y Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis (1986). Son 50 ítems en una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (donde 1= Nunca y 5 = Casi siempre), que evalúan once factores o estilos de afrontamiento activos y pasivos (la media alfa de los factores es de 0,58).

Los *estilos de afrontamiento activos*, aquellos que tienden a la resolución del problema o conductas aproximativas al mismo, son los siguientes:

- *Pensamientos positivos*: esfuerzos activos, fundamentalmente cognitivos, centrados en visualizar el problema de modo positivo.
- *Búsqueda de apoyo social*: conductas consistentes en pedir apoyo instrumental o búsqueda de personas que solucionen el problema.
- *Búsqueda de soluciones*: conductas aproximativas al problema en las que se busca información, planificación y planteamiento de posibilidades.
- *Contar ventajas*: respuestas cognitivas aproximativas al problema donde se compara con una hipotética situación peor o con el de otras personas.
- *Religiosidad*: conductas aproximativas mediante prácticas religiosas.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Los estilos de afrontamiento pasivos, aquellos con los que no se enfrenta el problema o muestran pasividad en cuanto a su solución, son los siguientes:

- *Culpabilización a otros*: el sujeto culpa a otras personas del problema y sus consecuencias.
- *Pensamiento desiderativo*: expresa deseos acerca de la no ocurrencia del problema, y/o de sus consecuencias.
- *Represión emocional*: refleja rechazo o evitación de la expresión de los sentimientos y pensamientos acerca del problema a otras personas.
- *Autoculpación*: la persona se centra en su responsabilidad en el inicio u origen del problema.
- *Resignación*: indica la aceptación, conformidad y entrega de voluntad ante el problema.
- *Escape*: refleja situaciones de huida ante el problema.

Puntuaciones altas significan mayor frecuencia de uso de la estrategia en cuestión y son obtenidas a partir de la suma de las puntuaciones directas de cada una de las acciones específicas de afrontamiento que componen cada estrategia o factor.

La indicación a los pacientes oncológicos fue que respondieran según la frecuencia con que usan determinadas estrategias para hacer frente a la enfermedad.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

También se recogían mediante entrevista individual todos los datos sociodemográficos, clínicos y de relevancia para este estudio, entre ellos: edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación, ingresos familiares mensuales y tipo de tumor (solicitándole lo antes posible información sobre su informe anatómico patológico del tumor o del oncólogo médico para comprobar el grado histológico del tumor).

8.3. PROCEDIMIENTO

Los pacientes oncológicos fueron seleccionados durante 3 meses en el Hospital Ntra. Sra. de Belén de Murcia. Todos ellos fueron entrevistados en las dos primeras semanas tras conocer su diagnóstico y antes de comenzar con los tratamientos, para controlar, de algún modo, el posible efecto de éstos en los pacientes. La evaluación sociodemográfica y psicológica ha sido realizada de manera individual en una sala tranquila del mismo hospital, y bajo la supervisión de un equipo psicológico especialmente instruido para esta investigación. Todos los participantes estuvieron de acuerdo con el estudio, quedando su conformidad registrada en su consentimiento informado.

Por su parte, el grupo control cumplimentó los cuestionarios en la empresa de selección de base de datos antes referida, en las mismas condiciones y con las mismas instrucciones que los pacientes con cáncer. Se han respetado los principios éticos para cada participante,

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

habiéndoles ofrecido la posibilidad de retirarse en cualquier momento de la investigación.

Una vez pasados 2 años desde la evaluación inicial, el grupo de pacientes con cáncer fue clasificado según su evolución en este periodo, en uno de los dos grupos siguientes: grupo de evolución favorable (n = 42), o grupo de evolución desfavorable (n = 22), siguiendo los criterios descritos previamente. La clasificación en uno u otro grupo fue llevada a cabo por la oncóloga médica, que siguiendo los criterios señalados, iba regularmente haciendo un seguimiento de cada paciente para valorar su evolución.

8.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para averiguar si existen diferencias entre los grupos control y de cáncer en las variables de personalidad, ansiedad, ira y depresión, se realizó una prueba *t* para muestras independientes para cada una de ellas.

Con objeto de averiguar si la personalidad, las emociones negativas (ansiedad, ira y depresión) y los estilos de afrontamiento medidas en el momento del diagnóstico predicen la evolución favorable o desfavorable del cáncer dos años después, se realizó un análisis de regresión logística múltiple (codificando la evolución desfavorable como

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

0, y la favorable como 1). Este procedimiento predice la categoría "evolución desfavorable" y considera la categoría "evolución favorable" como la de referencia. El análisis se realizó mediante los módulos de modelo lineal generalizado y regresión logística del SPSS.

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis preliminar con objeto de seleccionar las variables susceptibles de formar parte del modelo final. Siguiendo a Hosmer y Lemeshow (1989), se realizó un análisis de regresión logística simple, incluyendo como predictor cada variable por separado. De estos análisis, se seleccionaron las variables cuya probabilidad asociada al estadístico χ^2 fuesen inferior a 0,15; procedimiento seguido por otros autores (Rando, 2010; Rando, Blanca y Frutos, 2000).

En segundo lugar, una vez determinados los posibles predictores, se adoptó el enfoque de modelado para realizar el modelo de regresión logística múltiple. En este enfoque, para determinar el mejor modelo que ajuste los datos se incluye un predictor en cada paso, evaluando su contribución a través de la diferencia en desvianza entre el modelo que incluye el predictor y el que no lo incluye. El cambio en desvianza sigue una distribución chi-cuadrado con grados de libertad igual a la diferencia en el número de parámetros estimados en los dos modelos anidados. Si el cambio es significativo ($p \leq ,05$), el predictor entra en el modelo; en caso contrario queda excluido del mismo, comenzando el proceso con un nuevo predictor.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En tercer lugar, una vez que el modelo ha sido seleccionado, se procede a la evaluación de su ajuste mediante los estadístico de bondad del ajuste, las probabilidades predichas por el modelo y los coeficientes de regresión, siguiendo las recomendaciones de Ato, Losilla, Navarro, Palmer y Rodrigo (2005) y Peng, Lee y Ingersoll (2002).

8.5. RESULTADOS

En relación con las diferencias entre el grupo control y el grupo de cáncer en las variables de personalidad, ansiedad, ira y depresión, los resultados de las pruebas *t* para muestras independientes se presentan en la tabla 2.

Con respecto a las variables de personalidad, el grupo de cáncer presenta puntuaciones significativamente más altas en neuroticismo y menores en extraversión, amabilidad y responsabilidad, que los sujetos del grupo control. En cuanto a las diferencias estadísticamente significativas en las emociones negativas, el grupo de cáncer presentó mayores puntuaciones en ansiedad cognitiva, ansiedad fisiológica y ansiedad motora, así como en reacción de ira, expresión interna de la ira y en el control externo de la ira. Asimismo, este grupo obtuvo menor puntuación en la expresión externa de la ira. Los tamaños del efecto

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

asociados a estas diferencias fueron medianos o grandes, de acuerdo con los criterios establecidos por Cohen (1988) (véase la tabla 2).

Tabla 2. Diferencias en las variables psicológicas entre el grupo control y el grupo de pacientes de cáncer

	Variables	Grupos	M	DT	g.l.	*t*	p	*d*
Personalidad	**Neuroticismo**	Cáncer	21,45	9,59	114,78	3,39	<,01	,60
		Control	16,40	6,98				
	Extraversión	Cáncer	28,95	7,73	119,59	-2,34	,02	,41
		Control	31,93	6,04				
	Apertura	Cáncer	27,97	7,34	92,77	1,66	,10	,29
		Control	26,16	3,67				
	Amabilidad	Cáncer	33.,47	5,72	129	-2,77	<,01	,49
		Control	36,18	6,11				
	Responsabilidad	Cáncer	33,18	7,19	107,67	-2,94	<,01	,52
		Control	36,49	4,86				
Emociones Negativas	**Ansiedad Cognitiva**	Cáncer	11,05	5,62	84,15	6,99	<,01	1,23
		Control	5,66	5,52				
	Ansiedad Fisiológica	Cáncer	9,25	6,57	78,62	3,94	<,01	,69
		Control	5,36	4,86				
	Ansiedad Motora	Cáncer	6,77	4,16	95,31	3,17	<,01	,56
		Control	3,87	3,84				
	Temperamento de Ira	Cáncer	7,97	3,00	129	-1,31	,19	,23
		Control	8,02	2,49				
	Reacción de Ira	Cáncer	10,70	3,05	107,18	3,46	<,01	0,61
		Control	8,02	2,49				
	Expresión Externa de Ira	Cáncer	9,53	2,85	129	-5,57	<,01	,98
		Control	11,24	2,91				
	Expresión Interna de Ira	Cáncer	12,03	2,71	129	2,53	,01	,45
		Control	11,09	2,88				
	Control Externo de Ira	Cáncer	17,27	4,65	129	4,29	<,01	,75
		Control	14,18	4,18				
	Control Interno de Ira	Cáncer	14,93	5,46	129	0,19	,85	,03
		Control	15,91	4,41				
	Depresión	Cáncer	29,05	6,20	129	1,05	,29	,18
		Control	28,68	8,87				

En relación con la predicción de la evolución favorable o desfavorable del cáncer tras dos años de seguimiento oncológico, los resultados de los análisis de regresión logística simple realizado para cada una de las variables se exponen en la tabla 3.

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 3. Estadístico Chi-cuadrado y significación p para el Análisis de Regresión Logística Univariado sobre la Evolución del Cáncer (Favorable vs. Desfavorable)

Variables	χ^2	p
Edad	1,16	,28
Sexo	1,65	,19
Estado Civil	0,22	,97
Nivel Educativo	2,15	,54
Ocupación	7,45	,11
Ingresos Familiares	2,05	,36
Tipo de Tumor	0,59	,81
Neuroticismo	2,33	,13
Extraversión	1,66	,20
Apertura	0,05	,82
Amabilidad	0,29	,59
Responsabilidad	2,22	,13
Ansiedad Cognitiva	0,73	,39
Ansiedad Fisiológica	0,79	,37
Ansiedad Motora	1,70	,19
Depresión	3,57	,06
Temperamento de Ira	0,02	,89
Reacción de Ira	0,44	,51
Expresión Externa de Ira	0,42	,52
Expresión Interna de Ira	10,96	<,01
Control Externo de Ira	0,11	,74
Control Interno de Ira	0,77	,38
Pensamientos Positivos	0,20	,65
Búsqueda de Apoyo Social	0,02	,89
Búsqueda de Soluciones	0,04	,84
Contabilización de Ventajas	0,15	,70
Religiosidad	1,20	,27
Culpabilización a Otros	0,006	,94
Pensamiento Desiderativo	0,78	,38
Represión Emocional	6,33	,01
Autoculpación	6,81	<,01
Resignación	5,91	,01
Escape	0,45	,51

A partir de los resultados, se seleccionaron como posibles predictores en el modelo de regresión múltiple las siguientes variables: ocupación, neuroticismo, responsabilidad, expresión interna de la ira, represión emocional, depresión, autoculpación y resignación.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Se siguió un criterio teórico para controlar el orden de introducción de cada cada variable en el modelo. El orden establecido fue seleccionado a partir de la evidencia empírica que muestra una mayor asociación entre la progresión del cáncer con las emociones y las estrategias de afrontamiento (por ejemplo, la falta de expresión emocional) que con los rasgos de personalidad (Cousson-Gélie et al., 2007; Giese-Davis et al., 2006; Nakaya et al., 2010; Sephton et al., 2009). La ocupación fue introducida en último lugar con el fin de saber si ésta modula la relación con los factores psicológicos. El orden elegido fue el siguiente: Expresión Interna de la Ira, Depresión, Represión Emocional, Resignación, Autoculpación, Responsabilidad, Neuroticismo y Ocupación.

Los resultados del proceso del modelado estadístico se presentan en la Tabla 4. De los modelos posibles, el que mejor ajustó los datos fue el modelo de regresión logística que incluía cuatro predictores (Modelo 6): expresión interna de la ira, resignación, autoculpación y responsabilidad. Con estas cuatro variables, se produce una ratio de 16 observaciones por predictor, que cumple con la regla de la utilización de un mínimo de 10 observaciones por predictor (Peduzzi, Cocanto, Kemper, Holford y Feinstein, 1996), aunque investigaciones recientes recomiendan hacer menos estricta esta regla (Vittinghoff y McCulloch, 2006).

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 4. Comparación de Modelos de Análisis de Regresión Logística (* modelo seleccionado)

Modelo	Variables	Comparación del Modelo	Desvianza	g.l.	Decremento de la Desvianza	g.l.	p
1	Expresión Interna de Ira		71,405	62			
2	Expresión Interna de Ira Depresión	1 vs. 2	70,860	61	0,55	1	,46
3	Expresión Interna de Ira Represión Emocional	1 vs. 3	69,229	61	2,18	1	,14
4	Expresión Interna de Ira Resignación	1 vs. 4	67,114	61	4,29	1	,04
5	Expresión Interna de Ira Resignación Autoculpación	3 vs. 5	62,377	60	4,74	1	,03
6*	**Expresión Interna de Ira Resignación Autoculpación Responsabilidad**	**5 vs. 6**	**57,658**	**59**	**4,72**	**1**	**,03**
7	Expresión Interna de Ira Resignación Autoculpación Responsabilidad Neuroticismo	6 vs. 7	57,439	58	0,22	1	,64
8	Expresión Interna de Ira Resignación Autoculpación Responsabilidad Ocupación (categórica)	6 vs. 8	52,26	55	5,39	4	,25

La tabla 5 muestra los coeficientes de regresión, la *odds ratio* para cada predictor y los índices de ajuste del modelo.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 5. Coeficientes de Regresión (β), Error Típico (ET β), Estadístico Chi-cuadrado de Wald y Odd Ratios (e^{β}), Prueba de Likelihood-ratio y Bondad de Ajuste del Modelo de Regresión Seleccionado.

Predictor	β	ET β	Wald χ^2	p	e^{β}
Constante	-7,05	2,77	7,74	<,01	0,001
Expresión Interna de Ira	0,40	0,16	9,69	<,01	1,49
Resignación	0,46	0,19	4,28	,04	1,59
Autoculpación	0,26	0,14	4,24	,04	1,30
Responsabilidad	-0,10	0,05	4,30	,04	0,90
Test					
Evaluación General del Modelo	**Valor**		χ^2	**g.l.**	**p**
Likelihood-ratio			24,71	4	<,001
Bondad de Ajuste del Modelo					
Hosmer - Lemeshow			8,04	8	,43
R^2 Nagelkerke		,44			

En la tabla 6, se muestra la información para evaluar el ajuste de las probabilidades predichas, presentando la frecuencia y el porcentaje de clasificaciones correctas en función de los valores esperados y observados de la evolución del cáncer.

Tabla 6. Frecuencias Observadas y Predichas mediante el Modelo de Regresión Logística Seleccionado

Observada	Predicha		
	Desfavorable	Favorable	% Correcto
Desfavorable	15	7	68,2
Favorable	4	38	90,5
% Total Correcto			82,5

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Los resultados mostraron que:

- El estadístico χ^2 fue significativo, lo que indica que los predictores contribuyen de manera significativa a la predicción de la evolución del cáncer.
- La prueba de Hosmer y Lemeshow no fue significativa, indicando que el modelo ajusta adecuadamente los datos, lo que quiere decir que el valor observado de la evolución del cáncer no fue significativamente diferente del valor predicho por el modelo.
- El R^2 de Nagelkerke (que oscila de 0 a 1) indica la utilidad de los predictores en el modelo, y puede considerarse como una medida del tamaño del efecto (Bewick, Cheek y Ball, 2005). El valor encontrado de 0,44 indica que los predictores son útiles para predecir la evolución del cáncer.
- En cuanto al ajuste de las probabilidades predichas, los resultados indican que el 82,5% del total de las predicciones fueron correctas, lo que supone una mejora con respecto al nivel del azar. La magnitud de la sensibilidad y especificidad se consideran también satisfactorios. Por otro lado, aunque el porcentaje correcto del grupo favorable fue muy elevado (90,5%), el del grupo desfavorable no fue tan alto (68,2%).
- Los coeficientes de regresión y *odds ratio* indican que cuanto mayores son las puntuaciones en expresión interna de la ira, resignación y autoculpación, junto con puntuaciones menores en

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

responsabilidad, mayor es la probabilidad de que los pacientes tengan una evolución desfavorable del cáncer. Cuando los demás predictores se mantienen constantes, las probabilidades de tener una evolución desfavorable de cáncer: a) aumentan en 1,49 (49%) por cada punto de incremento en la puntuación de la expresión interna de la ira, b) aumentan en 1,59 (59%) por cada punto de aumento en la puntuación de resignación, c) aumentan en 1,30 (30%) por cada punto de aumento en la puntuación de autoculpación, y d) disminuyen de 1 a 0,90 (10%) por cada punto de aumento en la puntuación de responsabilidad.

8.6. DISCUSIÓN

Los objetivos de este primer estudio de evaluación de esta tesis fueron determinar si existían o no diferencias en la personalidad y las emociones negativas de ansiedad, ira y depresión, entre los grupos control y de cáncer, además de comprobar si estas variables y las estrategias de afrontamiento, medidas en el momento de la notificación del diagnóstico, pueden predecir la evolución favorable o desfavorable del cáncer de dos años más tarde.

En cuanto al primer objetivo, la comparación de los grupos control y de cáncer en dichas variables psicológicas, los resultados confirmaron la existencia de diferencias significativas en varios aspectos de la

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

personalidad y las emociones, aunque los grupos fueron estadísticamente homogéneos en las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación, e ingresos familiares).

En cuanto al segundo objetivo, encontramos evidencias plausibles relativas a que cuanto mayor sea el nivel de expresión interna de ira y con mayor frecuencia utilice ciertos estilos de afrontamiento evitativos (especialmente la resignación y la autoculpación), todo ello unido a menores puntuaciones en responsabilidad, hace más probable que los pacientes tengan una evolución desfavorable del cáncer en los próximos dos años; en lo que a variables psicológicas se refiere, es decir, unido a otros muchos factores que puedan interferir en la evolución del cáncer. Lo que se propone, por tanto, es que estos aspectos psicológicos pueden contribuir en la evolución de la enfermedad, pero no que tengan un papel determinante, ya que como se plantea desde el inicio de esta tesis, el cáncer es una enfermedad multicausal, en la que diferentes factores biológicos, químicos, ambientales, psicológicos, etc., intervienen, aunque sin duda, en este trabajo el eje central sean los aspectos psicológicos.

En este estudio, los pacientes con cáncer mostraron niveles más altos de inestabilidad emocional (neuroticismo) y menores de extraversión, amabilidad y responsabilidad en comparación con la población general (con tamaños del efecto medios y grandes), lo que indica una relación entre las características de la personalidad y la

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

salud/enfermedad, de acuerdo con otros estudios (Cardenal, 2001; Wasylkiw y Fekken, 2002). El neuroticismo o inestabilidad emocional, por su parte, parece ser un fuerte predictor de trastornos relacionados con la ansiedad, como puede ser, por ejemplo, el estrés post-traumático, trastorno que puede ser desencadenado por una experiencia tan amenazante para la vida como puede ser el cáncer y conducir a los pacientes a cambios negativos en su personalidad (Dahl, 2010).

Teniendo en cuenta estas diferencias en personalidad en los pacientes de cáncer, junto con los niveles más altos de ansiedad y de ira que presentan –las puntuaciones son superiores para los pacientes de cáncer en ansiedad cognitiva, ansiedad fisiológica, ansiedad motora, reacción de ira, expresión interna de ira y control externo de ira, y puntuaciones más bajas en expresión externa de ira–, se puede deducir que los pacientes con cáncer experimentan altos niveles de excitación fisiológica o alto arousal, tal y como indican algunos autores (Giese-Davis et al., 2008). Estos resultados corroboran los estudios previos que muestran que la personalidad y las emociones negativas (con tamaños del efecto medios) se relacionan con la aparición y evolución del cáncer (Augustine et al., 2008; Giese-Davis et al., 2008; Pinquart y Duberstein, 2010; Shigehisa y Honda, 2006). Sin embargo, recientemente, en el estudio liderado por Nakaya (2010) se critica esta relación encontrada, ya que, según estos autores, las relaciones entre la personalidad y el cáncer

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

se deben tan solo al producto de las limitaciones metodológicas de esos estudios. En nuestros análisis, la inclusión de variables potencialmente confusoras, como la edad, el estado civil, el estilo de vida saludable o el tipo de tumor, nos ha permitido controlar sus posibles efectos, a fin de evitar de algún modo dichas limitaciones. No obstante, en este estudio las puntuaciones de los pacientes con cáncer podrían ser explicadas entre otros motivos, por el momento de la cumplimentación de los cuestionarios, ya que se realizaron habiendo sido recién diagnosticados, lo que implica que cada paciente estaría comenzando una etapa especialmente difícil de su vida, que puede verse reflejada en el inventario de personalidad, aunque ésta se considere una variable estable. Ya se ha comentado el impacto emocional tan extremo que puede llegar a provocar el diagnóstico de cáncer, que puede haber desestructurado la estabilidad emocional de los pacientes, mostrando por tanto puntuaciones tan dispares con los sujetos controles. Sería esta una limitación al estudio que habría que haber comprobado replicando los cuestionarios varios meses más adelante, cuando ya se encontraran en un momento de sus vidas relativamente más estable.

En cuanto al segundo objetivo planteado, algunos aspectos de la personalidad como el neuroticismo, la extraversión, la apertura y la amabilidad, o las emociones negativas, como la ansiedad y la depresión, no parecen ser buenos predictores para la posible evolución favorable o

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

desfavorable del cáncer, en consonancia con otros autores (Nakaya et al., 2010).

No obstante, uno de los aspectos de la personalidad (la responsabilidad o escrupulosidad), uno de los aspectos de la emoción de la ira (la expresión interna de la ira), y dos estilos de afrontamiento pasivo (la resignación y la autoculpación) sí que se muestran como buenos predictores de la evolución del cáncer, lo que indica que, en cuanto a las variables psicológicas se refiere, sin considerar los otros múltiples factores influyentes, la probabilidad de una evolución desfavorable del cáncer es mayor si los individuos presentan puntuaciones bajas en responsabilidad y puntajes altos en expresión interna de ira, resignación y autoculpación.

En cuanto a la responsabilidad, algunos estudios han encontrado que los pacientes con altas puntuaciones en responsabilidad tenían más probabilidades de cuidar de sí mismos después del tratamiento (Block et al., 2007), en consonancia con los resultados obtenidos en esta investigación, aunque en este caso, en sentido contrario, lo que conlleva mayor probabilidad de evolucionar desfavorablemente.

La expresión interna de la ira también tiene un valor predictivo para la evolución del cáncer, de acuerdo con las conclusiones de otros estudios en este ámbito (Buttow et al., 2000; Graves et al., 2005; Hou et al., 2010). Los pacientes con una evolución desfavorable mostraron una mayor tendencia a reprimir sus emociones de ira, en lugar de a

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

expresarlas. En nuestro estudio, aunque los pacientes con una evolución más desfavorable tenían niveles similares de ansiedad y de expresión externa de la ira que los demás pacientes con evolución favorable, no muestran niveles análogos en la expresión interna de la ira, donde de hecho presentan puntuaciones más elevadas, lo que indica niveles elevados de rabia (o distrés) no expresada o reprimida.

Los resultados encontrados también apoyaron el valor predictivo de los estilos de afrontamiento en la evolución de la enfermedad, de acuerdo con otros estudios (Cousson-Gélie et al., 2007; Hardt et al., 2010; Merz et al., 2010; Nagano et al., 2008; Petticrew et al., 2002; Prasertsri et al., 2011).

En concreto, se ha encontrado que la evolución puede predecirse por la resignación y la autoculpación, ambos estilos de afrontamiento evitativos o pasivos. La resignación es un estilo de afrontamiento por el que los individuos se adaptan a las situaciones con una actitud inmóvil, creyendo que no hay nada que puedan hacer para solucionar el problema, mientras que la autoculpación es un estilo de afrontamiento con el que las personas se consideran a sí mismas como los responsables del inicio o el origen del problema (Font y Cardoso, 2009; Rodríguez-Marín et al., 1992). Por otro lado, estos resultados siguen la línea de estudios anteriores que sugieren que las personas cuyo estilo de afrontamiento caracterizado sobre todo por el espíritu de lucha, muestran

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

una mejor evolución de la enfermedad, en comparación con aquellos que se resignan (Cardenal, 2001; Weihs, Enright, Simmens y Reiss, 2000).

Los resultados obtenidos sugieren que puede ser eficaz que en las intervenciones clínicas psicológicas se utilicen estrategias para minimizar la supresión de sentimientos de ira (expresión interna de ira), la resignación y autoculpación. Mejorando la autodisciplina (responsabilidad), aliviando la ira reprimida y promoviendo estrategias de afrontamiento beneficiosas para estos pacientes, se podría ayudar a las personas con cáncer a hacer frente a la enfermedad y sus efectos de la mejor manera posible, así como mejorar su calidad de vida (Butler et al., 2009; Hou et al., 2010; Lieberman y Goldstein, 2006). De hecho, intervenciones psicológicas como terapias de apoyo y de expresión emocional grupales, centradas en estos aspectos, se han demostrado eficaces para la promoción del bienestar de estos pacientes (Butler et al., 2009; Cerezo et al., 2007, 2009a,c) y para fortalecer el sistema inmunológico (McGregor y Antoni, 2009), aunque sea difícil corroborar una relación causal entre éste último y la evolución del cáncer (Andersen et al., 2008; Stefanek et al., 2009).

Aunque nuestro estudio parece corroborar hallazgos previamente publicados en relación al cáncer y señalan la importancia de determinados factores psicológicos en la práctica clínica con estos pacientes, es obvio que también tiene algunas limitaciones que deben

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

tenerse en cuenta. Por ejemplo, se utilizó una muestra relativamente pequeña de pacientes con cáncer, que aunque fueron seguidos durante dos años, y a pesar de ser éste un período crítico, no podemos afirmar que sean hallazgos suficientes como para determinar la evolución de la enfermedad. Por otro lado, y como ya se ha comentado previamente en la discusión, aunque se hayan controlado las variables sociodemográficas y médicas, pueden haber influido otro tipo de factores, tales como los fisiológicos, genéticos, conductuales y/o ambientales (López, 2003; Servan-Schreiber, 2007), en las relaciones establecidas entre los aspectos psicológicos estudiados y la evolución del cáncer, un hecho que afecta a la fuerza metodológica de nuestros resultados. Nos hemos centrado exclusivamente en los factores psicológicos, lo que ya supone una limitación por ser el cáncer una enfermedad multicausal que debe abordarse desde cada uno de los factores influyentes, tarea por otro lado de gran dificultad.

En este sentido, es también una limitación que el seguimiento haya sido de dos años, pues es un periodo relativamente corto, aunque muy importante, para evaluar la evolución favorable o no del cáncer, habiendo sido quizá más adecuado metodológicamente, que la evaluación del seguimiento hubiese durado alrededor de 5 años o más.

Sin embargo, el 82,5% de nuestras predicciones totales fueron correctas, siendo el porcentaje aún mayor en el grupo favorable que en el

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

grupo desfavorable, lo que indica que deben tenerse en cuenta otras variables en futuros estudios, sobre todo para la predicción de la evolución desfavorable. Nuestra limitación, por tanto, ha sido no haber contemplado otras variables que pudieran ser importantes en la predicción de la evolución desfavorable de cáncer.

En los próximos estudios, deberían explorarse más en profundidad las relaciones existentes entre la responsabilidad, la ira reprimida (sobre todo la expresión interna de la ira), los estilos de afrontamiento, y la evolución de la enfermedad, así como examinar en detalle otras variables psicológicas, fisiológicas y de otra índole, para tener más en cuenta los posibles efectos de otros factores en una muestra más representativa de pacientes con cáncer y por un periodo de tiempo más largo.

No obstante, este estudio pone de relieve el papel crucial de la responsabilidad, la ira reprimida (la expresión interna de la ira) y los estilos de afrontamiento como factores psicológicos que intervienen en las actitudes de los pacientes hacia la enfermedad y su tratamiento, lo que implica tener en cuenta esta necesidad en las decisiones y la práctica clínicas con las personas afectadas.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

8.6. CONCLUSIONES FINALES Y LÍNEAS FUTURAS

Los pacientes con cáncer tienen que afrontar una situación extremadamente complicada de un modo saludable, hecho que resulta arduamente difícil por sí solo. Según los resultados obtenidos, parece que las personas con cáncer muestran mayores niveles de malestar asociados a la nueva situación oncológica, manifestándose éste en variables estables como la personalidad al presentar mayores niveles de inestabilidad emocional (neuroticismo) y menores de extraversión, amabilidad y responsabilidad, que los sujetos del grupo control; así como más ansiedad, mayor reacción de ira, mayor expresión interna de la ira y control externo de la ira, teniendo menos puntuaciones en la expresión externa de la ira.

