



Trabajo Fin de Grado

Actividad física y emociones en un estudio de caso de cáncer de mama



Realizado por:

Estefanía Moreno Bravo

Institución educativa:

Facultad de Psicología
Universidad de Granada

Curso, especialidad y

período académico:

4º Grado de Psicología,
2015-2016

Correo electrónico:

Stefy25@correo.ugr.es

Tutor del TFG:

José Miguel Ramírez García

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
METODO.....	6
Diseño de investigación.....	6
Participante.....	6
Instrumentos.....	6
Procedimiento.....	8
RESULTADOS.....	10
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	13
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15
ANEXOS.....	17
Anexo 1: Rúbrica de evaluación.....	17
Anexo 2: Hoja de auto-ayuda (Registro).....	18
Anexo 3: Recopilación de todas las hojas de auto-ayuda.....	19

RESUMEN

Este estudio muestra la relación entre el bienestar psicológico y el trabajo con las emociones junto con la práctica de actividad física. Existen investigaciones que muestran dicha relación. Para comprobarlo se realizó, a través de un estudio de caso, un seguimiento en el que la paciente realizó distintos tipos de actividad física y tuvo consciencia de sus emociones. Los datos se recogieron mediante una rúbrica de evaluación, un registro, una escala de bienestar psicológico y una escala de autoeficacia para el afrontamiento del estrés. Los resultados indican que tanto la consciencia de las emociones como la realización de actividad física modulan el bienestar psicológico. Se llega a la conclusión de que el psicólogo tiene un papel importante en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.

Palabras clave:

Bienestar psicológico / Actividad Física / Emociones / Psicooncología

ABSTRACT

This study shows the relationship between psychological well-being and work with emotions together with physical activity. Existing research demonstrates this relationship. In order to confirm it, a case study was carried out in which the patient was monitored while performing different types of physical activity and being aware of his/her emotions. The data were collected by means of an evaluation rubric, a record kept by the student, a scale to measure psychological well-being and a scale to measure self-efficacy in dealing with stress. The results indicate that both being aware of emotions and taking part in physical activity affect psychological well-being. It was concluded that the psychologist plays an important role in promoting health and preventing illness.

Key words:

Psychological Well-Being / Physical Activity / Emotions / Psycho-Oncology

INTRODUCCIÓN

Dentro de las enfermedades crónicas está el cáncer, recibir este diagnóstico conlleva un gran cambio sobre todo en los aspectos emocionales, ya que estos provocan un mayor deterioro por tener que adaptarse a una nueva vida cargada de emociones negativas; también se cambia la visión sobre sí mismo y las relaciones con el entorno más próximo. (Vinaccia y Orozco, 2005)

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo que junto con otras enfermedades son responsables de un 63 % de las muertes. Los tipos de cáncer más acentuados durante el 2012 fueron de pulmón, colon, mama, páncreas y próstata (SEOM, 2016). El cáncer es percibido por un 37% de la población como la enfermedad que más temor les produce y considerado por el 67% como un problema muy grave de salud (Observatorio del cancer, 2010).

Hay que destacar la importancia del cáncer de mama, ya que ocupa el 25% de los casos de cáncer en mujeres. Observando este dato, es lógico la prioridad mundial por investigar este tipo de cáncer (Duarte, 2015). El 80% de los casos de cáncer de mama corresponden al carcinoma ductal infiltrante; este cáncer comienza en un conducto lácteo del seno que penetra por la pared del mismo conducto, llegando al tejido adiposo del seno, donde crece. Si se propaga hacia otra zona del cuerpo provoca metástasis (American Cancer Society, 2016).

Los tratamientos utilizados dependen del tipo de cáncer y su gravedad, encontrándose entre otros la radioterapia, la cirugía y la quimioterapia; siendo este último el que más miedo provoca, debido a las representaciones sociales basadas en las consecuencias de este tratamiento. (Castaño y Palacios-Espinosa, 2013)

Debido a la frecuencia del cáncer y a su impacto, es necesario resaltar la labor de la psicooncología, la cual según Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) es la especialidad que evalúa la calidad de vida de los pacientes, concretamente el bienestar y la comodidad. En psicooncología, además se interviene con la familia y el personal sanitario, y se analizan los factores psicosociales que influyen y afectan al proceso oncológico (Cruzado, 2003).

