



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2020-2021

Convocatoria Junio



**Modalidad:** Propuesta de intervención

**Título:** Propuesta de intervención con base en la Psicología Positiva para pacientes con cáncer de mama.

**Autora:** Ana Clara Bustos Carbonell

**Tutora:** María del Carmen Neipp López

Alicante a 4 de junio de 2021



## Índice

<b>1. Introducción</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Objetivo</b> .....	<b>7</b>
<b>3. Método</b> .....	<b>7</b>
Participantes .....	7
Variables e instrumentos.....	8
Procedimiento.....	9
<b>4. Discusión</b> .....	<b>13</b>
<b>5. Bibliografía</b> .....	<b>14</b>
<b>6. Anexos</b> .....	<b>18</b>
Anexo 1. Explicación de las sesiones.....	18



## Resumen

### *Introducción*

El cáncer de mama es un problema sociosanitario de primer orden en España y, además de sus complicaciones físicas, conlleva desajustes psicológicos y emocionales que pueden interferir en la adherencia al tratamiento, afrontamiento adaptativo a la enfermedad, calidad de vida y bienestar subjetivo. Desde una visión salutogénica, se ha propuesto una intervención basada en la Psicología Positiva, incluyendo técnicas como la Relajación Muscular Progresiva (RMP) de Jacobson y el *mindfulness*, y los modelos PERMA de Seligman y A-B-C de Ellis.

### *Objetivo*

El objetivo de este programa es mejorar el afrontamiento a la enfermedad y la adhesión al tratamiento por parte de las pacientes con cáncer de mama.

### *Método*

El programa se compone de 13 sesiones teórico-prácticas realizadas una vez por semana. Para la evaluación de su eficacia se administrarán cuestionarios que evalúan el malestar emocional, resiliencia, optimismo disposicional, calidad de vida, afrontamiento y crecimiento postraumático.

### *Discusión*

Se estima que, después de la aplicación del programa propuesto, se produzca un aumento en las estrategias adaptativas de afrontamiento y adherencia al tratamiento, junto con un incremento en la calidad de vida, bienestar subjetivo, optimismo, resiliencia, crecimiento postraumático y regulación emocional.

**Palabras clave:** cáncer de mama, psicología positiva, optimismo, bienestar subjetivo, resiliencia, afectividad positiva, crecimiento postraumático.

## **Abstract**

### *Introduction*

Breast cancer is a major socio-health problem in Spain and, in addition to its physical complications, it entails psychological and emotional imbalances that can interfere with adherence to treatment, adaptive coping with the disease, quality of life and subjective well-being. From a salutogenic point of view, an intervention based on Positive Psychology has been proposed, including techniques such as Jacobson's Progressive Muscle Relaxation and mindfulness, and Seligman's PERMA and Ellis' A-B-C models.

### *Objective*

The objective of this programme is to improve breast cancer patients' coping with the disease and adherence to treatment.

### *Method*

The programme consists of 13 theoretical and practical sessions held once a week. Questionnaires assessing emotional distress, resilience, dispositional optimism, quality of life, coping and post-traumatic growth will be administered to evaluate its effectiveness.

### *Discussion*

An increase in adaptive coping strategies and adherence to treatment, together with an increase in quality of life, subjective well-being, optimism, resilience, post-traumatic growth, and emotional regulation are expected after the implementation of the proposed programme.

**Key words:** breast cancer, positive psychology, optimism, subjective well-being, resilience, positive affect, posttraumatic growth.

## 1. Introducción

El cáncer constituye la segunda causa de muerte en el mundo, después de las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2015a). En concreto, el cáncer de mama ocupa el quinto lugar entre los tipos de cáncer que ocasionan un mayor número de fallecimientos (OMS, 2015b), y es un problema socio-sanitario de primer orden en España (Martín et al., 2015).

También cabe destacar que, además de sus complicaciones físicas, conlleva desajustes psicológicos y emocionales como respuesta a la cronicidad de la enfermedad, la incertidumbre de su pronóstico, los efectos secundarios de los tratamientos para su control y remisión, el dolor, la invasión, el significado o la representación mental que tiene la sociedad sobre el cáncer, la posibilidad de muerte, etc. (Guil et al., 2016; Quintero y Finck, 2018). Por tanto, la paciente puede experimentar angustia, ansiedad, depresión, pensamientos intrusivos y de evitación, y sintomatología de estrés postraumático (Quintero y Finck, 2018; Ruiz-González et al., 2019). Además, estas experiencias emocionales y psicológicas pueden surgir por la aparición de una disfunción sexual, trastornos de la imagen corporal y evitación social, causadas por el padecimiento del cáncer (Quintero y Finck, 2018).

Se ha demostrado que la presencia de estas alteraciones emocionales interfieren en el afrontamiento a la enfermedad y en la evolución clínica de las pacientes: reduciendo la adherencia al tratamiento y posibilidades de supervivencia, y aumentando la duración de las hospitalizaciones, visitas médicas y el número de pruebas complementarias. Esto afecta a la calidad de vida de la persona que padece el cáncer, acentúa los costes para el sistema sanitario y supone una peor supervivencia general, menor autocuidado y un estilo de vida menos saludable (Castañeda-Hernández, 2015; Conthe et al., 2014; Ochoa et al., 2017; Ruiz-González et al., 2019).

La psicología se ha caracterizado por tener una visión patogénica, es decir, su foco de estudio era la patología y la debilidad de las personas, centrándose principalmente en los aspectos negativos y olvidando las características positivas como el optimismo, la resiliencia, la creatividad, el sentido del humor, o las fortalezas humanas como la valentía, sabiduría o altruismo, que fomentan la adaptación y afrontamiento de situaciones cotidianas y estresantes para convertirse un ser con oportunidades y éxitos (Cerezo-Guzmán, 2011; Hervás, 2009; Ochoa et al., 2010). Pero además de los modelos patogénicos de la salud, existen otros modelos más optimistas y salutogénicos, que consideran al ser humano activo y fuerte, con capacidad de resistencia y adaptación a las adversidades (Cerezo-Guzmán, 2011; Guil et al., 2016).