Parece, por tanto, que una persona que acumula tanta tensión y que no puede o no sabe expresarla externamente de un modo adecuado, teniendo una enfermedad de afectación inmunológica como es el cáncer, corre mayor riesgo de sufrir más distrés por el simple hecho de no canalizar adecuadamente sus emociones negativas y tensiones, lo que le puede generar mayores dificultades en su enfermedad, afectando a su evolución.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

De hecho, observando solo a los pacientes con cáncer, que partieron todos de un diagnóstico oncológico médico similar, podemos ver que entre ellos también existen diferencias aún más marcadas en algunas de esas variables psicológicas en las que obtienen puntuaciones distintas a las personas del grupo control.

Hemos observado que la evolución del cáncer puede ser más desfavorable dependiendo de si presentan menos responsabilidad, más expresión interna de la ira y se resignan y autoculpan más que los que evolucionan mejor. Esto podría suponer, para los psicólogos y los profesionales médicos dedicados a la oncología, una forma de poder ayudarles a evolucionar más favorablemente, ofreciéndoles asesoramiento emocional para canalizar emociones negativas y fomentando otros estilos de afrontamiento, o mejor aún, invitándoles a participar en tratamientos psicológicos en los que se consiga que los pacientes oncológicos no repriman su ira ni la controlen tanto externamente, sino que puedan exteriorizarla de un modo adecuado, utilizando estrategias de afrontamiento más saludables, y fomentando más el cuidado personal y la salud psicológica.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

Capítulo 9

ESTUDIO 2- TRATAMIENTO: Diseño, Elaboración y Aplicación de un Tratamiento Psicológico Positivo en Mujeres con Cáncer de Mama

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

CAPÍTULO 9: ESTUDIO 2- TRATAMIENTO: DISEÑO, ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO POSITIVO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

La vida sólo puede ser comprendida
mirando hacia atrás, pero ha de ser
vivida mirando hacia adelante.
S. A. Kierkegaard (1813-1855)

Esta segunda parte de la investigación, dedicada al tratamiento, consta a su vez de dos estudios:

El primero de ellos, es el diseño y la aplicación de un tratamiento psicológico grupal, siguiendo la teoría de Millon pero focalizándolo en la Psicología Positiva, con un grupo de participantes asignadas aleatoriamente a un grupo experimental, que recibe el tratamiento, o a un grupo control equivalente.

El segundo estudio es la aplicación del mismo tratamiento psicológico grupal a las personas que fueron asignadas al grupo control en el estudio anterior.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

9.1. PARTICIPANTES

En el primero de los estudios de tratamiento han participando 175 mujeres con cáncer de mama, y en el segundo, las 88 mujeres seleccionadas para el grupo control del primer estudio.

Todas las participantes son mujeres que han acudido a la *Asociación para la Atención a Mujeres operadas de Cáncer de Mama* de Málaga (ASAMMA). La edad de las mujeres está comprendida entre los 29 y los 78 años. Todas cumplen como criterios tener un tumor primario de cáncer de mama y grado histológico no superior a III. Todas las participantes han recibido el diagnóstico y/o están comenzando a recibir los tratamientos desde hace menos de 6 meses; además, han acudido recientemente a la asociación, como máximo hace 3 meses, en los que han tenido una primera toma de contacto con la asociación. Este estudio se ha llevado a cabo entre enero de 2007 y diciembre de 2010.

Los grupos se asignaron aleatoriamente, siendo el grupo experimental (n = 87) el que recibió el tratamiento psicológico grupal y el grupo control (n = 88) el que quedó en lista de espera sin recibir el tratamiento. Se ha comprobado, utilizando el estadístico *t* o χ^2 correspondiente para cada variable, que los grupos son homogéneos en cuanto a variables sociodemográficas y clínicas, lo que puede observarse en la tabla 7.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 7. Descripción de la Muestra: Variables Sociodemográficas y Clínicas (Porcentajes entre paréntesis)

Variables Sociodemográficas y Clínicas		Control Group N = 88	Experimental Group N = 87	*t* / χ^2	p
Edad	M DT	49,35 9,85	50,71 9,44	,91	,36
Estado Civil	Soltera Casada Separada/divorciada Viuda	21 (23,9) 53 (60,2) 12 (13,6) 2 (2,3)	17 (19,5) 52 (59,8) 15 (17,2) 3 (3,4)	,95	,81
Nivel Educativo	Primarios Secundarios Superiores	36 (40,9) 23 (26,1) 29 (33,0)	33 (37,9) 26 (29,9) 28 (32,2)	,33	,85
Estado laboral	Empleada Sin empleo	69 (78,4) 19 (21,6)	70 (80,5) 17 (19,5)	,11	,74
Si tiene Hijos	Sí No	57 (64,8) 31 (35,2)	59 (67,8) 28 (32,2)	,18	,67
Consumo de Psicofármacos	Ansiolíticos	60 (68,2)	60 (69,0)	,01	,91
	Antidepresivos	44 (50,0)	52 (59,8)	1,68	,19
Mama Afectada	Izquierda Derecha Ambas	41 (46,6) 46 (52,3) 1 (1,1)	34 (39,1) 50 (57,5) 3 (3,4)	1,81	,40
Tipo de Cirugía	Mastectomía Conservadora	54 (61,4) 34 (38,6)	62 (71,3) 25 (28,7)	1,92	,16
Tratamiento Oncológico actual	Quimioterapia	67 (76,1)	67 (77,0)	,02	,89
	Hormonoterapia	44 (50,0)	46 (52,9)	,04	,70
	Radioterapia	47 (53,4)	51 (52,0)	,48	,48
	Terapia Monoclonal	12 (13,6)	9 (10,3)	,45	,50

9.2. MATERIAL

Para esta segunda parte de la investigación, los instrumentos de evaluación han sido los siguientes:

9.2.1. <u>Personalidad:</u> *Inventario Clínico Multiaxial MCMI-III* de Millon, Davis y Millon, (1997), escala de autoinforme con 175 ítems de dos opciones de respuesta V-F que evalúa 14 rasgos/estilos/trastornos de

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

personalidad y 10 trastornos clínicos, adaptado a la población española (Cardenal y Sánchez, 2007). Los estilos/trastornos de personalidad evaluados por el MCMI-III son los correspondientes al Eje II del DSM-IV-R. El MCMI-III considera que, para cada uno de los estilos, una puntuación PREV entre 60 y 75 indica rasgos de personalidad, entre 75 y 85 la tendencia del sujeto al correspondiente estilo de personalidad, mientras que a partir de 85 indica trastorno de la personalidad. Con respecto a los trastornos clínicos, el MCMI-III evalúa los trastornos correspondientes al Eje I del DSM-IV-R; siendo 75 el punto de corte para considerarlo trastorno. Su fiabilidad test-retest oscila entre 0,84 y 0,96, y el alfa es superior a 0,80.

9.2.2. Bienestar personal:

a) Para el *componente cognitivo*: *Escala de Satisfacción Vital* de Diener (*Satisfaction with Life Scale*; Diener et al., 1985), 5 ítems a los que se responde con una escala tipo Likert de 7 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo; y 7 = Totalmente de acuerdo). La puntuación de escala de satisfacción oscila entre 5 y 35. Altas puntuaciones corresponden a alta satisfacción vital. Su fiabilidad alfa es 0,82. También se contó con un ítem único sobre *felicidad*, con la misma escala de respuesta tipo Likert.

b) Para el *componente afectivo*: *Escala de Afectividad* de Mroczek y Kolarz (1998), con dos subescalas: 6 ítems de afectividad positiva y 6 de afectividad negativa, formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1 =

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

nunca; y 5 = todo el tiempo). La puntuación total mínima es 6 y la máxima 30 puntos para cada subescala. Su fiabilidad es para afectos positivos es alfa = 0,87; y para afectos negativos: alfa = 0,91.

9.2.3. <u>Inteligencia Emocional</u>: *Traid Meta-Mood Scale-24* (*TMMS-24*): basada en la escala EQ-i (Bar-On, 1997) y más concretamente, en la Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48, Salovey et al., 1995), que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales. El TMMS-24 es una versión reducida y adaptada a la población española por Fernández-Berrocal et al., (1998) y Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004). Los ítems se puntúan en una escala Likert de 5 puntos, siendo 1 "nada de acuerdo" y 5 "totalmente de acuerdo". Contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Reparación emocional. El baremo para mujeres asume que, en atención emocional, obtener menos de 24 puntos indica poca atención, de 25 a 35 una atención adecuada y más de 36, excesiva atención. Respecto a claridad de sentimientos y reparación emocional, menos de 23 puntos indica poca claridad y baja reparación, de 24 a 34 es adecuada para ambas y más de 35 es excelente. La fiabilidad para cada componente es: Atención (alfa = 0,90); Claridad (alfa = 0,90) y Reparación (alfa = 0,86).

9.2.4. <u>Optimismo</u>: *Test Revisado de Orientación de la Vida* (*LOT-R*) (*Life Orientation Test Revised*) de Scheier y Carver (1985) en la versión

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

española de Fernández y Bermúdez (1999). Evalúa optimismo como disposición de personalidad. Consta de 13 ítems con respuesta dicotómica V-F. Cuanta más alta es la puntuación más alto es el optimismo. Su Alfa de Cronbach oscila entre 0,74-0,78.

9.2.5. <u>Resiliencia</u>: *Escala de Connor y Davidson* (*Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC*, 2003) que consta de 25 ítems con puntuaciones de 0 a 4, donde 0 significa "no verdadera en absoluto" y 4 "verdadera casi siempre". Puntuaciones más altas indican mayor resiliencia. Su alfa de Cronbach es de 0,89.

9.2.6. <u>Autoestima</u>: *Escala de Autoestima* de Rosenberg (1965), versión en castellano ofrecida por Echeburúa (1995), con 10 ítems de respuesta de 1 a 4, siendo 1 "muy en desacuerdo" y 4 "muy de acuerdo", con ítems inversos. Los rangos para determinar la autoestima son: de 30 a 40 puntos, autoestima elevada o normal; de 26 a 29, no presenta problemas graves pero debe mejorarla; y menos de 25, autoestima baja con problemas significativos. Su alfa de Cronbach es de 0,89.

Todas las participantes fueron entrevistadas por la psicóloga especializada que llevó a cabo el estudio, para, además de cumplimentar las variables sociodemográficas, determinar los criterios de pertenencia al mismo, según su historia médica oncológica y tratamientos, así como

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

otras cuestiones psicológicas de relevancia para la investigación, como pueden ser no presentar un trastorno mental grave o no estar recibiendo otro tipo de tratamiento terapéutico individual o grupal.

9.3. PROCEDIMIENTO

Las mujeres que acuden a la Asociación ASAMMA, lo hacen por diversos motivos, entre ellos: tener algún conocimiento o información sobre la asociación, o por la invitación que profesionales de la salud y/o personas que conocen la asociación, le sugieren cuando están ingresadas en el hospital, como forma de asesorarse frente al cáncer de mama. Una vez que llegan a la asociación, son recibidas en la gran mayoría de los casos por la psicóloga o en caso de no estar disponible, por alguna de las mujeres ya "veteranas", como puede ser la presidenta o alguna otra socia habitual.

Para la inclusión al estudio, las mujeres han sido evaluadas individualmente sobre su situación personal, historia médica oncológica y clínica en una primera entrevista con la psicóloga del centro, lo más inmediatamente posible a su llegada a la asociación. En caso de cumplir con los requisitos para la inclusión al estudio, se les informaba aleatoriamente sobre la posibilidad de participar en el tratamiento grupal en un periodo de tiempo inmediato o muy breve (inclusión al grupo

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

experimental) o en un plazo medio de unas 14 semanas (formando parte del grupo control). Cada grupo experimental estaba formado por unas 10-15 participantes, realizándose de dos a tres grupos simultáneamente en el mismo periodo de tiempo en distintos días de la semana. Generalmente se han podido realizar cada tratamiento grupal una o dos veces al año, de forma que no se interrumpiera por periodos vacacionales como verano o navidad. Todas las participantes daban su consentimiento informado por escrito y cumplimentaban los cuestionarios tras esa entrevista. Posteriormente se les citaba para que acudieran bien al tratamiento grupal, o bien para dentro de aproximadamente 14 semanas.

El diseño del tratamiento grupal se llevó a cabo previamente, tras los resultados obtenidos en el estudio 1 de evaluación, donde se comprueba que las personas con cáncer tienen dificultades para la expresión externa de emociones negativas como la ira, reflejado por los altos niveles de ira interna de las personas que evolucionan desfavorablemente en su enfermedad, unido a los mayores niveles de resignación y autoculpación. Además, cumplimentaban el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III), cuyos resultados han servido para comprobar si en estas personas hay tendencia a la evitación emocional, o muestran dificultades en la expresión de emociones como se ha obtenido en el estudio 1 de evaluación y en otros estudios relacionados

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

(Cerezo et al., 2009a). El MCMI-III sirvió por tanto, para evaluar la existencia de rasgos de personalidad comunes a varias mujeres y para el diseño del tratamiento. En la tabla 8 se recogen los dos perfiles de personalidad encontrados mediante análisis de cluster o conglomerados jerárquicos, donde se observa que hay un grupo de estas participantes que efectivamente obtiene puntuaciones más elevadas en los estilos de personalidad considerados como más emocionalmente evitativos, siguiendo la teoría de Millon. El diseño del tratamiento se realizó con los resultados de los perfiles de personalidad de los primeros grupos de participantes del estudio; no obstante, se ha realizado el análisis de la personalidad de la muestra total, siempre antes de comenzar el tratamiento psicológico, confirmando que hay un grupo de mujeres que presenta esta inhibición o evitación emocional. Este hecho, junto a las revisiones bibliográficas realizadas sobre intervenciones psicológicas y cáncer de mama, nos llevó a diseñar el tratamiento grupal estructurado e integrador, enfocado desde la psicología positiva, cuyos **objetivos fundamentales** fueron:

- Facilitar a las participantes un espacio terapéutico en el que poder manifestar sus inquietudes y recibir las aportaciones del grupo.
- Proporcionar recursos y habilidades para el mejor manejo de las emociones negativas, así como el fomento de las emociones positivas.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Generar y afianzar las fortalezas emocionales de las participantes, tratando de guiarlas hacia la salud psicológica, promoviendo y recobrando su fuerza emocional interior.
- Mantener una actitud más favorable hacia sí mismas y hacia su enfermedad.
- Conseguir mejoras en sus niveles de bienestar y satisfacción consigo mismas, así como mejores niveles en inteligencia emocional, optimismo, resiliencia y autoestima.

Estos objetivos quedan plasmados en las 14 sesiones semanales del tratamiento psicológico grupal, de dos horas de duración cada una, en la que se ha intervenido con las siguientes **técnicas psicológicas**:

- *Técnicas cognitivas*: para trabajar distorsiones cognitivas y creencias irracionales sobre sí mismas, la enfermedad y el proceso de cáncer;
- *Intervenciones comportamentales:* fomentando habilidades, búsqueda de reforzadores y aumento de situaciones agradables;
- *Role-playing y ejercicios para fomentar habilidades de comunicación emocional*: para trabajar el cambio de actitud hacia una actitud más positiva y optimista. También para fomentar algunas fortalezas humanas como son la gratitud, el sentido del humor y la autoestima.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- *Técnicas gestálticas*: para la toma de conciencia, autoconocimiento y la expresión de emociones, para analizar sus relaciones interpersonales desde un punto de vista más emocional;
- *Relajación, visualización e imaginación guiada*: al finalizar cada sesión, se realizaban durante aproximadamente veinte o treinta minutos, para fomentar la conciencia del buen funcionamiento del cuerpo y la recuperación de la salud, la conciencia plena (mindfulness), la respiración profunda y en definitiva, para inducir al bienestar y la felicidad. Además de visualizar su cuerpo sano, también se animaba a las participantes a visualizarse afrontando situaciones difíciles de forma adecuada, cada vez con más capacidad y mejores habilidades resolutivas.
- *Terapia de grupo*: para fomentar el apoyo social, la autoafirmación y salir de sí mismas para ver a otras.

El **contenido fundamental** del tratamiento psicológico grupal fue estructurado de la siguiente forma: en las primeras cuatro sesiones se trabajó sobre el autoconocimiento y autoestima; las siguientes ocho sesiones fueron para promover el cambio de actitud hacia una actitud positiva, fomentando las habilidades de comunicación emocional, trabajando la adecuada expresión y reparación de emociones negativas, modificando actitudes inapropiadas, promoviendo la búsqueda de reforzadores y aumentando el número y calidad de situaciones

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

agradables, promoviendo el autocontrol y el afrontamiento adecuado en las situaciones difíciles. Todo ello se ha conseguido utilizando técnicas gestálticas, técnicas de reestructuración cognitiva y juego de roles que han ayudado a la toma de conciencia, autoconocimiento y a la expresión adecuada de emociones, con el fin de mejorar la comunicación interpersonal y emocional. Las últimas dos sesiones, se trabajó más intensamente sobre el optimismo y la resiliencia enfocados a la vivencia del cáncer de mama, y finalmente, algunas fortalezas como el sentido del humor, o la gratitud.

Para el primero de los estudios de tratamiento, el grupo experimental fue evaluado en dos momentos del tiempo: antes del tratamiento grupal (pretest) y después del mismo (postest), con un intervalo entre las evaluaciones de catorce semanas. Para el grupo control, que también fue evaluado en dos momentos, se utilizó el mismo intervalo de tiempo, asegurándonos previamente que en ese periodo no recibían ninguna asistencia ni tratamiento psicológico, con el fin de ser funcionalmente un grupo control equivalente. El intervalo de tiempo (catorce semanas) se mantiene constante para controlar la historia y la maduración de las participantes durante el proceso de evaluación.

El segundo estudio de tratamiento fue la aplicación del mismo tratamiento psicológico grupal al que previamente fue considerado grupo

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

control del primer estudio, con el objetivo de salvaguardar la integridad ética de la investigación, así como comprobar nuevamente la eficacia del tratamiento psicológico grupal. Este segundo grupo experimental, formado por 88 mujeres, ha sido, por tanto, evaluado en tres ocasiones: las dos pruebas preliminares del primer estudio (pretest 1 y pretest 2), y posteriormente, tras recibir el tratamiento psicológico grupal (postest). En este segundo estudio, el grupo es su propio control comprobado con las dos evaluaciones previas.

9.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el diseño y elaboración del tratamiento psicológico grupal, se ha realizado un análisis cluster o conglomerados jerárquicos aglomerativos siguiendo el método de Ward y la distancia euclídea al cuadrado como medida de distancia a partir de los rasgos/estilos/trastornos de personalidad que contempla el MCMI-III: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo, compulsivo, negativista, autodestructivo, esquizotípico, límite y paranoide.

En el primer estudio de tratamiento, para comprobar las diferencias existentes entre los grupos control y experimental debido a la aplicación del tratamiento psicológico grupal, se han realizado diversos Análisis de

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

la Covarianza (ANCOVA) para cada una de las variables psicológicas seleccionadas. La variable independiente fue la participación en el tratamiento psicológico grupal, con dos niveles: grupo experimental y grupo control. Las variables dependientes fueron las puntuaciones obtenidas en bienestar, inteligencia emocional, optimismo, resiliencia y autoestima. Las covariables fueron cada una de las puntuaciones de dichas variables en el pretest, con el fin controlar las posibles diferencias previas al tratamiento.

En el segundo estudio de tratamiento, que consiste en la aplicación del mismo tratamiento psicológico grupal del primer estudio sobre las personas que anteriormente fueron el grupo control, y que ahora pasa a ser un segundo grupo experimental, se ha realizado un Análisis de la Varianza (ANOVA) con tres Medidas Repetidas con las mismas variables dependientes del primer estudio, para comprobar si el tratamiento psicológico grupal produce cambios en las personas que lo reciben (Blanca, 1998, 2004). Las dos primeras medidas son previas al tratamiento (pretest 1 y pretest 2) y la tercera medida se tomó después de participar en él (postest). El intervalo de tiempo trascurrido entre las tres medidas es equivalente, discurriendo unas 14 semanas entre cada medida.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

9.5. RESULTADOS

En el primer estudio de tratamiento, el análisis descriptivo de la muestra, expuesto en la tabla 7, pretende comprobar que ambos grupos (control y experimental) son homogéneos entre sí en el momento inicial del estudio. Los resultados muestran que no se han encontrado diferencias significativas en ninguna de las variables sociodemográficas ni clínicas: edad, estado civil, nivel educativo, estado laboral, si tiene hijos, consumo de psicofármacos, mama afectada, tipo de cirugía y tratamiento oncológico actual.

Con respecto a los perfiles de personalidad realizados mediante el análisis de cluster o conglomerados jerárquicos, recogidos en la tabla 8, se encontraron dos perfiles diferentes de personalidad en los que la puntuación obtenida no supone la existencia de trastorno de personalidad, pero sí la existencia de rasgos relacionados con la dificultad de expresión de emociones. El primer perfil incluye rasgos de personalidad esquizoide, evitativo, depresivo y dependiente, más relacionado con la evitación o retraimiento emocional. Forman este perfil, el 40,60% de las mujeres de la muestra (n = 165). El segundo perfil de personalidad tiene en común rasgos más saludables psicológicamente y lo forman el 59,40% restante (véase tabla 8), existiendo diferencias significativas en las puntuaciones de cada estilo de personalidad entre

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

los dos perfiles. Se excluyeron aquellos cuestionarios invalidados en alguna de las escalas de sinceridad o validez.

Tabla 8. Perfiles de Personalidad encontrados en la Muestra: Análisis de Conglomerados Jerárquicos por el Método de Ward (N= 165)

Variables Personalidad	Perfil Evitativo n = 67 (40,6%)		Perfil Saludable n = 98 (59,4%)		*t*	p	*d*
	M	DT	M	DT			
Esquizoide	54,12	17,75	34,35	22,22	5,07	<,001	,98
Evitativo	69,93	7,20	32,96	16,72	13,55	<,001	2,87
Depresivo	66,39	10,48	26,40	18,72	12,09	<,001	2,64
Dependiente	72,18	14,01	40,08	18,71	8,57	<,001	1,94
Histriónico	39,61	19,78	64,26	12,05	-6,00	<,001	-1,50
Narcisista	35,96	19,49	61,60	9,07	-6,57	<,001	-1,69
Antisocial	45,25	20,60	33,38	22,96	2,27	,026	,54
Agresivo	48,64	21,89	36,20	24,03	2,26	,026	,54
Compulsivo	61,11	14,73	71,84	16,01	-2,92	,005	-,70
Negativista	58,21	15,36	40,76	20,21	3,97	<,001	,97
Autodestructivo	52,86	10,70	25,68	17,36	8,54	<,001	1,88
Esquizotípico	53,11	15,92	33,78	21,16	4,55	<,001	1,03
Límite	53,39	18,36	25,04	21,01	5,97	<,001	1,44
Paranoide	60,75	15,80	40,50	25,01	4,37	<,001	,97

En cuanto a la comprobación de la eficacia del tratamiento psicológico grupal, es decir, si la aplicación de dicho tratamiento produce efectos positivos en las personas que participan en él en comparación con el grupo control que no lo recibe, los resultados pueden observarse en la tabla 9.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 9. Eficacia de la Tratamiento Terapéutica Grupal: análisis de covarianzas de medidas independientes (ANCOVA), controlando la evaluación pretest de cada variable como covariable

Variables Estudiadas	Grupo Control n = 88		Grupo Experimental n = 87		F	p	η^2
	M	DT	M	DT			
Bienestar Cognitivo	24,85	4,33	31,36	4,07	137,91	<,001	,44
Felicidad	4,34	1,25	6,16	,87	132,51	<,001	,43
Afectos Positivos	17,34	3,66	23,40	3,24	133,65	<,001	,44
Afectos Negativos	14,23	3,93	10,62	2,03	57,74	<,001	,25
Afecto Total	2,84	6,79	12,78	4,73	126,30	<,001	,42
Atención Emocional	27,88	5,92	25,55	3,13	10,37	,002	,06
Claridad Emocional	25,89	6,44	31,57	4,67	46,70	<,001	,21
Reparación Emocional	25,35	7,14	35,23	4,33	124,96	<,001	,42
Optimismo	-,47	2,73	2,28	,85	81,56	<,001	,32
Resiliencia	61,75	11,29	72,09	12,01	33,81	<,001	,16
Autoestima	30,35	5,28	33,00	3,53	15,72	<,001	,08

Habiendo controlado el efecto de las puntuaciones previas al tratamiento de cada variable dependiente en ambos grupos, los resultados muestran que existen diferencias significativas para todas las variables con tamaños del efecto medios y grandes asociados a cada una de las diferencias, a favor del grupo experimental. En concreto, el grupo experimental muestra puntuaciones más elevadas, en comparación con el grupo control, en bienestar cognitivo, en felicidad, en bienestar afectivo (afectos positivos superiores y negativos inferiores, quedando el afecto total también con mayor puntuación), en inteligencia emocional (menor atención emocional y mejor claridad y reparación emocional), más optimismo, más resiliencia y más autoestima.

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En el segundo estudio de tratamiento, se ha querido comprobar de nuevo el efecto terapéutico del tratamiento psicológico grupal, con el segundo grupo experimental. Los resultados del ANOVA de medidas repetidas con dos medidas pretest y una postest, mostrados en la tabla 10, indican que, en primer lugar, no hay diferencias significativas en ninguna variable antes del tratamiento grupal, es decir, entre las medidas pretest 1 y pretest 2; no obstante, tras el tratamiento grupal, se comprueba que sí existen diferencias significativas en todas las variables, obteniendo puntuaciones similares a las obtenidas por el primer grupo experimental y con tamaño del efecto asociados también medianos y grandes.

Tabla 10: Segundo estudio: Tratamiento Psicológico Grupal en el Segundo Grupo Experimental: ANOVA de Medidas Repetidas

Variables Estudiadas	Segundo Grupo Experimental n = 88						F	p	η^2
	Pretest 1		Pretest 2		Postest				
	M	DT	M	DT	M	DT			
Bienestar Cognitivo	25,36	3,92	24,85	4,33	30,34	3,71	77,06	<,001	,47
Felicidad	4,42	1,22	4,34	1,25	5,94	,72	81,87	<,001	,48
Afectos Positivos	17,64	3,63	17,34	3,66	22,67	2,24	82,42	<,001	,49
Afectos Negativos	14,13	4,07	14,23	3,93	10,51	2,31	32,44	<,001	,27
Afecto Total	3,24	6,98	2,84	6,79	12,16	3,83	75,90	<,001	,47
Atención Emocional	27,93	6,07	27,88	5,92	24,15	1,56	17,02	<,001	,16
Claridad Emocional	26,38	6,27	25,89	6,44	30,43	5,11	17,09	<,001	,16
Reparación Emocion.	25,88	6,86	25,35	7,14	34,28	3,42	66,04	<,001	,43
Optimismo	-,22	2,62	-,47	2,73	2,07	1,08	35,68	<,001	,29
Resiliencia	62,68	11,51	61,75	11,29	7197	12,48	21,49	<,001	,20
Autoestima	30,80	4,94	30,35	5,28	32,86	3,66	7,42	,001	,08

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

9.6. DISCUSIÓN

Con este segundo bloque de la investigación se quiere contribuir a la evidencia científica de la psicología positiva, demostrando que los tratamientos psicológicos centrados en esta nueva corriente de la psicología pueden reportar beneficios para las mujeres con cáncer de mama.

Esto ha sido, posible en el primero de los estudios, gracias a aleatorización de las personas a los grupos experimental o control, y la aplicación del tratamiento psicológico al grupo experimental, quienes han obtenido mejores puntuaciones en bienestar cognitivo, felicidad, bienestar afectivo, inteligencia emocional, optimismo, resiliencia y autoestima, que el grupo que no lo recibió. Todo ello queda corroborado con el segundo estudio, con el que hemos logrado los mismos resultados tras la aplicación del mismo tratamiento al segundo grupo experimental, controlando los posibles errores metodológicos con las dos medidas pretest.

Así este trabajo puede contribuir con nuevas evidencias empíricas sobre la psicología positiva, tal y como Aspinwall y Tedeschi (2010b) sugieren. Según estos autores, la incorporación de estudios con aspectos metodológicos bien validados y cuidados sobre fenómenos positivos podrá ampliar y fortalecer la evidencia científica de la psicología

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

positiva en relación a la salud/enfermedad al proporcionar resultados con pruebas rigurosas sobre el papel psicológico en la salud humana y la adaptación a la enfermedad (Coyne y Tennen, 2010; Coyne, Tennen y Ranchor, 2010; Vázquez, Hervás y Ho, 2006).