El estudio del bienestar ha dado lugar a dos corrientes: La hedónica centrada en el bienestar subjetivo y la eudaimónica centrada en el bienestar psicológico (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002). Principalmente, a través de las intervenciones psicológicas, se busca que los pacientes con cáncer mantengan una buena calidad de vida y un buen bienestar psicológico (Folkman & Greer, 2000).

Se ha demostrado que la presencia de estados emocionales favorables, causados por un comportamiento basado en la resiliencia y un afrontamiento efectivo en los pacientes, lleva a una disminución de la mortalidad. Este comportamiento les permite adaptarse a su nueva vida y viene determinado por la presencia de un apoyo social basado en relaciones constructivas y empáticas, viéndose tres tipos de apoyo: emocional, informacional y tangible (Broche y Ricardo, 2011). Debido al papel fundamental que ocupan las emociones en los pacientes, se utilizan en las intervenciones psicológicas los modelos circunplejos, para ayudarles a que entren en contacto con ellas y aprendan fácilmente a manejarlas mejorando así su estado (Mestre y cols., 2012).

En otras investigaciones se muestran altos niveles de autoeficacia que mejoran el funcionamiento y el bienestar general de los pacientes, resaltando así la importancia de trabajar con este constructo (Olivarri y Urra, 2007). En esta enfermedad del cáncer, destaca la relevancia del ejercicio físico, debido al efecto directo sobre el sistema inmunológico; a su protección frente al estrés; a su ayuda para reducir el cansancio asociado a la enfermedad y a su implicación en el aumento de la moral. En lo que se refiere a la actividad física, la dosis requerida varía en función del cáncer, esta se mide en unas unidades denominadas MET (Servan-Schreiber, 2014).

Las intervenciones médicas en el cáncer de mama pueden ser complementadas con intervenciones psicológicas, las cuales son clasificadas en tres tipos: educativo-informativas, individuales y en grupo. Con respecto al segundo tipo de intervención, el individual, se observa que el 50 % de las mujeres presentan un mejor estado emocional al participar en un programa de apoyo psicosocial junto con la práctica de ejercicio físico, siendo una terapia eficiente (Font y Rodríguez, 2007). Si estas pacientes practican ejercicio físico 3 o más horas por semana, se reduce un 20-30% el riesgo asociado, mejorando la tasa de curación y la supervivencia post-tratamiento (Mezquita, 2016).

Por ello, esta investigación cuenta con dos objetivos principales: Ayudar a una persona con cáncer a tomar consciencia de sus emociones y a trabajar la resiliencia para mantener la afectividad positiva y reducir la negativa; y comprobar si la intervención que combina la práctica de actividad física con el trabajo de las emociones complementa el tratamiento oncológico asegurando una mejoría global de su salud.

MÉTODO

Diseño de investigación

Según García (2015) cuando lo que se quiere estudiar es la situación de una persona en su contexto particular, lo más práctico es utilizar el estudio de caso, permitiendo ver su evolución a lo largo del tiempo y del tratamiento. La razón más importante de elegir este método para la investigación es lo difícil que resulta encontrar sujetos con condiciones semejantes y que se ajusten a determinados periodos de tiempo. Con el estudio de caso se pueden obtener tanto datos cualitativos como cuantitativos a partir de diversas fuentes. Con los datos obtenidos lo que se busca es evaluar si la aplicación de un tratamiento va a mejorar el estado del sujeto de la intervención.

Participante

El estudio se llevó a cabo con una mujer casada de 39 años, la cual tiene dos hijos de 7 y 9 años de edad, con el síndrome de la duplicación de MECP2, siendo una enfermedad genética minoritaria con características como: Retraso Mental (100%), recurrentes infecciones respiratorias (75%) y epilepsia (50%), entre otras.

La paciente acudió a consulta médica el 15 de noviembre de 2015, para la valoración de un bulto en la mama izquierda. La confirmación del diagnóstico de cáncer de mama la obtuvo a través de las biopsias realizadas el día 14 de diciembre de 2015. Se realizó una biopsia con aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía de la mama izquierda, donde se obtuvieron fragmentos de tejido mamario con carcinoma ductal infiltrante grado 2; y una BAG de axila izquierda, donde se obtuvieron fragmentos de tejido ganglionar con metástasis del carcinoma. Comenzando con la quimioterapia el día 7 de enero de 2016.