Esta visión salutogénica se encuentra dentro de la Psicología Positiva (en adelante, PsP), cuyo objeto es comprender y descubrir las fortalezas y virtudes humanas y sus efectos en el desarrollo humano y social (Hervás, 2009; Salanova-Soria y Llorens-Gumbau, 2016). Es transversal a distintas áreas y campos de actuación de la Psicología, y sus investigaciones tienen como objeto de estudio el funcionamiento humano positivo, la salud mental, la adaptación a la enfermedad y otras adversidades, basándose en el método científico (Cerezo-Guzmán, 2011; Salanova-Soria y Llorens-Gumbau, 2016). Esto ha conducido al desarrollo de intervenciones basadas en esta rama, que han demostrado mejorar la calidad de vida y disminuir el malestar emocional de pacientes oncológicos (Ochoa et al., 2017).

Cabe destacar que la PsP entiende lo positivo más allá del hedonismo, no excluye el sufrimiento y los aspectos negativos del ser humano, e incluye un bienestar más complejo del que se busca comprender las bases del desarrollo de una vida dotada de sentido y significado, aceptando lo negativo como parte esencial de la existencia del ser humano (Hervás, 2009; Cerezo-Guzmán, 2011; Salanova-Soria y Llorens-Gumbau, 2016).

Se ha considerado esta rama de la Psicología por diversos motivos. Uno de ellos, es que se ha demostrado que la *afectividad positiva* produce que las personas informen de menos síntomas, tengan una menor sensibilidad y mayor tolerancia al dolor. Por tanto, la afectividad influye en las percepciones y juicios sobre la propia salud (Pressman y Cohen, 2005).

Otro motivo es el *bienestar subjetivo* o felicidad, que consiste en experimentar en mayor medida emociones positivas y en menor medida emociones desagradables, estar comprometido con actividades interesantes y sentirse satisfecho con la propia vida. Por esta razón, se debe tener en cuenta la propia evaluación que hace la persona sobre su propia vida y su estado emocional (Cuadra y Florenzano, 2003; Liu et al., 2020). Además, se ha demostrado que el bienestar subjetivo está relacionado con la confrontación de la enfermedad crónica, más que con la evitación o la resignación (Liu et al., 2020).

Siguiendo con el *afrontamiento*, Lazarus y Folkman lo definen como los esfuerzos cognitivos y comportamentales que realizan las personas para hacer manejar las situaciones estresantes o las adversidades haciendo uso de sus recursos personales (Macía et al., 2020). Las estrategias de afrontamiento son determinantes para el éxito de la adaptación a la enfermedad, y están categorizadas según su efectividad para ello. Las estrategias como la evitación, resignación, pasividad, autculpabilidad, represión y pensamientos rumiativos son las menos adaptativas. Se ha demostrado que, si se emplean en el momento del diagnóstico, puede conllevar a síntomas depresivos y una menor autoestima (Joaquín-Mingorance et al., 2019).

En cambio, las estrategias adaptativas como la reformulación positiva, la resolución de problemas, la aceptación y la búsqueda de apoyo social, están relacionadas con una mayor calidad de vida, una menor alteración emocional y psicológica, y un mayor nivel de autoestima. Un buen afrontamiento permite a los pacientes con cáncer adaptarse a la enfermedad y a aumentar la probabilidad de recuperarse, ya que favorecen la adherencia al tratamiento y, por tanto, las expectativas de una mejoría (Macía et al., 2020; Joaquín-Mingorance et al., 2019; Liu et al., 2020).

En cuanto a la *resiliencia*, es otro de los motivos, ya que es “el mantenimiento o la rápida recuperación de la salud mental durante o después de la exposición a estresores importantes”. También es considerada como “el resultado de la adaptación a los factores estresantes y como un proceso dinámico (de aprendizaje) que puede ser entrenado” (Ludolph et al., 2019). Por tanto, es un factor de protección, reduce el impacto psicológico del diagnóstico de cáncer, permite la adaptación a la enfermedad y fomenta la satisfacción con la vida y la salud mental (Ludolph et al., 2019; Martínez-Hernández, 2019; Zayas, Gómez-Molinero et al., 2018)

La resiliencia está estrechamente relacionada con el *crecimiento postraumático*, que se refiere a los cambios cognitivos y conductuales positivos causados por el diagnóstico (Ludolph et al., 2019; Ochoa et al., 2017). En concreto, es la capacidad de maduración y crecimiento personal a partir de la rumiación constructiva que genera un suceso traumático, experimentándolo sin negarlo y dotándole de significado o sentido. Este concepto incluye un aumento de la autoestima y de la espiritualidad, mayor aprecio por la vida y su significado, y más emociones de calma (Guil et al., 2016).

Se ha comprobado que, aquellas mujeres con cáncer de mama que dotan de sentido y significado a la experiencia traumática, presentan un mejor ajuste psicológico, un mayor autocuidado durante el tratamiento, informan de mejor salud mental y física, menos secuelas emocionales negativas, y muestran una vida más saludable con mayor compromiso con la salud cuando acaban el procedimiento (Ochoa et al., 2017; Zayas et al., 2018). Es decir, las mujeres que presentan un mayor nivel de resiliencia o crecimiento postraumático tienen más en cuenta los aspectos positivos de la enfermedad y, al hacerlo, muestran más adherencia al tratamiento, conductas y cogniciones positivas, adaptación al cáncer, calidad de vida y bienestar subjetivo (Ochoa et al., 2017; Liu et al., 2020).