La literatura científica deja patente los esfuerzos que se están haciendo por contribuir a que mejore la salud de las personas afectadas de cáncer de mama sobre todo trabajando para conseguir tratamientos psicológicos efectivos y metodológicamente rigurosos, aunque la perspectiva de la psicología positiva no se contempla en la mayoría de estos estudios (Andersen et al., 2007, 2008; Andrykowski y Manne, 2006; Antoni et al., 2006; Butler et al., 2009; Cameron et al., 2007; Cerezo et al., 2009a,b,c; Coyne et al., 2007; Font y Rodríguez, 2007; Goodwin et al., 2001; Graves et al., 2005; Jacobsen y Jim, 2008; Kissane et al., 2007; Mc Gregor y Antoni, 2009; Phillips et al., 2008; Pitceathly et al., 2009; Sebastián et al., 2007; Smedslund y Ringdal, 2004; Spiegel et al., 2007; Stefanek et al., 2009; Valiente, 2006).

El tratamiento psicológico grupal de este estudio se ha diseñado, como ya se ha señalado, desde la psicología positiva y siguiendo la teoría integradora de Millon. En lugar de centrarse, como la psicología tradicional, en el estudio y tratamiento de la enfermedad mental, la Psicología Positiva dirige su atención a las fortalezas humanas, a aquellos aspectos que nos permiten aprender, disfrutar, ser alegres,

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

generosos, serenos, solidarios y optimistas. La psicología positiva plantea que aplicando estas fortalezas personales en ámbitos cruciales de la vida, se pueden desarrollar estrategias para prevenir y controlar la depresión y las emociones negativas, desarrollando y promoviendo la resiliencia, autoestima, afectos positivos y el bienestar para que mejore sensiblemente nuestra vida y la de cuantos nos rodean (Lyubomirsky, 2008; Seligman, 2002, 2008; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Vera, 2008).

El diseño del tratamiento también sigue la teoría de Millon, pues basándose en los resultados de la evaluación previa al tratamiento, éste se elabora integrando diferentes técnicas enfocadas en la psicología positiva y la expresión y regulación emocional. Los resultados de los análisis de cluster o conglomerados indican la existencia de rasgos de personalidad comunes al grupo de mujeres, diferenciando dos perfiles explicados a continuación:

- El primero, formado por el 40,6% de las mujeres, que tienen en común rasgos esquizoides, evitativos, depresivos y dependientes, se caracteriza por la dificultad en reconocer sus necesidades personales y emocionales, y conflictos para la expresión adecuada de emociones. Los *rasgos esquizoides* se definen por la introversión y no expresión de emociones. Los *rasgos evitativos* de la personalidad suponen no mostrarse ante las demás y no compartir sentimientos, siendo agradables y contenidas. Los *rasgos depresivos* en la

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

personalidad suponen sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima, centrándose en los aspectos negativos de sí mismas. Las personas con *rasgos dependientes* evitan la tensión social, sacrificando sus puntos de vista para evitar conflictos interpersonales. Suelen presentar mayor malestar, aunque no lo exterioricen. Para ellas estaría específicamente indicado el tratamiento psicológico grupal.

- El segundo perfil encontrado, formado por el 59,4% de la muestra, implica rasgos del estilo de personalidad histriónico, narcisista y compulsivo, más cercanos a la salud psicológica, según Millon (Cardenal et al., 2008; Craig, 2004, Ortiz-Tallo et al., 2011). Son personas mejor adaptadas emocionalmente, lo que no significa que no puedan beneficiarse del tratamiento psicológico grupal recibido. De hecho, les puede ayudar a afianzar sus recursos y habilidades, perfilándolos más adecuadamente y utilizándolos más a menudo en las situaciones de conflicto emocional o en la adaptación a la enfermedad del cáncer y sus tratamientos.

Las participantes con cáncer de mama que han recibido este tratamiento psicológico grupal de 14 sesiones estructurado desde la psicología positiva, han mostrado mejorías en bienestar cognitivo y afectivo, felicidad, inteligencia emocional, optimismo, resiliencia y autoestima; variables que han sido estudiadas y trabajadas, aunque no

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

en conjunto como en este estudio, en diferentes investigaciones donde se han realizado intervenciones grupales, con resultados similares a los obtenidos en esta investigación (Bonanno, 2004; Cameron et al., 2007, Cerezo et al., 2009a,c; Servan-Schreiber, 2007; Sheinfeld, 2010).

Parece que tener salud física o mental positiva nos protege de enfermedades, gracias al fuerte vínculo existente entre la psicología positiva (bienestar, optimismo y otras emociones positivas) y el estado de salud (Fierro, 2008; Lyubomirsky, 2008; Seligman, 2002, 2008; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Vera, 2008). Del análisis sobre la salud positiva, Seligman (2008) concluye que puede predecir longevidad, es decir, que las personas con salud positiva viven más (Cohen et al., 2006; Cohen y Pressman, 2006); con más calidad de vida y menos discapacidades (Andersen et al., 2008); generando menos gastos en salud; o en caso de tener una enfermedad, la salud psicológica predice un mejor pronóstico (Kubzansky y Thurston, 2007).

Con esta perspectiva, el tratamiento psicológico grupal trata de guiar hacia la salud psicológica a las pacientes con cáncer de mama mediante el fomento de sus fortalezas humanas y una actitud más optimista y resiliente. A su vez, se considera fundamental reconocer y reparar las emociones negativas, para posteriormente fomentar las emociones positivas y que puedan mejorar su estado de salud físico, psíquico y espiritual (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Vera, 2008). En

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

este estudio no queremos caer en lo que algunos autores llaman “la tiranía del pensamiento positivo”, en la que se obvia el sufrimiento y malestar que produce la enfermedad de cáncer, ni rechazar el enfoque singular que cada persona haga sobre su enfermedad, obligándoles a “pensar en positivo” para conseguir alcanzar el poder curativo de las creencias y pensamientos positivos (Aspinwall y Tedeschi, 2010b). El objetivo de este tratamiento psicológico ha sido minimizar el malestar atendiendo a las emociones en su justa medida (ya que el exceso de atención emocional está relacionado con mayor malestar y sufrimiento) (Zaccagnini, 2004), expresando adecuadamente aquellas emociones que reprimen, regulándolas más saludablemente, proporcionando estrategias de afrontamiento más ajustadas a cada situación y con más posibilidades de buscar soluciones donde las emociones negativas no impidan ni bloqueen a la persona. Una vez conseguido el mejor manejo y regulación emocional, entonces fortalecer interiormente a las participantes, reconociendo sus fortalezas y manteniendo una actitud positiva que se convierta en un hábito saludable y permanente en su vida diaria.

Se ha querido aunar en un tratamiento psicológico grupal lo que en diferentes estudios se hacía por separado en cuanto al cáncer de mama. El tratamiento aplicado ha utilizado diversas técnicas como entrenamiento en habilidades de regulación emocional y expresión adecuada de emociones (Butler et al., 2009; Cerezo et al., 2009a,c; Giese-Davis et al., 2006; Kissane et al., 2007; Spiegel et al., 2007),

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

restructuración cognitiva, autoestima (Kim et al., 2009; Lepore et al., 2008; Sebastián et al., 2007), apoyo mutuo a través del grupo de iguales (Cameron et al., 2007; Talley, Molix, Schlegel y Bettencourt, 2010), para fomentar el sentido de gratitud y el cambio hacia una actitud optimista y positiva; visualizaciones, relajación e imaginación guiada enfocadas a aumentar la sensación de control y dominio de la situación de enfermedad, mejorar la adaptación a la enfermedad, reducir el estrés y malestar (Valiente, 2006); así como el mindfulness, estrategia menos utilizada en mujeres con cáncer de mama (Chambers et al., 2009; Tacón et al., 2004). Además, el tratamiento psicológico grupal contempla variables psicológicas positivas como la resiliencia que aún no se habían tenido muy en cuenta en pacientes con cáncer (Aspinwall y MacNamara, 2005; Aydin, 2008).

Se han encontrado diferencias favorables para las mujeres que han participado en el tratamiento psicológico grupal, pero también hay que destacar algunas limitaciones importantes que deben ser tenidas en cuenta. La primera limitación que habría que precisar sería el hecho de que las pacientes pertenezcan a una asociación. Esto podría suponer que estas mujeres ya pueden estar utilizando recursos de afrontamiento más activos que otras pacientes que ni siquiera se plantean acercarse a la misma, pues formar parte de una asociación supone haber asumido de algún modo el diagnóstico y reconocer que allí pueden encontrar recursos que ellas mismas por sí solas no tienen o no cuentan con ellos,

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

por lo que en futuras investigaciones sería conveniente que las pacientes fueran aleatoriamente seleccionadas del hospital o de la asociación, para averiguar si ésta es o no en realidad una verdadera limitación del estudio.

Por otro lado, también supone una dificultad de este estudio no haber podido contar con un tercer grupo experimental al que se le aplicase una terapia tradicional o más reducida (sólo cognitiva, por ejemplo), pues este hecho no nos permite discriminar si verdaderamente esta tratamiento grupal que refuerza aspectos de la psicología positiva es más eficaz que otra enfocada desde la psicología clásica. Así no nos podemos aventurar a ratificar que la terapia enfocada en psicología positiva demuestra superioridad a las terapias tradicionales, aunque sí se puede afirmar que contribuye a la salud psicológica de las participantes (Sheinfeld, 2010).

Además, aunque el número de participantes es considerado, la mortandad experimental que no se ha explicitado en el estudio pone de manifiesto que comprometerse a participar en un tratamiento psicológico grupal supone un gran esfuerzo y un nivel de motivación elevado por asistir, teniendo en cuenta que son personas que están recibiendo tratamientos a veces incapacitantes y molestos.

No obstante, el trabajo aquí plasmado puede aportar nuevas evidencias científicas a la psicología positiva en el ámbito de la enfermedad del cáncer, campo aún poco explorado en esta corriente

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

psicológica, ya que con este tratamiento psicológico grupal en el que se han aleatorizado las participantes a los grupos e intervenido con ellos, se han obtenido resultados satisfactorios para la salud psicológica de estas pacientes.

9.7. CONCLUSIONES FINALES Y LÍNEAS FUTURAS

Este segundo trabajo de la investigación no se centra en conceptos ya estudiados ampliamente en cáncer como la ansiedad o depresión, sino en aspectos que ayudan a las pacientes a enfocar la vida con más optimismo, cambiando sus actitudes y fortaleciendo aspectos positivos mediante el tratamiento psicológico grupal recibido por estas mujeres.

Este tratamiento ha demostrado ser beneficioso para las participantes pues se han encontrado diferencias en todas las variables psicológicas estudiadas en el grupo de terapia, en comparación con el grupo control. Y éste último, en el segundo estudio realizado, también ha mejorado sus puntuaciones en todas las variables una vez ha participado en el tratamiento grupal.

Como líneas futuras, quedaría por confirmar, como se ha observado en otros estudios, si el efecto del tratamiento permanece a medio-largo plazo (Andersen et al., 2007; Andrykowski y Manne, 2006;

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Butler et al., 2009; Cameron et al., 2007; Cerezo et al., 2009b; Mehnert y Koch, 2008; Vos et al., 2004), y si repercute en la salud inmunológica o supervivencia de estas mujeres (Andersen et al., 2008; Kissane et al., 2007; Smedslund y Ringdal, 2004; Stefanek et al., 2009). Así, en próximos trabajos se pretenden tomar medidas inmunitarias, hormonales y del estado de salud físico para constatar el efecto del tratamiento psicológico en los sistemas fisiológicos del organismo.

Mediante este tratamiento psicológico grupal centrado en aspectos positivos, se ha conseguido que las participantes se encuentren mejor consigo mismas, se sientan más capaces de afrontar las dificultades de la vida, manifestando más afectos positivos, mayor optimismo, resiliencia y autoestima que las que no han participado en el tratamiento grupal.

Podemos concluir, en este sentido, que un tratamiento psicológico grupal estructurado con una perspectiva psicológica positiva es beneficioso para la salud psicológica de las mujeres con cáncer de mama.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Capítulo 10

Conclusiones Finales

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

CAPÍTULO 10: CONCLUSIONES FINALES

El éxito es aprender a ir
de fracaso en fracaso
sin desesperarse.
W. Churchill (1874-1965)

El cáncer debe ser entendido como un fenómeno multicausal, teniendo en cuenta factores de índole biológica, social y psicológica, por tanto su estudio e investigación debe abordarse desde múltiples disciplinas, centradas cada una en una faceta concreta a la vez que deben establecerse conexiones con los restantes factores intervinientes. Muchos profesionales e investigadores de la medicina, la biología, etc., dedican todo su esfuerzo en encontrar medios y recursos que hagan del diagnóstico, tratamientos y evolución del cáncer un proceso crónico, con las mínimas secuelas posibles y afectando lo menos posible la calidad de vida de cada paciente.

Con este trabajo de tesis se ha querido profundizar en alguna de las características psicológicas que presentan las personas con cáncer, contribuyendo así desde una de las facetas implicadas en dicha enfermedad.

Se ha querido aportar, en primer lugar, una visión clásica del cáncer, mediante la evaluación psicológica de aspectos relevantes como la personalidad, las emociones negativas y los estilos de afrontamiento,

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

analizando las posibles similitudes y diferencias con personas sanas. Se han hallado diferencias en personalidad, tal y como se encontraban hace algunas décadas (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990; López et al., 2002), pero contrariamente a los estudios actuales (Nakaya et al., 2010), lo cual resulta tan sorprendente como comprensible por el momento de la evaluación, ya que la gran desestructuración de esquemas vitales que produce el impacto del diagnóstico de cáncer puede explicar la inestabilidad emocional, así como las diferencias en emociones negativas como la ansiedad o la ira. Por otro lado, centrados en los pacientes de cáncer, con respecto a la ira y en concreto a la represión de la misma en combinación con los estilos de afrontamiento evitativos que se han encontrado como posibles predictores de la evolución de la enfermedad, hay que resaltar que es de nuevo una de las posibles facetas predisponentes del cáncer, lo que no indica que sea determinante para la enfermedad y lo que para este equipo de investigación resulta más importante: supone un hallazgo contundente por las implicaciones terapéuticas que tiene.

En este sentido, se ha querido dar un paso más, siguiendo la teoría integradora de Millon, al elaborar un tratamiento psicológico para este tipo de pacientes, alejándonos del enfoque tradicional de la psicología hacia una perspectiva más actual, cambiando de paradigma definitorio hacia la psicología positiva.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Desde la psicología positiva también hay un gran grupo de científicos trabajando para corroborar los beneficios de esta nueva orientación psicológica, explorando y fomentando la salud positiva, las cualidades y fortalezas de cada persona, y diseñando intervenciones novedosas para aquellos con dificultades en su salud, de forma que se les pueda ayudar a mejorar, con el objetivo de alcanzar la máxima prevención en las enfermedades físicas y mentales (Seligman, 2008).

Se trataría, en la psicología positiva en general y en esta investigación en particular, de fomentar hábitos saludables estables (estrategias de afrontamiento adecuadas, habilidades de comunicación emocional e interpersonal, actitudes optimistas y resilientes, etc.) con los que se puedan prevenir enfermedades, tanto físicas como psicológicas.

En enfermedades como el cáncer, la psicología positiva aún tiene mucho camino que recorrer, pero ya se sabe que las personas con más optimismo o fortalezas, por ejemplo, parecen tener mejor salud y mayor bienestar (Allison et al., 2003; Aspinwall y Tedeschi, 2010a; Carver et al., 2005; Carver et al., 2010; Helgeson et al., 2004; Lee et al., 2006; Vázquez y Castilla, 2007). Estos hallazgos tan sugerentes pueden invitar a los investigadores de la psicología de la salud a desarrollar sus trabajos bajo el prisma de la psicología positiva, pudiendo llegar a aportar a las

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

personas con diversas enfermedades una nueva forma de recuperar su salud psicológica y quizás mejorar de algún modo su salud física.

Es por todas estas razones por las que se ha diseñado y aplicado un tratamiento psicológico grupal enfocado en la psicología positiva a mujeres con cáncer de mama, y con el que se ha encontrado mejorías significativas en las participantes, que han aumentado sus niveles de bienestar cognitivo y afectivo, felicidad, inteligencia emocional, optimismo, resiliencia y autoestima. Es el cambio de actitud hacia lo positivo lo que más nos parece que aporte esta investigación, manteniendo la prudencia de no haber realizado un seguimiento exhaustivo y riguroso de las participantes a largo plazo ni haber comparado la eficacia terapéutica de este tratamiento con otro tipo de intervención clásica y/o validada científicamente.

En definitiva, con este tipo de tratamientos psicológicos se pretende convertir en un hábito estable el aprendizaje realizado de habilidades y recursos psicológicos durante el mismo, enseñando a las participantes los beneficios de perseverar en lo aprendido, ya que utilizando dichas estrategias y fortalezas, podrían mantenerse en un estado más saludable psicológica y, probablemente, físicamente.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Capítulo 11

Referencias Bibliográficas

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

CAPÍTULO 11: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS TESIS

Lo que sabemos es una gota de agua;
lo que ignoramos es el océano.
I. Newton (1642-1727)

Agustsdottir, S., Kristinsdottir, A., Jonsdottir, K., Larusdottir, S. O., Smari, J., y Valdimarsdottir H. B. (2011). The impact of dispositional emotional expressivity and social constraints on distress among prostate cancer patients in Iceland. *British Journal of Health Psychology, 15*(1), 51-61.

Allison, P. J., Guichard, C., Fung, K., y Gilain, L. (2003). Dispositional optimism predicts survival status 1 year after diagnosis in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology, 21*(3), 543–548.

Alonso, C. (2004). *Experiencias de psicoterapia individual en mujeres con cáncer de mama*. II Jornadas de Salud Mental y Género. Madrid.

American Cancer Society. (2010). *Cancer Prevention y Early Detection. Facts and Figures 2010*. Atlanta: American Cancer Society. http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveilance/documents/document/acspc-027876.pdf

Amigo, I., Fernández, C., y Pérez, M. (2009). *Manual de Psicología de la Salud*. (3ª ed.). Madrid: Pirámide.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Anangnostopoulos, F. Vaslamatzis, G., Markidis, M. Katsouyanni, K., Vassilaros, S. y Stefanis, C. (1993). An investigation of hostile and alexithymic characteristics in breast cancer patients. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 59, 179-189.

Anarte, M. T., Ramírez, C., López, A. E., y Esteve, R. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, 8*, 102-110.

Andersen, B. L., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D., Emery, C. F., Glaser, R., Crespin, T., y Carson III, W. E. (2007). Distress reduction from a psychological intervention contributes to improved health for cancer patients. *Brain, Behavior, and Immunity,* 21, 953-961. DOI:10.1016/j.bbi.2007.03.005

Andersen, B. L., Yang, H-C., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Emery, C. F., Thornton, L. M., Young, D. C., y Carson III, W. E. (2008). Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. A randomized clinical trial. *Cancer, 113*(12), 3450-3458. DOI 10.1002/cncr.23969

Andersen, M. R., Bowen, D. J., Morea, J., Stein, K. y Baker, F. (2008). Frequent Search for Sense by Long-Term Breast Cancer Survivors Associated with Reduced HRQOL. *Women & Health, 47*(4), 19- 37. DOI: 10.1080/03630240802099733

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Andrykowski, M. A., Lykins, E., y Floyd, A. (2008). Psychological health in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing, 24*(3), 193-201.

Andrykowski, M., y Manne, S. L. (2006). Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? I. Standards and levels of evidence. *Annals of behavioural of Medicine, 32*(2), 93-107.

Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., Phillips, K., Gluck, S., y Carver, C. S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(6), 1143-1152. DOI: 10.1037/0022-006X.74.6.1152

Antoni, M. H., y Goodkin, K. (1988). Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia: I. Personality facets. *Journal of Psichosomatic Research*, *32*, 327-338.

Aspinwall L. G., y MacNamara A. (2005). Taking positive changes seriously: Toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. *Cancer, 104*(11), 2549–2556. DOI 10.1002/cncr.21244

Aspinwall, L. G., y Tedeschi, R. G. (2010a). The Value of Positive Psychology for Health Psychology: Progress and Pitfalls in Examining the Relation of Positive Phenomena to Health. *Annals of Behavioral Medicine, 39*, 4–15. DOI 10.1007/s12160-009-9153-0

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Aspinwall, L. G., y Tedeschi, R. G. (2010b). Of Babies and Bathwater: A Reply to Coyne and Tennen's Views on Positive Psychology and Health. *Annals of Behavioral Medicine, 39,* 27–34. DOI 10.1007/s12160-010-9155-y

Ato, M., Losilla, J. M., Navarro, J. B., Palmer, A., y Rodrigo, M. F. (2005). *Análisis de datos: modelo lineal generalizado*. Girona: Documenta Universitaria.

Ato, M., y Vallejo, G. (2007). *Diseños experimentales en psicología*. Madrid: Pirámide.

Augustine, A. A., Larsen, R. J., Walker, M. S., y Fisher, E. B. (2008). Personality predictors of the time course for lung cancer onset. *Journal of Research in Personality, 42,* 1448-1455. DOI:10.1016/j.jrp.2008.06.006

Avia, M. D., y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente: Psicología de las emociones positivas.* Madrid: Alianza.

Aydin, E. (2008). Trauma and Resilience in Women Diagnosed with *Breast* Cancer: A Transactional Analysis Perspective. *Transactional Analysis Journal*, *38*(4), 323-135.

Baltrush, H. J., Stangel, W., y Titze, I. (1991). Stress, cancer and inmunity: New developments in biopsychosocial and psychoneuroimnulogic research. *Acta Neurológica, 13*, 315-327.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Bardwell, W. A., Natarajan, L., Dimsdale, J. E., Rock, C. L., Mortimer, J. E., Hollenbach, K., y Pierce, J. P. (2006). Objective Cancer-Related Variables Are Not Associated With Depressive Symptoms in Women Treated for Early-Stage Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology, 24*(16), 2420-2427. DOI: 10.1200/JCO.2005.02.0081

Bar-On R. (2000). Emotional and social intelligence: insights from the Emotional Quotient Inventory. In: Bar-On, R., Parker, J. D. A., editors. *The handbook of emotional intelligence* (pp. 363-388). San Francisco: Jossey-Bass.

Bar-On, R. (1997). *Development of the Bar-On EQ-I: A measure of emotional and social intelligence.* 105th Annual Convention of the American Psychological Association in Chicago.

Bartoces, M. G., Severson, R. K., Rusin, B. A., Schwartz, K. L., Ruterbusch, J. J., y Neale, A. V. (2009). Quality of Life and Self-Esteem of Long-Term Survivors of Invasive and Noninvasive Cervical Cancer. *Journal of Women's Health, 18*(5), 655-661.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.

Beck, A. T. (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia, PA: Center for Cognitvie Therapy.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry 4*, 561-71. *Beck Depression Inventory* (BDI) [versión española de Conde, Esteban, y Useros, 1976.]

Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 11,* 125-146.

Bellizzi, K. M., y Blank, T. O. (2006). Predicting Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Health Psychology, 25*(1), 47–56. DOI: 10.1037/0278-6133.25.1.47

Bennett, J. A., Cameron, L., Brown, P., Whitehead, L., Porter, T., y Parkes, T. O. (2008). Resilience in cancer: few older cancer survivors seek information and support services following a cancer diagnosis. *The Gerontologist, 48*, 140-151.

Berrino, F., De Angelis, R., Sant, M., Rosso, S., Bielska-Lasota, M., Coebergh, J. W., y Santaquilani, M. (2007). Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EUROCARE-4 study: *The Lancet Oncology*, 8, 773-783.

Berrino, F., Gatta, G., Sant, M., y Capocaccia, R. (2001). The EUROCARE study of survival of cancer patients in Europe: aims,

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

current status, strengths and weaknesses: *European Journal of Cancer, 37*, 673-677.

Bewick, V., Cheek, L., y Ball, J. (2005). Statistics review 14: Logistic regression. *Critical Care, 9*, 112-118.

Blanca, M. J. (1998). Diseño unifactorial de medidas repetidas. Ejercicio práctico. *Escritos de Psicología, 2*, 66-74.

Blanca, M. J. (2004). Alternativas de análisis estadístico en los diseños de medidas repetidas. *Psicothema, 16*(3), 509-518.

Blanca, M. J., y Rando, B. (2005). *Diseños experimentales en las CC. del Comportamiento: ejercicios y aplicaciones*. Málaga: Universidad de Málaga.

Block, C. A., Erickson, B., Carney-Doebbling, C., Gordon, S., Fallon, B., y Konety, B. R. (2007). Personality, treatment choice and satisfaction in patients with localized prostate cancer. *International Journal of Urology, 14*, 1013-1018.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist,* 59, 20-28.

Bonet, J. V. (1997). *Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima*. Cantabria: Sal Terrae. Maliaño.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Booth-Kewley, S., y Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin, 101*(3), 343-362.

Bovbjerg, D. (1990). Psychoneuroinmunology and cancer. En J. C. Holland y J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 727-734). NuevaYork: Oxforf University Press.

Bowen, D. J., Morasca, A. A., y Meischke, H. (2003). Measures and Correlates of Resilience. *Women y Health, 38*(2), 65-76.

Bozo, Ö., Gündogdu, E., y Büyükasik-Çolak, C. (2009). The Moderating Role of Different Sources of Perceived Social Support on the Dispositional Optimism–Posttraumatic Growth Relationship in Postoperative Breast Cancer Patients. *Journal of Health Psychology, 14*, 1009-1020. DOI: 10.1177/1359105309342295

Brackett, M. A., Alster, B., Wolfe, C., Katulak, N. y Fale, E. (2007). "Creating an emotionally intelligent school district: A skill–based approach". En R. Bar-On, J. Jacobus, G., Maree y M. J. Elias (eds.), *Educating people to be emotionally intelligent* (pp. 123–137). Wesport, CT: Praeager.

Brackett, M. A., y Salovey P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema, 18*, 34-41.

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Brandberg, Y., Sandelin, K., Erikson, S., Jurell, G., Liljegren, A., Lindblom, A., Lindén, A., von Wachenfeldt, A., Wickman, M., y Arver, B. (2008). Psychological Reactions, Quality of Life, and Body Image After Bilateral Prophylactic Mastectomy in Women At High Risk for Breast Cancer: A Prospective 1-Year Follow-Up Study. *Journal of Clinical Oncology, 26*(24), 3943-3949. DOI: 10.1200/JCO.2007.13.9568

Butler, L. D., Koopman, C., Neri, E., Giese-Davis, J., Palesh, O., Thorne-Yocam, K. A., Dimiceli, S., Chen, X. H., Fobair, P., Kraemer, H. C., y Spiegel, D. (2009). Effects of Supportive-Expressive Group Therapy on Pain in Women With Metastatic Breast Cancer. *Health Psychology, 28*(5), 579-587. DOI: 10.1037/a0016124

Buttow, P. N., Hiller, J. E., Price, M. A., Thackaway, S. V., Kircker, A., y Tennant, C. C. (2000). Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal Psychosomatic Research, 49*, 169-181.

Cabello, R., Ruiz-Aranda, D., y Fernández-Berrocal, P. (2010). Docentes emocionalmente inteligentes. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 13*(1), 41-49.

Calderón, A., Espinosa, A., y Techio, E. M. (2004). Resiliencia, afrontamiento, bienestar psicológico y clima socioemocional

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

después de los atentados del 11 de Marzo. *Ansiedad y Estrés, 10*, 265-276.

Calhoum, L. G., y Tedeschi, R. G. (2006). The Foundations of Posttraumatic Growth: an expanded framework. En: Calhoum, L. G., y Tedeschi, R. G., editors. *Handbook of Posttraumatic Growth* (pp. 3-23). Mahwah, New Jork: Lawrence Erlbaum Associate Publishers.

Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginskas, D., y Harman, J. E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 1*6,* 171-180. DOI: 10.1002/pon.1050

Cano-Vindel, A., Sirgo, A., y Pérez Manga, G. (1994). Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, vol. 0, 101-112.

Cano-Vindel, A., Sirgo, A. y Díaz-Ovejero, B. (1999). Control, defensa y expresión de emociones: relaciones con la salud y la enfermedad. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Coors.), *Emociones y salud* (pp. 69-91). Barcelona: Ariel Psicología.

Cardenal, V. (2001). Estilos psicológicos y enfermedad física: variables psicosociales -el estilo de evitación emocional -y su influencia en el cáncer. *Escritos de Psicología*, 5, 36-52.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Cardenal, V., Ortiz-Tallo, M., Martín, I., y Martínez, J. (2008). Life stressors, emotional avoidance and breast cancer. *The Spanish Journal of Psychology, 11*(2), 522-530.