Instrumentos

Rúbrica→ Se elaboró una tabla (anexo 1) para recoger los siguientes datos sobre la actividad física: Las sesiones; el tipo de actividad realizada; la duración; y el grado de agradabilidad subjetiva después de realizarla con una puntuación que va del 1 al 4 (1: muy desagradable y 4: muy agradable).

Escala de bienestar psicológico (Díaz y cols., 2006)→ Se utiliza la adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. Este instrumento cuenta con seis sub-escalas y 29 ítems, pero para esta investigación no se utiliza la de crecimiento personal, por lo que se utilizan 25 ítems (9 inversos que se revierten previamente para obtener la puntuación correspondiente) y 5 sub-escalas (Auto-aceptación, Relaciones Positivas con los otros, Autonomía, Dominio del Entorno, Propósito en la vida). Tiene un formato de respuesta tipo Likert con 6 alternativas desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Donde a más puntuación mayor bienestar psicológico. Estas escalas utilizadas cuentan con una buena consistencia interna, con un coeficiente α igual o mayor que 70: Auto-aceptación: 0,84; Relaciones positivas: 0,78; Autonomía: 0,70; Dominio del entorno: 0,82 y Propósito en la vida: 0,70.

Escala de Autoeficacia para el afrontamiento del Estrés (EAEAE) de Godoy-Izquierdo y Godoy (2001) citado en Godoy-izquierdo y cols (2008) → Este instrumento está compuesto por 8 ítems (4 formulados en sentido inverso), repartidos en dos sub-escalas: Expectativa de eficacia (EE) y Expectativa de resultado (ER), 4 ítems en cada una. El formato de respuesta es en tipo Likert con 5 alternativas desde 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo). Se obtiene una puntuación total (suma de las dos puntuaciones parciales de las sub-escalas), donde una mayor puntuación indicaría una mayor confianza en los recursos personales para el manejo del estrés. Para el estudio se utilizó la escala en su totalidad, la cual presenta una elevada consistencia interna entre los elementos de la escala ($\alpha = 0,75$). La fiabilidad de la escala es elevada (r de las dos mitades: 0,79).

Registro - Hoja de auto-ayuda→ Se realizó un registro (Anexo 2) basado en el modelo Circumplejo de las emociones (Mestre y cols., 2012) dividido en 2 dimensiones de "activación" y "afectividad". El resultado de la combinación de ambas da lugar a un eje cartesiano dividido en los siguientes 4 apartados de "alto afecto negativo", "alto afecto positivo", "bajo afecto negativo" y "bajo afecto positivo". En cada uno de los apartados se tiene que indicar las emociones correspondientes, las causas y la solución en el caso del afecto negativo, y las causas y el mantenimiento del afecto positivo. Lo que se trabaja con el registro es la resiliencia de la sujeto. La forma de completarlo sería comenzar por el bajo afecto positivo y acabar en el alto afecto positivo.

Procedimiento

Se realizó el estudio de caso en diferentes fases, con un total de 4 fases: Inicial, pre-tratamiento, tratamiento y final.

Fase inicial→ Se inició el 21 de diciembre de 2015. Lo primero fue la realización de una búsqueda bibliográfica en las distintas bases de datos y en diversos libros. Donde se encontró la influencia de las emociones positivas y la realización de actividad física en el bienestar psicológico de los pacientes con cáncer. Observándose la importancia de trabajar con ambos aspectos con los pacientes que están en quimioterapia, puesto que mejora su estado.

Esta primera fase también abarca una primera toma de contacto con la sujeto del estudio, esta primera entrevista se realizó el 11 de febrero de 2016, donde se supo cuándo comenzó con la enfermedad, el contexto de la paciente, y como la enfermedad repercute en su vida.