Por otro lado, el *optimismo disposicional*, que se refiere a la expectativa general y estable de que sucederán eventos positivos, ha mostrado beneficios en el bienestar psicológico y físico al estar relacionado con una mejor respuesta inmunológica, el aumento



de longevidad y la mejoría del estado de salud. Además, las personas optimistas reportan menos síntomas y realizan menos visitas médicas (Guil et al., 2016).

Aplicado al cáncer de mama, las pacientes con pensamientos positivos en el momento del diagnóstico atribuyen las causas a aspectos externos, inestables y controlables por el tratamiento al que están sometidas, por lo que presentan una buena adherencia al tratamiento y un buen afrontamiento a la enfermedad. Esto disminuye considerablemente la culpa por enfermar, y el miedo a no superar el cáncer y/o a las recaídas (Guil et al., 2016).

A partir de lo expuesto anteriormente, se considera oportuna una psicoterapia positiva, centrada en los recursos positivos como son la afectividad positiva, las fortalezas de la paciente (optimismo y resiliencia) y los sentidos personales (crecimiento postraumático), para aumentar la adherencia al tratamiento, el afrontamiento adaptativo de la enfermedad, el bienestar subjetivo y la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.

En los últimos años, se han realizado psicoterapias basadas en la PsP para pacientes oncológicos en general (Ochoa et al., 2010; Ochoa et al., 2017; Escudero-Castelán y García-Medina, 2018), pero no se han centrado exclusivamente en pacientes españolas con cáncer de mama. Además, esta propuesta de intervención tiene integradas distintas variables que pueden contribuir a la mejoría del bienestar subjetivo y la adherencia al tratamiento que, hasta ahora, se han tratado en intervenciones por separado. Es por esto por lo que se ha querido realizar una propuesta más integradora y específica para las pacientes con cáncer de mama.

En adición, se ha estimado el uso de técnicas como la Relajación Muscular Progresiva (RMP) de Jacobson basada en la propuesta de Bernstein y Borkovec (1973), el *mindfulness*, y la explicación del modelo A-B-C de la perturbación emocional (Ellis et al., 1981) y del modelo PERMA.

La RMP permite modificar respuestas de activación intensas que interfieren en la puesta en marcha de respuestas adaptativas. Consiste en la tensión y distensión de distintos grupos musculares para ayudar a reconocer el estado de relajación, y su objetivo es el de conseguir un estado de relajación intenso (Olivares et al., 2013).

El *mindfulness* es una técnica que se emplea para que las personas identifiquen sus emociones, sensaciones y pensamientos, sin juzgarlos ni tratando de clasificarlos en categorías y conceptos. Se trata de focalizar la atención en el momento presente, siendo conscientes de lo que estamos haciendo o sintiendo y de nosotros mismos. Los componentes del *mindfulness* son: atención al momento presente, apertura a la experiencia, aceptación, dejar pasar e intención (Vásquez-Dextre, 2016). Además, permite reducir la reactividad del

Sistema Nervioso Central y mejorar el manejo de situaciones estresantes (Sánchez-Gutiérrez, 2011).

El modelo A-B-C de Ellis et al. (1981) explica que, en función de la valoración (B) que se haga de un evento (A), se experimentarán unas consecuencias emocionales, psicofisiológicas o motoras (C). Es decir, Ellis entiende que la clave de las consecuencias está en las creencias (racionales o irracionales) de la persona y, por tanto, son las responsables del malestar emocional. El objetivo del uso de este modelo es modificar las creencias irracionales que subyacen los problemas emocionales.

Finalmente, el modelo PERMA fue planteado Martin Seligman, y está constituido por cinco elementos que contribuyen a lograr el bienestar: afectividad positiva (o *positive emotion* en inglés, P), compromiso (*engagement*, E), relaciones positivas (*relationships*, R), sentido (*meaning*, M) y logros (*accomplishment*, A). A medida que las personas desarrollan estos elementos, se acercan cada vez más a la felicidad, satisfacción y motivación. Su objetivo es el de ayudar a dotar de significado la vida de la persona y trabajar hacia las metas que le hacen sentir realizada (Bolaños-Domínguez e Ibarra-Cruz, 2017).

## 2. Objetivo

El *objetivo general* de la intervención es diseñar un programa de intervención basada en la psicología positiva para pacientes con cáncer de mama.

## 3. Método

### *Participantes*

La población diana serán mujeres con diagnóstico de cáncer de mama de entre 18 y 65 años, que acuden a la Asociación Provincial de Alicante de mujeres con cáncer de mama (APAMM).

Entre los criterios de inclusión se encuentra que el cáncer de mama sea primario único, y la capacidad para entender y leer la lengua española.

En cuanto a los criterios de exclusión, se incluye padecer una enfermedad crónica (diabetes, enfermedad cardiovascular o respiratoria, obesidad, enfermedades reumáticas o renales, etc.), y sufrir o haber sufrido un trastorno mental severo (hospitalización o diagnóstico de un trastorno psicótico, demencia, ideación suicida o dependencia de sustancias).

### *Variables e instrumentos*

Antes de comenzar la intervención, se les solicitará que firmen el consentimiento informado, ya que se recabará información sobre las participantes. Para la evaluación de la intervención, se emplearán los siguientes cuestionarios al inicio y término del programa y después de 5 meses de su finalización.

La *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (HADS; Zigmond y Snaith, 1983) en su versión española aplicada a pacientes oncológicos (López-Roig et al., 2000) para evaluar el grado de malestar emocional que pueden presentar las pacientes y comprobar si el programa ha ayudado a paliarlas. La subescala *ansiedad* se compone de los ítems impares y puntúa de 3 a 0 (alfa de Cronbach = .85). Mientras que la subescala *depresión* incluye los ítems pares y puntúa de 0 a 3 (alfa de Cronbach = .87). Ambas constan de 7 ítems, cuya puntuación total puede ser de 0 a 21 y, cuanto mayor sea el resultado, más depresión o ansiedad tendrá el sujeto.