Cardenal, V., Sánchez, M. P., Ortiz-Tallo, M., Arribas, D., Corral, S., Ferragut, M. y Cerezo, M. V. (2008). Relación entre Trastornos de Personalidad y Síndromes Clínicos. Ansiedad y Depresión con el MCMI-III. *Poster presentado al VII Congreso Internacional de la SEAS*: Benidorm.

Cardenal, V., Sánchez, M. P., y Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud, 18*(3), 305-324.

Cardenal, V., Sánchez-López, M. P., y Ortiz-Tallo, M. (2005). Impact on personality due to loss of on separation from loved ones. *Journal of Loss and Trauma, 10*(3), 267-292.

Cardenal, V., y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III*). Madrid: TEA, Ediciones.

Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models and linkages. *Journal of Social Issues, 54,* 245-266.

Carver, C. S., Scheier, M. F., Miller, C. J., y Fulford, D. (2009). Optimism. In: Lopez S. J., Snyder C. R., eds. *Oxford Handbook of Positive*

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Psychology. 2nd ed. (pp. 303–311). New York: Oxford University Press.

Carver, C. S., Scheier, M. F., y Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*, 879–889. DOI:10.1016/j.cpr.2010.01.006

Carver, C. S., Smith, R. G., Derhagopian, R. P., Antoni, M. H., Petronis, V. M., y Weiss, S. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, *24*(5), 508-516. DOI: 10.1037/0278-6133.24.5.508

Castells, X., Sala, M., Salas, D., Ascunce, N., Zubizarreta, R., y Casamitjana, M. (2009). Reflexiones sobre las prácticas de diagnóstico precoz del cáncer en España. *Gaceta Sanitaria, 23*(3), 244–249.

Cerezo M. V., y Ortiz-Tallo, M. (2007). *Relación entre Inteligencia Emocional y Bienestar Personal en mujeres operadas de Cáncer de Mama*. Poster presentado en las Jornadas "Emociones y Bienestar" de la SEAS (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés), Septiembre, 27-29, Madrid.

Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M., y Cardenal, V. (2007). *Inteligencia Emocional y Bienestar Personal: Intervención en Cáncer de Mama.*

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Comunicación oral presentada en el I International Emotional Intelligence Congress, Septiembre 17-19, Málaga.

Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M., y Cardenal, V. (2009a). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *41*(1), 131-140.

Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M., y Cardenal, V. (2009b). *Estudio longitudinal sobre bienestar y emociones: la reparación emocional y el cáncer de mama*. Poster presentado en las II Jornadas de Emociones y Bienestar. Sociedad Española de Ansiedad y Estrés. 1-3, Octubre, en Madrid, España.

Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M., y Cardenal, V. (2009c). *Programa de Inteligencia Emocional: La Reparación Emocional y el Cáncer de Mama*. Conferencia presentada en The II International Emotional Intelligence Congress, 16-18 Septiembre, en Santander, España.

Chambers, R., Gullone, E., y Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review, 29*, 560-572. DOI:10.1016/j.cpr.2009.06.005

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Cohen, S., Alper, C. M., Doyle, W. J., Treanor, J. J., y Turner, R. B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or Influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, *68*, 809–815.

Cohen, S., y Pressman, S. D. (2006). Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*, *15,* 122–125.

Collie, K., Bottorff, J. L., y Long, B. C. (2006). A Narrative View of Art Therapy and Art Making by Women with Breast Cancer. *Journal of Health Psychology, 11,* 761-775. DOI: 10.1177/1359105306066632

Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). La SDS de Zung en psicopatología clínica hospitalaria. *Sociedad Española de Psicología, 31*, 838-841.

Connor, K. M., y Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76-82.

Contrada, R. J., Leventhal, H., y O'Leary, A. (1990). Personality and Health. En L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality* (pp. 638-670). Nueva York: The Guilford Press.

Cooper, C. L. (1988). Personality, life stress and cancerous disease. En S. Fisher y J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 369-381). Nueva York: Wiley.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Cordero, A., Pamos, A., y Seisdedos, N. (1999). *Inventario de personalidad NEO revisado (NEO PI-R): Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI).* Madrid: TEA Ediciones.

Cornish, J. A., Tan, E., Teare, J., Teoh, T. G., Raj, R., Darzi, A. W., Paraskevas, P., Clark, S. K., y Tekkis, P. P. (2007). The effect of restorative proctocolectomy on sexual function, urinary function, fertility, pregnancy and delivery: A systematic review. *Diseases of the Colon & Rectum, 50*, 1128 –1138.

Costa, G., y Gil, F. L. (2008). Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico del cáncer. *Psicooncología, 5*(1), 27-37.

Costa, P. T. Jr., y McCrae, R. R. (1992). *The NEO-PI-R Personality Inventory manual.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources [Spanish version: Neo PI-R, Inventario NEO Revisado (NEO-FFI). Madrid: TEA. 1999].

Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J. M., y Mutand, M. (2007). Do anxiety, body image, social support and coping strategies predict survival in breast cancer? A ten-year follow-up study. *Psychosomatics, 48*, 211-216. DOI: 10.1176/appi.psy.48.3.211

Coyne, J. C., Stefanek, M., y Palmer, S. C. (2007). Psychotherapy and survival in cancer: the conflict between hope and evidence.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Psychological Bulletin 133, 367–394. DOI: 10.1037/0033-2909.133.3.367

Coyne, J. C., Tennen, H. (2010). Positive Psychology in Cancer Care: Bad Science, Exaggerated Claims, and Unproven Medicine. *Annals of Behavioral Medicine, 39*, 16–26. DOI 10.1007/s12160-009-9154-z

Coyne, J. C., Tennen, H., y Ranchor, A. V. (2010). Positive Psychology in Cancer Care: A Story Line Resistant to Evidence. *Annals of Behavioral Medicine, 39*, 35–42. DOI 10.1007/s12160-010-9157-9

Craig, R. (Ed.) (2004). *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III)*. New York: John Wiley and Sons, Inc.

da Silva, G. M., Hull, T., Roberts, P. L., Ruiz, D. E., Wexner, S. D., Weiss, E. G., Nogueras, J. J., Daniel, N., Bast, J., Hammel, J., y Sands, D. (2008) The Effect of Colorectal Surgery in Female Sexual Function, Body Image, Self-Esteem and General Health: A Prospective Study. *Annals of Surgery, 248*(2), 266-272. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3181820cf4

Dahl, A. A. (2010). Link between personality and cancer. *Future Oncology, 6*(5), 691-707.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Dahlen, E. R., y Martin, R. C. (2005). The experience, expression, and control of anger in perceived social support. *Personality and Individual Differences, 39*(2), 391–401. DOI:10.1016/j.paid.2005.01.019

Darwin, C. (1872). *The expression of emotions in man and animals*. London: Murray.

Dattoli, G., Guiot, C., Delsanto, P. P., Ottaviani, P. L., Pagnutti, S., y Deisboeck, T. S. (2009). Cancer metabolism and the dynamics of metastasis. *Journal of Theoretical Biology, 256*, 305–310. DOI:10.1016/j.jtbi.2008.10.008

David, D., Montgomery, G. H., y Bovbjerg, D. H. (2006). Relations between coping responses and optimism–pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences 40*, 203–213. DOI:10.1016/j.paid.2005.05.018

Den Oudsten, B. L., Van Heck, G. L., Van der Steeg, A. F. W., Roukema, J. A., y De Vries, J. (2010). Personality predicts perceived availability of social support and satisfaction with social support in women with early stage breast cancer. *Support Care Cancer, 18*, 499–508. DOI 10.1007/s00520-009-0714-3

Den Oudsten, B. L., Van Heck, G. L., Van der Steeg, A. F. W., Roukema, J. A., y De Vries, J. (2010). Personality predicts perceived vailability

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

of social support and satisfaction with social support in women with early stage breast cancer. *Support Care Cancer, 18*, 499–508.

Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M-J, y Taylor, M. (2006). Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology, 15*, 398–406. DOI: 10.1002/pon.962

Diener, E. D. (2009). (Ed.). *Assessing Well-Being. The collected works of Ed Diener*. Oxford, UK: Springer.

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.

DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., y Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine 160,* 2101–2107.

Domenech, A. C., Pérez-Gómez, B., Aragonés, N., Pollán, M., y López-Abente, G. (2009). *La situación del cáncer en España, 1975-2006*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III.

Dresch, V. (2006). *Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica: diferencias según sexo-genero, situación laboral y cultura-nación* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Durá, E., y Hernández, S. (2003). Los grupos de auto-ayuda como apoyo social en el cáncer de mama. Las asociaciones de mujeres mastectomizadas de España. *Boletín de Psicología, 78*, 21-39.

Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.

Ekman, P., y Friesen, W. V. (1969). The repertoire of nonverbal behavior: Categories, origins, usage, and encoding. *Semiotica*, *1*, 49–98.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*, 129–136.

Epstein, R. M., y Street, R. L. (2007). *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*. NIH Publication No. 07–6225. National Cancer Institute: Bethesda, MD.

Evans, E. (1926). *A psychological study of cancer*. Nueva York: Dodd-Mead.

Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2005). Inteligencia emocional y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el Trait Meta-Mood Scale. *Ansiedad y Estrés, 11*, 101-122.

Eysenck, H. J. (1995). The causal role of stress and personality in the etiology of cancer and coronary hearth disease. En Ch. D. Spielberger e I. G. Sarason (Eds.), *Series in stress and emotion:*

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Anxiety, anger and curiosity, Vol.15. (pp. 3-12). Washington: Taylor y Francis.

Fann, J. R, Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. A., y Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry 30,* 112–126. DOI:10.1016/j.genhosppsych.2007.10.008

Fernández, E., y Bermúdez, J. (1999). Estructura factorial del optimismo y el pesimismo. *Boletín de Psicología, 63,* 7-26.

Fernández-Berrocal, P. (2008). "La Educación Emocional y Social en España". En *Educación emocional y social: Análisis internacional* (pp. 159–196). Santander: Fundación Marcelino Botín.

Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N., y Ravira, M. (1998). Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey et al.: datos preliminares. *Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica.* Málaga.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Palomera, R. (2008). "Emotional Intelligence as a crucial mental ability on educational context". En A. Valle y J. C. Núñez (eds.), *Handbook of Instructional Resources and their applications in the classroom* (pp. 67–88). New York: Nova.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports, 94*, 751-755.

Fierro, A. (2006). Bienestar personal, adaptación social y factores de personalidad: Estudios con las Escalas Eudemon. *Clínica y Salud, 17*(3), 297-318.

Fierro, A. (2008). Conocimiento contra infelicidad: Para una psicología epicúrea. *Escritos de Psicología, 2*(1), 7-23.

Fierro, A. (2009). El buen vivir: De los genes a la práctica. *Paradigma,* 23-27.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., y DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 50,* 571-579.

Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1998). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Font, A., y Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología, 6*(1), 27-42.

Font, A., y Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología, 4*(2-3), 423-446.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Franks, H. M., y Roesch, S. C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psychooncology, 15*(12), 1027-1037.

Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology, 2*(3), 300-319.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist, 56,* 218-226.

Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist, 91*, 330-335.

Fredrickson, B. L., Tugade, M., Waugh, C. E. y Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States of september 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 365-376.

Gabriel, G. S., Lah, M., Barton, M., Au, G., Delaney, G., y Jalaludin, B. (2007). Do Cancer Follow-Up Consultations Create Anxiety? *Journal of Psychosocial Oncology, 26*(1), 17-30. DOI: 10.1300/J077v26n01_02

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

García-Oria, J. M., Armengol, M., Ortiz, R., y Codina, A. (2010). Impacto de la obesidad en las características anatomopatológicas de los tumores colorrectales. Estudio observacional. *Cirugía Española, 87*(1), 33-38.

García-Viniegras, C. R. V., y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana, 25*(1), 72-80.

Garssen, B. (2004). Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clinical Psychology Review*, *24*, 315-338.

Giese-Davis, J., Conrad, A., Nouriani, B., y Spiegel, D. (2008). Exploring emotion-regulation and autonomic physiology in metastatic breast cancer patients: Repression, suppression, and restraint of hostility. *Personality and Individual Differences, 44*, 226-237. DOI:10.1016/j.paid.2007.08.002

Giese-Davis, J., DiMiceli, S., Sephton, S., y Spiegel, D. (2006). Emotional expression and diurnal cortisol slope in women with metastatic breast cancer in supportive-expressive group therapy: A preliminary study. *Biological Psychology, 73*, 190-198. DOI:10.1016/j.biopsycho.2006.04.003

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Gil-Olarte, P., Palomera, R., y Brackett, M. A. (2006). Relating emotional intelligence to social competence and academic achievement in high school students. *Psicothema, 18*, 118-123.

Giltay, E. J., Geleijnse, J., Zitman, M., Hoekstra, F. G., y Schouten, E. G. (2004). Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 1126–1135.

Ginzburg, K., Wrensch, M., Rice, T., Farren, G., y Spiegel, D. (2008). Breast cancer and psychosocial factors: Early stressful life events, social support, and well-being. *Psychosomatics*, *49*(5), 407-412.

Goedendorp, M. M., Gielissen, M. F. M., Verhagen, C. A. H. H. V. M., y Bleijenberg, G. (2009). Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. C*ochrane Database of Systematic Reviews, 1*. Art. CD006953. DOI: 10.1002/14651858.CD006953.pub2.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Nueva York: Bantam Books.

Goleman, D. (2001). Emotional intelligence perspectives on a theory of performance. En C. Cherniss, y D. Goleman (Eds.), *The emotionally intelligent workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.

González, M., Rodríguez, M. E., Alonso, M. E., de León, L., y Gutiérrez, J. M. (2010). Mujeres con cáncer de mama y su sexualidad. 11º

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/handle/10401/1064

González, R. A., Reyna, M., y Cano, C. C. (2009). "Los colores que hay en mí": una experiencia de arte-terapia en pacientes oncológicos infantiles y cuidadores primarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 14*(1), 77-93.

Goodwin, P. J., Leszcz, M. L., Ennis, M., Koopmans, J., Vicent, L., Guther, H., Drysdale, E., Hundleby, M., Chochinov, H. M., Navarro, M., Speca, M., y Hunter, J. (2001). The effect of group psychological support on survival in metastatic breast cancer. *The New England Journal of Medicine, 345*(24), 1719-1726.

Gracia, E. (1997). Grupos de autoayuda y enfermedades que amenazan la vida de la persona: cáncer y sida. *Revista de Psicología de la Salud, 9*(2), 49-67.

Graves, K. D., Schmidt, J. E., Bollmer, J., Fejfar, M., Langer, S., Blonder, L. X., y Andrykowski, M. A. (2005). Emotional expression and emotional recognition in breast cancer survivors: A controlled comparison. *Psychology and Health, 5(*20), 579-595. DOI: 10.1080/0887044042000334742

Grossarth-Maticek, R. y Eysenck. H. J. (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports, 66*, 355-373.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Grossarth-Maticek, R., Kanazir, D. T., Schmidt, P., y Vetter, H. (1982). Psychosomatic factors in the process of carcinogenesis. *Psychoterapy and Psychosomatics*, *38*, 284-302.

Grossarth-Maticek, R., y Eysenck. H. J. (1991). Personality, stress, and motivational factors in drinking as determinants of risk for cancer and coronary heart disease*. Psychological Reports, 69*, 1027-1045.

Hagnell, O. (1966). The premorbided personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *125*, 846-855.

Han, J. Y., Shaw, B. R., Hawkins, R. P., Pingree, S., Mctavish, F., y Gustafson, D. H. (2008). Expressing Positive Emotions within Online Support Groups by Women with Breast Cancer. *Journal of Health Psychology, 13*, 1002-1007. DOI: 10.1177/1359105308097963

Hardt, J., Gillitzer, R., Schneider, S., Fischbeck, S., y Thüroff, J. W. (2010). Coping styles as predictors of survival time in bladder cancer. *Health 2*(5), 429-434. DOI:10.4236/health.2010.25064

Harris, A. H. S., Luskin, F., Norman, S. B., Standard, S., Bruning, J., Evans, S., y Thoresen, C. E. (2006). Effects of a group forgiveness intervention on forgiveness, perceived stress, and trait-anger. *Journal of Clinical Psychology, 62*(6), 715-733.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Harris, A. H. S., y Thoresen, C. E. (2005). Forgiveness, unforgiveness, health, and disease. En: E.L. Worthington (Ed.) *The Handbook of Forguiveness* (pp. 321-333). New York: Brunner/Routledge.

Hart, K. E., Wilson, T. L., y Hittner, J. B. (2006). A Psychosocial Resilience Model to Account for Medical Well-being in Relation to Sense of Coherence. *Journal of Health Psychology, 11*(6), 857–862. DOI: 10.1177/1359105306069082

Härtl, K., Engel, J., Herschbach, P., Reinecker, H., Sommer, H., y Friese, K. (2009). Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psycho-Oncology, 19*(2),160-169. DOI: 10.1002/pon.1536

Heffner, K. L., Loving, T. J., Robles, T. F., y Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). Examining psychosocial factors related to cancer incidence and progression: In search of the silver lining. *Brain, Behavior, and Immunity 17*, 109-111.

Helgeson, V. S., Snyder, P., y Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology, 23*, 3–15.

Holland, J. C. (1990). Behavioral and psychosocial risk factors in cancer: Human studies. En J. C. Holland y J. H. Rowland (Eds.), *Handbook*

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer (pp. 705-726). Nueva York: Oxforf University Press.

Holland, K., y Holahan, C. K. (2003). The relation of social support and coping to adjustment to breast cancer. *Psychology and Health, 18*, 15-29. DOI: 10.1080/0887044031000080656

Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Robertson, S. M. C., Hunt, M. K., Wolf, N. J., y Mullane, C. (2008). The phenomenology and screening of clinical depression in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, *26*(1), 31-51.

Horne, R. L. y Picard, R. S. (1979). Psychosocial risk factors for lung cancer. *Psychosomatic Medicine, 41*, 503-514.

Hosmer, D. W., y Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. New York: Wiley y Sons.

Hou, W. K., Law, C. C., y Fu, Y. T. (2010). Does change in positive affect mediate and/or moderate the impact of symptom distress on psychological adjustment after cancer diagnosis? A prospective analysis, *Psychology & Health, 25*(4), 417-431. DOI: 10.1080/08870440802559375

Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., y Back, R. (2005). Anxiety, Emotional suppression, and Psychological Distress

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics, 46,* 19-24.

Jacobsen, P. B., y Jim, H. S. (2008), Psychosocial Interventions for Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients: Achievements and Challenges. *A Cancer Journal for Clinicians, 58*(4), 214–230.

James, W. (1890). *Principies of Psychology*. New York: Holt.

Jensen, M. R. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality*, 55, 317-342.

Jiménez, E., y López, A. E. (2003). Afrontamiento, calidad de vida y cáncer de mama. En A. Giménez (Ed.), *Procesos psicológicos e intervención: investigaciones en curso* (pp. 54-57). Málaga: Universidad de Málaga.

Julkunen, J., Gustavsson-Lilius, M., y Hietanen, P. (2009). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research, 66,* 235–244. DOI:10.1016/j.jpsychores.2008.09.011

Jurado, J. M., Del Moral, R., Ortega, J. A., Iglesias, P., Pérez, M., Pacios, E., Ríos, B., Delgado, M., Zarcos, I., y García-Puche, J. L. (2009). *Factores pronósticos y supervivencia de las pacientes con cáncer de mama triple negativo estadios I-III.* Comunicación al XII

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Congreso de la Sociedad Española de Oncología Médica: Barcelona.

Kavan, M., Engdahl, B., y Kay, S. (1995). Colon cancer: Personality factors of onset and stage of presentation. *Journal of Psychosomatic Research*, *39*(8), 1031-1039.

Kim, J. I., Min, H. S., Park, S. Y., Kim, S. A., Jun, Y. S., Lim, J. S., Kim, S. H., y Chang, E. S. (2009). The Effect of BeHaS Be Happy and Strong Program on Self Esteem, Fatigue and Anxiety in postoperative Care Patients with Breast Cancer. *Journal of Korean Academy of Fundamental Nursing, 16*(3), 362-369.

Kim, J., Han, J. Y., Shaw, B., McTavish, F., y Gustafson, D. (2010). The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients' Emotional Well-being: Testing Mediation and Moderation Models. *Journal of Health Psychology, 15*, 543-552. DOI: 10.1177/1359105309355338

Kirsten, D., y Plessis W. D. (2006). *A secondary prevention programme to promote psychological well-being and reduce sub-clinical eating disorder symptoms*. Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology. University of Minho, Braga, Portugal.

Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Smith, G. C., Love, A. W., Bloch, S., Snyder, R. D., y Li, Y. (2007). Supportive-expressive

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology, 16,* 277-286. DOI: 10.1002/pon.1185

Knaevelsrud, C., Liedl, A., y Maercker, A. (2010). Posttraumatic Growth, Optimism and Openness as outcomes of a Cognitive-behavioural Intervention for Posttraumatic stress Reactions. *Journal of Health Psychology, 15*(7), 1030–1038. DOI: 10.1177/1359105309360073

Kubzhansky, L. D., y Thurston, R. (2007). Emotional vitality and incident coronary heart disease. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 1393–1401.Lazarus, R., y Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Co.

Le, T., Hopkins, L., y Fung Kee Fung, M. (2005). Quality of life assessments in epithelial ovarian cancer patients during and after chemotherapy. *International Journal of Gynecological Cancer, 15*, 811-816.

Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., y Devins, G. M. (2008). Predicting stress-related problems in long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research, 65*, 513–523. DOI:10.1016/j.jpsychores.2008.07.018

Lee, V., Cohen, R., Edgar, L., Laizner, A. M., y Gagnon, A. J. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social*

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Science and Medicine, 62, 3133-3145. DOI:10.1016/j.socscimed.2005.11.041

Lepore, S., J., Glaser, D. B., y Roberts, K. J. (2008). On the positive relation between received social support and negative affect: a test of the triage and self-esteem threat models in women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 17*(12), 1210-1215.

Levenson, J. L., y Bemis, C. (1995). Cancer onset and progression. En A. Stoudemire y col. (Eds.), *Psychological factors affecting medical conditions* (pp. 81-97). Washington: American Psychiatric Press.

Levenson, J., y Bemis, C. (1991). The role of psychological factors in cancer onset and progression. *Psychosomatics*, *32*, 124-132.

Leventhal, H., Brissette, I., y Leventhal, E. A. (2003). The commonsense model of self-regulation of health and illness. En L.D. Cameron y H. Leventhal, (Ed.), *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour* (pp. 157-183). London y New York: Routledge.

Levy, S. M., y Heiden, L. A. (1990). Personality and social factors in cancer outcome. En H. S. Friedman (Ed.), *Personality and disease* (pp. 254-279). Nueva York: Wiley.

Lichtenstein, P., Holm, N. V., Verkasalo, P. K., Iliadou, A., Kaprio, J., Koskenvuo, M., Pukkala, E., Skytthe, A., y Hemminki, K. (2000). Environmental and heritable factors in the causation of cancer-

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

analyses of cohorts of twins from Sweden, Denmark, and Finland. *New England Journal of Medicine, 343*(2), 78-85.

Lieberman, M., y Goldstein, B. (2006). Not all negative emotions are equal: The role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *15*, 160-168.

Lloyd-Williams, M., Shiels, C., y Dowrick, C. (2007). The development of the Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) to screen for depression in patients with advanced cancer. *Journal of Affective Disorders, 99*, 259–264.

Llull, D. M., Zanier, J., y García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF, 8*(2), 175-182.

López, A. E. (2000). Psicología y salud. *Escritos de Psicología*, *4*, 9-33.

López, A. E. (2003). *Hacer frente al cáncer*. Málaga: Aljibe.

López, A. E., Ramírez, C., Esteve, R., y Anarte, M. T. (2002). El constructo de personalidad tipo C: una contribución a su definición a partir de datos empíricos. *Psicología Conductual*, *10*, 229-249.

López-Ríos, F., López, A. E., y Gil, J. (2004). Comportamiento como riesgo para cáncer. En Gil Roales-Nieto, J. (Dir.) *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 391-406). Madrid: Pirámide

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Losilla, J. M., Navarro, B., Palmer, A., Rodrigo, M. F., y Ato, M. (2005). *Del contraste de hipótesis al modelado estadístico.* Tarrasa: CBS.

Low, C. A., Stanton, A. L., Bower, J. E., y Gyllenhammer, L. (2010). A Randomized Controlled Trial of Emotionally Expressive Writing for Women with Metastatic Breast Cancer. *Health Psychology, 29*(4), 460–466. DOI: 10.1037/a0020153

Low, C. A., Stanton, A. L., y Danoff-Burg, S. (2006). Expressive Disclosure and Benefit Finding Among Breast Cancer Patients: Mechanisms for Positive Health Effects. *Health Psychology, 25*(2), 181–189. DOI: 10.1037/0278-6133.25.2.181

Lyubomirsky, S. (2008). *The How of Happiness*. New York: The Penguin Press.

Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin, 131*(6), 803-855.

Markopoulos, C., Tsaroucha, A. K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z., y Karvelis, S. (2009). Impact of Breast Cancer Surgery on the Self-esteem and Sexual Life of Female Patients. *The Journal of International Medical Research, 37*, 182-188.

Martins, A., Ramalho, N., y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

health. *Personality and Individual Differences, 49*, 554–564. DOI:10.1016/j.paid.2010.05.029

Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, *50*, 370-396.

Massie, J. W., y Popkin, M. K. (1998). Depressive disorders. In *Psycho-Oncology* (ed. J. Holland) (pp. 518–540). New York: Oxford University Press.

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist, 37,* 1-14.

Mayer, J. D., Roberts, R. D., y Barsade, S. G. (2008). Human Abilities: Emotional Intelligence. *Annual Review of Psychology, 59*, 507-536.

Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. R. (2000). Models of emotional intelligence. In *Handbook of Intelligence*, ed. R. J. Sternberg, (pp. 396–420). Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press.

Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997). “What is emotional intelligence?” En P. Salovey y D. Sluyter (eds.), *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators* (pp. 3–31). New York: Basic Books.

Mc Gregor, B. A., Antoni, M. H., Boyers, A., Alferi, S. M., Blomberg, B. B., y Carver, C. S. (2004). Cognitive–behavioral stress management

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research, 56*, 1-8. DOI:10.1016/S0022-3999(03)00036-9

Mc Gregor, B. A., y Antoni, M. H. (2009). Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: A review of stress pathways and biological mediators. *Brain, Behavior, and Immunity, 23*, 159-166. DOI:10.1016/j.bbi.2008.08.002

Mehnert, A., y Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research, 64*, 383–391. DOI:10.1016/j.jpsychores.2007.12.005

Merz, E. L., Malcarne, V. L., Ko, C. M., Sadler, M., Kwack, L., Varni, J. W., y Sadler, G. R. (2010). Dyadic concordance among prostate cancer patients and their partners and health-related quality of life: Does it matter? *Psychology and Health,* DOI: 10.1080/08870441003721251.

Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A., y Spielberger, C. D. (2001). *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo–STAXI* (State-Trait Anger Expression Inventory-STAXI). Madrid: TEA Ediciones.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Miguel-Tobal, J. J., y Cano-Vindel, A. (1994). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.).* Madrid: TEA Ediciones. (3ª Ed).

Mikolajczak, M., Petrides, K. V., Coumans, N., y Luminet, O. (2009). The moderating effect of trait emotional intelligence on mood deterioration following laboratory-induced stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9*, 455–477.

Millon, T. (1994). *Millon Index of Personality Styles, Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Millon, T. (1999). Reflections on psychosynergy: a model for integrating science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment, 72*, 437-456.

Millon, T. (2000). Toward a new model integrative psychoterapy: psichosynergy. *Journal of Psychoterapy Integration, 10*(1), 37-53.

Millon, T., Davis, R., y Millon C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)*. Minneapolis: Pearson, Inc.

Millon, T., y Davis, R D. (1998). *Trastornos de la personalidad más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Millon, T., y Davis, R. D. (2004). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Millon, T., y Grossman, S. D. (2005). Personology: a theory based on evolutionary concepts. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Ed.), *Major theories of personality disorder (2nd ed.)* (pp. 332-390). New York: Guilford Press.

Moorey, S., y Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A new Approach*. London: Heinemann.

Moreno, P., y Bellver, A. (2009). Riesgos psicosociales e intervención psicológica en los pacientes trasplantados de médula ósea. *Psicooncología, 6*(1), 65-81.

Morris, T., y Greer, S. (1980). A "Type C" for cancer*? Cancer Detection and Prevention, 3*(1), 102.

Morrison, V., y Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson Educación. Prentice Hall.