Tras la entrevista, se determinó que intervención se iba a hacer con la sujeto (realización de actividad física y trabajo con las emociones y la resiliencia); se eligieron los instrumentos que iban a ser utilizados; y se concretó la duración de la misma. Concluyendo que se realizarían 8 sesiones y que la comunicación sería vía telefónica, debido a la imposibilidad de quedar con la sujeto durante la intervención. Finalmente se concretó que las variables independientes fueran la actividad física y el uso de hoja de auto-ayuda; y las variables dependientes: la agradabilidad tras la práctica de actividad física y las dimensiones de la escala de Bienestar Psicológico (Auto-aceptación, Relaciones Positivas con los otros, Autonomía, Dominio del Entorno, Propósito en la vida) y las dos dimensiones de la EAEAE (expectativa de eficacia y de resultado).

Fase de pre-tratamiento→ Se realizó de nuevo una entrevista que tuvo lugar el 27 de febrero de 2016, la cual tuvo varios objetivos: informar a la sujeto de la intervención a seguir con ella, concienciarla de los beneficios causados por la práctica de actividad física, proporcionarle información acerca de la cantidad de actividades físicas posibles que podía realizar, transmitirle lo importante que era el tener consciencia de las propias emociones y el trabajar la resiliencia, y por último, comentarle que esta intervención no era incompatible con la quimioterapia. El 6 de marzo se le explico cómo cumplimentar la rúbrica y el registro, y que este último se trabajaría con ella. Este día también se concretó con ella el periodo de tratamiento.

Fase de tratamiento→ Se comenzó el 4 de abril de 2016. La paciente se puso la 6ª sesión del tratamiento médico de taxol-herceptin, el día 6 de abril de 2016. El procedimiento de las sesiones del tratamiento fue el siguiente:

- En primer lugar, se contactaba con la paciente, y a través de la conversación con ella se llegaba a las emociones surgidas. Se trabajaba con ella el registro, permitiéndonos así acercarnos a su estado emocional. La paciente localizaba las emociones y las clasificaba. Cuando no encontraba por sí misma la causa de su emoción, se le ayuda a encontrarla hablando sobre dicha emoción para llegar así a la situación que se la provocó. En el caso de las emociones negativas, si no encontraba ninguna solución, se trabajaba con ella para encontrar la adecuada a cada situación. Con las emociones positivas como se buscaba su mantenimiento, se le ayudaba a encontrar los recursos adecuados cuando no los encontraba por sí misma. Lo más relevante de los registros durante la intervención queda recogido en una tabla (Anexo 3), donde se recogen sus emociones y su frecuencia durante las ocho sesiones, clasificadas en función del apartado trabajado de la hoja de registro (Bajo afecto positivo, bajo afecto negativo, alto afecto negativo y alto afecto positivo). Así como las causas y los recursos utilizados por la sujeto para mantenerlas o buscarles solución. A través de la frecuencia de las emociones de su día a día se pudo ver donde había que intervenir con ella.
- En segundo lugar se le pedía la información recogida en la rúbrica
- En último lugar se le pasaban las escalas de manera alternativa. En lo referido a las escalas, también se pasaron previamente y posteriormente a la intervención. La última sesión de la intervención tuvo lugar el día 11 de abril de 2016.

Fase final→ En esta última fase, todos los datos recogidos se ubicaron para proceder a analizarlos. Utilizándose para dicho análisis el Excel y la tabla de la distribución normal.

RESULTADOS

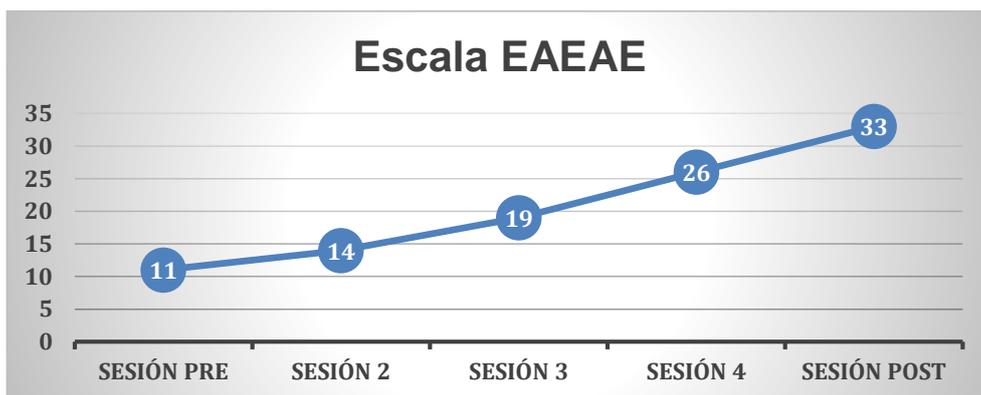
Primero se analiza la rúbrica: En la gráfica 1 se observa como la actividad física en la tercera sesión de la intervención, comienza a resultarle agradable a la sujeto, manteniéndose esta valoración hasta el final de la misma. Se muestra que el grado de agradabilidad es similar, independientemente de la actividad física realizada (Amarillo: Bicicleta estática; verde: Bicicleta estática y caminar; y azul: Caminar).