El *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC 10; Campbell-Sills y Stein, 2007) en la versión de 10 ítems traducida al español (Notario-Pacheco et al., 2011), se trata de un cuestionario que evalúa la *resiliencia* a partir de afirmaciones sobre cómo se ha sentido el sujeto en el último mes, usando una escala tipo Likert de 0 (en absoluto) a 4 (casi siempre). La puntuación total es la suma de las respuestas de cada ítem (intervalo de 0 a 40), considerándose una puntuación baja aquellos resultados que sean menores o iguales a 27, y una puntuación alta cuando sea igual o mayor que 36. Por tanto, a mayor puntuación, mayor será el nivel de resiliencia de la paciente. En adición, ha demostrado tener una buena consistencia interna (alfa de Cronbach = .85) y correlación positiva con los constructos satisfacción con la vida, autoestima, afectividad positiva e inteligencia emocional, además de una relación negativa con la afectividad negativa (Alarcón et al., 2020).

Para la evaluación del *optimismo disposicional*, se emplea el *Life Orientation Test Revised* (LOT-R; Scheier et al., 1994) en la versión española de Otero et al. (1998) (alfa de Cronbach = .758). Consta de 10 ítems con escala tipo Likert que va de 0 (completamente en desacuerdo) a 4 (completamente de acuerdo). En cuanto a la redacción del cuestionario, 3 ítems tienen sentido positivo (dirección optimismo), 3 negativo (dirección pesimismo) y los 4 restantes son de relleno. La puntuación máxima del test es 30, que se obtiene con la suma total de las respuestas, teniendo en cuenta que los resultados de los ítems redactados en sentido negativo deben ser revertidos. A mayor puntuación, mayor grado de optimismo presenta el sujeto.

El cuestionario abreviado *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF), es derivado del WHOQOL-100 y realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Esta herramienta en su versión española (Lucas, 1998) se emplea para evaluar la *calidad de vida* (alfa de Cronbach = .88). Consta de 26 ítems con una escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta: dos de estos ítems proporcionan información sobre la percepción de calidad de vida global y salud general, y el resto genera un perfil de cuatro dimensiones (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente). Cada dominio es puntuado de forma independiente y, a mayor puntuación, mayor es el perfil de calidad de vida. Pero no todos los ítems puntúan de forma directa, sino que se debe invertir los resultados obtenidos en los ítems especificados en el documento de la OMS sobre las instrucciones de recodificación, sobre cómo obtener la puntuación de cada dimensión y su estandarización (OMS, 1996).

Se usa el inventario abreviado *Brief COPE Inventory* (Carver et al., 1989), en su versión española (COPE-28; Morán et al., 2010), para evaluar el *afrentamiento* de las participantes a la enfermedad (alfa de Cronbach = .78). Consta de 28 ítems con cuatro alternativas de respuesta estilo Likert (0 a 3), que oscila de “nunca hago esto” a “siempre hago esto”. Además, está compuesto por 14 subescalas, siendo 7 las que representan un estilo de afrontamiento eficaz (afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, uso del apoyo emocional, reinterpretación positiva, aceptación y humor) y las 7 restantes un estilo de afrontamiento ineficaz (autodistracción, desahogo, desconexión conductual, consumo de sustancias como alcohol o medicamentos, negación, religión y autoinculpación).

Para la evaluación del *crecimiento postraumático*, se emplea el *Post-traumatic Growth Inventory* (PTGI; Tedeschi y Calhoun, 1996) en su versión española (Costa-Requena y Gil, 2010), que consta de 21 ítems con 6 alternativas de respuesta tipo Likert, que van desde 0 (no he vivido este cambio) a 5 (he vivido este cambio fuertemente). Además de la puntuación total, recoge puntuaciones en 5 subescalas: nuevas posibilidades, relación con los otros, fortalezas personales, apreciación por la vida y espiritualidad. Presenta una buena fiabilidad interna con un alfa de Cronbach de .95.

### *Procedimiento*

El programa consta de 13 sesiones, con una duración de 120 minutos cada una, y organizando las sesiones en una cada semana, para que se asimilen e interioricen las actividades realizadas. Cabe mencionar que las sesiones tienen sus objetivos específicos y materiales requeridos (véase Tabla 1) y que, las dedicadas a la evaluación, tienen una extensión de 60 minutos (sesiones 0, 11 y 12).

El objetivo general del programa de intervención es el de mejorar el afrontamiento a la enfermedad y la adherencia al tratamiento de las pacientes con cáncer de mama.

Se opta por un estilo participativo en el que las mujeres tengan un papel activo en el aula, fomentando la implicación y el compromiso, y tendrá lugar en una de las aulas que proporcione la asociación. Además, serán llevadas a cabo por profesionales de la Psicología y se formarán grupos de 16 personas.

Tabla 1

*Descripción general de las sesiones.*

Sesión	Contenido	Objetivo	Materiales	Duración
0	Pre-test	Solicitar el consentimiento informado.  Reunir información antes de la aplicación del programa.	Consentimiento informado.  COPE-28. CD-RISC 10. LOT-R. PTGI. WHOQOL-BREF. HADS. Programación. Bolígrafos.	60 minutos.
1	Presentación  Psicoeducación	Presentar el contenido del programa a las participantes.  Realizar una psicoeducación sobre el cáncer de mama, la afectividad y la adherencia al tratamiento.	<i>PowerPoint</i> de apoyo. Ordenador. Proyector. Bolígrafos.	120 minutos.
2	Psicología Positiva	Realizar una psicoeducación sobre la Psicología Positiva: afectividad positiva, fortalezas y sentidos personales.	<i>PowerPoint</i> de apoyo. Ordenador. Proyector. Hoja fortalezas. Bolígrafos.	120 minutos.

3	Mindfulness	Realizar una psico-educación acerca del mindfulness y sus efectos.  Explicar los elementos del mindfulness para la puesta en práctica (Escudero-Castelán y García-Medina, 2018).	<i>PowerPoint</i> de 120 minutos. apoyo. Ordenador. Proyector. Ficha con los ejercicios. CD de audio.
4	Optimismo y resiliencia	Explicar la influencia del optimismo disposicional y la resiliencia sobre la salud psíquica y física.	<i>PowerPoint</i> de 120 minutos. apoyo. Ordenador. Proyector. Bolígrafos. Folios.
5-6	Crecimiento postraumático (Ochoa et al., 2017)	Promover actitudes que facilitan el crecimiento tras la enfermedad: curiosidad vital, universalidad grupal y apertura al cambio.  Favorecer la expresión y el procesamiento emocional.	<i>PowerPoint</i> de 120 minutos. apoyo. Ordenador. Proyector. Bolígrafos. Hoja de resignificación emocional.
7	Afrontamiento	Realizar una psicoeducación acerca de las estrategias de afrontamiento. (Ochoa et al., 2017)  Poner en práctica las estrategias adaptativas.	<i>PowerPoint</i> de 120 minutos apoyo. Ordenador. Proyector. Bolígrafos. Ficha con un problema y ejercicios.

8	Relajación	Realizar una psico-educación acerca de la relajación.  Aplicar la relajación muscular progresiva.	<i>PowerPoint</i> de apoyo. Ordenador. Proyector. Bolígrafos. Reproductor de audio. CD de audio.	120 minutos.
9	Regulación emocional	Explicar la relevancia de la afectividad negativa y su influencia en la salud.  Enseñar a identificar distorsiones cognitivas para cambiarlas por cogniciones adaptativas (Martínez-Hernández, 2019)	<i>PowerPoint</i> de apoyo. Ordenador. Proyector. Bolígrafos. Folios con el registro A-B-C.	120 minutos.
10	Prevención de recaídas	Anticipar las recaídas.  Proporcionar un plan de mantenimiento.	<i>PowerPoint</i> de apoyo. Ordenador. Proyector. Bolígrafos.	120 minutos.
11	Post-test y conclusión del programa	Realizar el post-test para la evaluación del programa.  Concluir el programa de intervención.	HADS. CD-RISC 10. LOT-R. WHOQOL-BREF. COPE-28. PTGI. CD de audio. Bolígrafos.	60 minutos.
12	Seguimiento	Realizar una post-evaluación del programa.	Material de evaluación. Bolígrafos.	60 minutos.

#### 4. Discusión

El cáncer de mama suele verse ligado a un desajuste emocional y psicológico, debido al malestar emocional generado por la experiencia aversiva de la enfermedad, una visión pesimista de su futuro y, en definitiva, un afrontamiento desadaptativo. Esto genera una peor calidad de vida en la paciente, mayores complicaciones médicas, menor adherencia al tratamiento y hábitos de vida poco saludables (Castañeda-Hernández, 2015; Conthe et al., 2014; Guil et al., 2016; Ochoa et al., 2017; Quintero y Finck, 2018; Ruiz-González et al., 2019).

Por esta misma razón, se ha realizado una propuesta de intervención basada en la Psicología positiva con la que, tras su aplicación, se esperan los resultados siguientes.

Se estima un aumento en el crecimiento postraumático y resiliencia que, como consecuencia, producirán el incremento de adhesión al tratamiento, calidad de vida, bienestar subjetivo, adaptación a la enfermedad y hábitos saludables, además de una disminución en el malestar psicológico y emocional (Liu et al., 2020; Ludolph et al., 2019; Ochoa et al., 2017; Zayas et al., 2018).

También se predice una subida del nivel de afrontamiento adaptativo por su relación con una mayor adherencia y calidad de vida y un menor malestar emocional, según lo establecido en estudios anteriores (Carmona-Márquez y Bayo-Calero, 2019; Joaquín-Mingorance et al., 2019; Liu et al., 2020; Macía et al., 2020).

Por otro lado, se espera un aumento del bienestar subjetivo y del optimismo, debido a que correlacionan de forma positiva con la calidad de vida, adherencia al tratamiento y un afrontamiento adaptativo a la enfermedad, además de una relación negativa con el malestar emocional y psicológico (Cuadra y Florenzano, 2003; Guil et al., 2016; Liu et al., 2020).

Así, se cumpliría el objetivo general del programa, que es el de incrementar el afrontamiento adaptativo a la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

A pesar de esto, pueden surgir ciertas limitaciones como, por ejemplo, que las pacientes no vean la utilidad del programa en las primeras sesiones. Es por esto por lo que es necesario que los profesionales que vayan a aplicar la intervención estén cualificados para ella, puesto que deberán resolver sus dudas, explicar con calma los beneficios y aplicaciones de las herramientas en su vida diaria, y crear un clima de empatía y escucha.

Por otro lado, puede haber una muerte experimental a la hora de realizar el seguimiento, ya que se realiza después de 5 meses y pueden no estar interesadas en cumplimentar el post-test.



## 5. Bibliografía

- Alarcón, R., Cerezo, M. V., Hevilla, S. y Blanca, M. J. (2020). Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale in women with breast cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20, 81-89. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.11.001>
- Bernstein, D.A., y Borkovec, T.D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign, Ill: Research Press.
- Bolaños-Domínguez, R. E. e Ibarra-Cruz, E. (2017). La psicología positiva: un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. *Razón y palabra*, 21(96), 660-679.
- Campbell-Sills, L., y Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1019-1028. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20271>
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Castañeda-Hernández, A. H. (2015). Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. *Revista Cuidarte*, 6(1). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.146>
- Cerezo-Guzmán, M. V. (2011). *Variables psicológicas en pacientes con cáncer y aplicación de tratamientos desde la Psicología Positiva* [Tesis doctoral, Universidad de Málaga].
- Conthe, P., Márquez-Contreras, E., Aliaga-Pérez, A., Barragán-García, B., Fernández de Cano-Martín, M. N., González-Jurado, M., Ollero-Baturone, M. y Pinto, J. L. (2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Revista Clínica Española*, 214(6). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008>
- Costa-Requena, G. y Gil, F. (2010). Posttraumatic stress disorder symptoms in cancer: Psychometric analysis of the Spanish Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian version. *Psycho-Oncology*, 19, 500-507.
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), 83-96.
- Ellis, A., Grieger, R. y Marañón, A. S. (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. Desclée de Brouwer.

- Escudero-Castelán, A. Y. y García-Medina, E. R. (2018). *Propuesta de intervención cognitivo-conductual con Mindfulness y Psicología Positiva para pacientes oncológicos* [Tesis, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo].
- Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., González, S. y Mestre, J. M. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 127.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 23-41.
- Joaquín-Mingorance, M., Arbinaga, F., Carmona-Márquez, J., y Bayo-Calero, J. (2019). Estrategias de afrontamiento y autoestima en mujeres con cáncer de mama. *Annals of Psychology*, 35(2), 188-194. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.336941>
- Liu, Y., Jiang, T. y Shi, T. (2020). The relationship among rumination, coping strategies and subjective well-being in chinese patients with breast cancer: a cross-sectional study. *Asian Nursing Research*, 14, 206-211.
- López-Roig, S., Terol, M. C., Pastor, M. A., Neipp, M. C., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Leyda, J. I., Martín-Aragón, M. y Sitges, E. (2000). Ansiedad y depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud*, 12(2), 127-155.
- Lucas, R. (1998). Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. *Desarrollo de programas de tratamiento asertivo comunitario en Andalucía*.
- Ludolph, P., Kunzler, A. M., Stoffers-Winterling, J., Helmreich, I. y Lieb, K. (2019). Interventions to promote resilience in cancer patients. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116, 865-872. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0865
- Macía, P., Barranco, M., Gorbeña, S. e Iraurgi, I. (2020). Expression of resilience, coping and quality of life in people with cancer. *PLoS ONE* 15(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236572>
- Martín, M., Herrero, A. y Echavarría, I. (2015). El cáncer de mama. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 191(773), 3. <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004>
- Martínez-Hernández, R. (2019). *Optimismo disposicional y resiliencia: aliados en el tratamiento del cáncer* [Tesis, Universidad de La Laguna].

- Morales-Sánchez, L., Gil-Olarte, P., Gómez-Moliner, R. y Guil, R. (2019). Estrategias de afrontamiento y crecimiento postraumático en mujeres con y sin cáncer de mama. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1).
- Morán, C., Landero, R. y González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J. y Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish versión of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-9-63>
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A. y Borràs, J. M. (2017). Psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional: la facilitación del crecimiento postraumático reduce el estrés postraumático. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 1-10.
- Ochoa, C., Sumalla, E. C., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I. y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34.
- Olivares, J., Macià, D., Rosa-Alcázar, A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (2013). *Intervención psicológica. Estrategias, técnicas y tratamientos*. Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (1996). WHOQOL-BREF: *Introduction, administration, scoring and version of the scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version*. Geneva: Programme on Mental Health.
- Organización Mundial de la Salud (2015a). *Enfermedades no transmisibles*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2015b). *Datos y cifras*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A. y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Ariel Practicum.
- Pressman, S. D. y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925-971.
- Quintero, M. F., y Finck, C. (2018). Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España: una revisión sistemática. *Psicooncología*,

15(1), 49.

- Ruiz-González, P., Zayas, A., Morales-Sánchez, L., Gil-Olarte, P. y Guil, R. (2019). Resiliencia como predictora de depresión en mujeres con cáncer de mama. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1).
- Sánchez-Gutiérrez, G. (2011). Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales. Revisión de literatura. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(2), 223-254.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063–1078. doi:10.1037/0022-3514.67.6.1063
- Salanova-Soria, M. y Llorens-Gumbau, S. (2016). Hacia una Psicología Positiva aplicada. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), pp. 161-164.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51.
- Zayas, A., Gómez-Molinero, R., Guil, R., Gil-Olarte, P. y Jiménez-Orozco, E. (2018). Relación entre la resiliencia y la satisfacción con la vida en una muestra de mujeres con cáncer de mama. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1).
- Zigmond, A. S., & Snaitch, R. P. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.

## **6. Anexos**

### **Anexo 1. Explicación de las sesiones**

#### *SESIÓN 0: Pre-test.*

Antes de empezar la intervención, se les solicitará a las pacientes que vayan a participar que acudan a la asociación para informarles de forma abreviada de en qué va a consistir y los distintos puntos del consentimiento informado, para que después lo firmen.

Posteriormente, se les pedirá que rellenen el cuestionario pre-test que incluye los inventarios COPE-28, CD-RISC 10, LOT-R, PTGI, WHOQOL-BREF y HADS. Por último, se les entregará una hoja con la programación de las sesiones.

#### *SESIÓN 1: Presentación.*

Para dar comienzo con el programa, se les dará la bienvenida y se les agradecerá la participación a las pacientes, para así fomentar la adherencia terapéutica. Los profesionales se presentarán y realizarán una dinámica de grupo para que las participantes se conozcan entre sí.

Seguidamente, se hará una presentación de los contenidos y la organización de estos en las distintas sesiones, además de una explicación de las normas de funcionamiento del grupo.

#### *Psicoeducación*

En primer lugar, se realizará una ronda para conocer lo que las pacientes saben sobre el cáncer de mama, y la influencia de la afectividad y la adherencia en la enfermedad. Después, se procederá a la explicación de los siguientes contenidos: qué es el cáncer, prevalencia, tratamiento farmacológico y no farmacológico, representación mental de la enfermedad en la población versus la realidad, qué es la afectividad y su influencia, en qué beneficia la adherencia al tratamiento y hábitos saludables aconsejables.

#### *SESIÓN 2: Psicología Positiva.*

Se iniciará la sesión preguntándoles qué conocen sobre la Psicología Positiva y, una vez escuchadas sus respuestas, se explicará en qué consiste brevemente junto con el modelo PERMA.

En el momento en que se vaya a introducir la afectividad positiva, se les preguntará qué entienden por emociones positivas, para dar paso a su definición y se señalarán las principales. Además, se explicará de forma detallada sus consecuencias y, en definitiva, la influencia que ejercen en la salud.

Para continuar, se realizará una psicoeducación sobre las distintas fortalezas y, una vez acabada, se les entregará una hoja con una rueda separada entre las distintas fortalezas que hay (liderazgo, capacidad de perdón, equidad, trabajo en equipo, inteligencia social, amabilidad, vitalidad, perspectiva, valentía, perseverancia y honestidad) para que coloreen el nivel en el que creen poseer las mismas. Finalmente, cada una comentará en qué fortalezas han destacado y por qué. Por último, se explicará en qué consiste el crecimiento postraumático como sentido personal y su influencia en la experiencia de la enfermedad.

Para finalizar, se les pedirá a las participantes que escriban en una hoja de papel siete logros que hayan conseguido en los últimos años, para después compartirlo con el grupo. Una vez realizado, se les agradecerá la participación en el programa.

### *SESIÓN 3: Mindfulness*

En primer lugar, se realizará una exposición para la psicoeducación acerca del mindfulness. Se explicará qué es, qué relación tiene con la Psicología, cómo se aplica y qué beneficios presenta, y cuando se termine, se dará un espacio para resolver dudas.

Seguidamente, se presentarán los elementos del mindfulness y la relevancia de la atención en la respiración, después se llevará a cabo un breve ejercicio de atención en la respiración y, a continuación, se explicará el entrenamiento formal e informal del mindfulness, su uso en la vida diaria, y se dejará un tiempo para la resolución de dudas.

Para finalizar, se reproducirá un CD de audio relajante para poner en práctica el mindfulness y se les animará a realizarlo entre sesiones. Una vez terminado, se agradecerá la participación en la intervención.

### *SESIÓN 4: Optimismo y resiliencia.*

Primero, se hará una retroalimentación de cómo les ha ido realizando el mindfulness por su cuenta, cómo se han sentido antes y después de hacerlo, y se resolverán las dudas que hayan podido surgir.

Después, se les preguntará qué conocen del optimismo y de la resiliencia, y si piensan que están relacionados con la salud. A continuación, se explicará con la ayuda de una presentación *PowerPoint* la definición de los conceptos *optimismo disposicional* y *resiliencia*, además de sus efectos sobre su salud física y psíquica, y la relación de estas variables con las estrategias de afrontamiento, la regulación emocional y la adherencia al tratamiento. En el momento en que se acabe la exposición, se dejará tiempo para resolver dudas.

Posteriormente, se presentarán distintas situaciones que aparentemente pueden ser negativas, y se les pedirá que busquen aspectos positivos de las mismas por turnos. Finalmente, deberán anotar en un folio 2 o 3 situaciones que hayan podido ser negativas en el último mes (si no han tenido, escribirán situaciones que hayan tenido en el pasado o hipotéticas) y, a continuación, escribir elementos positivos que pueden extraer de esas experiencias. Además, se reconocerá la participación de las pacientes y su aprendizaje.

#### *SESIÓN 5: Crecimiento Postraumático.*

Como primera parte, se promoverá la curiosidad vital, la universalidad grupal y la apertura al cambio formulando la pregunta “¿quién era antes de padecer la enfermedad?”.

Para ello, se ayudará a las pacientes a asimilar sus pérdidas, facilitando diálogos internos sobre cómo eran antes del cáncer y cómo son actualmente, y animándolas a compartirlos posteriormente con el resto del grupo. Es importante que se les ayude a identificar la influencia que ha tenido esta situación aversiva en sus vidas, ya que es el primer paso para la facilitación del crecimiento postraumático. Además, el compartir las emociones, reacciones, relaciones afectadas, etc. ligadas a esta cuestión, permiten generar una cohesión de grupo. Así, el terapeuta puede generar preguntas como “¿crees que, en general, las personas no cambian, o que experimentar una enfermedad como esta puede cambiar tu vida?”; o “¿cómo podríamos saber que este grupo ha sido de ayuda para ti?”. Las respuestas que den pueden servir de motivación inicial para el cambio o para el crecimiento postraumático.

Los discursos de las pacientes se aprovecharán para una de las actividades relacionadas con la expresión y procesamiento emocional: la toma de conciencia de las emociones positivas. Ésta consistirá en señalar las emociones positivas en el lenguaje verbal y no verbal de cada participante mientras cuenta su experiencia. Además, se hará uso de los comentarios de ánimo que hagan el resto de pacientes, los cambios posturales de apertura que realice la persona que habla, el efecto de contagio y conexión hacia el grupo, y el modelado positivo que genera.



Para concluir con la sesión, se reconocerá la participación de cada una de las pacientes y los avances que estén mostrando hasta el momento para fomentar la adherencia terapéutica.

#### *SESIÓN 6: Crecimiento Postraumático.*

Para comenzar, se realizará una retroalimentación sobre la práctica del mindfulness y se resolverán dudas que hayan podido surgir de las anteriores sesiones.

Esta sesión se centrará en realizar esfuerzos para experimentar, descubrir y entender las emociones positivas y negativas, además de fomentar la expresión verbal y no verbal de estas para comunicar lo que se está experimentando emocionalmente.

Para ello, se realizarán las siguientes actividades: 1) toma de conciencia de las emociones positivas, 2) simbolización de la experiencia emocional y 3) resignificación emocional de los síntomas de malestar emocional como respuestas normales ante situaciones anormales.

En concreto, la toma de conciencia de las emociones positivas se abarcó en la anterior sesión para aprovechar las evaluaciones que hacían las pacientes sobre su propio cambio. Es por esto por lo que se da comienzo a la simbolización de la experiencia emocional, haciendo uso de elementos de tipo somatosensorial, imaginación guiada o metáforas.

Se pedirá a las pacientes que identifiquen zonas corporales con emociones negativas que hayan sentido, y se les trata de dotar de significado simbólico o metafórico (lo que contribuye a una mayor consciencia emocional). Después, para establecer una conexión entre la emoción positiva y negativa, se les pregunta, una por una, cómo cambiaría esa simbolización o metáfora después de la intervención, y qué función adaptativa tendría ese cambio.

Seguidamente, se trabajará en la resignificación emocional adaptativa. Esta actividad consiste principalmente en dar una explicación adaptativa al malestar emocional ante el cáncer, y definir los elementos desadaptativos en los que puede desembocar. Se les entregará al final de la sesión una hoja con distintos síntomas o reacciones que pueden experimentar y su resignificación. Para concluir, se responderán a las preguntas que tengan las pacientes, y se les reconocerá y agradecerá su participación en la intervención.



### *SESIÓN 7: Afrontamiento.*

En primer lugar, se solicitará una retroalimentación de las actividades realizadas en las sesiones anteriores. Después, se realizará una psicoeducación sobre las distintas estrategias de afrontamiento, como son las adaptativas (reformulación positiva, la resolución de problemas, la aceptación y la búsqueda de apoyo social) y las desadaptativas (evitación, resignación, pasividad, autoculpabilidad, represión y pensamientos rumiativos), y su influencia en la salud.

Seguidamente, se empleará la última parte de la sesión a poner en práctica las estrategias adaptativas aprendidas. Para ello, se les repartirá una ficha con una situación estresante hipotética y los siguientes ejercicios, que se expondrán al grupo posteriormente: 1) identificar el problema, quién está implicado, dónde ha pasado, qué ha ocurrido y por qué, 2) hacer una lluvia de ideas con 5 o 6 formas distintas de afrontar el problema, y 3) ordenar de mejor a peor las soluciones propuestas, para elegir la más adaptativa ante la situación propuesta. Finalmente, se reconocerá su participación y se señalará el aprendizaje que estén mostrando las pacientes.

### *SESIÓN 8: Relajación.*

Al inicio de la sesión, se hará la psicoeducación acerca de la relajación: su utilidad, identificar las señales fisiológicas y conductuales de la ansiedad, la secuencia y procedimiento de la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (RMP) basada en la propuesta de Bernstein y Borkovec (1973).

Finalmente, se pondrá en práctica con la ayuda de un CD de música de relajación, se aclararán las dudas que hayan podido surgir, y se les pondrá como tarea aplicar la RMP una vez cada dos días. Además, se les agradecerá su participación.

### *SESIÓN 9: Regulación emocional.*

Para comenzar, se realizará una retroalimentación a cada una de las participantes sobre la RMP y el mindfulness, y se dejará un espacio para resolver dudas. Seguidamente, se profundizará en la relevancia de la gestión de la afectividad negativa por su impacto en la salud y en la enfermedad de las pacientes: experiencia del cáncer, calidad de vida y cantidad de vida.

Después, se les explicará el modelo A-B-C de la perturbación emocional (Ellis et al., 1981) para que aprendan a identificar las distorsiones cognitivas. Así, se les pedirá que identifiquen y escriban en un folio (con un registro A-B-C) situaciones en las que han estado presentes estas cogniciones, la influencia que han tenido en sus emociones y conductas, y que generen pensamientos alternativos para compartirlo con el resto del grupo.

Para finalizar, se dejará un tiempo para preguntas y se les reconocerá su participación, interés y aprendizaje, para fomentar la adherencia terapéutica.

#### *SESIÓN 10: Anticipación a las recaídas.*

Esta sesión consiste en la anticipación a las recaídas en el cáncer, planteando la pregunta de cómo afrontarían una recaída en la enfermedad para generar un debate entre las asistentes. El objetivo es resaltar los recursos y discursos que contienen elementos del optimismo disposicional, y avanzar paulatinamente a los escenarios más temidos mediante los argumentos más pesimistas, preguntando qué es lo que más les preocupa de estos escenarios.

Por otro lado, se les explicará en qué consiste un plan de mantenimiento de lo aprendido en las sesiones, y se establecerá uno de forma conjunta. El terapeuta deberá cerciorarse de que contenga pautas para la puesta en práctica de la RMP, el optimismo disposicional y resiliencia, la reestructuración cognitiva y el afrontamiento adaptativo.

Finalmente, se resolverán las dudas que hayan podido surgir y se agradecerá la participación de las pacientes.

#### *SESIÓN 11: Post-test y conclusión.*

Al inicio de la sesión, se realizará la evaluación post-test, a través de los distintos cuestionarios que se han cumplimentado a lo largo del programa. Posteriormente, se les pedirá a las participantes que expongan qué han aprendido, su experiencia, una conclusión y todo aquello que quieran añadir.

Además, los terapeutas harán una retroalimentación de las aportaciones de las pacientes, y reproducirán un CD de audio relajante para poner en práctica la técnica de mindfulness.

Finalmente, se les informará de que 5 meses después se realizará un seguimiento, y se culminará con un agradecimiento por la participación y una despedida.

## *SESIÓN 12: Seguimiento.*

Para comenzar, se les reconocerá la participación a pesar del paso de los cinco meses, y se dará paso a la entrega de los distintos cuestionarios para que los cumplimenten. Después, se les solicitará una retroalimentación de cómo se han sentido durante este tiempo, si han llevado a cabo las actividades propuestas en el programa y cómo les ha podido ayudar en su vida cotidiana.

Finalmente, se señalará el aprendizaje que muestren en los comentarios realizados, y se les agradecerá el haber realizado el programa íntegro.