Morse, L., y Adams-Price, C. (2008). Positive psychology and aging: positive outlook in younger and older breast cancer patients. *The Gerontologist, 48*, 21.

Mroczek, D. K., y Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 1333-1349.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Murillo, M., y Alarcón, A. (2006). Tratamientos psicosomáticos en el paciente con cáncer. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 35*(1), 92-111.

Murria, R., y Pigott, R. (2006). *A Ten Session course designed to raise the level of happiness in adults.* Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology. University of Minho, Braga, Portugal.

Nagano, J., Kono, S., Toyomura, K., Mizoue, T., Yin, G., Mibu, R., Tanaka, M., Kakeji, Y., Maehara, Y., Okamura, T., Ikejiri, K., Futami, K., Yasunami, Y., Maekawa, T., Takenaka, K., Ichimiya, H., y Imaizumi, N. (2008). Personality and colorectal cancer: The Fukuoka Colorectal Cancer Study. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, *38*(8), 553-561. DOI:10.1093/jjco/hyn067

Nakaya, N., Bidstrup, P. E., Eplov,L. F., Saito-Nakaya, K., Kuriyama,S., Tsuji, I., Uchitomi, Y., y Johansena, C. (2009). Mental Vulnerability and Survival After Cancer. *Epidemiology, 20*(6), 916-920. DOI: 10.1097/EDE.0b013e3181b5f3b0

Nakaya, N., Bidstrup, P. E., Saito-Nakaya, K., Frederiksen, K., Koskenvuo, M., Pukkala, E., Kaprio, J., Floderus, B., Uchitomi, Y., y Johansen, C. (2010). Personality traits and cancer risk and survival based on Finnish and Swedish registry data. *American Journal of Epidemiology, 172*(4), 377-385. DOI: 10.1093/aje/kwq046

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Nelis, D., Quoidbach, J., Mikolajczak, M., y Hansenne, M. (2009). Increasing emotional intelligence: (How) is it possible? *Personality and Individual Differences, 47*, 36-41.

Nes, L., y Segerstrom, S. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review, 10*(3), 235–251.

Novoa, M. M., Vargas, R. M., Obispo, S. A., Pertuz, M., y Rivera, Y. K. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*(2), 315-329.

Ortega, J. A., Escassi, F. J., Padín, F., Alcaraz, M. V., Ramos, J., y Alarcón, A. (2004). *Cáncer de cervix: aumento de incidencia en población inmigrante*. Comunicación en el XXVI Congreso de la SEMERGEN: Granada.

Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M, y Cerezo, M. V. (2011). Personalidad y Síndromes Clínicos: un estudio con el MCMI-III en España. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*(1), 49-59.

Padierna, C., Fernández-Rodríguez, C., Pérez-Álvarez, M., Amigo, I., González-Menéndez, A., Gracia, J. M., Fernández-Martínez, R., y Peláez, I. (2004). Medida de las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos paliativos: propiedades psicométricas del

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

cuestionario de afrontamiento. *Revista Mexicana de Psicología, 21*(1), 15-27.

Palesh, O., Butler, L. D., Koopman, C., Giese-Davis, J., Carlson, R., y Spiegel, D. (2007). Stress history and breast cancer recurrence. *Journal of Psychosomatic Research, 63*, 233-239. DOI:10.1016/j.jpsychores.2007.05.012

Park, C. L. (2004). The Notion of Growth Following Stressful Life Experiences: Problems and Prospects. *Psychological Inquiry, 15*, 69-76.

Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T. R., y Feinstein, A. R. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology, 49*, 1373-1379.

Peng, C. J., Lee, K. L., y Ingersoll, G. M. (2002). An introduction to logistic regression analysis and reporting. *Journal of Educational Research 96*(1), 3-13.

Perchon, F. G., Palma, C. R., Magna, L. A., y Dambros M. (2008). Terapia grupal de comportamiento mejora la calidad de vida en hombres post prostatectomia radical. *Actas Urológicas Españolas, 32*(7), 686-690.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Perry, N., Broeders, M., De Wolf, C., Törnberg, S., Holland, R., von Karsa, L., y Puthaar, E. (2006). *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis.* 4th ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Peterson, C., Park, N., y Seligman, M. E. P. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *The Journal of Positive Psychology, 1*(1), 17-26. DOI: 10.1080/17439760500372739

Petticrew, M., Bell, R., y Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: Systematic review. *British Medical Journal, 325*, 1066-1076.

Phillips, K. M., Antoni, M. H., Lechner, S. C., Blomberg, B. B., Llabre, M. M., Avisar, E., Glück, S., DerHagopian, R., y Carver, C. S. (2008). Stress management intervention reduces serum cortisol and increases relaxation during treatment for non-metastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine, 70*(9), 1044-1049. DOI: 10.1097/PSY.0b013e318186fb27

Pinquart, M., y Duberstein, P. R. (2010). Depression and cancer mortality: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 40*(11), 1797-1810. DOI:10.1017/S0033291709992285

Pisano, E. D., Gatsonis, C., Hendrick, E., Yaffe, M., Baum, J. K., Acharyya, S., Conant, E. F., Fajardo, L. L., Bassett, L., D'Orsi, C.,

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Jong, R., y Rebner, M. (2005). Diagnostic performance of digital versus film mammography for breast-cancer screening. *The New England Journal of Medicine, 353*, 1773–83.

Pitceathly, C., Maguire, P., Fletcher, I., Parle, M., Tomenson, B., y Creed, F. (2009). Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomised controlled trial. *Annals of Oncology, 20*, 928–934. DOI:10.1093/annonc/mdn708

Prasertsri, N., Holden, J., Keefe, F. J., y Wilkie, D. J. (2011). Repressive coping style: Relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer out patients. *Lung Cancer*, *71*(2), 235-40. DOI: 10.1016/j.lungcan.2010.05.009

Pressman, S. D., y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin, 131*(6), 925-971. DOI: 10.1037/0033-2909.131.6.925

Ramos, N., Hernández, S., y Blanca, M. J. (2009). Efecto de un programa integrado de Mindfulness e Inteligencia Emocional sobre las estrategias cognitivas de Regulación Emocional. *Ansiedad y estrés, 15*(2-3), 207- 216.

Rando, B. (2010). La participación de profesionales sanitarios portugueses en la detección de donante de órganos. *Escritos de Psicología, 3*(3), 8-14.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Rando, B., Blanca, M. J., y Frutos, M. A. (2000). Modelo de regresión logística para la intención de hacerse el carné de donante de órganos y tejidos. *Psicothema, 12*(2), 464-469.

Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., y Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine, 37*(3), 239-256.

Reig, A. (2005). ¿Qué debería saber un médico de psicología? *Análisis y Modificación de Conducta, 31*, 273-312.

Remor, E., Amorós, M., y Carrobles, J. A. (2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos. *Anales de Psicología, 26*(1), 49-57.

Rodríguez, M. J., Esteve, R., y López, A. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema, 12*(3), 339-343.

Rodríguez-Marín, J., Terol, M. C., López-Roig, S., Martín-Aragón, M., y Pastor, M. A. (2003). Apoyo social, afrontamiento y estado de salud en los pacientes oncológicos. *Revista de Psicología: Universitas Tarraconensis, 25*, 37-51.

Rodríguez-Marín, J., Terol, M. C., López-Roig, S., y Pastor, M. A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: Propiedades

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud, 4*, 59-84.

Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. London: Constable.

Rolo, C., y Gould, D. (2006). *An intervention for fostering hope, athletic and academic performance in university student athletes*. Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology. University of Minho, Braga, Portugal.

Ronco, G., Cuzick, J., Pierotti, P., Cariaggi, M. P., Palma, P. D., Naldoni, C., Ghiringhello, B., Giorgi-Rossi, P., Minucci, D., Parisio, F., Pojer, A., Schiboni, M. L., Sintoni, C., Zorzi, M., Segnan, N., y Confortini, M. (2007). Accuracy of liquid based cytology versus conventional cytology: overall results of the new technologies for cervical screening (NTCC) randomised controlled trial. *British Medical Journal, 335*, 28–31.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.

Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C., y Koutri, I. (2007). Patterns of Coping, Flexibility in Coping and Psychological Distress in Women Diagnosed with Breast Cancer. *Cognitive Therapy and Research, 31*, 97–109. DOI: 10.1007/s10608-006-9110-1

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Ruiz-Aranda, D., Salguero, J. M., y Fernández-Berrocal, P. (2010) Emotional Regulation and Acute Pain Perception in Women. *The Journal of Pain, 11*(6), 564-569.

Salovey, P., Mayer, J., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (ed.), *Emotion, Disclosure and Health* (pp. 125-154). Washington: American Psychological Association.

Salsman, J. M., Segerstrom, S. C., Brechting, E. H., Carlson, C. R., y Andrykowski, M. A. (2009). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3-month longitudinal examination of cognitive processing *Psychooncology, 18*(1), 30-41.

Sánchez-López, M. P. (2001). Introducción. En T. Millon (2001), *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon, Manual*. Adaptación de M. P. Sánchez-López, J. F. Díaz-Morales y M. E. Aparicio-García. Madrid: TEA Ediciones.

Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4,* 219-247.

Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: the benefits of being optimistic. *Psychological Science, 2,* 26-30.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Scheier, M., y Bridges, M. (1995). Person variables and health: Personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. *Psychosomatic Medicine*, *57*(3), 255-268.

Schmidt, J. E., y Andrykowski, M. A. (2004). The Role of Social and Dispositional Variables Associated With Emotional Processing in Adjustment to Breast Cancer: An Internet-Based Study. *Health Psychology, 23*(3), 259-266.

Schnur, J. B., David, D., Kangas, M., Green, S., Bovbjerg, D. H., y Montgomery, G. H. (2009). A Randomized Trial of a Cognitive-Behavioral Therapy and Hypnosis Intervention on Positive and Negative Affect During Breast Cancer Radiotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 65*(4), 443-455. DOI: 10.1002/jclp.20559

Scrignaro, M., Barni, S., y Magrin, M. E. (2010). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psycho-oncology.* DOI: 10.1002/pon.1782

Sebastián, J., Bueno, M. J., y Mateos, N. (2004). Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Factores psicosociales en el cáncer de mama*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Sebastián, J., León, M., y Hospital, A. (2009). Variables psicosociales y cáncer de mama: un estudio cuasiprospectivo de la personalidad tipo C. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *4*(3), 461-479.

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., y Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud, 18*(2), 137-161.

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., y Mateos, N. (2008). Body image and self-esteem in women with breast Cancer participating in a psychosocial Intervention program. *Psychology in Spain, 12*(1), 13-25.

Segerstrom, S. C. (2006). *Breaking Murphy's law.* New York: Guilford.

Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster.

Seligman, M. E. P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An International Review, 57*, 3–18. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x

Seligman, M. E. P., Schulman, P., y Tryon, A. M. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1111−1126.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation interventions. *American Psychologist*, *60*(5), 410–421.

Seligman, M. E. P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14. DOI: 10.1037//0003-066X.55.1.5

Sephton, S. E., Dhabhar, F. S., Keuroghlian, A. S., Giese-Davis, J., McEwen, B. S., Ionan, A. C., y Spiegel, D. (2009). Depression, cortisol, and suppressed cell-mediated immunity in metastatic breast cancer. *Brain, Behavior and Immunity, 23*, 1148-1155. DOI:10.1016/j.bbi.2009.07.007

Servan-Schreiber, D. (2007). *Anticancer. A way of life*. New York: Robert Laffon.

Sevdalis, N., Petrides, K. V., y Harvey, N. (2007). Trait emotional intelligence and decision-related emotions. *Personality and Individual Differences, 42*, 1347–1358.

Sheinfeld, S. (2010). Theory, Measurement, and Controversy in Positive Psychology, Health Psychology, and Cancer: Basics and Next Steps. *Annals of Behavioral Medicine, 39*, 43–47. DOI 10.1007/s12160-010-9171-y

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Shigehisa, T., y Honda, H. (2006). Cancer patients' morbidity (I): Immunological status varies with psychological intervention in relation to personality. *Annals of Cancer Research and Therapy, 14*(2), 28-38.

Sirgo, A., Díaz-Ovejero, M., Cano-Vindel, A., y Pérez-Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés, 7*(2-3), *259-271.*

Smedslund, G. (1995). Personality and vulnerability to cancer and heart disease: Relations to demographic and life-style variables. *Personality and Individual Differences*, *19*(5), 691-697.

Smedslund, G., y Ringdal, G. I. (2004). Meta-analysis of the effects of psychosocial interventions on survival time in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 123-131. DOI:10.1016/S0022-3999(03)00575-0

Smith, S. G., Turner, B., Pati, J., Petrides, K. V., Sevdalis, N., y Green, J. S. A. (2011). Psychological impairment in patients urgently referred for prostate and bladder cancer investigations: the role of trait emotional intelligence and perceived social support. *Support Care Cancer.* DOI: 10.1007/s00520-011-1129-5.

So, W. K. W, Marsh, G., Ling, W. M., Leung, F. Y., Lo, J. C. K., Yeung, M., y Li, G. K. H. (2010). Anxiety, depression and quality of life

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing, 14*(1), 17-22.

Sociedad Española de Oncología Médica (2010). *El cáncer en España.com. http://fecma.vinagrero.es/documentos/EL_CANCER_EN_ESPA%C3%91A_2010.pdf*

Spiegel, D., Butler, L. D., Giese-Davis, J., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Classen, C. C., Fobair, P., Carlson, R.W., y Kraemer, H. C. (2007). Effects of supportive–expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. *Cancer, 110*, 1130–1138.

Spiegel, D., y Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: Mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, *54*, 269-282. DOI:10.1016/S0006-3223(03)00566-3

Spielberger, C. D. (1988a). *State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI).* Odessa, FL.: Psychological Assesment Resources (PAR).

Spielberger, C. D. (1988b). *The Rationality/Emotional Defensiveness (R/ED) Scale: Preliminary test manual.* University of South Florida, Tampa: Center for Research in Behavioral Medicine and Health Psychology.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Spielberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-Revised*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Spitz, R. A. (1945). Hospitalism - An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *Psychoanalytic Study of the Child, 1*, 53-74.

Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., y Sworowski, L. A. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 875-882. DOI: 10.1037//0022-006X.68.5.875

Stefanek, M. E., Palmer, S. C., Thombs, B. D., y Coyne, J. C. (2009). Finding what is not there: Unwarranted claims of an effect of psychosocial intervention on recurrence and survival. *Cancer, 115*(24), 5612-5616. DOI: 10.1002/cncr.24671.

Stephen, J. E., Rahn, M., Verhoef, M., y Leis, A. (2007). What is the state of the evidence on the mind–cancer survival question, and where do we go from here? A point of view. *Support Care Cancer*, *15*, 923-930. DOI 10.1007/s00520-007-0281-4

Stockler, M.R., O'Connell, R., Nowak, A. K., Goldstein, D., Turner, J., y Wilcken, N. R. (2007). Effect of sertraline on symptoms and survival in patients with advanced cancer, but without major depression: a

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

placebo-controlled double-blind randomised trial. *Lancet Oncology 8*, 603–612.

Suriá, R., y Beléndez, M. (2011). Grupos de apoyo virtuales dedicados a problemas de salud: estudio de su tipología y análisis de su representatividad. *Anales de Psicología, 27*(1), 210-220.

Tacón, A. M., Caldera, Y. M., y Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction in Women With Breast Cancer. *Families, Systems, and Health, 22*(2), 193-203. DOI: 10.1037/1091-7527.22.2.193

Talley, A., Molix, L., Schlegel, R. J., y Bettencourt, A. (2010). The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: A longitudinal analysis. *Psychology and Health*, *2*(25), 433-449. DOI: 10.1080/08870440802582682

Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la Salud* (6ª ed.). México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Temoshock, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards and integrative model. *Cancer Surveys, 6,* 545-567.

Temoshock, L., Heller, B. W., Sagebiel, R. W., Blois, M. S., Sweet, D. M., Di Clemente, R. J., y Gold, M. L. (1985). The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

malignant melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*, *29*, 139-154.

Torres, A. M. (2006). Relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer de mama. *Universitas Psychologica, 5*(3), 563-573.

Tugade, M., y Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and Social Psychology, 86*, 320-333.

Turner-Cobb, J. M., Sephton, S. E., y Spiegel, D. (2001). Psychosocial effects on immune function and disease progression in cancer: Human studies. In R. Ader, D. L. Felton, y N. Cohen (Eds.), *Psychoneuroimmunology* (3rd ed.). San Diego, CA: Academic Press.

Valiente, M. (2006). El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer. *Psicooncología, 3*(1), 19-34.

Vázquez, C., Hervás, C., Rahona, J. J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 5,* 15-28.

Vázquez, C., Hervás, G., y Ho, S. M. Y. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual, 14*(3), 401-432.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Vázquez, C., y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología, 4*(2-3), 385-404.

Vázquez, C., y Hervás, C. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Brower.

Vecina, M. L. (2006). Emociones Positivas. *Papeles del Psicólogo, 27*(1), 9-17.

Vera, B. (2006). Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo, 27*(1), 3-8.

Vera, B. (2008). *Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología*. Madrid: Calamar Ediciones.

Verdecchia, A., Francisci, S., Brenner, H., Gatta, G., Micheli, A., Mangone, L., y Kunkler, I. (2007). Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EUROCARE-4 data. *The Lancet Oncology, 8*(9), 784 – 796.

Vilhauer, R. P. (2009). Perceived Benefits of Online Support Groups for Women with Metastatic Breast Cáncer. *Women & Health, 49*(5), 381-404. DOI: 10.1080/03630240903238719

Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E. J., Tobón, S, Moreno, E., y López, A. E. (2006). Evaluación del patrón de conducta Tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Universitas Psychologica, 5*, 575-583.

Vissoci, E. M., Vargas, S. O., y Morimoto, H. K. (2004). Stress, depression, the immune system and cancer. *The Lancet Oncology*, *5*, 617-25.

Vittinghoff, E., y McCulloch, C. E. (2006). Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and Cox regression. *American Journal of Epidemiology, 165*(6), 710-718.

Vos, P. J., Garssen, B., Visser, A. P., Duivenvoorden, H. J., y de Haes H. C. (2004). Psychosocial Intervention for Women with Primary, Non-Metastatic Breast Cancer: A Comparison between Participants and Non-Participants *Psychotherapy and Psychosomatics, 73*(5), 276-85.

Vos, P. J., Visser, A. P., Garssen, B., Duivenvoorden, H. J., y de Haes, H C. J. M. (2006). Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Education and Counseling 60*, 212–219. DOI:10.1016/j.pec.2005.01.006

Wasylkiw, L., y Fekken, G. C. (2002). Personality and self-reported health: Matching predictors and criteria. *Personality and Individual Differences, 33,* 607-620.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Watson, D., y Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*, 234-254.

Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, Ch., Robertson, B., Bliss, J. M., y Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, *21*, 51-57.

Weihs, K. L., Enright, T. M., Simmens, S. J., y Reiss, D. (2000). Negative affectivity, restriction of emotions, and site of metastases predict mortality in recurrent breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *49,* 59-68.

Yaskowich, K. M., y Stam, H. J. (2003). Cancer Narratives and the Cancer Support Group. *Journal of Health Psychology, 8*, 720-737.

Zaccagnini, J L. (2004). Qué es la inteligencia emocional. *La relación entre pensamientos y sentimientos en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Zachariae, R., Jensen, A. B., Perdersen, C., Jorgensen, M. M., Christensen, S., Lassensen, B., y Lehbrink, M. (2004). Repressive coping before and after diagnosis of breast cancer. *Psycho-oncology*, *13*, 547-561.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Zimmermann, T., Heinrichs, N., y Baucom, D. H. (2007). ‘‘Does One Size Fit All?’’ Moderators in Psychosocial Interventions for Breast Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Annals of Behavioral Medicine, 34*(3), 225–239.

Zygouris, N. (2007). *Reflection as a positive psychology intervention in addiction treatment: Building upon the strengths.* Comunicación presentada en el 1st Applied Positive Psychology Conference, Coventry, UK.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Capítulo 12 Anexos

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Publicaciones y Divulgación Científica

CAPÍTULO 12: ANEXOS

Si buscas resultados distintos,
no hagas siempre lo mismo.
A. Einstein (1879-1955)

12. 1. ANEXOS ESTUDIO 1- EVALUACIÓN

12.1.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de este estudio es analizar ciertas variables psicológicas, para un estudio de investigación en el que se requiere la colaboración voluntaria.

Todos los datos recogidos en este proyecto serán registrados de forma anónima en la base de datos, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/2002 de 14 de noviembre; Ley 15/1999 de 15 de diciembre).

Con el fin de proteger la confidencialidad de la información personal de las participantes se han tomado las siguientes medidas:

- Cada caso del estudio contará con un número de identificación que será el que figure en las bases de datos
- El análisis de la información se hará siempre de forma grupal y nunca individual
- Los investigadores implicados en el proyecto se compromete a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información facilitada por las participantes
- Las bases de datos del proyecto estarán protegidas electrónicamente con códigos que limiten el acceso únicamente a los investigadores del proyecto

Don/Doña……,

DECLARO haber comprendido la información suministrada por los psicólogos que me están atendiendo y doy mi consentimiento voluntario para participar en el mencionado proyecto. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento del proceso.
En Murcia, a ……

Fdo.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

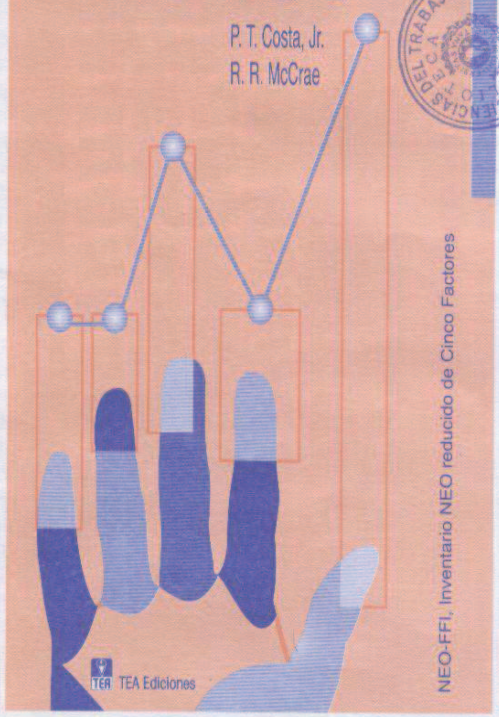
12.1.2. CUESTIONARIOS

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA DE MÁLAGA
6108411463
RL 159.9/COS/inV

Nº 266

NEO FFI™

P. T. Costa, Jr.
R. R. McCrae



NEO-FFI. Inventario NEO reducido de Cinco Factores

TEA Ediciones

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar para marcar bien sus respuestas.

Este cuestionario consta de 60 frases. Lea cada frase con atención y marque la alternativa (A a E) que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con ella. Señale:

- **A** si la frase es completamente falsa en su caso, si está en **total desacuerdo** con ella.
- **B** si la frase es frecuentemente falsa, si está **en desacuerdo** con ella.
- **C** si la frase es tan cierta como falsa, si no puede decidirse, o si Vd. se considera **neutral** en relación con lo que se dice en ella.
- **D** si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está **de acuerdo** con ella.
- **E** si la frase es completamente cierta, si está **totalmente de acuerdo** con ella.

Vea los dos ejemplos (E1 y E2) que vienen aquí debajo y cómo se ha contestado.

E1	Me gustaría pilotar una nave espacial	(A)	B	C	D	E
E2	A la hora de vestir prefiero los tonos obscuros	A	B	C	(D)	E

La persona que ha contestado a estos ejemplos ha indicado que está en **total desacuerdo** (letra A) con la frase E1, porque no le gustaría nada pilotar una nave espacial, y está **de acuerdo** con la frase E2, porque frecuentemente prefiere los tonos obscuros para vestir (letra D).

Por tanto, no hay respuestas «correctas» ni «incorrectas». Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible.

Dé una respuesta a todas las frases. Asegúrese de que marca cada respuesta en la línea correspondiente a la misma frase y en la opción que mejor se ajuste a su manera de ser.

No olvide anotar sus datos personales en la parte superior antes de contestar a las frases.

ESPERE, NO PASE LA PÁGINA HASTA QUE SE LO INDIQUEN.
MUY IMPORTANTE, ESTE EJEMPLAR DEBE ESTAR DESPLEGADO PARA CONTESTAR.

Copyright © 1991 by Psychological Assessment Resources, Inc.
Copyright de la edición española © 1999 by TEA Ediciones, S.A. - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - *Este ejemplar está impreso en* ***DOS TINTAS****. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio. NO LA UTILICE.*
Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Printed in Spain. Impreso en España.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Nombre _____ Edad ____ Sexo (Varón / Mujer) ____ Fecha ____-____-____

A En total desacuerdo	B En desacuerdo	C Neutral	D De acuerdo	E Totalmente de acuerdo

1. A menudo me siento inferior a los demás.
2. Soy una persona alegre y animosa.
3. A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.
4. Tiendo a pensar lo mejor de la gente.
5. Parece que nunca soy capaz de organizarme.
6. Rara vez me siento con miedo o ansioso.
7. Disfruto mucho hablando con la gente.
8. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.
9. A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.
10. Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.
11. A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.
12. Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.
13. Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.
14. A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.
15. Trabajo mucho para conseguir mis metas.
16. A veces me parece que no valgo absolutamente nada.
17. No me considero especialmente alegre.
18. Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.
19. Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.
20. Tengo mucha auto-disciplina.
21. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.
22. Me gusta tener mucha gente alrededor.
23. Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.
24. Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.
25. Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.
26. Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.
27. No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.
28. Tengo mucha fantasía.
29. Mi primera reacción es confiar en la gente.
30. Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.
31. A menudo me siento tenso e inquieto.
32. Soy una persona muy activa.
33. Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.
34. Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.
35. Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.
36. A veces me he sentido amargado y resentido.
37. En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.
38. Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.
39. Tengo mucha fe en la naturaleza humana.
40. Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.
41. Soy bastante estable emocionalmente.
42. Huyo de las multitudes.
43. A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

A En total desacuerdo	B En desacuerdo	C Neutral	D De acuerdo	E Totalmente de acuerdo

44 Trato de ser humilde.

45 Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.

46 Rara vez estoy triste o deprimido.

47 A veces reboso felicidad.

48 Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.

49 Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.

50 En ocasiones primero actúo y luego pienso.

51 A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.

52 Me gusta estar donde está la acción.

53 Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.

54 Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.

55 Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.

56 Es difícil que yo pierda los estribos.

57 No me gusta mucho charlar con la gente.

58 Rara vez experimento emociones fuertes.

59 Los mendigos no me inspiran simpatía.

60 Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.

RODEE UNA DE LAS RESPUESTAS

¿HA RESPONDIDO A TODAS LAS FRASES? SÍ NO

¿HA ANOTADO SUS RESPUESTAS EN LOS LUGARES INDICADOS? SÍ NO

¿HA RESPONDIDO FIEL Y SINCERAMENTE A LAS FRASES? SÍ NO

FIN DE LA PRUEBA

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA (A a E) QUE CORRESPONDA MEJOR A SU MANERA DE SER

A En total desacuerdo	B En desacuerdo	C Neutral	D De acuerdo	E Totalmente de acuerdo

1 A B C D E	2 A B C D E	3 A B C D E	4 A B C D E	5 A B C D E
6 A B C D E	7 A B C D E	8 A B C D E	9 A B C D E	10 A B C D E
11 A B C D E	12 A B C D E	13 A B C D E	14 A B C D E	15 A B C D E
16 A B C D E	17 A B C D E	18 A B C D E	19 A B C D E	20 A B C D E
21 A B C D E	22 A B C D E	23 A B C D E	24 A B C D E	25 A B C D E
26 A B C D E	27 A B C D E	28 A B C D E	29 A B C D E	30 A B C D E
31 A B C D E	32 A B C D E	33 A B C D E	34 A B C D E	35 A B C D E
36 A B C D E	37 A B C D E	38 A B C D E	39 A B C D E	40 A B C D E
41 A B C D E	42 A B C D E	43 A B C D E	44 A B C D E	45 A B C D E
46 A B C D E	47 A B C D E	48 A B C D E	49 A B C D E	50 A B C D E
51 A B C D E	52 A B C D E	53 A B C D E	54 A B C D E	55 A B C D E
56 A B C D E	57 A B C D E	58 A B C D E	59 A B C D E	60 A B C D E

MUY IMPORTANTE
NO ANOTE NADA EN ESTE RECTÁNGULO

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

N.º 150

ISRA

Apellidos y nombre ..... *Edad* ..... *Sexo* ..... (V o M)

Centro ..... *Curso/Puesto* ..... *Estado civil* .....

Otros datos ..... *Fecha* .....