Gráfica 1: Datos de la rúbrica de evaluación

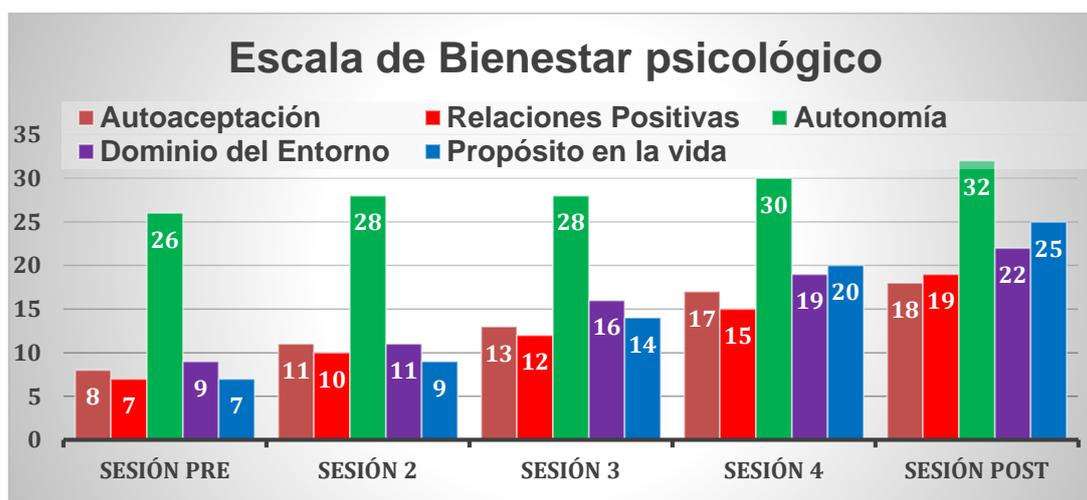
La información de las escalas administradas queda reflejada en las siguientes gráficas y tablas.

En la gráfica 2 lo que se puede observar mediante las puntuaciones obtenidas, es que han mejorado desde el comienzo de la intervención, acercándose bastante la última sesión a la puntuación total posible de la escala. Refleja que la paciente en las últimas sesiones responde mejor ante los problemas y le afectan en menor medida.



Gráfica2. Puntuaciones de la EAEAE

La gráfica 3 muestra como hay una mejoría en el Bienestar psicológico de la paciente, reflejado en el progreso notable en las sub-escalas administradas. Se contempla que en algunas de ellas el cambio es más relevante, ya que la diferencia entre la primera y la última sesión es mayor. En la sub-escala de autonomía se observa que ya comenzaba con una puntuación elevada, manteniéndose hasta el final.



Gráfica 3. Puntuaciones de la escala de Bienestar Psicológico

Además de ver la evolución de la sujeto de manera visual mediante las gráficas, se quiso ver donde se encontraba la sujeto en ambas escalas en relación al grupo normativo. A continuación se muestran las puntuaciones (pre-intervención, post-intervención y una sesión durante la intervención) obtenidas de cada escala por separado.

Observando los promedios en la tabla 1, se puede ver como a pesar de comenzar con unas puntuaciones por debajo del grupo normativo, en la post-intervención ya obtiene puntuaciones que rondan la media. El avance en los percentiles es bastante alto ya que en la post-intervención, el percentil más bajo es 40. Al hacer la media de los percentiles por sub-escalas, el percentil medio sería 70. La puntuación mayor en la post-intervención estaría indicando una mayor confianza en sus recursos personales para el manejo del estrés.