INSTRUCCIONES

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan **situaciones** en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a **respuestas** que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la **frecuencia** con que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

0: Casi nunca 1: Pocas veces 2: Unas veces sí y otras no 3: Muchas veces 4: Casi siempre

Vea los ejemplos siguientes:

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI / OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	1. Me desconcierto: no sé qué hacer.	2. Tengo la impresión de que soy un inútil.	3. No puedo concentrarme en el trabajo.	4. Tengo dificultades para dormir.	5. Pierdo el apetito.	OBSERVACIONES
1. Si un problema me preocupa mucho.			■		■	
2. Cuando pierdo un objeto que tenía en mucha estima.			■	■		

Deberá leer la situación **1** y cada una de las respuestas que están sobre la columna en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación **2**. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La última cuestión (la núm. 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en las casillas que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación, utilice el margen derecho de la Hoja (OBSERVACIONES).

Autores: J. J. Miguel Tobal y A. R. Cano Vindel

Copyright © 1996 by TEA Ediciones, S. A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial -
Edita: TEA Ediciones, S. A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 Madrid - Imprime: Aguirre Campano; Daganzo, 15 duplicado; 28032 Madrid - Depósito legal: M.-5.757-1986.

R.814

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

C

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS: 1. Me preocupo fácilmente.	2. Tengo pensamientos o sueños molestos negativos sobre los demás, «torturo» a mismo.	3. Me siento inseguro de mí	4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.	5. Siento miedo.	6. Me cuesta concentrarme.	7. Pienso que la gente no dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.	OBSERVACIONES	ΣS
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

S T A X I –2 Español

APELLIDOS:_____ NOMBRE:_____

EDAD:_____ SEXO:_____ ESTADO CIVIL: _____ FECHA:_____

ESTUDIOS:_____

Parte I: Instrucciones.

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo uno de los números que encontrará a la derecha, el número que mejor indique CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

1= NO, EN ABSOLUTO 2= ALGO 3= MODERADAMENTE 4= MUCHO

CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO

1. Estoy furioso 1 2 3 4
2. Me siento irritado 1 2 3 4
3. Me siento enfadado 1 2 3 4
4. Le pegaría a alguien 1 2 3 4
5. Estoy quemado 1 2 3 4
6. Me gustaría decir tacos 1 2 3 4
7. Estoy cabreado 1 2 3 4
8. Daría puñetazos a la pared 1 2 3 4
9. Me dan ganas de maldecir a gritos 1 2 3 4
10. Me dan ganas de gritarle a alguien 1 2 3 4
11. Quiero romper algo 1 2 3 4
12. Me dan ganas de gritar 1 2 3 4
13. Le tiraría algo a alguien 1 2 3 4
14. Tengo ganas de abofetear a alguien 1 2 3 4
15. Me gustaría echarle la bronca a alguien 1 2 3 4

Parte II: Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo el número que mejor indique CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

1= CASI NUNCA 2= ALGUNAS VECES 3= A MENUDO 4= CASI SIEMPRE

CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE

16. Me caliento rápidamente 1 2 3 4
17. Tengo un carácter irritable 1 2 3 4
18. Soy una persona exaltada 1 2 3 4
19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen 1 2 3 4
20. Tiendo a perder los estribos 1 2 3 4
21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás 1 2 3 4
22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco 1 2 3 4
23. Me cabreo con facilidad 1 2 3 4
24 Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto 1 2 3 4
25 Me enfado cuando se me trata injustamente 1 2 3 4

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Parte III: Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo el número que mejor indique CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTA ENFADADO /A O FURIOSO /A, utilizando la siguiente escala:

1= CASI NUNCA 2= ALGUNAS VECES 3= A MENUDO 4= CASI SIEMPRE

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO

26. Controlo mi temperamento..... 1 2 3 4
27. Expreso mi ira 1 2 3 4
28. Me guardo para mí lo que siento 1 2 3 4
29. Hago comentarios irónicos de los demás 1 2 3 4
30. Mantengo la calma 1 2 3 4
31. Hago cosas como dar portazos 1 2 3 4
32. Ardo por dentro aunque no lo demuestro..... 1 2 3 4
33. Controlo mi comportamiento 1 2 3 4
34. Discuto con los demás..... 1 2 3 4
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie..... 1 2 3 4
36. Puedo controlarme y no perder los estribos 1 2 3 4
37. Estoy más enfadado /a de lo que quiero admitir..... 1 2 3 4
38. Digo barbaridades..... 1 2 3 4
39. Me irrito más de lo que la gente se cree 1 2 3 4
40. Pierdo la paciencia..... 1 2 3 4
41. Controlo mis sentimientos de enfado 1 2 3 4
42. Rehuyo encararme con aquello que me enfada 1 2 3 4
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira..... 1 2 3 4
44. Respiro profundamente y me relajo 1 2 3 4
45. Hago cosas como contar hasta diez..... 1 2 3 4
46. Trato de relajarme 1 2 3 4
47. Hago algo sosegado para calmarme 1 2 3 4
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado 1 2 3 4
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme..... 1 2 3 4

© Spielberger (1988, 1991)
© de esta versión española: Spielberger, Miguel-Tobal, Casado y Cano-Vindel (2000).
Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo –STAXI- Madrid: TEA Ediciones.

Instrucciones: **Éste es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones.**

1)

_No me siento triste.
_Me siento triste.
_Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
_Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

_No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
_Me siento desanimado con respecto al futuro.
_Siento que no puedo esperar nada del futuro.
_Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

3)

_No me siento fracasado.
_Siento que he fracasado más que la persona normal.
_Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
_Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

_Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
_No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
_Ya nada me satisface realmente.
_Todo me aburre o me desagrada.

5)

_No siento ninguna culpa particular.
_Me siento culpable buena parte del tiempo.
_Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
_Me siento culpable todo el tiempo.

6)

_No siento que esté siendo castigado.
_Siento que puedo estar siendo castigado.
_Espero ser castigado.
_Siento que estoy siendo castigado.

7)

_No me siento decepcionado en mí mismo.
_Estoy decepcionado conmigo.
_Estoy harto de mi mismo.
_Me odio a mi mismo.

8)

_No me siento peor que otros.
_Me critico por mis debilidades o errores.
_Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
_Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

_No tengo ninguna idea de matarme.
_Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
_Me gustaría matarme.
_Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

_No lloro más de lo habitual.
_Lloro más que antes.
_Ahora lloro todo el tiempo.
_Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

11)

_No me irrito más ahora que antes.
_Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
_Me siento irritado todo el tiempo.
_No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

_No he perdido interés en otras personas.
_Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
_He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
_He perdido todo interés en los demás.

13)

_Tomo decisiones como siempre.
_Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
_Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
_Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

_No creo que me vea peor que antes.
_Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
_Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo(a).
_Creo que me veo horrible.

15)

_Puedo trabajar tan bien como antes.
_Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
_Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
_No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

_Puedo dormir tan bien como antes.
_No duermo tan bien como antes.
_Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
_Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

_No me canso más de lo habitual.
_Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
_Me canso al hacer cualquier cosa.
_Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

_Mi apetito no ha variado.
_Mi apetito no es tan bueno como antes.
_Mi apetito es mucho peor que antes.
_Ya no tengo nada de apetito.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

19)

_Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
_He perdido más de 2 kilos.
_He perdido más de 4 kilos.
_He perdido más de 6 kilos.

20)

_No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
_Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
_Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
_Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

_No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
_Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
_Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
_He perdido por completo mi interés por el sexo.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

12.2. ANEXOS ESTUDIO 2- TRATAMIENTO

12.2.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ASOCIACIÓN PARA LA ATENCIÓN
A MUJERES OPERADAS DECÁNCER DE MAMA
952 25 69 51 - 609 97 08 09

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto titulado "Taller de actitud positiva y expresión de emociones para mujeres operadas de cáncer de mama de ASAMMA".

El objetivo de este estudio es mejorar el bienestar interviniendo psicológicamente en la regulación adecuada de las emociones; con el fin de poder arrojar luz a la elaboración y puesta en marcha de programas de intervención grupal eficaces que mejoren el bienestar de estas mujeres y mejoren sus habilidades emocionales. Se plantean dos grupos: uno que realice la intervención (taller) y otro grupo de personas que elaboren los cuestionarios sin realizar dicha intervención. Y se recogerán los cuestionarios en 2 ocasiones: antes y después de la intervención.

Todos los datos recogidos en este proyecto serán registrados de forma anónima en la base de datos, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/2002 de 14 de noviembre; Ley 15/1999 de 15 de diciembre).

Con el fin de proteger la confidencialidad de la información personal de las participantes se han tomado las siguientes medidas:

- Cada caso del estudio contará con un número de identificación que será el que figure en las bases de datos
- El análisis de la información se hará siempre de forma grupal y nunca individual
- La investigadora implicada en el proyecto se compromete a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información facilitada por las participantes
- Las bases de datos del proyecto estarán protegidas electrónicamente con códigos que limiten el acceso únicamente a la investigadora del proyecto

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

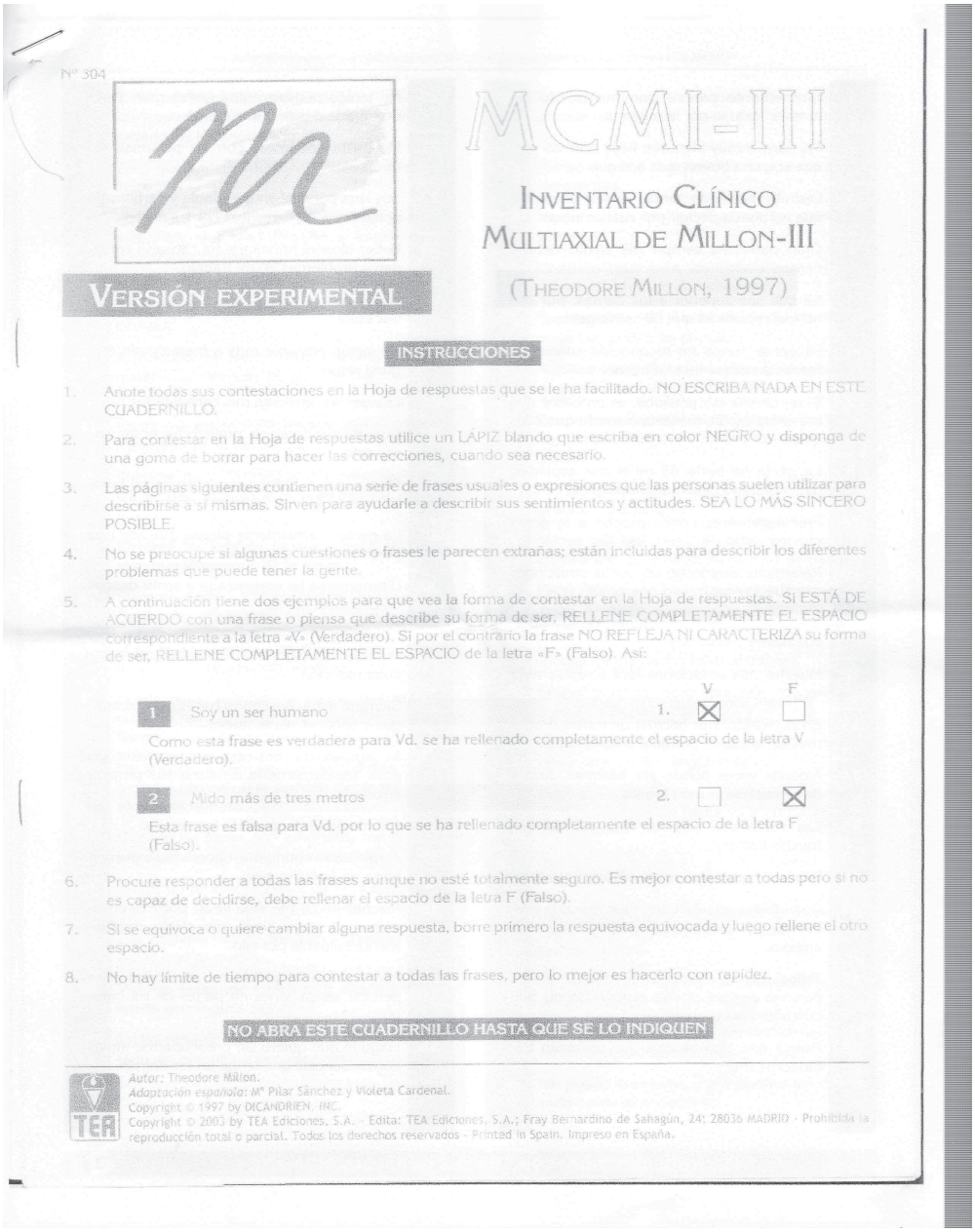
Doña……,

DECLARO haber comprendido la información suministrada por Mª Victoria Cerezo Guzmán, psicóloga de ASAMMA, responsable de la investigación y doy mi consentimiento voluntario para participar en el mencionado proyecto. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento del proceso.

En Málaga, a ……

Fdo.

12.2.2. CUESTIONARIOS



Nº 304

MCMI-III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

(THEODORE MILLON, 1997)

VERSIÓN EXPERIMENTAL

INSTRUCCIONES

1. Anote todas sus contestaciones en la Hoja de respuestas que se le ha facilitado. NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.
2. Para contestar en la Hoja de respuestas utilice un LÁPIZ blando que escriba en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.
4. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
5. A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la Hoja de respuestas. Si ESTÁ DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO correspondiente a la letra «V» (Verdadero). Si por el contrario la frase NO REFLEJA NI CARACTERIZA su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO de la letra «F» (Falso). Así:

		V	F
1	Soy un ser humano	1. ☒	☐

Como esta frase es verdadera para Vd. se ha rellenado completamente el espacio de la letra V (Verdadero).

		V	F
2	Mido más de tres metros	2. ☐	☒

Esta frase es falsa para Vd. por lo que se ha rellenado completamente el espacio de la letra F (Falso).

6. Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (Falso).
7. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
8. No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN

Autor: Theodore Millon.
Adaptación española: Mª Pilar Sánchez y Violeta Cardenal.
Copyright © 1997 by DICANDRIEN, INC.
Copyright © 2003 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

1	Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
2	Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
3	Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
4	Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
5	Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
6	La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
7	Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
8	La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
9	Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
10	Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
11	Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
12	Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
13	En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
14	Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
15	Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
16	Soy una persona muy agradable y sumisa.
17	Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
18	Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
19	Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
20	He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
21	Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
22	Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
23	Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
24	Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
25	Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
26	Los demás envidian mis capacidades.
27	Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
28	Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
29	La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
30	Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.
31	Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
32	Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
33	Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
34	Últimamente he perdido los nervios.
35	A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
36	Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
37	Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
38	Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

39 Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.

40 Creo que soy una persona miedosa e inhibida.

41 He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.

42 Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.

43 A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.

44 Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.

45 Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.

46 Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.

47 Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.

48 Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.

49 Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.

50 No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.

51 Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.

52 Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.

53 Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.

54 Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.

55 En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.

56 Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.

57 Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.

58 Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.

59 Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.

60 Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.

61 Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.

62 Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.

63 Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.

64 No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.

65 En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.

66 En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.

67 Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.

68 Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.

69 Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.

70 Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.

71 Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.

72 Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.

73 A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.

74 No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.

NO SE DETENGA. CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

75 Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.

76 Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.

77 Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.

78 Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.

79 Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.

80 Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.

81 Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.

82 Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.

83 Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.

84 Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.

85 No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.

86 Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.

87 A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.

88 Cuando estoy en una fiesta nunca me aíslo de los demás.

89 Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.

90 Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.

91 El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.

92 Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.

93 Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.

94 La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.

95 A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.

96 En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.

97 Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".

98 Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.

99 Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.

100 Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.

101 Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.

102 Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.

103 Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.

104 No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.

105 Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.

106 He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.

107 He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.

108 Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.

109 El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.

110 El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE 5

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

111 Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.

112 He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.

113 Me he metido en problemas con la ley un par de veces.

114 Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.

115 A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.

116 He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.

117 La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.

118 Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.

119 La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.

120 Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.

121 Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.

122 Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.

123 Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.

124 Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.

125 A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.

126 Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesta.

127 No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.

128 Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.

129 Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.

130 Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.

131 Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.

132 Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.

133 Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.

134 Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.

135 Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano del que depender, realmente me asusta.

136 Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".

137 Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.

138 Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.

139 Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.

140 Creo que hay una conspiración contra mí.

141 Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.

142 Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.

143 Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.

144 Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.

145 Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.

146 Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.

147 Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.

NO SE DETENGA. CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

148 Pocas cosas en la vida me dan placer.

149 Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.

150 Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.

151 Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.

152 Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.

153 Alguien ha estado intentando controlar mi mente.

154 He intentado suicidarme.

155 Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.

156 No entiendo por qué algunas personas me sonríen.

157 No he visto un coche en los últimos diez años.

158 Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.

159 Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.

160 Mi vida actual se ve todavía afectada por ´imágenes mentales´ de algo terrible que me pasó.

161 Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.

162 A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.

163 La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.

164 Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.

165 No tengo amigos íntimos al margen de mi familia

166 Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.

167 Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.

168 Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.

169 Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.

170 Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.

171 Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.

172 La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.

173 Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.

174 Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.

175 A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

FIN DE LA PRUEBA.

SI HA TERMINADO ANTES DEL TIEMPO CONCEDIDO, REPASE SUS CONTESTACIONES

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

NOMBRE_____**CÓDIGO**____

FECHA Y LUGAR NACIMIENTO: _____ **EDAD:** _____**años**

ESTADO CIVIL:

Casada		**Soltera**		**Separada**	
Divorciada		**Viuda**		**Conviviendo con mi pareja**	

ESTUDIOS REALIZADOS:

Primarios (Enseñanza General Básica)	
Secundarios (Bachiller Superior)	
Superiores (Licenciatura y otros)	

PROFESIÓN:

Ama de casa		**Directiva-altos cargos**	
Administrativa		**Jubilada-pensionista**	
Técnica de grado medio		**Otra:.....**	

HIJOS:

NO		**SÍ**		**NÚMERO DE HIJOS:**	

¿CON QUIÉN VIVE?

Sola		Con pareja		Con pareja e hijo/s		Con otros familiares		Con hijo/s	

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad crónica o relevante?

No ☐ **Si** ☐ **Indique cuál**_____

FÁRMACOS: Marque si toma habitualmente fármacos de este tipo:

TIPO DE FÁRMACO	**SÍ**	**NO**
Ansiolíticos (lexatín, orfidal, valium...)		
Antidepresivos (sertralina, citalopram..)		
Otros: tensión alta, calcio...		

***DATOS SOBRE EL CÁNCER DE MAMA*:**

FECHA DIAGNÓSTICO: _____ **FECHA INTERVENCIÓN:** _____

TIPO Y TAMAÑO DEL TUMOR: _____

MAMA AFECTADA:

DERECHA		**IZQUIERDA**		**AMBAS**	

TRATAMIENTO:

TIPO DE TRATAMIENTO	**SÍ**	**NO**
OPERACIÓN (CIRUGÍA)		
QUIMIOTERAPIA		
HORMONOTERAPIA (tamoxifeno, inh.aromatasa)		
RADIOTERAPIA		
HERCEPTIN (anticuerpos monoclonales)		

RECONSTRUCCIÓN:

NO		**SÍ**		**INMEDIATA**		**DIFERIDA**	

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

A continuación hay seis frases, que reflejan cómo pueden **pensar y sentirse** las personas respecto a su vida. Con la siguiente graduación de 1 a 7, indique con toda sinceridad en qué punto de ellas se encuentra y siente.

1	2	3	4	5	6	7
No, en absoluto	**No, apenas**	**Más bien no**	**Ni sí, ni no**	**Más bien sí**	**Sí, bastante**	**Sí, del todo**

	1	2	3	4	5	6	7
1. Mi vida, en casi todo, responde a mis aspiraciones							
2. Las condiciones de mi vida son excelentes							
3. Estoy satisfecha con mi vida							
4. Hasta ahora, en mi vida, he logrado cosas que eran importantes para mí							
5. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada mi vida							
6. Me siento feliz							

Indique en este bloque cómo se ha sentido durante los **últimos 30 días**. Marque una cruz en la casilla correspondiente.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Todo el tiempo
Alegre					
Optimista					
Muy feliz					
Tranquila y relajada					
Satisfecha					
Llena de vitalidad					
Deprimida					
Ansiosa					
Inquieta, sin dejar de moverme					
Desesperanzada					
Sin ganas de hacer nada					
Sin valor propio					

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	**Algo de Acuerdo**	**Bastante de acuerdo**	**Muy de Acuerdo**	**Totalmente de acuerdo**

1	Presto mucha atención a los sentimientos.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7	A menudo pienso en mis sentimientos.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8	Presto mucha atención a cómo me siento.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9	Tengo claros mis sentimientos.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11	Casi siempre sé cómo me siento.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14	Siempre puedo decir cómo me siento.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
20	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
22	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
24	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

A continuación se presentan frases que recogen formas de pensar y/o actuar. No hay respuestas buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe su modo habitual de comportarse, reaccionar o sentir.

Por favor, marque si <u>en general</u>, estas frases para usted son VERDADERAS O FALSAS	**Verd**	**Fals**
1. En momentos de incertidumbre (en los que no sé que va a pasar) suelo esperar que ocurra lo mejor	**V**	**F**
2. Es fácil para mí relajarme	**V**	**F**
3. Seguro que si algo puede irme mal, me ocurre	**V**	**F**
4. Siempre miro el lado positivo de las cosas	**V**	**F**
5. Siempre soy optimista acerca de mi futuro	**V**	**F**
6. Me lo paso muy bien con mis amigas o amigos	**V**	**F**
7. Es importante para mí permanecer ocupada	**V**	**F**
8. Casi nunca espero que las cosas me sean favorables	**V**	**F**
9. Las cosas nunca ocurren como yo quiero	**V**	**F**
10. No me altero fácilmente	**V**	**F**
11. Soy de las que creen en la idea de que "no hay mal que por bien no venga"	**V**	**F**
12. Rara vez confío en que las cosas buenas me ocurran a mí	**V**	**F**
13. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	**V**	**F**

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Indique hasta qué punto las siguientes afirmaciones han sido verdaderas para usted DURANTE EL ÚLTIMO MES:

0	1	2	3	4
no verdadera en absoluto	verdadera ocasionalmente	verdadera a veces	verdadera frecuentemente	verdadera casi siempre

1	Soy capaz de adaptarme a los cambios	0	1	2	3	4
2	Tengo relaciones cercanas y seguras	0	1	2	3	4
3	A veces el destino o Dios pueden ayudar	0	1	2	3	4
4	Puedo afrontar lo que venga	0	1	2	3	4
5	Los éxitos pasados dan confianza para los nuevos retos	0	1	2	3	4
6	Veo el lado divertido de las cosas	0	1	2	3	4
7	Hacer frente al estrés fortalece	0	1	2	3	4
8	Tiendo a recuperarme tras una enfermedad o una dificultad	0	1	2	3	4
9	Las cosas ocurren por una razón	0	1	2	3	4
10	Sea como sea, doy lo mejor de mí	0	1	2	3	4
11	Puedes alcanzar tus objetivos	0	1	2	3	4
12	Cuando las cosas parecen desesperadas, no me rindo	0	1	2	3	4
13	Sé a quién acudir para buscar ayuda	0	1	2	3	4
14	Bajo presión, me centro y pienso con claridad	0	1	2	3	4
15	Prefiero tomar el mando en la solución de problemas	0	1	2	3	4
16	No me desanimo fácilmente por los fallos	0	1	2	3	4
17	Pienso en mí misma como una persona fuerte	0	1	2	3	4
18	Tomo decisiones impopulares o difíciles	0	1	2	3	4
19	Puedo manejar sentimientos desagradables	0	1	2	3	4
20	Tengo que actuar por corazonadas	0	1	2	3	4
21	Las cosas que hago tienen un sentido	0	1	2	3	4
22	Tengo el control de mi vida	0	1	2	3	4
23	Me gustan los retos	0	1	2	3	4
24	Trabajas para alcanzar tus objetivos	0	1	2	3	4
25	Estoy orgullosa de mis logros	0	1	2	3	4

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Por favor, marque si se identifica o no con cada frase en general	**Muy de acuerdo**	**De acuerdo**	**En desacuerdo**	**Muy en desacuerdo**
1. En general, estoy satisfecha conmigo misma.				
2. A veces pienso que no soy buena en nada.				
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgullosa.				
6. A veces me siento realmente inútil.				
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8. Ojalá me respetara más a mí misma.				
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy una fracasada.				
10. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				

12.2.3. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO GRUPAL (diapositivas de apoyo)

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Taller de Actitud positiva y expresión de emociones

Mª Victoria Cerezo Guzmán
Psicóloga de ASAMMA

CALENDARIO DEL TALLER

1. Serán 12-14 sesiones semanales
2. Lunes de 10.30 a 12.30 horas o de 17.30 a 19.30 horas
3. Hay que respetar las NORMAS del TALLER
4. PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO y CUESTIONARIOS
5. Durará desde 18/21 enero hasta el 26/29 de abril.

NORMAS DEL GRUPO

1. **COMPROMISO:** conmigo y con mi grupo.
2. **PUNTUALIDAD:** empezamos a las 17.30/10.30 h. y procuraremos terminar antes o a las 2 horas.
3. **RESPETO A LAS COMPAÑERAS:** comentaremos lo que nos apetezca sabiendo que estamos en un grupo donde hemos venido a mejorar y beneficiarnos.
   TODO LO TRATADO ES CONFIDENCIAL
4. **RESPETO MUTUO: apagaremos los móviles** porque es un momento íntimo, personal y único para mí.
5. **RESPETO A LA DINÁMICA:** lo que se trata en cada sesión se ha pensado para nosotras. Será conveniente atenernos al tema que se trabaja en cada sesión.

PRESENTACIÓN

Podemos mejorar nuestro bienestar general a través de una intervención psicológica

Podemos dedicarnos tiempo a cuidarnos y cambiar hábitos para sentirnos bien en el futuro

Podemos modificar nuestro ánimo poco a poco y tener una actitud más positiva

Podemos trabajar nuestro interior y sentirnos más felices con nosotras mismas

¿Por qué hacer Terapia en Grupo?

Somos seres sociales y socializados

Valor curativo de las relaciones intragrupo

Sentimiento de Pertenencia a un grupo

Permite expresar y compartir emociones

Beneficios de la experiencia del otro

APOYO MUTUO

¿Por qué hacer Terapia en Grupo?

Se ofrece un **contexto** para compartir los problemas o preocupaciones, comprender mejor la **propia situación**, y aprender **junto con** las demás personas.

Ayuda a la persona a **conocerse a sí misma** y a mejorar sus relaciones interpersonales

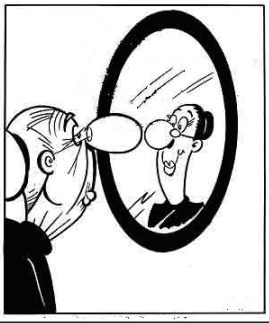
video

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

CONTENIDOS

1.Autoconocimiento
2.Autoestima
3.Autoaceptación
4.Actitud positiva
5. Manejo de las emociones
6.Nuestras Fortalezas

1. AUTOCONOCIMIENTO



CONOCIMIENTO DE UNA MISMA

Juego:
La sillita de la Reina

1. Una actitud esta
2. Querer con
3. Buscar en
4. Dejar fluir l s:
reconocerl
5. Considerar , valores,
necesidade

Tenemos varias facetas de nosotras mismas

Debemos conocernos en cada una de las facetas de nuestra vida

Reflexiona sobre ti misma

Si fuese un color, yo sería …

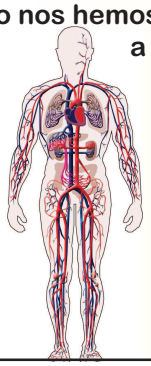
- Van

A veces no vemos aspectos de nosotras mismas y necesitamos saber cómo lo ven otros para conocer mejor la realidad

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

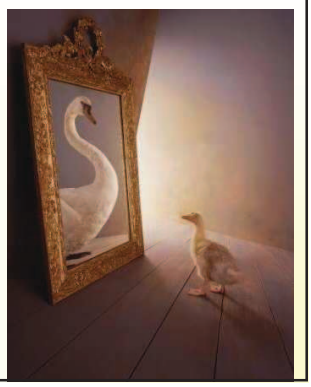
CONOCIMIENTO DE MI FÍSICO

Hay tantos órganos en nuestro cuerpo que no nos hemos paramos a conocerlos a todos…



2. AUTOESTIMA

Debido a que no eres igual que otro ser humano, tú eres incomparable



La autoestima

¿qué crees que es la autoestima?

DINÁMICA ¿QUÉ TENEMOS EN COMÚN?

5.

ma

n

Pensemos un poco…

para cuidar nuestra autoestima necesitamos tener cerca:

1. Personas que nos nutran positivamente
2. Lugares que nos nutran positivamente
3. Actividades que nos nutran positivamente

Publicaciones y Divulgación Científica

UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

¿qué nos ayuda a mantener la autoestima y qué nos la destruye?

Mantiene y/o mejora La autoestima	Destruye La autoestima

MURAL DE LA AUTOESTIMA

Preguntas…

¿te exiges mucho a ti misma? ¿eres igual de justa contigo que con la gente?

¿aceptas partes de ti misma tal y como eres?

EJERCICIO: VALORACIÓN DE UNA MISMA

1. - escribo 7 cualidades que me dan valor
   - qué siento cuando escribo mis cualidades
   - escribo cualidades de la compañera que me están pasando su hoja
2. ESCUCHO:
   - lo que se comenta de las cualidades que comparto
3. COMPARTO:
   - lo que he sentido
   - diferencias entre mí misma y las compañeras

Cualidades o Fortalezas

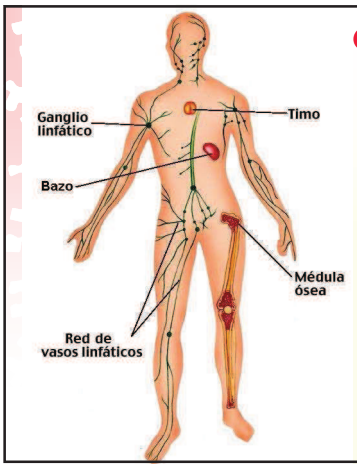
- 1.Curiosidad, interés por el mundo
- 2.Amor por el conocimiento y el aprendizaje
- 3.Juicio, pensamiento crítico, mentalidad abierta
- 4.Ingenio, originalidad, inteligencia práctica
- 5.Perspectiva empática
- 6.Valentía
- 7.Perseverancia y diligencia
- 8.Integridad, honestidad, autenticidad
- 9.Vitalidad y pasión por las cosas
- 10.Amor, apego, capacidad de amar y ser amado
- 11.Simpatía, amabilidad, generosidad
- 12.Inteligencia emocional, personal y social
- 13.Ciudadanía, civismo, lealtad, trabajo en equipo
- 14.Sentido de la justicia, equidad
- 15. Liderazgo
  16.Capacidad de perdonar, misericordia
- 17.Modestia, humildad
- 18.Prudencia, discreción, cautela
- 19.Auto-control, auto-regulación
- 20.Apreciación de la belleza y la excelencia, capacidad de asombro
- 21.Gratitud
- 22.Esperanza, optimismo, proyección hacia el futuro
- 23.Sentido del humor
- 24.Espiritualidad, fe, sentido religioso

TOMA DE CONCIENCIA DE MIS LOGROS

- Piensa en cosas que hayas conseguido en tu vida
- Escribe una lista de 7 cosas que hayas conseguido en los últimos años
  (ej. ser menos tímida, ocuparme más de mí, llorar que nunca lo hacía, una amiga nueva, dejar de fumar, aceptar mi cicatriz, salir a pasear, ir a nadar, etc...).
- ¿Lo compartimos con el grupo?

Publicaciones y Divulgación Científica

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA



CONOCIENDO MI FÍSICO: EL SISTEMA LINFÁTICO

Vamos a pensar unos minutos en él y en sus funciones, ya que nos cuida silenciosamente

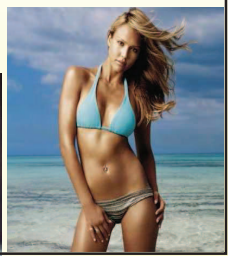
3. AUTOESTIMA Y ACTITUD POSITIVA: CONOCIÉNDOME MÁS A MÍ MISMA

REALIDAD Ó FICCIÓN

CONOCIMIENTO DE MI FÍSICO Y MIS POTENCIALIDADES

No es de extrañar que nuestra percepción de la belleza esté distorsionada Video

Y que nos sintamos invadidas por la "Belleza" Video



¿CUÁLES SON MIS FORTALEZAS?

- ¿CONOZCO bien mis fortalezas?
- ¿Reconozco cuáles son?
- ¿Las fomento y pongo en práctica?
- ACTIVIDAD:

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

REALIZAMOS NUESTRO ÁRBOL

Vamos a dibujar un árbol.
NUESTRO ÁRBOL DE LA AUTOESTIMA.

- ¿Qué es lo que mantiene el árbol con vida? ¿Qué le proporciona alimento y vitalidad?

LAS RAICES

SIN RAICES el árbol se debilitaría y no podría vivir. Si las raíces son fuertes, el árbol será fuerte.
Nuestras raíces son nuestras fortalezas, cualidades, virtudes…

REALIZAMOS NUESTRO ÁRBOL

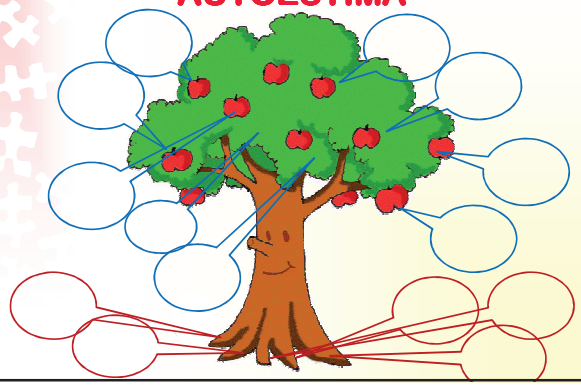
NUESTRO ÁRBOL DE LA AUTOESTIMA

- ¿Cuáles son las consecuencias de un árbol fuerte y vital?

LOS FRUTOS

Son todos los LOGROS que hemos conseguido a lo largo de nuestra vida

NUESTRO ÁRBOL DE LA AUTOESTIMA



Para que el árbol siga creciendo…

- ¿qué hay que hacer para que un árbol siga creciendo?
- ¿cómo hacemos para cuidarlo?
- ¿hay que regarlo? ¿hay que abonarlo? ¿cuánto tiempo hay que dedicarle?
- ¿cuáles son las plagas que pueden dañarlo?
- y si ya está dañado, ¿podemos hacer algo para curarlo?
- ¿se nota si un árbol está fuerte y vigoroso?
- ¿cómo son los frutos dependiendo del árbol?
- ¿sale un fruto y ya no salen más o sigue dando frutos?
- ¿se siente orgulloso el árbol de dar sus frutos?

¿cómo consigo que mi árbol siga fuerte y no se tambalee?

¿sabemos cómo cuidar nuestro árbol de la autoestima?

Necesitamos tener **claros nuestros derechos** como personas para poder defender nuestro árbol de tempestades o plagas.

¿cuáles son tus derechos?

LOS 7 DERECHOS BÁSICOS

- 1º. DERECHO A TENER
- 2º. DERECHO A SENTIR
- 3º. DERECHO A HACER
- 4º. DERECHO A AMAR Y SER AMADO
- 5º. DERECHO A DECIR Y A ESCUCHAR LA VERDAD
- 6º. DERECHO A VER
- 7º. DERECHO A SABER

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

LOS 7 DERECHOS BÁSICOS

- 1º. DERECHO A TENER: derecho a tener las necesidades básicas cubiertas, derecho a recibir lo necesario para la supervivencia.
- 2º. DERECHO A SENTIR: derecho a sentir cualquier emoción y a ser sensible, sin ser considerada débil.
- 3º. DERECHO A HACER: derecho a manifestar nuestra opinión, se nos enseña a obedecer, restringir nuestras capacidades, deseos…
- 4º. DERECHO A AMAR Y SER AMADA: el amor bajo condiciones nos limita y pone barreras al corazón.

LOS 7 DERECHOS BÁSICOS

- 5º. DERECHO A DECIR Y A ESCUCHAR LA VERDAD: ponemos restricciones a conversaciones por pudor o "no ser correctas", se nos critica por hablar, se nos traiciona revelando asuntos privados cuando contamos algo de confianza…
- 6º. DERECHO A VER: derecho a intuir, se trasgrede este derecho cuando quieren convencernos de algo que no es verdad o se nos niega algo evidente.
- 7º. DERECHO A SABER: derecho a la información, a recibir educación-conocimientos

DERECHOS DE LOS USUARIOS DE LA SANIDAD PÚBLICA DE ANDALUCÍA

- Recibir atención sanitaria en **condiciones de igualdad**
- Que se le ofrezca la **atención, las prestaciones y servicios** sanitarios disponibles
- Recibir información en **lenguaje comprensible** usted, sus familiares o allegados de todo lo relacionado con su proceso, incluyendo diagnóstico, tratamiento, pronóstico, tiempo previsible de estancia en caso de ingreso y alternativas de tratamiento.
- Recibir **información de los servicios** y prestaciones sanitarias a las que puede acceder y de los requisitos necesarios para su uso.
- Que se le **ofrezca información** sobre los programas de **prevención** y promoción de salud que se realicen en su centro de atención primaria.
- Que se le informe sobre aspectos de salud colectiva de especial interés, incidencia o riesgo.
- Que **se le reciba de forma personalizada** a su llegada a un centro sanitario y, en especial en el ámbito hospitalario.

DERECHOS DE LOS USUARIOS DE LA SANIDAD PÚBLICA DE ANDALUCÍA

- Recibir **información clara y comprensible ante tratamientos**, procedimientos quirúrgicos y pruebas diagnósticas que entrañen riesgos, antes de la obtención de su consentimiento por escrito.
- **Conocer, y autorizar previamente** y por escrito la actuación, cuando los procedimientos que se le realicen vayan a ser utilizados en un proyecto docente o de investigación que en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud.
- **Elegir entre las opciones que le presente su médico/a**, así como negarse a cualquier intervención sanitaria.
- **Estar acompañado/a por un familiar o persona de su confianza en todo momento** del proceso de atención sanitaria, siempre que las circunstancias clínicas lo permitan.
- Que se mantenga la **confidencialidad** de toda la información relacionada con su atención en cualquier centro sanitario; así como acceder a los datos personales obtenidos durante la misma.

DERECHOS DE LOS USUARIOS DE LA SANIDAD PÚBLICA DE ANDALUCÍA

- Que quede **constancia escrita** o en soporte técnico adecuado de su proceso, guardando la **información en su historia clínica**.
- **Acceder a su historia clínica**, mediante los procedimientos establecidos.
- **Recibir un informe de alta** al finalizar su estancia en una institución hospitalaria.
- Que se **extienda un certificado acreditativo de su estado de salud**.
- Que se le **asigne un médico/a** y un centro **de atención primaria** para atenderle, si bien **puede optar por elegir otro** profesional y centro.
- **Elegir médico/a de familia** y pediatra entre los existentes en su municipio.
- **Elegir médico/a especialista para consultas**, así como a **recibir atención por el mismo especialista** durante su proceso.
- **Elegir Hospital**, dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía, si se encuentra pendiente de una intervención quirúrgica.
- Disponer de una **segunda opinión médica sobre su proceso**, en los términos en que esté establecido.

DERECHOS DE LOS USUARIOS DE LA SANIDAD PÚBLICA DE ANDALUCÍA

- Conocer el nombre y la función de los profesionales que le atienden
- Ser intervenido quirúrgicamente **dentro del plazo establecido** en la normativa vigente para cada uno de los procedimientos en el Sistema Sanitario Público.
- **Recibir atención sanitaria en un tiempo adecuado** según el proceso, así como a que se le ofrezca información sobre los plazos de respuesta en consultas, pruebas diagnóstica e intervenciones quirúrgicas para los diversos procesos.
- **Disponer de la Carta de Derechos y Deberes** en todos los centros sanitarios. También tiene derecho a presentar reclamaciones y sugerencias y a recibir respuesta en los plazos establecidos.
- Participar en el sistema sanitario público a través de los Consejos de Salud de Área y a expresar su opinión …
- Que se realicen todas las acciones oportunas que, junto a la atención a su proceso, tengan como fin reducir y **paliar el sufrimiento y el dolor**
- Que se tengan en cuenta las **voluntades anticipadas**, manifestadas mediante el procedimiento establecido.

Derechos asertivos

1. Derecho a ser tratada con respeto y dignidad
2. Derecho a tener y expresar opiniones y sentimientos
3. Derecho a ser escuchada
4. Derecho a decir NO, sin sentir culpa
5. Derecho a tomar mis propias decisiones
6. Derecho a cambiar
7. Derecho a cometer errores
8. Derecho a ser independiente

Derechos asertivos

9. Derecho a pedir información
10. Derecho a disfrutar y gozar
11. Derecho a pedir lo que quiero, sabiendo que los demás pueden decirme NO.
12. Derecho a mi descanso, a mi aislamiento
13. Derecho a superarme, aunque supere a los demás
14. Derecho a tener éxito

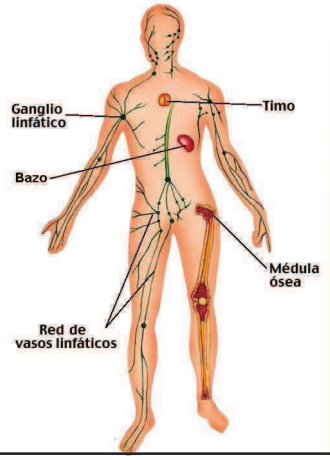
DERECHOS…….DERECHOS

- ¿Sabíamos que teníamos tantos derechos? ¿somos conscientes de ellos?
- ¿Tenemos en cuenta cada uno de nuestros derechos cada día? ¿son parte de nuestras vidas?
- ¿sabemos que los demás tienen también esos derechos?
- ¿llevamos a cabo las acciones oportunas cuando trasgreden nuestros derechos? ¿o nos quejamos luego al que tenemos al lado?

TAREA PARA CASA

¿cuál de los derechos es el que más te hace falta reforzar?

- ¿cuál es el que mejor llevas a la práctica?
- ¿qué situaciones hacen que se vulneren tus derechos?
- **Tarea**: escribe 2-3 situaciones en las que te sea difícil mantenerlos.



CONOCIENDO MI FÍSICO: EL SISTEMA LINFÁTICO

MOMENTO INTERIOR

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

4. AUTOESTIMA Y FORTALEZAS

AUTOESTIMA FORTALEZAS Y FAMILIA

DINÁMICA: ETIQUETAS

"La autoestima no se da, se adquiere"

Aprendemos a querernos desde pequeñas

JUGUEMOS A LOS ESPEJOS

¿te pareces a alguien de tu familia?

Publicaciones y Divulgación Científica

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

¿CÓMO SE VA DESARROLLANDO LA AUTOESTIMA?

A través de los padres u otras personas cercanas, que son el **espejo** donde los hijos se reflejan

Los hijos pequeños **admiran** y quieren ser lo que son sus padres

¿CÓMO SE VA DESARROLLANDO LA AUTOESTIMA?

- Las expectativas positivas de los padres influyen positivamente en el niño
- Las expectativas negativas también.

Es *la profecía autocumplida:* lo que una persona espera de sí misma puede condicionarla influyendo en su conducta

cuento

¿CÓMO SE VA DESARROLLANDO LA AUTOESTIMA?

Los padres son como un espejo, los niños aprenden a valorarse según se sienten valorados por sus figuras significativas

LA FAMILIA, ESPEJO DONDE NOS MIRAMOS

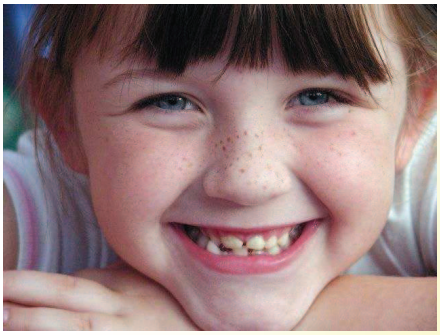
¿Qué querías ser de mayor?

- Imagina lo que **soñabas** cuando eras pequeña
- Visualiza lo que te hacía **ilusión**
- Recuerda a lo que **jugabas** cuando eras pequeña.

Érase una vez una niña pequeña…

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

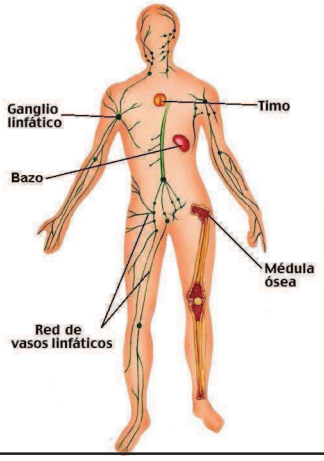
Felicidad e ilusión



Felicidad e ilusión

PRÓXIMA SEMANA: AUTOESTIMA Y FORTALEZAS

-Podemos TRAER una FOTO de cuando éramos pequeñas (5-7 años)



CONOCIENDO MI FÍSICO: EL SISTEMA LINFÁTICO

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

¿para qué sirve la inteligencia emocional?

Para **adaptarnos** a la vida y tener más probabilidades de **sentirnos satisfechas y felices.**

¿cuáles son las emociones?

Felicidad

Amor
Interés
Ira
Hostilidad
Alegría
Asco
Vergüenza
Orgullo

Humor
Sorpresa
Ansiedad
Miedo
Tristeza
Angustia
Rabia
Dolor

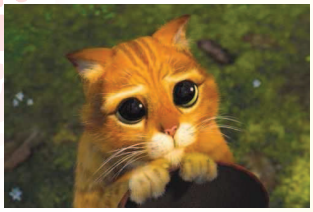
La expresión de las emociones es universal

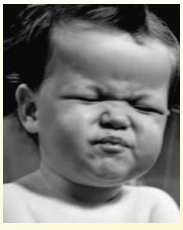
Hay emociones primarias, existen y se reconocen en **todos** los humanos del mundo:

alegría, tristeza, enfado-ira, miedo, sorpresa, asco

MÁS SOBRE EMOCIONES...

- La emoción se desarrolla antes que la cognición y la conducta





- La emoción influye en la atención y por tanto en el aprendizaje y la memoria

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Autobiografía emocional:

1. **Reflexiona** sobre tu biografía emocional, piensa en momentos muy significativos de tu vida.
2. **Anótalos:**
3. ¿Qué ocurrió?
4. Cuándo sucedió?
5. ¿Qué sentiste?

Expresión de algo positivo que te haya sucedido

- Reflexiona sobre algo positivo que te ha pasado en la vida
- Ahora, exprésalo al grupo:

1) Pon "**Yo**", "**A mí**" delante cuando hablas
2) Utiliza verbos y adjetivos suficientes,
3) Expresa también con el cuerpo, la cara,
4) Utiliza símbolos, metáforas y
5) Exagera la expresión

El encuentro con la niña

TRABAJAR LAS EMOCIONES NEGATIVAS SUPERADAS

¿qué es lo que has conseguido superar?

¿cómo lo has llegado a superar?

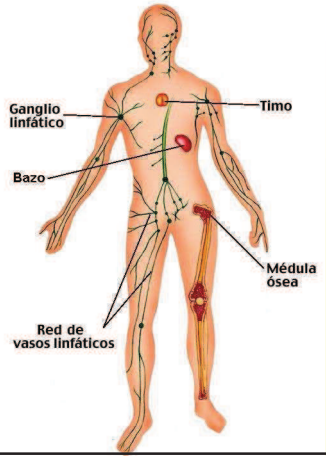
PRÓXIMA SEMANA:

El próximo día trabajaremos nuestra autoestima a través del aprendizaje.

Para ello, NECESITAREMOS:

-TRAER relleno las preguntas sobre cuestiones familiares

- TRAER el **dibujo** de nuestro cuento



CONOCIENDO MI FÍSICO: EL SISTEMA LINFÁTICO

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

6. AUTOACEPTACIÓN

Solemos sustentar nuestra valoración personal en las demás personas

¡¡error!!

- Si los demás están de buen humor, serán simpáticos con nosotras = seremos valiosas
- Si los demás están de mal humor, serán groseros con nosotras = no seremos valiosas

Solución: aceptémonos como somos sin depender de los demás

Cualquiera *preferiría* caerle bien a **todo el mundo** y recibir siempre un trato amable, pero **NO podemos basar** nuestro **valor** como personas sobre las acciones de los demás porque son impredecibles para nosotras

Aceptación

Aceptar significa **reconocer** los hechos **SIN JUICIOS DE VALOR**. No significa aprobación.

"Aceptar tener gafas no es ni mejor ni peor que no tenerlas"

Publicaciones y Divulgación Científica

UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Aceptación

Para aceptarnos, primero debemos conocernos y valorarnos

1.Lo que se pueda cambiar, intentar cambiarlo

2.Lo que no se pueda cambiar, aprender a quererlo

Aceptación

1.SE PUEDE CAMBIAR: intentar cambiarlo significa marcarnos objetivos a corto plazo para llegar al cambio.

Ej: ser menos tímida: puedo aprender técnicas de asertividad y ponerlas en práctica en situaciones adecuadas

Aceptación

2. NO SE PUEDE CAMBIAR: aprender a quererlo significa darle el valor preciso, cuidarte, perdonarte, escucharte, admirarte.

Ej: mejorar mi imagen corporal, eligiendo ropa que me favorezca, maquillándome según mis rasgos…

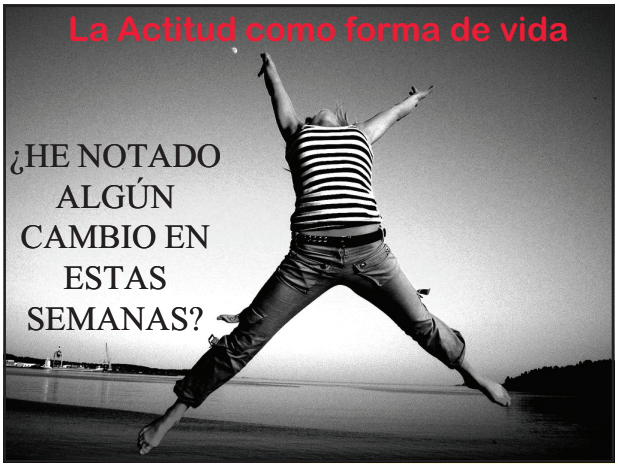
Aceptación

1. Si aceptara más mis sentimientos…
2. Si aceptara más las cosas que he hecho o han pasado…
3. Si aceptara más mi cuerpo…
4. Lo bueno de aceptarme sería…
5. Comienzo a darme cuenta de que…
6. Antes no aceptaba…….pero ahora me he dado cuenta de que…

Recuerda que *si no quieres no tienes por qué entrar en conflicto con otra persona, hay personas que se aprovechan de las demás para descargar su ira, cólera, energía negativa…*

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

7. ACTITUD POSITIVA



Actitudes

La actitud que podemos tener en cada momento nos afecta a los tres planos de la persona

Emociones

Conductas

Pensamientos

- Video

ANALICEMOS LA ACTITUD...

- ¿Qué edad tiene el niño? ¿qué es lo que hace?
- ¿lo hace por 1ª vez o lo sabe de antes?¿qué ha aprendido? ¿se puede aprender desde tan pequeños?
- ¿qué pretende el niño con esa actitud?
- ¿cuál es la actitud de la madre? ¿cómo se comporta la madre?
- ¿qué pasaría si hubiera hecho otra cosa en vez de esa conducta?

ANALICEMOS LA ACTITUD...

- ¿qué pasará cuando sea mayor si el niño sigue con esa actitud?
- ¿qué conductas/pensamientos/emociones tendrá de adulto si sigue en esa actitud?
- ¿Reconoces esta actitud a tu alrededor?
- ¿reconoces que en ocasiones tengas esa actitud en ti misma?¿es buena para ti?
- ¿cómo eras tú de pequeña? ¿han influido en ti como adulta ciertas actitudes tuyas o de personas cercanas?

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

¡¡¡AY QUÉ LASTIMA, POBRECITA!!!

O tas

Si dad

S go

¿y la ESTIMA de nuestros padres?

- ¿Cómo era la vida de mis padres cuando yo era pequeña?
- ¿Alguien enseñó a mi madre a cuidarse y quererse?¿De quién aprendieron?
- ¿Cómo me trataban a mí? ¿Alguien enseñó a mi madre a cuidarme?
- ¿Cómo se sentían mis padres cuando yo era pequeña?

Sanemos las heridas internas…

- Hago un dibujo de mí misma de cuerpo entero.
- Señalo las partes heridas en ella
- Sano mis heridas: ¿qué podría haber pasado para sanar mi herida?
- Hacemos aquello que no ocurrió en aquel momento
- ¿puedo perdonarme esa herida/ese momento?
- ¿puedo afirmar que gracias a eso, soy YO hoy?
- ¿soy Yo todo el tiempo?

Me es imposible vivir sin mí, olvidarme de mí

Sanemos las heridas internas…

¿Demuestras tu cariño hacia ti misma?

Actitudes reflejadas

- Cojo el espejo
- Me miro a MÍ MISMA
- ¿cómo reacciono ante mi reflejo en el espejo?
- ¿me gusta lo que me devuelve el espejo?
- ACTIVIDAD: LOS ESPEJOS POSITIVOS
- Compartimos la lectura de amor

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

8. ACTITUD POSITIVA: TOMANDO DECISIONES

TOMANDO DECISIONES

EL JUEGO DE LAS NO DECISIONES

Toma de decisiones

- EL JUEGO DE LAS NO DECISIONES
- OBJETIVO: Darnos cuenta de que …
  - tomamos decisiones continuamente
  - somos LIBRES de elegir todas y cada una de nuestras decisiones
  - aquello que decidimos tiene consecuencias que son RESPONSABILIDAD mía.

Toma de decisiones

- EL JUEGO DE LAS DECISIONES
- OBJETIVO:
  - tomamos decisiones continuamente
  - somos LIBRES de elegir todas y cada una de nuestras decisiones
  - aquello que decidimos tiene consecuencias que son RESPONSABILIDAD mía
  - NADIE TE OBLIGA a hacer aquello que TÚ HAS DECIDIDO (si te dejas manipular con chantajes, asume las consecuencias del mismo).

Derechos asertivos

1. ***Derecho a ser tratada con respeto y dignidad***
2. ***Derecho a tener y expresar opiniones y sentimientos***
3. ***Derecho a ser escuchada***
4. ***Derecho a decir NO, sin sentir culpa***
5. ***Derecho a tomar mis propias decisiones***
6. ***Derecho a cambiar***
7. ***Derecho a cometer errores***
8. ***Derecho a ser independiente***

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Derechos asertivos

9. Derecho a pedir información
10. Derecho a disfrutar y gozar
11. Derecho a pedir lo que quiero, sabiendo que los demás pueden decirme NO.
12. Derecho a mi descanso, a mi aislamiento
13. Derecho a superarme, aunque supere a los demás
14. Derecho a tener éxito

DERECHOS.....DERECHOS

- ¿Qué derecho es el que más te cuesta llevar a cabo?
- Saca tu ejemplo de situación donde no se cumple el derecho.
- ¿por qué no se cumple tu derecho?
- ¿Cuáles son las consecuencias de su incumplimiento? ¿cómo te sientes después?
- ¿Cómo puedes cumplirlo? ¿cómo te sentirías si lo cumples la próxima vez?

¿Pero cómo se toma una decisión?

Para tomar una decisión hay que plantearse las consecuencias que puede tener tomar o no esa decisión:

CONSECUENCIAS DE TOMAR LA DECISIÓN		CONSECUENCIAS DE NO TOMAR LA DECISIÓN	
VENTAJAS	DESVENTAJAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.

Posteriormente los valoro poniéndoles +, ++, +++ dándoles así importancia

¿Pero cómo se toma una decisión?

EJEMPLO: VENIR AL TALLER DE ACTITUD +

CONSECUENCIAS DE TOMAR LA DECISIÓN		CONSECUENCIAS DE NO TOMAR LA DECISIÓN	
VENTAJAS	DESVENTAJAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Puntos totales ventajas de sí: 12 4. Aprender de otras compañeras+ 5. Reírme ++ 6. Relacionarme con las compañeras+	Puntos totales desventajas de sí: 10 ++ 3. Tener que llevar a la práctica lo que aprendo+++ 4. Que me afecte algo negativo de otra+++ 5. Pasar calor+	Puntos totales ventajas de no: 6 tiempo para otros menesteres+ 4. No tener compromisos /obligaciones ++	Puntos totales desventajas de no: 10 dándole vueltas a los mismos temas sin avanzar+++ 3. No conocerme a mí misma+++ 4. No darle verdadero sentido a la vida++

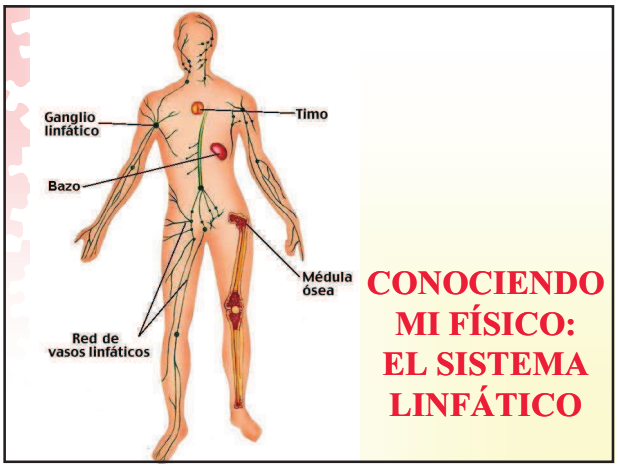
Reforzando tus decisiones

-Plantea alguna decisión que tienes o has tenido que decidir últimamente
-Escríbela en tu libreta

-Practica con las compañeras!!!