Ítem	Grupo normativo	Sujeto								
		Pre	Z	P	Durante	Z	P	Post	Z	P
1	2,78	1	-1,63	5	2	-0,70	24	3	0,20	58
2	3,70	1	-2,75	1	3	-0,71	24	4	0,30	62
3	3,30	1	-1,91	3	1	-1,91	3	3	-0,25	40
4	3,39	2	-1,19	12	3	-0,33	37	5	1,38	92
5	3,45	1	-2,22	1	2	-1,31	10	4	0,5	69
6	2,69	2	-0,61	27	3	0,27	61	5	2,06	98
7	4,03	2	-2,28	1	3	-1,15	13	5	1,09	86
8	3,07	1	-1,78	4	2	-0,92	18	4	0,80	79

En la escala de Bienestar psicológico (tabla 2), el análisis se ha hecho por sub-escalas. Hay un avance en todas ellas en los percentiles, en cada una el avance se da en mayor o menor medida. Este avance indica una mejora en su Bienestar Psicológico. Hay que destacar que en todas las sub-escalas menos en la de relaciones positivas (P= 18) intervención los percentiles son mayor de 50 en la post- intervención. También destacar que en la sub-escala de autonomía la sujeto ya comienza con un percentil 53.

Sub-escalas	Grupo normativo	Sujeto								
		Pre	Z	P	Durante	Z	P	Post	Z	P
Auto-aceptación	4,31	2	-2,686	1	3,25	-1,232	10	4,5	0,220	58
Relaciones positivas	4,58	1,4	-3,741	1	2,4	-2,56	1	3,8	-0,91	18
Autonomía	4,24	4,3	0,082	53	4,6	0,493	69	5,3	1,452	92
Dominio del entorno	4,31	1,8	-3,486	1	3,2	-1,541	6	4,4	0,125	55
Propósito en la vida	4,47	1,4	-3,698	1	2,8	-2,012	2	5	0,63	73

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Enfrentarse a una enfermedad como el cáncer conlleva un periodo de adaptación, en el cual aparecen pensamientos y emociones negativas, llevando eso a que la persona no tenga un bienestar óptimo. Se estima que los casos de cáncer aumenten conforme avanzan los años, pero la mortalidad debida a ellos puede disminuir, si se toman las medidas adecuadas. Esto coincide con Broche y Ricardo (2011) en que se puede ayudar a las personas con cáncer a tener un comportamiento resiliente y un afrontamiento efectivo, reduciendo así la mortalidad.

Los resultados muestran que el trabajo individualizado con una persona con cáncer es eficaz. Trabajar de manera personalizada con las emociones permite adentrarse en la vida del paciente. En esta intervención individualizada se ha podido comprobar que factores psicosociales influyen en la paciente, pudiendo intervenir en su bienestar psicológico.

Al trabajar diariamente con las emociones, se toma conciencia de sí mismo, y eso es algo importante. Al principio de la intervención la paciente no era consciente del apoyo que tenía, pero al escribir las causas de su afecto positivo, se daba cuenta de que ese apoyo era mayor. Se trabajó con ella para que viese que no estaba sola, que tenía gente a su alrededor preocupada por ella. Se insistió en que se percatará de ello, porque tal y como indican Haro-Rodríguez y cols. (2014) el apoyo social es una de las estrategias que conllevan a adaptarse mejor a la nueva situación.

Con las hojas de auto-ayuda se pudo observar que otros recursos eran los utilizados por la sujeto, comprobando que utilizaba la actividad física en ocasiones para solucionar el afecto negativo o mantener el positivo. Indicando esto que para la paciente, la actividad era algo agradable que veía como un recurso eficaz para sentirse mejor.

Ambos objetivos de esta investigación se han cumplido, mostrándose un mayor bienestar psicológico. Nuestra intervención ha expuesto que trabajar la resiliencia con estos pacientes es algo muy útil para sobrellevar la enfermedad. También se ha podido observar que el trabajo continuo con una paciente, aumenta su bienestar psicológico y aprende a sobrellevar mejor sus problemas.

En esta investigación se ha podido comprobar la dedicación que tiene a sus hijos, siendo el bienestar de estos su propósito en la vida. Esto indica la importancia de trabajar con la persona y su entorno, para saber la situación que está viviendo y poder así actuar de la manera más efectiva acorde a la situación. En este caso se pudo hacer ver a la paciente que sí que tiene una meta en su vida: sus dos hijos.

Como conclusión de todo lo mostrado, resaltan los beneficios de las intervenciones psicosociales y enfocadas a la situación de cada paciente. Además debido al papel del sedentarismo como uno de los principales factores de riesgo del cáncer, se sugiere que se implanten más programas relacionados con la realización de actividad física y que se conciencie para la realización de conductas saludables. Desde la psicología de la salud se deben implantar estos programas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud, por ello el psicólogo puede formar parte de equipos multidisciplinares, trabajando con otros profesionales sanitarios a ayudar a las personas estableciéndoles unos hábitos de vida saludables y atendiendo las necesidades físicas, sociales y psicológicas del paciente.

Para trabajar con una enfermedad como el cáncer es necesario contar con unas habilidades mínimas como la empatía y el control propio de las emociones. Un buen profesional en este ámbito como es el psicooncólogo debe contar con ellas, para estar en la condiciones adecuadas para ayudar a una persona que está sufriendo ante una enfermedad.

Para mejorar futuras investigaciones sobre la resiliencia y sobre el papel de la actividad física en personas con cáncer, los resultados de esta investigación proponen que se controlen posibles variables extrañas y que para poder aportar una fiabilidad interjueces, se haga una valoración entre expertos. También mencionar que pese a la gran cantidad de estudios que hay sobre los aspectos psicológicos en relación al cáncer de mama, es necesario que se realicen más investigaciones enfocadas desde la salutogénesis.

Por último mencionar que ya que están tan demostrados los beneficios de la práctica de actividad física tanto reduciendo el riesgo de padecer ciertas enfermedades como mejorando el trascurso por alguna, que las autoridades conciencien a la población de las ventajas de tener un estilo de vida más saludable.

REFERENCIAS

- Becoña, E., Vázquez, F.L. y Oblitas, L.A. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En L.A. Oblitas y E. Becoña (eds.). *Psicología de la salud* (11-52). D.F. México: Plaza y Valdés.
- Broche, Y. y Ricardo, W. (2011). Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología. *Psicologia.com*, 15, 1-14.
- Castaño, A.M. y Palacios-Espinosa, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *PSICOONCOLOGÍA*, 10(1), 79-93.
- Cruzado, J. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncologia*, 0(1), 9-19.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Duarte, C.A. (2015). El cáncer de mama, desafío mundial. *Revista colombiana de cancerología*, 19(1), 1-2.
- Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9(1), 11-19.
- Font, A. y Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 423-446.
- García, J.A. (2015). *Alimentación y Bienestar psicológico en pacientes con cáncer: Un estudio de caso*. Trabajo Fin de Grado de Psicología. Granada: Universidad de Granada.
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J.F., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutierrez, S. y Vázquez, L. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema*, 20(1), 155-165.
- Haro-Rodríguez, M.A., Gallardo-Vidal, L.S., Martínez-Martínez, M.L., Camacho-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J. y Paredes, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes recién diagnosticados. *Psicooncología*, 11(1), 87-99.
- Keyes, C., Shmotkin, D. & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1.007-1.022.

Mestre, J.M., Guil, R., Cortijo, M., Ruh N., Serrano N. y Jiménez M. (2012).Cap. 3: Regulación de emociones: una visión pragmática e integradora desde el modelo. En C. González Ferreras, D. González Manjón, R. Guil Bozal y J.M. Mestre Navas. *Aportaciones recientes al estudio de la motivación y las emociones*, (261-268). Sevilla: Fénix editora.

Mezquita, E. (2016). *El ejercicio físico minimiza el impacto y las consecuencias del cáncer*. Madrid: Unidad Editorial Revistas, S.L.U.

Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y Conductas de Salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1): 9-15.

Servan-Schreiber, D. (2014). *Anti Cáncer: Una nueva forma de vida*. Barcelona: Espasa.

Vinaccia, S. y Orozco, L.M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-135.

Web-grafías:

American cancer society (2016). *Tipos de cáncer de seno*. Recuperado el 20 de marzo de 2016 de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-what-is-breast-cancer-types>.

Observatorio del cáncer aecc. (2010). *Oncobarómetro 2010*. Extraído el 18 de febrero de 2016 desde https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Documents/Informe_Preliminar_Resultados_OncoBarometro.pdf

Sociedad Española de Oncología médica. (2016). *Las cifras del cáncer en España*. Recuperado el 2 de marzo de 2016 de <http://www.seom.org/en/prensa/el-cancer-en-espanyacom/105460-el-cancer-en-espana-2016>.

ANEXOS

Anexo 1. Rúbrica de evaluación

Sesiones	Tipo de actividad física realizada	Duración de la actividad física	Grado de agradabilidad después de realizar la actividad física 1: muy desagradable 2: algo desagradable 3: algo agradable 4:muy agradable
4/4/16			
5/4/16			
6/4/16			
7/4/16			
8/4/16			
9/4/16			
10/4/16			
11/4/16			

Anexo2. Hoja de auto-ayuda

Hoja de registro basada en el modelo Circumplejo de las emociones

Nombre:

Fecha:

Alta activación

Alto afecto negativo

¿Cuáles son las causas?

¿Cómo puedo solucionarlo?

Alto afecto positivo

¿Cuáles son las causas?

¿Cómo puedo mantenerlo?

Desagradable

Bajo afecto negativo

¿Cuáles son las causas?

¿Cómo puedo solucionarlo?

Bajo afecto positivo

¿Cuáles son las causas?

¿Cómo puedo mantenerlo?

Agradable

Baja activación

Anexo 3. Recopilación de todas las hojas de auto-ayuda

Recopilación de las hojas de auto-ayuda de la intervención agrupadas en función del afecto			
BAJO AFECTO POSIVO			
Estado emocional	Causas	Frecuencia	Mantenimiento
Satisfacción	Que sus dos hijos estén bien, y hayan pasado un buen día sin muchas crisis epilépticas.	5/8	Dándoles la medicación a sus horas correspondientes (controlando así las crisis y el estado de ambos); controlando la temperatura de la casa para que no se resfrién, ya que resfriados tienen más riesgos de sufrir más crisis.
Serenidad	Por la noches, después de que sus hijos se vayan a la cama.	3/8	Dedicar siempre la última hora del día a realizar las actividades que más le gustan a ella: ver la televisión con su marido, darse un paseo, tumbarse en el sofá, pegarse una baño, llamar por teléfono a los familiares y amigos, etc.
BAJO AFECTO NEGATIVO			
Estado emocional	Causas	Frecuencia	Solución
Fatiga	Efectos de la quimioterapia	5/8	Tumbarme un rato o salir a andar.
Tristeza	No salir de casa, debido a la lluvia	1/8	Escuchar música y hacer bicicleta estática en casa.
Aletargamiento	No descansar por la noche	1/8	Antes de irme a dormir, salir a andar.
Fatiga	Realización de las tareas del hogar	1/8	Repartición de las tareas en distintos momentos del día, además de repartírselas con el marido.
ALTO AFECTO NEGATIVO			
Estado emocional	Causas	Frecuencia	Solución
Nerviosismo	No poder ponerse la quimioterapia	1/8	No pensar en ello; salir a andar para despejarse; ver la televisión; llamar a su hermana; hacer bicicleta estática en casa; hablar con su marido, etc.
Asco	Efectos de la quimioterapia	6/8	Descansar; salir a andar; tumbarse con sus hijos, hacer bicicleta estática, escuchar música.
Tensión	Su hijo mayor ha sufrido una crisis	1/8	Abrazar a su hijo; salir a andar luego después para tranquilizarse y no derrumbarse si piensa en la enfermedad de sus hijos; hablar con sus marido para calmarse.
ALTO AFECTO POSITIVO			
Estado emocional	Causas	Frecuencia	Mantenimiento
Entusiasmo	Ir al cine con su hermana	1/8	Salir más a menudo con ella
Euforia	Sus hijos han pasado un buen día	7/8	Disfrutar el día a día con ellos y con su marido, aprovechar cada momento, cuidar su estado de salud para controlar así sus crisis.