TOMANDO DECISIONES

JUEGO: SIENTE EL APOYO



CONOCIENDO MI FÍSICO: EL SISTEMA LINFÁTICO

9. ACTITUD POSITIVA: COMUNICÁNDONOS MEJOR

DESARROLLO DE NUESTRAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Es muy importante saber cómo comunicarnos con los demás para estar <u>seguras</u> de nuestras decisiones:

- **Cómo/ qué escuchar**
- **Cómo pedir un cambio a alguien**
- **Cómo decir NO**
- **Cómo hablar de lo que te interese**

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

LO QUE SE SUELE HACER AL RESOLVER CONFLICTOS CON LOS DEMÁS

1.Resolvemos cediendo y reprochando: aguantando el tirón el otro aprende a escuchar las quejas y hace lo que quiere

2.Hacemos como que no pasa nada: se pierde la oportunidad de resolverlo y acumulamos hasta explotar

LO QUE SE SUELE HACER AL RESOLVER CONFLICTOS CON LOS DEMÁS

3.Castigamos al otro para que cambie: los castigos no cambian y acumulamos tensión

4.Somatizamos el problema: nos autoculpamos y nos sentimos peor.

ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR CONFLICTOS CON LOS DEMÁS DE FORMA POSITIVA:

1.Clarifica los distintos puntos de vista: míralo desde la distancia

2.Busca una solución que os beneficie a los 2

3.Genera soluciones cooperativas: somos 2 en 1conflicto, no 2 enemigos frente a frente

ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR CONFLICTOS CON LOS DEMÁS DE FORMA POSITIVA:

3.Prevé la evolución de la solución: si hacemos esto, ¿después qué?

4.Valora si hace falta un mediador: no siempre somos autosuficientes

5.Intenta prevenir conflictos futuros

Cómo escuchar / aceptar una crítica

1º observar si la persona que me hace la crítica es alguien **importante para mí**
2º observar si la crítica es **objetivamente verdad** o no lo es.

	Persona no importante	*Persona importante*
Crítica no real no objetiva	NO SE HACE CASO	NO SE HACE CASO
Crítica real objetiva	ME PENSARÉ LA CRÍTICA	SE ACEPTA LA CRÍTICA

Cómo aceptar una crítica

Es importante saber ***diferenciar*** si la crítica se debe aceptar o no:
→ si la crítica la dicen en el momento adecuado, y cómo se dice.

¿aceptamos como críticas otro tipo de comentarios (faltas de respeto, expresión de emociones negativas que se dicen para desahogarse)?

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Cómo aceptar una crítica

Para aceptar las críticas deben decirse por una persona que te importe,
que sea algo objetivo y en el momento adecuado

Hay que aprender a diferenciar lo que es y lo que no es una crítica

Preparativos para escuchar una crítica

1. Entender que el otro tiene derecho a quejarse
2. No podemos obtener la aprobación de TODO lo que hacemos por TODO el mundo
3. Identificar los sentimientos de la otra persona
4. Identificar nuestras señales de ansiedad

Pasos para escuchar una crítica

1. **Escuchar** activamente
2. **Preguntar** o pedir aclaraciones (qué, cómo, cuándo, dónde…)
3. **Resumir** lo que el otro nos ha dicho
4. **Empatizar** con la otra persona
5. **VALORAR** la crítica: aceptarla si es conveniente, negarla si no lo es
6. Dar **ALTERNATIVAS** de cambio o mejora

Cómo pedir cambios de comportamiento

1. **Describir** el comportamiento
2. **Expresar** cómo me afecta
3. **Consecuencias negativas**
4. **Empatizar**
5. **Implicarse**
6. Pedir soluciones dando **alternativas**
7. **Refuerzo** a la escucha

DIFERENCIAS ENTRE MENSAJES YO vs. MENSAJES TÚ

-expresan mi opinión -me responsabilizan a mí -abre la puerta a otras opciones -facilitan la negociación -promueven la disposición al cambio -no evalúan negativamente al otro	-expresan una crítica -responsabilizan al otro -cierra la puerta a otras opciones -impiden la negociación -niegan la disposición al cambio -atacan negativamente al otro
EJEMPLOS -no estoy de acuerdo con… -puede que yo haya hecho/dicho… -yo podría intentar… -qué te parece que yo… -estoy dispuesta a hacer… -a mí me parece que… -a lo mejor yo he …	EJEMPLOS -estás equivocada en… -por tu culpa … -me sacas de quicio cuando tú… -tú siempre haces/dices… -es que tú… -me pones negra cuando tú… -es que tú siempre estás igual con…

Cómo pedir cambios de comportamiento:

1. Describe el comportamiento:"ayer cuando dijiste…" "antes cuando…"
2. Expresa cómo te afecta: "me molesta porque…" "me sentó mal…"
3. Consecuencias negativas: "me pasó que…"
4. Empatiza: "comprendo que…"
5. Implícate: "quizás yo puedo hacer…"
6. Pide soluciones y da alternativas "¿qué te parece si…?" "podríamos…"
7. Refuerza la escucha: "me alegro de haberlo aclarado" "gracias por…"

Publicaciones y Divulgación Científica

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

EJEMPLO:

1. Antes cuando me has contestado mal
2. Me he sentido molesta contigo…
3. Y me ha dolido …
4. Comprendo que has podido tener un mal día…
5. Quizás yo te contesté dura…
6. Así que seré más suave hablándote la próxima vez y tú me hablas con más calma
7. Me alegro de haberlo aclarado, es fácil solucionar asuntos contigo

EJEMPLO 3:

AHORA TÚ …

1. Describe el comportamiento
2. Expresa cómo te afecta
3. Consecuencias negativas
4. Empatiza
5. Implícate
6. Pide soluciones y da alternativas
7. Refuerza la escucha

Recuerda que *si no quieres no tienes por qué entrar en conflicto con otra persona, hay personas que se aprovechan de las demás para descargar su ira, cólera, energía negativa…*

10. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS: decir NO

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

LO QUE SE SUELE HACER AL RESOLVER CONFLICTOS CON LOS DEMÁS

1.Resolvemos cediendo y reprochando: aguantando el tirón
el otro aprende a escuchar las quejas y hace lo que quiere

2.Hacemos como que no pasa nada: se pierde la oportunidad de resolverlo y acumulamos hasta explotar

LO QUE SE SUELE HACER AL RESOLVER CONFLICTOS CON LOS DEMÁS

3.Castigamos al otro para que cambie: los castigos no cambian y acumulamos tensión

4.Somatizamos el problema: nos autoculpamos y nos sentimos peor.

ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR CONFLICTOS CON LOS DEMÁS DE FORMA POSITIVA:

1.Clarifica los distintos puntos de vista: míralo desde la distancia

2.Busca una solución que os beneficie a los 2

3.Genera soluciones cooperativas: somos 2 en 1conflicto, no 2 enemigos frente a frente

ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR CONFLICTOS CON LOS DEMÁS DE FORMA POSITIVA:

3.Prevé la evolución de la solución: si hacemos esto, ¿después qué?

4.Valora si hace falta un mediador: no siempre somos autosuficientes

5.Intenta prevenir conflictos futuros

Derecho a decir *No sin sentir culpa*

¿tenemos derecho a decir NO sin sentirnos culpables?

¿por qué la gente acude siempre a mí y no a otra persona?

¿te NIEGAN cosas a ti?
¿qué pasa entonces?

Para Decir NO: DISCO RAYADO

Para responder a una petición y NEGARNOS asertivamente sin que nos sintamos mal, hay que repetir, repetir, repetir, repetir, repetir, repetir la misma frase:
"no, no suelo prestar…"
Sin alterar el tono de voz

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ESTRATEGIAS PARA DECIR NO

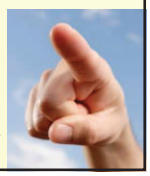
Usar SIEMPRE el mismo tono de voz
Repetir SIEMPRE la misma frase
NO PONER EXCUSAS

PRACTICA:
¡¡di nooo!!!

La enemiga de la autoestima: la crítica hacia ti misma

Todos tenemos automensajes, porque somos seres **reflexivos**: los vamos interiorizando porque los recibimos de nuestras figuras de apego.

Además, todos tenemos un juez interior que activa los automensajes negativos.



Cómo escuchar / aceptar una crítica

1º observar si la persona que me hace la crítica es alguien **importante para mí**
2º observar si la crítica es **objetivamente verdad** o no lo es.

	Persona no importante	*Persona importante*
Crítica no real no objetiva	NO SE HACE CASO	NO SE HACE CASO
Crítica real objetiva	ME PENSARÉ LA CRÍTICA	SE ACEPTA LA CRÍTICA

La enemiga de la autoestima: la crítica hacia ti misma

1. Hay que DETECTAR los automensajes negativos que provoquen malestar
2. Hay que CUESTIONAR la REALIDAD de esos mensajes
3. Hay que SUSTITUIRLOS por otros más objetivos y racionales.

La enemiga de la autoestima: la crítica hacia ti misma

1. ESCRIBE algunos automensajes negativos que te provocan malestar
2. **¿REALMENTE y SIEMPRE es verdad lo que dicen tus mensajes negativos?**
3. PIENSA Y ESCRIBE OTRO MENSAJE más objetivo y racional, REAL.

La enemiga de la autoestima: la crítica hacia ti misma

Tendemos a catastrofizar, a ser inflexibles con nosotros mismos

¿qué beneficio nos aporta?

si no te cuidas tú, ¿quién te va a cuidar?

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

11. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS: comunicación emocional

¿Qué son las emociones?

Las emociones son reacciones primarias y complejas que producen cambios en el organismo temporalmente

¿cuáles son las emociones?

Felicidad

Amor
Interés
Ira
Hostilidad
Alegría
Asco
Vergüenza

Humor
Sorpresa
Ansiedad
Miedo
Tristeza
Angustia
Rabia

Orgullo
Dolor

¿para qué sirven las emociones?

- **Función adaptativa:** facilitan el ajuste al entorno
- **Función social:** nos comunicamos, las emociones se ven en la cara, influyen en los otros
- **Función motivacional:** nos ayuda a hacer cosas.

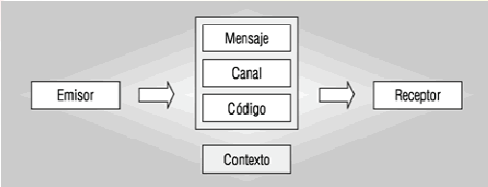
Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

TÉCNICAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EMOCIONAL

VENTAJAS DE LA BUENA COMUNICACIÓN EMOCIONAL

1º.- Alivio de síntomas desagradables

2º.- Trasmitir adecuadamente el mensaje



TÉCNICAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EMOCIONAL

VENTAJAS DE LA BUENA COMUNICACIÓN EMOCIONAL

3º.- La comunicación eficaz entre dos personas se produce cuando el receptor interpreta el mensaje en el sentido que pretende el emisor.

4º.- Posibilidad de solucionar el problema

5º.- En un Lugar tranquilo y de confianza puedo expresarme mejor

TÉCNICAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EMOCIONAL

- **Conectar con nuestras emociones,** reconocerlas y gestionarlas. Lo importante es conectar con mi emoción e identificarla.
- **Conectar con las emociones del otro,** aprendiendo a interpretar la situación de distintas maneras, buscando alternativas.

- Si pensase que es por mi culpa, porque hice algo malo o me tienen manía, mi reacción será: con sumisión, o resentimiento y agresividad.
- Si intento entender por qué se siente así la otra persona: puedo entender que ha descargado su rabia conmigo.

TÉCNICAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EMOCIONAL

- **Hablarle al otro de mis sentimientos,** de cómo me ha afectado su conducta hacia mí, sin acusarle.
- Dejar que **se enfríe la emoción**, y luego explicar cómo me sentí ante su conducta, preguntarle qué le sucedió.
- **No reprimir nuestras emociones.** Expresar nuestros sentimientos a la persona adecuada, en el momento adecuado y de la forma adecuada.
- No es saludable que reprima mi rabia. Tampoco es adecuado hablar en el momento con tanta rabia de ambas personas.
- **No adivinar los sentimientos del otro.** Sucede muchísimo en las parejas.
- Hay que proponer tu deseo sin anticiparte a lo que el otro piense.

Emociones y cáncer de mama

La autoestima se tambalea porque...

- El pecho es **símbolo de feminidad y belleza.**
- **Todo lo que conlleva el cáncer**: son **cambios** que no has elegido...
- Tienes muchas **Emociones negativas**: ira, rabia, impotencia, miedo, tristeza fracaso, injusticia, desesperanza...
- Si antes no tenías buena autoestima, ahora es aún más débil...

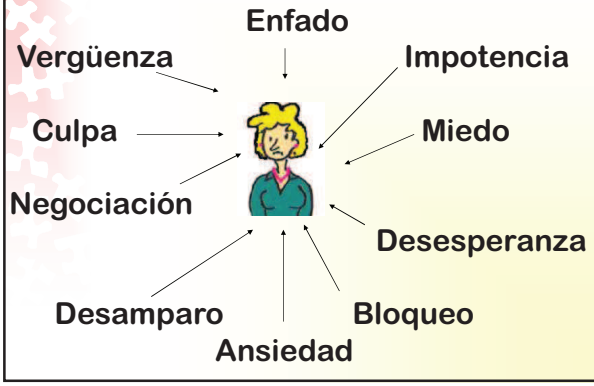
Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

EMOCIONES Y CÁNCER DE MAMA

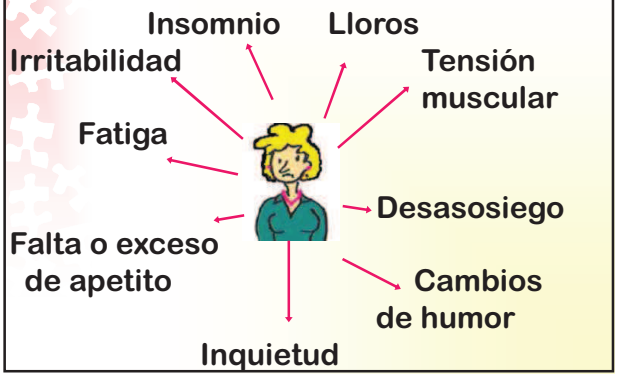
PRIMERAS EMOCIONES Y REACCIONES ESTRESANTES:

- **Incertidumbre** ante la espera del resultado de las pruebas
- **Preocupación** por el diagnóstico
- **MIEDO**

FASES DE LA ADAPTACIÓN AL CÁNCER
EMOCIONES MÁS FRECUENTES



Respuestas físicas debidas a las emociones:



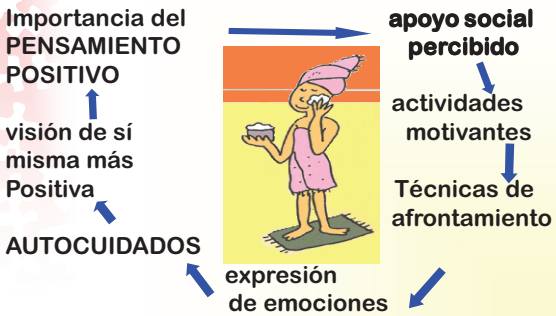
¡Importante!

Darse tiempo para asimilar el diagnóstico

DISTINTAS REACCIONES EMOCIONALES TRAS DEL TRATAMIENTO:

- Feliz de haber terminado
- sentimientos de abandono
- sensación de amenaza de la enfermedad
- sentimientos depresivos
- presión del entorno
- baja autoestima
- **CAMBIOS EN OBJETIVOS VITALES**

ESTRATEGIAS A SEGUIR DURANTE EL TRATAMIENTO



Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Cambiando mi punto de vista…

Vamos a analizar una situación concreta:

El cáncer de mama

1. Analizo cómo he vivido el diagnóstico y proceso
2. Destaco **los puntos fuertes y débiles** que he tenido en este camino
3. Escribo los **recursos** que he tenido en todo el proceso
4. Destaco **las fortalezas** que he desarrollado tras el cáncer de mama
5. Destaco lo que he **conseguido** hasta hoy

Optimista y segura de mí misma

Hemos analizado una situación concreta:

El cáncer de mama

Cualquier mujer que está empezando este camino, quiere saber cuáles han sido TUS RECURSOS POSITIVOS para saber ella cuál es el mejor camino a seguir

SIGO ADELANTE…

VIDEO

¿me da miedo tomar decisiones?

¿reconozco mis inseguridades ante las decisiones importantes en mi vida?

¿reconozco que he sido **decidida/hábil/eficaz** en muchas ocasiones?

¿le doy **valor** a lo que he conseguido/he sido a lo largo de mi vida?

¿reconozco y me siento **satisfecha** de mis propios méritos y lo aprendido de mis errores?

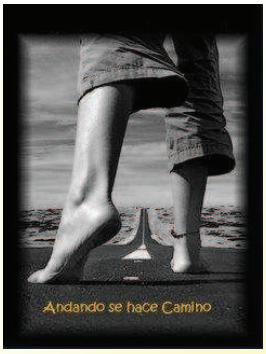
PLANTEANDOME METAS A CORTO PLAZO…

Si me mantengo firme en mis decisiones y metas:

→me sentiré más segura de mí,

→ más contenta conmigo,

→ más satisfecha e ilusionada con mi futuro.



Publicaciones y Divulgación Científica

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

12. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS:

Reflexiona:

1. *¿qué situaciones te hacen sentir insegura o son las que más te cuestan?*
2. *¿hay personas que te hacen sentir mal o que te cortan o inhiben?*
3. *¿qué hace que en unas situaciones te sientas bien y en otras no?*
4. *¿Cómo te sientes cuando no eres hábil socialmente?*

El que nos sintamos respetadas depende en parte de que tengamos dos cosas:

1.HABILIDADES para responder correctamente
2.CONVICCIONES o esquemas mentales que nos hagan sentir bien con nosotras mismas

Por ejemplo: ante esta situación: una persona que te dice "¡¡¡Vaya, contigo quería yo hablar, ¿qué es eso que dices de mí que soy una vaga y que no hago nada?!!!"

- *Una persona con habilidades y segura diría: "pues no, te has equivocado", o "sí, lo he dicho, y voy a explicarte por qué" sin darle mayor importancia*
- *Una persona insegura o son habilidades adecuadas diría: "Nooo… de verdad, es que…" o "no sé… quizá dije algo que…" y se sentirá mal por un buen rato.*

Para hacer bien una crítica

Siempre es mejor empezar diciendo algo positivo de la otra persona, para luego decirle lo que nos molesta, y repetir otra vez lo positivo.

Técnica del sándwich

Para hacer una crítica sin molestar:

1. ***Se dice algo bueno de lo que se va a criticar***
2. ***Se hace la crítica***
3. ***Se vuelve a decir otra cosa buena de lo ocurrido***

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Técnica del sándwich

Para hacer una crítica sin molestar: EJEMPLO

1.Me gusta mucho la sopa,
2. Está un poco sosa
3. Pero es muy sabrosa

ACTITUD POSITIVA: CAMBIO DE TEMA

Los temas de conversación se pueden dirigir a asuntos interesantes o degenerar en algo que no te agrade.

CUANDO no te gusta el tema del que se está hablando,

PUEDES proponer **cambiar de tema**:

-Sacando un **tema interesante** para todas
-Hablando de alguna ***noticia de actualidad***
-PIDIENDOLO directamente
-Halagando a la persona
-SIEMPRE con un tono de voz AGRADABLE

¿podemos MANTENER la actitud positiva en las conversaciones?

PRACTICANDO:
¡¡Cambia de temaaaa!!!

¿Podemos influir sobre el contexto que nos rodea?

PRACTICANDO:
¡¡pensando
sintiendo
hablando
en positivo!

RECIBIR UN HALAGO

¿por qué nos hacen halagos?
¿le quitamos importancia a los halagos?
¿qué pretende la otra persona cuando nos halaga?

RECIBIR UN HALAGO

Pasos para recibir un halago:

1. Escuchar activamente
2. Agradecer el halago
3. Reforzar al que halaga

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

RECIBIR UN HALAGO

Pasos para recibir un halago:
EJEMPLO: ¡qué bien te sienta esa camiseta!

1. ***Escuchar activamente***
2. ***"Muchas gracias, me alegro que te guste…***
3. ***…Y que me lo digas."***

Si no te cuidas tú, ¿quién te va a cuidar?

EL JUEGO DE LOS ALARDES

1. ¿Cómo te sientes al compartir alardes con el grupo?
2. ¿ Cuáles alardes parecieron más fáciles y más difíciles?
3. ¿ Fue más fácil compartir con algunas personas que con otras?
4. Cómo te has sentido: ¿orgullosa?, ¿como un ensayo?, ¿con vergüenza?, ¿con gusto?

5. ¿**te has creído lo que decías**?
6. ¿Cuales fueron las reacciones de las demás ante tus demostraciones? ¿cómo te han afectado?
7. ¿Cómo te has sentido durante la experiencia, y cuáles son tus sentimientos ahora?

ABRAZA Y QUE TE ABRACEN

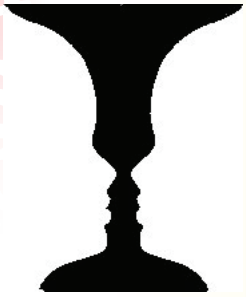
- Los abrazos reconfortan

¿has abrazado ya hoy?

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

13. ACTITUD POSITIVA: SEGURA Y OPTIMISTA

Cambiando hacia una actitud positiva…



Cambiando hacia una actitud positiva…

Resaltando mis Fortalezas

Humanidad: *Fortalezas interpersonales que implican cuidar y ofrecer amistad y cariño.*

- **Amor: hacia mí misma y los demás en general:** todos somos únicos, todos merecemos respeto y admiración, amor y ternura.
- **Simpatía, amabilidad, generosidad:** si comienzo el día con una sonrisa, más amabilidad y simpatía se me devolverán.
- **Inteligencia emocional, personal y social:** Ser consciente de las emociones y sentimientos tanto de una misma como de los demás, saber cómo comportarse en las diferentes situaciones sociales, tener empatía.

Resaltando mis Fortalezas

Trascendencia: *Fortalezas proveen de significado la vida.*

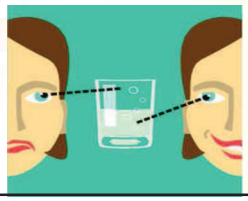
- **Apreciación de la belleza y la excelencia:** Saber apreciar la belleza de las cosas, del día a día.
- **Gratitud:** Ser consciente y agradecer las cosas buenas que nos pasan.
- **Esperanza, optimismo, proyección hacia el futuro**: Esperar lo mejor para el futuro. Creer que un buen futuro es algo que está en nuestras manos conseguir.
- **Sentido del humor:** Gustar de reír y gastar bromas, sonreír con frecuencia, ver el lado positivo de la vida.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Cambiando de perspectiva…

Puedo ser una mujer feliz!!!

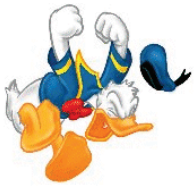
Tener actitud positiva consiste en cambiar a pensamientos para que me sienta mejor cuando tengo pensamientos que me hacen sentir mal

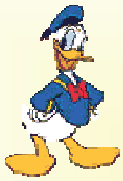


¿medio lleno o medio vacío?

ÚLTIMAS PRÁCTICAS ….

Entre todas vamos a buscar aspectos positivos a situaciones que en principio parecen ser negativas.





RECUERDA:

Tú eliges las personas con las que quieres estar, y la actitud que quieras tener.

Podemos ver las situaciones como amenazantes, o como oportunidades de experiencia.

RECUERDA QUE…

Eres ni más ni menos que una persona única, irrepetible, y falible, digna del respeto de los demás y de ti misma.

La vida es muy corta. aprovecha cada momento, valora tus habilidades, benefíciate de lo que te rodea, disfruta de las personas que te quieren,

Y sonríe!!!

Publicaciones y Divulgación Científica
UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Cambiando de perspectiva…

- ¿Qué me hace ilusión?
- Voy a plantear un cambio en mi vida donde incluir diversión, sentido del humor, risas, **un futuro optimista**

Prop sito en la vida
Mi plan de futuro

Comprometerse con algo que sabes que es bueno para ti es de llenarte de **ilusión y energía** para cambiar.

Tres sugerencias para el cuidado de uno mismo:

1. **EL DÍA AZUL:** (o verde o rosa..) Un día al mes señalado en el calendario es para la recuperación corporal y mental, dedicado a **escuchar nuestro cuerpo** y hacerle caso a lo que apetezca que te **reconforte**

Tres sugerencias para el cuidado de una misma:

2. Prémiate a diario: haz algo cada día que te satisfaga, sólo por ti, y para ti.
3. El abrazo del oso: abrazar y ser abrazado reconforta, da vitalidad y mucho bienestar.

Actividad para el futuro

- TAREA PARA CASA: Vamos a pensar actividades graciosas, anécdotas simpáticas, chistes o alguna cosa divertida para el próximo día.
- Hay que ser CREATIVAS!!!!

Usar mímica, canciones…

Publicaciones y Divulgación Científica

UMA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

14.Fomentando mis fortalezas

FELICIDAD Y GRATITUD

EXPRESAR GRATITUD

- ¿La gente expresa gratitud frecuentemente?
- ¿Cómo nos sentimos cuando nos dan las gracias por algo que hemos hecho?
- ¿Cómo nos sentimos cuando damos las gracias por algo que hemos recibido de un ser querido/de un desconocido?
- ¿Nos sienta bien ser agradecidas?
- ¿Cuándo ha sido la última vez que has dado las gracias a un ser querido?
- ¿nos sale natural agradecer?

EXPRESAR GRATITUD

- ¿Hay cosas en la vida por las que podamos estar agradecidas?
- Piensa acontecimientos de esta última semana y escribe 5 cosas que te han ocurrido por las que te **sientas agradecida** ¿te apetece compartir alguna?

DINÁMICA: GRACIAS AMIGA POR…

- PASO 1: EN SILENCIO miramos a las compañeras y pensamos qué quisiéramos agradecerle
- PASO 2: compartimos esa gratitud que sentimos por nuestra compañera
- PASO 3: escribo una carta de agradecimiento a una persona muy importante en mi vida.
- ¿Cómo te sientes al escribir esta carta?
- ¿Cómo crees que se sentirá esa persona si le lees la carta de agradecimiento?
- ¿alguien quiere compartir algo de su carta?

¿POR QUÉ AGRADECER?

- Porque expresar gratitud **refuerza la autoestima y el amor propio**, ya que cuando te das cuenta de todo lo que han hecho por ti y todo lo que has conseguido en la vida, te sientes más **segura y eficaz**.

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

¿POR QUÉ AGRADECER?

- Porque expresar gratitud te ayuda **a afrontar las situaciones** de una manera más adecuada, pudiendo verlas desde una **perspectiva más optimista**.

¿POR QUÉ AGRADECER?

- Expresar gratitud durante un duro momento, te puede ayudar a **seguir adelante** tras ese acontecimiento.

Dar gracias en los momentos difíciles puede ser lo mejor, ya que posteriormente puede **suavizar los recuerdos traumáticos**.

GRACIAS POR...

Dar gracias a la vida nos ayuda a valorar los momentos que hemos pasado y valorar a las personas que nos quieren y están a nuestro lado.

Nunca es tarde para estar agradecidas!!!

FELICIDAD...

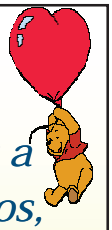
¿CÓMO CONSEGUIRLA y MANTENERLA?

Disfrutando el momento

¿Cuáles son tus actividades graciosas, anécdotas simpáticas, chistes o alguna cosa divertida que te has traído?

COMPARTEEEEE!!!

s lo cuando aprendamos a amar en serio lo que somos, seremos capaces de convertir lo que somos en una maravilla



Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

JUGUEMOOOOOOS

¡¡¡ACTITUD POSITIVA!!!

MOMENTO INTERIOR

Cada sesión vamos a relajarnos unos minutos

Vamos a dedicar tiempo a respirar…

Ahora…
un poco de calma y reflexi n

Vamos a completar los cuestionarios tranquilas

Muchísimas gracias por todos los momentos que habéis compartido conmigo y con las compañeras

Muchísimas gracias por vuestro interés y dedicación

Sin vosotras mi trabajo no tiene sentido

Publicaciones y Divulgación Científica
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA