



TRABAJO FIN DE MÁSTER
MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA
UNIVERSITAT JAUME I

EL TEATRO TERAPÉUTICO EN
POBLACIÓN ONCOLÓGICA MASCULINA:
UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Tutora

Dra. Berenice Serrano Zárate

Autora

Margarita Robles Laguna

DNI 26502401-F

ÍNDICE

1. Introducción.....	3
1.1. El cáncer y su afección psicológica.....	3
1.1.2. Diferencias en variables psicológicas en función del género...7	
1.2. La terapia grupal en pacientes oncológicos.....	8
1.3. Las terapias artísticas/Arteterapias.....	9
1.3.1. El papel terapéutico del teatro.....	11
1.3.2. El papel terapéutico del teatro en el paciente oncológico.....	14
2. Planteamiento del problema.....	16
2.1. Justificación.....	16
2.2. Objetivo general.....	21
2.2.1. Objetivos específicos.....	21
3. Método.....	22
3.1. Participantes y formato de aplicación.....	22
3.2. Materiales y lugar de aplicación.....	23
3.3. Instrumentos de evaluación.....	24
3.4. Metodología del programa de intervención.....	25
3.5. Estructura de las sesiones.....	27
4. Evaluación.....	38
4.1. Resultados esperados tras la intervención.....	38
4.2. Evaluación por juicio de expertas.....	38
5. Conclusiones.....	41
6. Referencias bibliográficas.....	44
7. Anexos.....	51

Resumen

El cáncer es una enfermedad con una alta prevalencia entre la población que incide en múltiples áreas de la vida del paciente y sus allegados. Concretamente, en pacientes oncológicos, se han corroborado diferencias en función del sexo. La proporción de hombres que busca, acepta y se adhiere a intervenciones de índole psicológica es muy reducida. Este hecho ha sido asociado a la adopción de un estilo de afrontamiento represivo y rígido por la población oncológica masculina, el cual es relacionado con una mayor contención emocional. Además, es necesario considerar la influencia de un estereotipo de masculinidad que interfiere acentuando tales características. En la presente propuesta se ha diseñado un programa de intervención basado en el Teatro Terapéutico. La intervención propuesta incluirá actividades psicoeducativas y de fomento de la expresión emocional tanto a nivel verbal como no verbal. A través del uso del teatro como principal herramienta terapéutica se espera obtener una mayor aceptación de la intervención psicológica en población oncológica masculina. Para validar la propuesta de intervención se ha realizado una evaluación por juicio de expertas; la cual ha resultado favorable, calificando el programa como adecuado para la consecución de los objetivos en población oncológica masculina. Como conclusión, se incluye la necesidad de aumentar el número de estudios Psicooncológicos, ampliar el rango de estudio e intervención a todos aquellos afectados por la enfermedad y destacar la importancia de la exploración inicial de necesidades para realizar una correcta derivación al programa psicológico más adecuado.

Palabras clave: Cáncer, Hombres, Teatro Terapéutico, Programa Intervención.

Abstract

Cancer disease has a high prevalence among the population and affects multiple areas of the patient's life and their relatives. Specifically, in cancer patients, differences based on sex have been corroborated. The proportion of men who seek, accept and adhere to psychological interventions is very small. This fact has been associated with the adoption of a repressive and rigid coping style by the male cancer population, which is related to greater emotional restraint. In addition, it is necessary to consider the influence of a masculinity stereotype that interferes accentuating such characteristics. In this proposal, an intervention program based on the Therapeutic Theater has been designed. The proposed intervention will include psychoeducational and emotional expression promotion activities both verbally and nonverbally. Through the use of theater as the main therapeutic tool, it is expected to obtain greater acceptance of psychological intervention in the male cancer population. To validate the intervention proposal, an evaluation has been carried out by experts opinion; which has been favorable, qualifying the program as adequate for the achievement of the objectives in the male cancer population. It includes as a conclusion the need to increase the number of psycho-oncological studies, expand the range of study and intervention to all those affected by the disease and highlight the importance of the initial exploration of needs to make a proper referral to the most appropriate psychological program.

Keywords: Cancer, Men, Therapeutic Theater, Intervention Programme.

1. Introducción

1.1. El cáncer y su afección Psicológica

El cáncer es actualmente una enfermedad con una alta prevalencia entre la población. Concretamente en Europa, en 2018 se ha constatado una prevalencia del 27,7% (Global Cancer Observatory, 2019). Además, el análisis de datos realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra el cáncer como segunda causa de muerte a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2018). El propio término es causante de una elevada emocionalidad negativa en cada uno de nosotros por ser una amenaza potencial, haberla padecido en primera persona y/o a través de la experiencia de familiares o amigos, y por las propias características de la enfermedad tales como su cronicidad o la incertidumbre respecto a su desarrollo, entre otros (Alonso y Bastos, 2011). Este malestar, resultado de las diversas variables, supone una repercusión significativa en la calidad de vida de los pacientes y sus allegados (Villoria, Fernández, Padierna y González, 2015). Es por tanto que, resulta necesaria la adopción de una intervención multidisciplinar que aborde la enfermedad considerando tanto el ámbito físico como el social y psicológico (Fernández, Jorge, Sánchez y Bejar, 2016).

En la enfermedad oncológica se distinguen distintas etapas por las que puede transitar el paciente: diagnóstico, tratamiento, remisión, recidiva y/o fase terminal (Alonso y Bastos, 2011). En función de la etapa en la que se encuentre el paciente, éste presentará una serie de preocupaciones y necesidades tanto a nivel físico como psicosocial (Villoria et al., 2015). Por tanto, será necesaria la adaptación de la intervención y objetivos a la situación actual de cada paciente (Villoria et al., 2015).

El diagnóstico de cáncer supone el inicio de la alteración de muchas dimensiones de la vida del individuo. Este impacto incide a nivel físico, emocional, social, económico, laboral, y espiritual (Fernández, Bejar y Campos, 2012; Gasca y Aguilar, 2007). Un factor destacable desde el comienzo del período que inicia la confirmación del diagnóstico es el de las pérdidas (Gasca y Aguilar, 2007).

Tizón (2004), detalla la esencia psicológica de la pérdida basándose en su etimología. Según la Real Academia Española (2014), la pérdida es definida como: “La carencia o privación de lo que se poseía”. Gasca y Aguilar (2007), recogen las principales pérdidas sufridas por la población oncológica. Estas se manifiestan en los siguientes ámbitos:

- Identidad. La persona se siente y valora de modo distinto al que lo hacía antes de tomar la concepción de enfermo. Este cambio es causado por diversas razones como la aparición de los síntomas, las transformaciones en las relaciones sociales, la baja laboral o los cambios del aspecto físico.
- Sensación de control. Se produce una modificación en el locus de control resultando en una predominancia del locus de control externo sobre el interno. Este cambio se generalizará a situaciones en las que antes se percibía competente. De este modo la persona pasa a considerar que no tiene influencia o que esta es menor sobre los eventos que suceden.
- Relaciones sociales. Se produce una disminución o carencia debido al aislamiento social y/o emocional consecuente a las nuevas condiciones experimentadas.
- Sexualidad. Los efectos secundarios de la enfermedad, del tratamiento y las afecciones psicológicas tales como la disminución de la autoestima y la modificación de la imagen corporal influyen en este ámbito.
- Autoimagen. Se modifica la percepción del paciente acerca de sí mismo. Esto se debe a la menor la competencia en algunas funciones y/o realización de actividades que antes ejecutaba. Además, el feedback transmitido por las personas cercanas acerca de su estado tendrá una mayor influencia.
- Estilo de vida. Se produce un cambio en las rutinas a raíz de la enfermedad a la vez que se instaura la sensación de miedo respecto a la recuperación de dichas actividades.
- Proyecto de vida. Las ideas o el plan ideado acerca del futuro más o menos lejano son alteradas y sustituidas por la sensación de incertidumbre.
- Sentimiento de igualdad de condiciones. La persona se siente dolorosamente diferenciada en muchas esferas al compararse con otros sujetos que no padecen cáncer.
- Esquema de valores prioritarios. El paciente puede plantearse dudas existenciales relacionadas con la enfermedad tales como el sentido que tiene ésta en sus vidas y la necesidad de un cambio interno.

Simultáneamente al proceso de pérdida, se desarrolla un proceso de reajuste de comportamientos, actitudes, emociones y decisiones ante las condiciones a las que se va enfrentando el paciente oncológico (Fernández et al., 2012). Este proceso no se

encuentra exento de variables que facilitan o dificultan este cambio. Algunas de ellas son el tipo de cáncer, las experiencias previas a la enfermedad actual o la situación en la que se encuentra el paciente en el ámbito económico, laboral y social (Rodríguez, 2007).

Ante situaciones en las que se sufre cualquier tipo de pérdida los seres humanos utilizan las estrategias de afrontamiento. Su objetivo se basa en disminuir el impacto producido por eventos estresantes para lograr una adaptación e incorporación satisfactoria a las nuevas situaciones vitales. Lazarus y Folkman (1986) las definen como “aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164). Las distintas estrategias de afrontamiento serán eficaces para cada sujeto en la medida en que disminuyen las repercusiones emocionales del evento estresante (Rodríguez, 2007).

A pesar de existir múltiples categorizaciones sobre las estrategias de afrontamiento, la concepción más difundida y tenida en cuenta en la práctica clínica e investigación es la realizada por Lazarus y Folkman (1986). A nivel general, pueden ser divididas en dos grandes grupos: las estrategias centradas en el problema y las centradas en la emoción (Lazarus y Folkman, 1986).

La adopción de estrategias centradas en el problema tendrá como objetivo la alteración del objeto problemático o fuente de estrés mediante la acción. Dentro de este grupo se incluyen conductas como la búsqueda de información, el cambio de hábitos, la asistencia a unidades sanitarias, etc. El objetivo principal de estas estrategias en población oncológica es el logro de un nivel óptimo de salud (García-Conde, 2014). Para el desarrollo de un proceso adecuado de solución de problemas son necesarias habilidades que posibiliten el reconocimiento de la fuente de estrés, un planteamiento realista de la situación y de los objetivos, la generación de un extenso repertorio de respuestas, y la elección de aquellas que resulten eficaces para un afrontamiento exitoso (Bados y García, 2014).

Por otra parte, encontramos las estrategias centradas en las emociones. Estas tienen como objetivo la reducción o control del malestar emocional provocado por la situación estresante (García-Conde, 2014). Mediante este tipo de estrategias se incidirá sobre los pensamientos e interpretaciones relacionadas con el problema que son fuente de

malestar psicológico. Por tanto, en lugar de intentar mitigar el problema, se utilizarán para modificar los pensamientos y sentimientos hacia una percepción menos amenazante.

El estilo de afrontamiento de los pacientes con cáncer ha sido relacionado con el modo de desarrollo de la enfermedad, los efectos negativos a nivel emocional, el bienestar/malestar psicológico y el funcionamiento social (Alcañiz, 2018; Blake-Mortimer, Gore-Felton, Kimerling, Turner-Cobb y Spiegel, 1999). Rodríguez (2007) recoge una lista de estrategias de afrontamiento que son presentadas con una mayor prevalencia entre la población oncológica:

- Reordenación de prioridades y cambio positivo. Se produce un cambio de valores y prioridades al considerar que la enfermedad les ha beneficiado en algún sentido. Mediante esta redefinición positiva le otorgan un mayor valor a la vida;
- Comparación social positiva. Se refiere a la tendencia que tienen los pacientes a compararse en ciertos aspectos en los que se perciben con ventaja respecto a otras personas;
- Supresión cognitiva. Hay un distanciamiento de la enfermedad a través de la omisión del pensamiento acerca de ella;
- Sentido del humor. Realizan una descarga emocional reaccionando de forma inversa a las emociones que la enfermedad realmente les provoca;
- Intentos de ejercer el control. Se focaliza en la tendencia a realizar conductas que mejoren su estado físico o mental. De este modo, obtendrán un mayor acercamiento a la sensación de control.;
- Búsqueda de información;
- Resignación. Se define como la tendencia a la pasividad y al rechazo o la dependencia de otros. Es comparable con los sentimientos de impotencia y desesperanza.

Lazarus y Folkman (1987), sitúan las estrategias de afrontamiento dentro de una jerarquía delimitada por la “patología” y la “salud”. Según esta teoría, las estrategias serán situadas en un nivel u otro de la jerarquía en base a dos condiciones: el ajuste de las estrategias a la realidad y la flexibilidad o rigidez en su uso. Se ha demostrado que el estilo de afrontamiento de la enfermedad guarda correlación con la calidad de vida de

los pacientes oncológicos (Alcañiz, 2018). Es por tanto que, un uso de las estrategias acorde a las circunstancias reales vividas por el paciente y una capacidad de utilizarlas de modo flexible, serán predictivas de un desafío óptimo de las nuevas circunstancias que finalmente, tendrán un impacto positivo en la calidad de vida del paciente.

1.1.2. Diferencias en variables psicológicas en función del género

La variable de género ha mostrado tener una gran influencia respecto a la salud de la población oncológica. A nivel físico existen diferencias en la incidencia, prevalencia y mortalidad, obteniendo cifras más elevadas en población masculina (Sociedad Española de Oncología Médica, 2019). También se han mostrado diferencias entre mujeres y hombres en función de la localización del tumor. Se ha comprobado que la proporción de hombres que mueren por tipos de cáncer no específicos del sexo, tales como el de pulmón o piel, es mayor que la de las mujeres (Fish, Prichard, Ettridge, Grunfeld y Wilson, 2019). Respecto a las diferencias existentes a nivel psicosocial, se han encontrado los siguientes datos.

Las mujeres con cáncer muestran una mayor capacidad de comunicación y expresión del malestar emocional que los hombres (Geue et al., 2012). El malestar emocional, denominado *distress* en la lengua inglesa, ha sido operacionalizado a través de los síntomas de ansiedad y depresión que son considerados clínicamente significativos o se encuentran dentro del diagnóstico de un trastorno mental (Costa y Ballester, 2010). El término de malestar emocional o *distress* es adoptado con frecuencia en el ámbito de la oncología por ser mejor entendido por los pacientes en la comunicación con el profesional y por no llevar implícito el estigma asociado en detrimento a aquellos términos psiquiátricos (Fernández et al., 2012). En relación al malestar emocional, se ha encontrado que la búsqueda de apoyo social y psicológico también es menor entre la población masculina (Die, 2015; Fish et al., 2019).

Otra variable en la que se han detectado discrepancias entre ambos géneros es la adopción de estrategias de afrontamiento concretas. A nivel general, la población femenina ha presentado un desarrollo más amplio de respuestas y un afrontamiento más flexible que los varones (Cheng, Lau y Chan, 2014). También, se ha constatado un mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción entre la población femenina mientras que los varones utilizan con una mayor frecuencia las estrategias centradas en el problema (Rodríguez, 2007). El estilo de afrontamiento masculino ha

sido relacionado con un estilo represivo donde los pacientes presentan una tendencia a la supresión de aquellos elementos estresantes que puedan derivar en malestar emocional (Andrés-Villas, Torrico y Remesal, 2012). Un hallazgo relacionado con este estilo de afrontamiento es la menor aceptación de la responsabilidad en población masculina, la cual deriva en una menor adopción de conductas saludables tales como el mayor consumo de alcohol y otras drogas y la menor adherencia e implicación en los tratamientos físicos y psicológicos (Andrés et al., 2012; Geue et al., 2012; Rodríguez, 2007).

1.2. La terapia grupal en pacientes oncológicos

Los enfoques socioculturales mantienen la afirmación de que el individuo forma parte de un sistema de relaciones que son influidas por condicionantes sociales y culturales (López, 2009). El carácter social de las intervenciones grupales facilitará la transferencia de los beneficios obtenidos al entorno en el que el sujeto vive (López, 2009). A través del estudio de la aplicación de intervenciones grupales con pacientes oncológicos, se ha confirmado la obtención de los siguientes beneficios.

En lo referente al estilo de afrontamiento, los pacientes mostraron estrategias de carácter más adaptativo hacia la enfermedad tales como una mayor adherencia al tratamiento y la presencia de un mayor número de conductas saludables (Ochoa, Casellas-Grau, Vives, Font y Borrás, 2017; Villoria et al., 2015). Además, se observó el fomento de la expresión de emociones, lo cual resultó en la mejora de la regulación emocional. También se ha corroborado la disminución de las puntuaciones de los niveles de depresión, estrés y ansiedad, las cuales son asociadas con la reducción del malestar emocional (Blake-Mortimer et al., 1999; Mulligan y Kanas, 2016; Ochoa, 2016; Villoria et al., 2015).

Las intervenciones grupales han reportado beneficios respecto al incremento del conocimiento de la enfermedad. La adquisición de los conocimientos ha sido relacionada tanto a los módulos psicoeducativos impartidos como a las experiencias compartidas por los compañeros. (Ochoa, 2016; Villoria et al., 2015). Asimismo, el contacto regular con los compañeros del grupo fomenta la reducción del aislamiento social y el aumento del apoyo social percibido por los pacientes (Blake-Mortimer et al., 1999; Mulligan y Kanas, 2016; Ochoa, 2016; Villoria et al., 2015).

Las evaluaciones realizadas 3,6 y 12 meses después de la finalización de la intervención grupal han corroborado el mantenimiento de los beneficios obtenidos a largo plazo (Blake-Mortimer et al., 1999; Ochoa et al., 2017; Villoria et al., 2015). Se demostró también que, la terapia grupal facilita el crecimiento post-traumático tras padecer la enfermedad (Villoria et al., 2015).

Respecto al estado de salud físico, se observó un incremento significativo del tiempo medio de supervivencia, el cual ha sido relacionado con los beneficios señalados anteriormente acerca de las intervenciones psicológicas, entre las que se incluyen las terapias grupales (Blake-Mortimer et al., 1999; Mulligan y Kanas, 2016; Ochoa, 2016). Además, los pacientes mostraron una mejora significativa en las puntuaciones referentes a la calidad de vida (Ochoa, 2016; Villoria et al., 2015).

En conclusión, los tratamientos grupales han demostrado presentar amplios beneficios en enfermedades graves como el cáncer (Ochoa, 2016).

1.3. Las terapias artísticas/Arteterapias

Las arteterapias son procedimientos desarrollados a nivel individual y/o grupal donde, mediante las técnicas artísticas se facilita la expresión de ideas, conflictos y emociones, algunas de ellas evitadas o percibidas por la persona como inaceptables, tales como la envidia o la ira (Asociación Profesional Española de Arteterapeutas, 2019). Mediante la aplicación de este tipo de intervenciones se facilitará la resolución de las preocupaciones y la disminución del malestar psicológico del sujeto (Archer, Buxton y Sheffield, 2015; Arriola, 2014; Asociación Profesional Española de Arteterapeutas, 2019; Bilgin, Kirca y Ozdogan, 2018; Collete, 2011; Mondolfi, 2017; Ovarzún, 2016; Wood, Molassiotis y Payne, 2011).

Dentro de las arteterapias encontramos diversas disciplinas. Según Malchiodi (2005), (pág. 2,3) podemos clasificarlas del siguiente modo:

- Arteterapia: Incluye el uso de artes visuales y procesos creativos plásticos como reflejo del propio desarrollo, personalidad, intereses, preocupaciones y conflictos.
- Musicoterapia: Emplea la música para facilitar cambios psicológicos, cognitivos y de funcionamiento social.

- **Dramaterapia:** Utiliza procesos teatrales integrando los aspectos físico y emocional. Los productos y asociaciones derivadas se orientarán a la consecución de la mejora de los síntomas psicológicos. Mediante la representación de la historia del sujeto y los problemas que presenta, será posible que éste alcance la catarsis y comprensión, amplíe y profundice en la propia experiencia, y fortalezca la habilidad de observar y flexibilizar la adopción de distintos roles y actitudes en su vida diaria.
- **Danzaterapia:** Parte del principio de la interrelación cuerpo-mente. Defiende que el movimiento corporal facilitará la integración emocional, cognitiva y física en el individuo.
- **Biblioterapia:** Usa la poesía y otras formas de literatura para promocionar el crecimiento personal.

Aunque existen distintas modalidades, todas ellas tienen en común el fomento de los procesos de autoexpresión, participación activa, creatividad y conexión física y mental (Mondolfi, 2017). Además, estas técnicas sirven como herramientas para expresar aquello que le resulta complejo a través de otros medios que son percibidos como menos amenazantes que la comunicación verbal basada en la propia experiencia (Archer et al., 2015; Bilgin et al., 2018; Collete, 2011; Ovarzún, 2016; Wood et al., 2011).

Las intervenciones arteterapéuticas de carácter grupal fomentan el desarrollo del repertorio de habilidades sociales del sujeto, la mejora de las competencias comunicativas y los vínculos que establece con los demás (Archer et al., 2015; Arriola, 2014; Collete, 2011; López, 2009; Wood et al., 2011). Otro aspecto destacable es el impacto causado sobre el aislamiento social el cual, junto al sentimiento de soledad, muestran disminuciones en sus niveles en correlación con la participación en intervenciones grupales de terapia artística en cualquiera de sus modalidades (Fernández, Gerra y Begara, 2013; Zenil y Alvarado, 2007).

Las terapias artísticas pueden ser aplicadas en múltiples ámbitos, tales como el clínico, educacional y social (López, 2009). Desde el ámbito clínico y, concretamente en relación al plano psicológico, la creatividad desarrollada e impulsada por medio de las arteterapias favorecen el cambio de actitud hacia uno mismo y los demás. Esto es posible mediante el aprendizaje de la canalización de las emociones a través de otros medios a los que habitualmente son utilizados. También influye en este cambio de

actitud el incremento en la producción de un mayor número de alternativas ante aquellas circunstancias que resultan difíciles, lo cual resulta en una visión más esperanzadora ante las dificultades (López, 2009).

Dentro de la intervención con terapias artísticas se ha evaluado en múltiples ocasiones la variable “calidad de vida”. Se ha encontrado una correlación positiva entre aquellos sujetos que habían participado en terapias artísticas y las puntuaciones pertenecientes a la calidad de vida (Asociación Profesional Española de Arteterapeutas, 2019; Archer et al., 2015; Bilgin et al., 2018; Collete, 2011; Zenil y Alvarado, 2007).

La Asociación Americana de Terapia Artística (American Art Therapy Association, 2017) enumera además otros beneficios que complementan los mencionados anteriormente. Estos son: el fomento de la autoestima, autoconciencia y resiliencia emocional.

1.3.1. El papel terapéutico del teatro

Una de las ramas del arte desde las que es posible intervenir en Psicología es el teatro. El uso de teatro como herramienta psicológica permite facilitar la expresión de emociones y cogniciones a través de medios de carácter más indirecto que la expresión verbal de la propia experiencia en primera persona. Para lograr una mejor comprensión, serán descritos a continuación algunos de los hitos que han causado una mayor influencia en el uso del teatro como terapia tal y como es concebida en la actualidad.

Respecto al uso del teatro dentro de la Psicología es imprescindible destacar la figura de Stanislavski, creador del Teatro del arte de Moscú. La propuesta innovadora de Stanislavski, en relación a la concepción de la interpretación del personaje que se mantenía anteriormente, fue la de invitar al actor a indagar en el carácter psicológico del personaje, situándolo dentro de unas circunstancias y ambiente determinados. Esta aproximación estaba dispuesta en gran parte por la propia experiencia. A través de ella se posibilitaba el enriquecimiento de las características adheridas al personaje por aquellos sentimientos y emociones suscitadas en el actor. De este modo, el actor integraría su memoria afectiva junto a las características del personaje. Se consiguió así una supresión del alejamiento afectivo actor-personaje, logrando una mayor identificación y una interpretación más natural (Klein, 2017). Esta nueva visión proporcionó al actor la oportunidad de realizar un ejercicio de empatía al promover la integración de todas las características del personaje en él mismo.

Este enfoque propuesto por Stanislavski es desde el que Jacob Levy Moreno toma su principal influencia en la creación del teatro como terapia al que denominó Psicodrama. Este movimiento, es uno de los pioneros en otorgar relevancia al teatro como herramienta dentro de la Psicología. Uno de los principales motivos por los que se considera este autor como el primero en introducir el teatro como herramienta terapéutica es porque, además de utilizar esta rama del arte con fines puramente terapéuticos, sistematizó su teoría y técnica por escrito y la difundió (Klein, 2017; Mondolfi, 2018). En la creación del Psicodrama, Moreno expone que el actor-paciente interpreta su propio papel, su vida y, concretamente sus conflictos. Apela a que “la vivencia por segunda vez de un evento conflictivo supondrá la liberación de la primera” (Klein, 2017). Pretende por tanto que, mediante la configuración de las circunstancias pasadas en el momento presente, se facilite al sujeto el afrontamiento desde una posición de mayor seguridad para así lograr la resolución de los conflictos psicológicos derivados.

Uno de los conceptos primordiales dentro del teatro como terapia es el de “rol”. Moreno, define este concepto como “la forma de funcionamiento que asume un individuo como reacción ante un evento concreto situado en un ambiente específico en el que hay involucradas otras personas y/o objetos” (Torres-Godoy, 2001; p. 14). Mediante esta definición, se asume la similitud existente entre los roles representados en teatro y en la vida real. Por ejemplo, el rol de “hijo” incluirá múltiples variables, y podrá ser desarrollado de diversos modos según el lugar, las circunstancias y las personas ante las que el sujeto se encuentre tanto en la vida real como aquellas que hayan sido definidas sobre el escenario.

Tal y como se ha descrito anteriormente, el rol incluye el modo de funcionamiento de la persona dentro de unas circunstancias concretas (Torres-Godoy, 2001). Dentro de este modo de funcionamiento se incluyen por tanto las estrategias de afrontamiento adoptadas por el individuo.

Una de las principales ventajas del uso del teatro como terapia es la oportunidad que ofrece de acoger y experimentar roles que no son mostrados en la vida del sujeto y/o modificar el modo de funcionamiento que habitualmente adoptamos (Torres-Godoy, 2001).

El uso del teatro como terapia facilitará que la persona experimente la adopción de distintas estrategias de afrontamiento y generalizarlas posteriormente a su vida diaria (Monti et al., 2006). Mediante la adopción de múltiples estrategias de afrontamiento, se podrá comprobar la utilidad de aquellas que anteriormente resultaban aversivas. De este modo se favorecerá el aumento del repertorio de estrategias y una mayor flexibilidad respecto a la adopción de aquellas que resultan más eficaces según la situación presente. Además, se favorecerá la expresión emocional que, aunque en un primer momento pueda ser percibida como ficticia, será integrada en la persona por haber formado parte de la experiencia real (Fernández et al., 2013).

En la actualidad, además del Psicodrama, encontramos otro movimiento del teatro como terapia en la rama de la Psicología de la Gestalt, denominado Teatro Terapéutico Gestáltico. Las técnicas teatrales desde este enfoque son, en muchas ocasiones, un procedimiento central en la intervención. El Teatro Terapéutico Gestáltico tiene como base los tres principios de la Psicología de la Gestalt que serán descritos a continuación (Escuela Española de Teatro Terapia Gestalt, 2014; Ospina y Gil, 2015).

- Aquí y ahora. Mediante la representación teatral se persigue la toma de contacto con el momento presente. Los sucesos pasados y futuros tendrán cabida desde el impacto emocional que tengan los mismos en el momento actual (Ospina y Gil, 2015).
- Darse cuenta. Se favorecerá la experimentación y la observación para que el sujeto logre alcanzar una toma de conciencia de la sensorialidad, las propias emociones y las conductas pertenecientes a uno mismo. Al invitar al sujeto a adoptar el papel de un personaje, se favorecerá la expresión de aspectos oprimidos, negados y/o evitados haciendo que entren a la conciencia a través de su experimentación y observación directa (Ospina y Gil, 2015).
- Responsabilidad. Este principio se tomará desde la habilidad de responder del propio sujeto, haciéndose cargo de sus conductas y consecuencias. Se señalarán e integrarán las percepciones y acciones como parte de la propia persona. Por tanto, se fomentará un mayor locus de control interno en todas aquellas situaciones en las que el sujeto pueda incidir actuando u omitiendo su conducta, para lograr el resultado esperado (Martín, 2006).

Mediante las técnicas teatrales será posible trabajar con aquellos asuntos tanto pasados como presentes y futuros desde la dificultad que suponga y el significado que tiene actualmente para la persona. El teatro ofrecerá por tanto la posibilidad de trabajar directamente con situaciones tanto reales como ficticias sin la necesidad de que los elementos circunscritos se encuentren presentes (Escuela Española de Teatro Terapia Gestalt, 2014; Monti et al, 2006).

1.3.2. El papel terapéutico del teatro en el paciente oncológico

En la revisión realizada respecto al uso del teatro como principal herramienta de intervención terapéutica, se han encontrado diferencias respecto a la designación del término de la propia práctica. Tras comprobar los principios en los que se basaban las intervenciones analizadas, se observan las siguientes equivalencias. Todas utilizaban como principal herramienta el teatro para favorecer la expresión emocional y la exploración de experiencias que son percibidas como difíciles o dolorosas. Estas experiencias pueden pertenecer al pasado, presente o futuro, aunque siempre serán abordadas desde lo que suponen para el paciente “aquí y ahora”. Además, se fomenta la adopción de nuevas perspectivas a desde un enfoque indirecto, ofrecido por el uso de las técnicas teatrales, para que el paciente pueda explorar y posteriormente facilitar la toma de conciencia y la generalización de los beneficios a la vida diaria. Por tanto, en la posterior redacción, será utilizado el término “Teatro Terapéutico” para englobar todas las características de las intervenciones arteterapéuticas que han utilizado el teatro como principal herramienta en base a los principios descritos.

En lo referente al uso del Teatro Terapéutico en pacientes oncológicos, los objetivos de las terapias son adaptados a las condiciones en las que esta población se encuentra a causa de la enfermedad. Aquí se incluyen las pérdidas en distintos ámbitos, la modificación en la adopción de hábitos y actitudes y, todas aquellas circunstancias referentes a los niveles económico, laboral, psicológico y social, tal y como se ha descrito con anterioridad (de la Torre-Luque, Gambara, López y Cruzado, 2016; Rodríguez, 2007).

Uno de los aspectos más estudiados desde la Psicooncología son las modificaciones surgidas en referencia a las circunstancias vitales del paciente y el estilo de afrontamiento adoptado ante las mismas a raíz de la comunicación del diagnóstico. La adaptación de las distintas estrategias de afrontamiento a las nuevas circunstancias a las

que se enfrenta el paciente oncológico permitirá que éste transite estos cambios con una mayor eficacia, satisfacción, autoconfianza y autonomía (Archer et al., 2015; Arriola, 2014; Collete, 2011; Wood et al., 2011).

Mediante el uso del Teatro Terapéutico se posibilitará al paciente la exposición, experimentación y toma de conciencia de los distintos roles y las distintas funcionalidades que albergan. Tal y como se ha mencionado anteriormente, las estrategias de afrontamiento se sitúan dentro del concepto de rol. La facilitación de la experiencia a través de distintos roles permitirá al paciente oncológico adoptar actitudes que no son mostradas asiduamente. A través de la experiencia se producirá un acercamiento a un enfoque más objetivo acerca de la adopción de distintas actitudes y las consecuencias derivadas. De este modo se favorecerá el aumento del repertorio de estrategias, el acogimiento de aquellas mediante las que obtener resultados más satisfactorios y la posterior generalización a las condiciones presentes en la vida diaria (Bilgin et al., 2018; Monti et al., 2006; Torres-Godoy, 2001; Wood et al., 2011). Asimismo, el paciente será dotado de una mayor autonomía y sensación de control. Esto influirá a su vez en la reducción de las puntuaciones pertenecientes a la sintomatología ansiosa y depresiva. Finalmente, todos estos beneficios serán responsables del impacto positivo en el nivel de calidad de vida percibida del paciente oncológico.

La intervención mediante técnicas teatrales permitirá al paciente la innovación en la interacción con el mundo, obteniendo una visión menos amenazante del mismo y una mayor percepción de control (Boal, 2013; Ospina y Gil, 2015; Zenil y Alvarado, 2007)

Otra cualidad del Teatro Terapéutico es el favorecimiento de la expresión emocional del paciente. Mediante la interpretación, el paciente podrá, tal y como defienden las actuales intervenciones psicológicas que utilizan como principal herramienta el teatro, añadir la propia emocionalidad a su personaje, logrando expresar de forma pública el contenido de la conciencia que anteriormente se encontraba oculto (Zenil y Alvarado, 2007).

Las mejoras descritas anteriormente (mecanismos de afrontamiento, expresión emocional, etc.) pueden ser adscritas tanto a la terapia individual como grupal. Sin embargo, se han observado una serie de mejoras asociadas a la aplicación del Teatro Terapéutico a nivel grupal. Al participar tanto como actor como espectador, el paciente podrá beneficiarse de la exposición de otros compañeros, integrando el conocimiento

desde el papel de espectador por resonar en su propia experiencia. Esto, también permitirá que el paciente pueda realizar un ejercicio de empatía a la vez que suprimir el juicio negativo presente tanto hacia aspectos propios rechazados como ajenos (Ospina y Gil, 2015).

Tal y como expone Carabelli (2013):

“En cada individuo coexisten infinidad de personajes no reconocidos, proyectados, rechazados o enjuiciados y son las técnicas teatrales el medio a través del que se permite dar vida a esos personajes que, siendo excluidos de la vida consciente de la persona, solo existen en la sombra” (p. 196).

2. Planteamiento del problema

2.1. Justificación

Actualmente, el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En España, según las estimaciones realizadas, se ha detectado una continuidad en el aumento del número de tumores diagnosticados en los próximos años (SEOM, 2019). El impacto de la enfermedad incide en todas las áreas de la vida del paciente, por lo que resulta necesario un abordaje multidisciplinar (Fernández et al., 2016).

En cuanto a los problemas psicológicos derivados de la enfermedad oncológica o comórbidos a ella, se ha comprobado que un 24 % de los pacientes cumplen los criterios diagnósticos de algún trastorno mental. Dentro de este subgrupo, el 77 % corresponde a trastornos adaptativos, lo que demuestra el impacto causado por el diagnóstico y su correspondiente necesidad de intervención psicológica (Fernández et al., 2016). Las principales afecciones psicológicas detectadas en población oncológica son la depresión, ansiedad y malestar emocional (distress), las cuales correlacionan negativamente con la calidad de vida del paciente (de la Torre-Luque et al., 2016; Instituto Max Weber & Fundación Mylan para la Salud, 2018). Además de los porcentajes señalados, aproximadamente un 75% de pacientes presenta dificultades que, aunque no cumplen con todos los criterios de un diagnóstico psicopatológico, precisan de atención psicológica (Instituto Max Weber y Fundación Mylan para la Salud, 2018). Las intervenciones de carácter psicológico en población oncológica han demostrado

tener un impacto positivo en la sintomatología emocional y la promoción de la adopción de estrategias de afrontamiento adecuadas ante la enfermedad (Instituto Max Weber y Fundación Mylan para la Salud, 2018). Consecuentemente, el paciente oncológico desarrollará un ajuste psicosocial más satisfactorio y eficaz, un mayor bienestar y una mejor calidad de vida (de la Torre-Luque et al., 2016).

A pesar de la evidencia científica sobre los beneficios de la intervención psicológica en pacientes oncológicos, las guías clínicas para la asistencia psicológica en cáncer son escasas a nivel mundial (Instituto Weber y Fundación Mylan para la Salud, 2018). Concretamente en España, en el estudio realizado por la Asociación Española Contra el Cáncer sobre la atención psicológica en cáncer en el Sistema Nacional de Salud (SNS), se expone la inexistencia actual de registros oficiales o información general sobre los servicios psicosociales prestados a los pacientes (Asociación Española Contra el Cáncer, 2019). La última actualización de la Estrategia en Cáncer del SNS recomienda la revisión de la evidencia científica existente, de la atención psicológica ofrecida en el SNS y del modo de aplicación de sus intervenciones (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010 p. 123).

Mediante la colaboración del Instituto Weber y la Fundación Mylan para la Salud (2018) se ha realizado un reciente informe acerca de la evidencia sobre la eficacia de intervenciones psicológicas en cáncer en España. Se corrobora que el modelo Cognitivo-Conductual, o este enfoque combinado con otras técnicas como la activación conductual, son los desarrollados en la mayoría de estudios (Instituto Weber y Fundación Mylan para la Salud, 2018).

El modelo Cognitivo-Conductual centra su atención en modificar aquellos aspectos emocionales, cognitivos y/o conductuales en los que el paciente muestra alteraciones o una insuficiente adaptación (Instituto Weber y Fundación Mylan para la Salud, 2018). Estas intervenciones son indicadas en la mejora del control de síntomas, efectos secundarios, ansiedad, depresión, estrés y otros problemas concretos que afecten a la vida cotidiana del paciente (Fernández et al., 2016).

Recientemente, se han encontrado estudios adicionales que prueban la eficacia de otras intervenciones psicológicas. Aquí encontramos las terapias de Tercera Generación y las Nuevas Tecnologías (Instituto Weber y Fundación Mylan para la Salud, 2018). Respecto a las terapias de Tercera Generación se han encontrado múltiples estudios de

Mindfulness y, en menor medida, de Terapia de Aceptación y Compromiso y activación conductual. Los estudios con Mindfulness han arrojado resultados positivos para el alivio de estrés, depresión, fatiga y síntomas físicos, los cuales han sido significativos debido a la gran amplitud de estudios sobre esta intervención psicológica (Instituto Weber y Fundación Mylan para la Salud, 2018).

Las Nuevas Tecnologías han demostrado ser beneficiosas para aquellos pacientes que presentan rechazo al entorno hospitalario o tienen dificultades para acudir al centro debido al estado físico, el transporte o la distancia (Instituto Weber y Fundación Mylan para la Salud, 2018). Tanto las intervenciones Cognitivo-Conductuales, Mindfulness y estimulación cognitiva mediante vía telefónica o internet han mostrado un nivel significativo de eficacia (Instituto Max y Fundación Mylan para la Salud, 2018).

Las intervenciones de orientación o Counselling y aquellas Psicoeducativas también son utilizadas, especialmente en las fases más iniciales de diagnóstico y tratamiento (Fernández et al., 2016).

Una de las limitaciones encontradas sobre los estudios realizados acerca de las intervenciones psicológicas en cáncer es que solo una mínima proporción considera los factores que correlacionan con la aceptación del tratamiento ofrecido y la adherencia al mismo (Brebach, Sharpe, Costa, Rhodes y Butow, 2016; Instituto Weber y Fundación Mylan para la Salud, 2018). Aquellos estudios que han abordado esta cuestión han obtenido que la proporción de pacientes con cáncer que busca, acepta y se mantiene dentro de las intervenciones psicológicas, es muy reducida. Concretamente, en un metaanálisis realizado por Brebach et al. (2016), se ha confirmado que casi la mitad de los pacientes a los que se les ofrecen intervenciones psicológicas, las rechazan.

Una de las variables sociodemográficas que ha demostrado ser influyente en la enfermedad oncológica es el género. Respecto a la prevalencia de la enfermedad, los datos recogidos por la Sociedad Española de Oncología Médica (2019) muestran un mayor nivel de riesgo de desarrollo de cáncer entre la población masculina. Del mismo modo, se han verificado unas cifras de mortalidad más elevadas entre estos pacientes (Sociedad Española de Oncología Médica, 2019). A pesar de la alta prevalencia de cáncer entre la población masculina, la tasa de aquellos que buscan apoyo social y psicológico es bastante inferior al de las mujeres (Die, 2015; Jones y Ruthig, 2015). Asimismo, muestran una menor aceptación de las intervenciones físicas y psicosociales

ofrecidas y un mayor abandono de las mismas (Geue et al., 2012). Además de la escasa búsqueda de apoyo entre los hombres con cáncer, se han hallado datos sobre algunos factores representativos adicionales.

Una de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción que correlacionan positivamente con el aumento del bienestar y la calidad de vida en población oncológica tanto masculina como femenina es la expresión emocional (Durá et al., 2010; Hoyt, 2009). Respecto a los varones con cáncer, se ha confirmado que la expresión que realizan acerca de sus emociones es muy reducida, resultando aún menor cuando las emociones son de carácter desagradable (Hoyt, 2009).

La menor manifestación de malestar emocional por los hombres con cáncer ha sido relacionada con una visión de la sociedad estereotipada respecto a la masculinidad. Este estereotipo se basa en la definición y conservación de la masculinidad a través de la capacidad de mostrar una gran fortaleza, confianza y enfrentar cualquier reto o problemática sin demostrar signos de vulnerabilidad emocional (Fernández, Zubieta y Páez, 2000; Hoyt, 2009; Jones y Ruthing, 2015). Consecuentemente, algunos aspectos derivados de la enfermedad de cáncer tales como la pérdida de vitalidad, funciones físicas o los sentimientos de vulnerabilidad y miedo, pueden ser percibidos por esta población como una amenaza a la propia masculinidad, obteniendo como resultado la supresión de la expresión emocional (Hoyt, 2009). Además, existe una correlación positiva entre la percepción de una limitación socialmente impuesta respecto a la expresión de emociones (e.g., creer que los demás se sienten incómodos al expresar qué sienten respecto a la enfermedad) y el malestar emocional experimentado (Hoyt, 2009).

El estilo de afrontamiento represivo, rígido y con una mayor adopción de estrategias centradas en el problema, característico en hombres con cáncer, es relacionado con la contención de la expresión emocional (Andrés-Villas, Torrico y Remesal, 2012; Cheng et al., 2014; Rodríguez, 2006). Esta expresión emocional reducida en la población masculina no es equivalente a la ausencia de malestar emocional o la conservación de un nivel de calidad de vida óptimo. Aunque los datos que comparan ambos géneros no confirman un mayor malestar emocional o menor calidad de vida de los hombres con cáncer (Costa y Ballester, 2010; Fernández et al., 2016), el deterioro de ambos factores es mayor en varones que presentan la enfermedad que aquellos que muestran condiciones saludables (Andrés et al., 2012).

Atendiendo a la necesidad de ampliar las posibilidades en la prestación de una atención psicológica eficaz en población oncológica masculina española, se ha planteado la intervención psicológica mediante el Teatro Terapéutico. La aplicación de esta intervención psicológica ha sido considerada adecuada para la población señalada en base a los siguientes principios.

En primer lugar, ha sido tenida en consideración la reducida proporción de hombres con cáncer que acepta y se adhiere a las intervenciones psicológicas (Brebach et al., 2016). La literatura nos muestra que las intervenciones arteterapéuticas son más aceptadas por la población masculina que otros tipos de soporte social (Wood et al., 2011). La intervención a través de técnicas que permiten la expresión emocional de modo indirecto disminuye la probabilidad de rechazo o abandono de la terapia a causa de aquellos aspectos que puedan resultar amenazantes hacia la propia persona.

En segundo lugar, la mayoría de los estudios que muestran evidencia empírica han sido realizados con población femenina, especialmente en cáncer de mama (Instituto Weber y Fundación Mylan para la Salud, 2018). Por tanto, los resultados obtenidos no serán generalizables a toda la población oncológica. Al tener en cuenta las limitaciones presentes en población oncológica masculina tales como la estereotipación sobre la masculinidad (Fernández et al., 2000; Hoyt, 2009; Jones y Ruthing, 2015) y el estilo de afrontamiento habitual en hombres con cáncer (Andrés et al., 2012; Cheng et al., 2014; Rodríguez, 2006), surge la necesidad de adaptar las características de la intervención para el abordaje de tales dificultades. Debido al carácter indirecto de las herramientas empleadas en Teatro Terapéutico se facilitará la expresión emocional y cognitiva tanto de manera verbal como no verbal y se verá favorecida la intervención psicológica en otros aspectos tales como las estrategias de afrontamiento.

Mediante el uso del teatro como herramienta de intervención psicológica, se brindará al paciente la oportunidad de adoptar distintos roles de múltiples formas. Esta experiencia tendrá lugar dentro de un espacio percibido con un bajo riesgo. La expresión de diversas emociones y la adopción de múltiples estrategias de afrontamiento serán expuestas de modo indirecto por el paciente, sin que éste realice la manifestación en primera persona sobre la propia experiencia de vida (Monti et al., 2006). Esto creará un menor rechazo hacia la exposición y facilitará la exploración y toma de conciencia de los beneficios y dificultades derivados de las particularidades

asignadas a los diversos modos de funcionamiento de cada rol. Aunque la exposición realizada sea percibida en un primer instante como ficticia, esta formará parte de la experiencia real y posibilitará la generalización de los beneficios a la vida del paciente (Ospina y Gil, 2015). Asimismo, la participación como personaje y espectador fomentará un ejercicio de empatía que facilitará la supresión del juicio negativo realizado tanto hacia los propios aspectos rechazados como a los ajenos (Ospina y Gil, 2015).

Por último, otro principio considerado en la elección del Teatro Terapéutico a nivel grupal como enfoque de intervención ha sido el amplio repertorio de beneficios asociados tanto al desarrollo de las intervenciones grupales como a las arteterapias (López, 2009). Algunos de los beneficios encontrados que podrían abordar las dificultades características de la población masculina son la aceptación y tolerancia de diversas opiniones, corrección de distorsiones cognitivas, estimulación de la conciencia emocional a través de la expresión de los compañeros, interacción emocional con otros miembros y expresión de sentimientos y pensamientos reprimidos (López, 2009).

Finalmente, es necesario añadir la necesidad de incluir en la intervención módulos psicoeducativos acerca de las competencias que serán trabajadas para facilitar su adquisición y generalización.

2.2.Objetivo general

Desarrollar una propuesta de intervención psicológica basada en el Teatro Terapéutico dirigida a población oncológica masculina con el fin de reducir el malestar emocional y aumentar la calidad de vida.

2.2.1.Objetivos específicos

1. Mejorar el nivel de calidad de vida del paciente;
2. Disminuir el nivel de malestar emocional del paciente.
3. Disminuir el aislamiento social;
4. Aumentar la percepción de apoyo social;
5. Incrementar la sensación de control ante situaciones problemáticas;
6. Favorecer la expresión de emociones negativas;
7. Aumento del repertorio de estrategias de afrontamiento y la flexibilidad en su uso ante eventos estresantes.

3. Método

3.1. Participantes y formato de aplicación de la intervención

La propuesta de intervención psicológica a través del Teatro Terapéutico va destinada a población oncológica masculina.

Uno de los criterios en los que se basa la Psicooncología para el diseño de estudios e intervenciones psicológicas es el segmento de edad en el que se encuentra el paciente (infancia, adultez, vejez). Es necesario tener en cuenta este criterio para adaptar las intervenciones a las necesidades presentes en cada etapa de desarrollo vital y conseguir un mayor nivel de eficacia en los resultados (Instituto Weber y Fundación Mylan para la Salud, 2018). Concretamente, la presente propuesta va dirigida a aquellos pacientes que se encuentren en la etapa de adultez, la cual comprende un rango de edad desde los 18 a los 65 años. Esta variable ha sido considerada tanto en la búsqueda bibliográfica como en el desarrollo del programa de intervención. Para la aplicación del programa serán consideradas las diferencias socioculturales de los pacientes para que el profesional pueda realizar una correcta adaptación de los contenidos a nivel grupal.

Otra característica de la población a la que se enfoca la propuesta de intervención es la presencia de un estado de salud óptimo para garantizar la asistencia regular a las sesiones programadas. El beneficio temprano de aquellos recursos psicológicos disponibles para el paciente mejorará la adherencia al tratamiento médico, favorecerá la adopción de estrategias de afrontamiento y permitirá tratar la sintomatología psicopatológica con la finalidad de mejorar la evolución clínica y calidad de vida del paciente (Hernández y Cruzado, 2013). Las ausencias regulares de los miembros del grupo han sido correlacionadas con una menor cohesión, apertura y adhesión a la intervención (Hernández et al., 2012). Por tanto, será recomendada lo más tempranamente posible a aquellos pacientes que puedan mostrar un compromiso de asistencia.

La aplicación de la intervención se realizará en **formato grupal** debido a que muchos de los beneficios que correlacionan con este tipo de intervenciones forman parte de las metas propuestas en los objetivos (favorecimiento de la expresión de emociones y cogniciones reprimidas, interacción emocional, etc.). El número de participantes que compondrán el grupo oscilará entre **8 y 12 hombres** para que todos

puedan expresar y trabajar sus dificultades y necesidades en cada sesión con mayor facilidad. Evitando un grupo numeroso de participantes se verán favorecidas las habilidades de comunicación y de establecimiento de relaciones de apoyo social. La recomendación del número de participantes se debe a que el nivel óptimo recomendado es de 5 a 10, siendo aconsejable comenzar por 12 participantes por los posibles abandonos que puedan surgir; el grupo será cerrado para facilitar la cohesión de todos los miembros (Ochoa, 2016).

3.2. Materiales y lugar de aplicación

Para el desarrollo óptimo de la intervención propuesta, se detalla a continuación los materiales necesarios en cada una de las sesiones:

- Sesión 1. Copias del contrato de confidencialidad, asistencia y necesidades propuestas por los miembros del grupo. Cuestionarios de evaluación pre-intervención.
- Sesiones 2, 3, 4 y 5. Ordenador y proyector para impartir los contenidos psicoeducativos.
- Sesiones 2, 3, 4 y 5. Copias de los contenidos más importantes de la respiración diafragmática y contenido teórico (funcionalidad de las emociones, influencia de las cogniciones en la emoción y conducta, estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la emoción).
- Sesión 7. Sombreros de 5 colores distintos. El número total de sombreros variará en función del número total de participantes.
- Sesión 10. Cartas con dibujos de animales repetidos. El número de cartas variará en función del número total de participantes.
- Sesión 13. Cuestionarios de evaluación post-intervención.
- Pizarra y tizas/rotulador para facilitar las aclaraciones necesarias sobre contenidos psicoeducativos, actividades o aclaraciones.
- Folios en blanco y bolígrafos para aquellos miembros del grupo que lo soliciten.
- Botellas de agua y vasos.
- Pañuelos de papel.

La intervención se aplicará en una sala amplia donde poder realizar cómodamente los ejercicios propuestos. La sala constará al menos de una silla para cada participante y estarán dispuestas en forma circular.

3.3. Instrumentos de evaluación

Para la evaluación de los objetivos descritos anteriormente, se administrarán a los pacientes los siguientes instrumentos tanto antes de la intervención como después (pre-post-test) con la finalidad de determinar el estado de los pacientes antes de realizar la intervención y los beneficios que se han obtenido tras ella. En la selección de los instrumentos, se ha tenido en cuenta que estén validados en población española y que presenten un nivel de fiabilidad y validez adecuados respecto a la enfermedad de cáncer.

Además de los cuestionarios específicos se recogerán los datos sociodemográficos de los pacientes (Véase Anexo A).

A continuación, se describirán los cuestionarios que serán administrados a los pacientes antes y después de la intervención propuesta:

- MOS-SSS (*MOS Social Support Survey*) (Costa-Requena, Salamero y Gil, 2007) (Véase Anexo B): Con él se evaluará la "**percepción de apoyo social**" del paciente. Se compone por 19 ítems de tipo Likert y uno adicional que evalúa la red social. Posee 3 subescalas: apoyo emocional/informacional, apoyo afectivo y apoyo instrumental. El tiempo de aplicación es de 10 minutos (Costa-Requena, Salamero y Gil, 2007; Priede, González-Blanch, Herrán y Hoyuela, 2013).
- CECS (*Escala Courtauld de Control Emocional*) adaptada al español por Durá et al., (2010) (Véase Anexo C): Se compone de 3 subescalas: enfado, depresión y ansiedad. Presenta 21 ítems tipo Likert y el tiempo estimado de aplicación es de 10 minutos. Con él se evaluará la "**sensación de control**".
- CAEPO (*Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos*) (González, 2004) (Véase Anexo D): El cuestionario se basa en 7 escalas definidas por las estrategias de afrontamiento. Las escalas de 1. Enfrentamiento y lucha activa; 2. Autocontrol y control emocional y 3. Búsqueda de apoyo social, indican un afrontamiento adaptativo ante la enfermedad. Por el contrario, las escalas 1. Ansiedad y preocupación ansiosa, 2. Pasividad y resignación pasiva; 3. Huida y distanciamiento y 4. Negación, se refieren a los modos de afrontamiento desadaptativo (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2016). Se compone de 40 ítems de tipo Likert. El tiempo de aplicación es de 25 minutos. Con él se evaluarán las "**estrategias de afrontamiento**".

Respecto a los resultados obtenidos en el cuestionario CAEPO, es importante considerar los resultados obtenidos en las escalas de “Autocontrol y control emocional” y “Ansiedad y preocupación ansiosa” conjuntamente a los resultantes en la escala CECS. Estos dos cuestionarios no poseen distinciones en el baremo de las puntuaciones según el sexo del paciente. Tal y como se ha desarrollado anteriormente, una de las limitaciones halladas en la población oncológica masculina es la reducida expresión emocional. Por tanto, será necesario la consideración conjunta de ambos cuestionarios para obtener una información más fiable y ajustada a las características presentes en la población objetivo.

- FACT (*Functional Assessment of Cancer Treatment*) (Cella et al., 1993) (Véase Anexo E): Este cuestionario es uno de los más utilizados para la evaluación de la "calidad de vida" de los pacientes con cáncer (Pinto, Gómez y González, 2006). Se ha seleccionado por incluir en su evaluación las escalas física, funcional, social y emocional relacionadas con la enfermedad. Consta de 33 preguntas de tipo Likert. El tiempo medio de aplicación es 15 minutos.
- BSI-18 (*Inventario Breve de 18 Síntomas*) adaptado al español por la Universidad de Valencia, SGS Tecnos, S.A. y el Departamento I+D Pearson Clinical & Talent Assessment (2013) (Véase Anexo F): Mediante este inventario se evaluará la variable “malestar emocional”. Consta de tres dimensiones: somatización, depresión y ansiedad. Presenta tanto una validez como fiabilidad óptimos y su aplicación es específica en población oncológica. Un aspecto destacable es la presencia de tablas normativas diferenciadas según el sexo para la baremación de los resultados (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2015). Está compuesto por 18 ítems de escala Likert y el tiempo estimado de aplicación es de 5 minutos.

Finalmente, se suministrará a los pacientes una **encuesta de satisfacción** sobre la intervención psicológica recibida (Véase Anexo G).

3.4. Metodología del programa de intervención

Ochoa (2016) recomienda que el programa de intervención se aplique en 12 sesiones semanales de dos horas para lograr una óptima cohesión grupal y alcanzar los objetivos fijados. En el caso del programa propuesto se agregará una sesión más, siendo un total de 13 sesiones. El programa se compondrá de tres módulos.

El *primer* módulo comprenderá las sesiones 1 a 5. En este módulo se trabajará la psicoeducación sobre las emociones, las estrategias de afrontamiento, influencia de las cogniciones y respiración diafragmática. Las actividades se basarán en los conocimientos impartidos o de carácter lúdico e implicarán una emocionalidad baja, con el fin de fomentar la comunicación verbal el establecimiento de la cohesión grupal y rapport.

El *segundo* módulo estará compuesto por las sesiones 6 a 10. Mediante las actividades presentadas se facilitará la comunicación verbal y no verbal. En este módulo se fomentará la toma de conciencia de las propias emociones, aptitudes, características propias además de la expresión emocional de forma verbal y no verbal. También se incluirán componentes de las sesiones 1 a 5 para integrarlos de un modo más consistente. Se propondrán actividades donde el paciente tendrá que modificar las estrategias de afrontamiento, postura corporal, etc., con la finalidad de que experimente nuevas perspectivas.

En el *tercer* y último módulo se propondrán actividades centradas en las problemáticas o dificultades referentes al cáncer para abordarlas de diversos modos y favorecer la adopción de estrategias que resulten eficaces. Se trabajará tanto la comunicación verbal como no verbal y se fomentará la expresión emocional. Se hará un mayor acercamiento a las situaciones vividas habitualmente para abordarlas mediante todos los conocimientos adquiridos en las últimas sesiones.

Al inicio de cada sesión los pacientes podrán expresar aquellas dificultades o necesidades que consideren necesarias para poder abordarlas lo más tempranamente posible. Al finalizar cada actividad propuesta en las sesiones, se hará una puesta en común sobre cómo se han sentido, los aspectos que han percibido significativos, aprendizajes, etc. Para finalizar la sesión se realizará una ronda donde cada paciente dirá con una palabra o una breve frase cómo se siente en el momento actual, favoreciendo el lenguaje emocional y evitando las valoraciones de las emociones con las palabras “bien” o “mal”.

Además, se solicitará como tarea para casa hacer una memoria con aquello que extraen de la sesión y cómo lo relacionan con su vida. Deberán entregarla al inicio de la siguiente sesión. Las memorias no serán evaluadas, sino que servirán para favorecer la

toma de conciencia de los beneficios, dificultades, necesidades y emociones. No habrá limitaciones en la extensión de la memoria.

3.5. Estructura de las sesiones

A continuación, serán descritas las sesiones del programa de intervención en las Tablas 1 a 13, detallando tanto las actividades y su duración como los objetivos de cada actividad.

Tabla 1.

Sesión 1

Objetivos	Actividades y duración
	<u>1. Presentación (20 min)</u>
	-Presentación del psicólogo/a y breve resumen del programa de intervención y los objetivos.
a.) Establecimiento contrato terapéutico	<u>2. Preparación del contrato terapéutico (30 min)</u>
b.) Aseguración de la confidencialidad	-Administrar a cada miembro un contrato dónde se exponga el compromiso de confidencialidad y asistencia (Véase Anexo H).
c.) Promoción de la confianza	-Explicar las reglas básicas tales como la puntualidad, intentar no interrumpir las actividades, poner el móvil en silencio, etc. -Animar a los integrantes del grupo a que, en caso de desear abandonar la terapia, lo expongan en la terapia grupal para conocer e intentar abordar las problemáticas que hayan surgido. -Recoger las posibles necesidades de todos los miembros que favorezcan la comodidad en la asistencia al grupo. -Firmar el contrato de confidencialidad, asistencia y necesidades adicionales acordadas.
a.) Mejora de las habilidades de comunicación verbal y no verbal;	<u>3. Presentación del compañero (60-70 min)</u>
b.) Favorecimiento de la empatía;	-Los miembros del grupo se dividirán en parejas. Cada uno tendrá 5 minutos para presentarse a su compañero (lugar de residencia, hobbies, cómo se encuentra, etc.). -Cada integrante hará una presentación de su compañero en primera persona. Su compañero solo podrá comunicarle la

c.) Acercamiento a los compañeros. información que considere que debe añadir mediante gestos.

4. Completar los cuestionarios sociodemográfico, MOS-SSS, CECS, CAEPO, FACT y BSI-18.

Tabla 2.

Sesión 2

Objetivos	Actividades y duración
a.) Toma de conciencia del propio cuerpo y respiración;	<p><u>1. Respiración diafragmática (30 min)</u></p> <p>-Explicar la relación de la respiración con los síntomas de ansiedad y la importancia de la respiración diafragmática.</p> <p>-Enseñar cómo realizar la respiración diafragmática y puesta en práctica (Véase Anexo I).</p>
b.) Respiración controlada para el manejo de síntomas de ansiedad.	
a.) Conocimiento sobre la funcionalidad de las emociones;	<p><u>2. Psicoeducación: Emociones (50 min)</u></p> <p>-Preguntar acerca de las creencias sobre la funcionalidad de distintas emociones (miedo, tristeza, alegría, enfado, ansiedad, interés, amor).</p> <p>-Descripción de la funcionalidad de las emociones. Enfatizar la catalogación de las emociones como agradables/desagradables en lugar de buenas/malas.</p> <p>-Administrar lista con las distintas emociones y su funcionalidad (Véase Anexo J).</p>
b.) Toma de conciencia de las propias emociones.	
c.) Expresión de emociones.	
a.) Toma de conciencia de las propias aptitudes;	<p>-Puesta en común de las emociones que les resulta más complicado manifestar. Búsqueda de la funcionalidad de las emociones expuestas.</p> <p><u>3. “La barca”(40 min)</u></p> <p>-Exposición de la siguiente situación hipotética. “Todos los miembros estáis en una barca en medio del océano. La barca comienza a hundirse y solo dos personas podrán salvarse. Cada miembro tendrá que dar argumentos acerca de él mismo para</p>
b.) Habilidades de comunicación verbal;	
c.) Promoción del aumento del	

autoestima;	que los demás le salven”.
d.) Empatía.	-Tras la argumentación, cada uno votará a aquel que salvarían exponiendo sus motivos. *Se solicitará a uno de los miembros del grupo que seleccione una canción que le guste para escucharla en la siguiente sesión. Se hará lo mismo hasta el fin de la intervención.

Tabla 3.

Sesión 3

Objetivos	Actividades y duración
a.)Respiración diafrágica y toma de conciencia de la respiración.	<u>1. Respiración diafrágica y canción (10 min)</u> -El paciente que haya elegido la canción podrá explicar qué le sugiere o a qué le recuerda la canción. -Escuchar la canción con los ojos cerrados siguiendo la respiración diafrágica. *Se realizará el mismo procedimiento al inicio de cada sesión.
a.)Conocimiento sobre la influencia de las cogniciones en las emociones y la conducta;	<u>2. Psicoeducación. Influencia de las cogniciones en la emoción y la conducta (30 min)</u> -Explicar cómo pueden influir nuestros pensamientos en las emociones y la conducta. Exponer la importancia de detectar las cogniciones que nos influyen negativamente. (Véase Anexo K).
b.)Toma de conciencia de las cogniciones que nos influyen.	
a.)Toma de conciencia de las propias cogniciones y su subjetividad;	<u>3. Distinción de lo real y las cogniciones (50 min)</u> - Proponer el siguiente formato de oración: “(1) Lo obvio es _____ + (2) creo que_____”. Cada miembro tendrá que completar la oración con (1) aquello que se puede percibir con los sentidos y (2) con aquello que piensa acerca de ello (e.g. “Lo obvio es que llevas una camiseta negra; creo que estás triste”).
b.)Discriminación entre lo objetivo y subjetivo	-Cada integrante desarrollará esta oración acerca de los

	<p>compañeros situados a su izquierda y derecha.</p> <p>-Tras finalizar la ronda, preguntar a los compañeros acerca de la creencia que han manifestado (e.g. “Lo obvio es que llevas una camiseta negra, ¿estás triste?”).</p> <p>-Puesta en común sobre la actividad y destacar la subjetividad de las emociones.</p>
<p>a.)Movilización corporal y facial;</p> <p>b.)Toma de conciencia de las expresiones faciales y postura corporal;</p> <p>c.)Estrategias de comunicación no verbal;</p> <p>d.)Acercamiento a los compañeros a través del juego.</p>	<p><u>4. “Teléfono de gestos” (30 min)</u></p> <p>-Uno de los integrantes comenzará adoptando una expresión facial. Se la mostrará a su compañero de la derecha, manteniendo la expresión hasta que éste la consiga imitar. Ahora, el compañero adoptará una expresión distinta y hará lo mismo con su compañero de la derecha. Se repetirán estos pasos hasta finalizar una ronda.</p> <p>-Seguir el mismo procedimiento en el sentido contrario.</p> <p>-Tras realizar la actividad en ambos sentidos, seguir el mismo procedimiento, esta vez con todo el cuerpo.</p>

Tabla 4.

Sesión 4.

Objetivos	Actividades y duración
	<p><u>1.Respiración diafragmática y canción (10 min)</u></p>
<p>a.)Conocimiento sobre la funcionalidad de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la técnica de solución de problemas.</p>	<p><u>2. Psicoeducación. Estrategias de afrontamiento centradas en el problema (30 min)</u></p> <p>-Explicar qué son las estrategias centradas en el problema y su funcionalidad.</p> <p>-Describir la estrategia de solución de problemas (detección de la fuente de estrés, definición del objetivo, planteamiento de posibles soluciones, valoración de las soluciones propuestas, elección de una o varias soluciones) (Véase Anexo L).</p>

a.)Desarrollo de habilidades de solución de problemas;	<u>3. “Monólogos de soluciones” (80 min)</u> -Preguntar acerca de las problemáticas que presentan los miembros del grupo. -Escoger una de ellas y realizar el procedimiento de solución de problemas. Tras hacer la lluvia de ideas de soluciones, cada uno de los participantes escogerá una solución. Hablará de los pros y contras hablando en primera persona.
b.)Habilidades de comunicación verbal.	-Realizar el mismo procedimiento con dos o tres problemáticas más.

Tabla 5.

Sesión 5

Objetivos	Actividades y duración
	<u>1.Respiración diafragmática y canción (10 min)</u>
a.)Conocimiento sobre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y funcionalidad;	<u>2. Psicoeducación. Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (40 min)</u> -Explicar qué son las estrategias centradas en la emoción. -Describir las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (Véase Anexo M). -Puesta en común de las estrategias que más utilizan y cuáles les resulta más difícil adoptar.
b.)Toma de conciencia cómo actúan habitualmente ante las emociones.	
a.)Adopción de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción eficaces;	<u>3. Role playing: Estrategias centradas en la emoción (70 min)</u> -Se propondrán las situaciones más recientes o significativas donde los miembros del grupo hayan utilizado alguna estrategia de afrontamiento centrada en la emoción. -Tres compañeros realizarán una representación donde se le propondrá la adopción de una estrategia considerada adecuada.
b.)Toma de conciencia de las emociones.	-Realizar el mismo procedimiento con dos o tres situaciones adicionales para que participen todos los miembros.

Tabla 6.

Sesión 6.

Objetivos	Actividades y duración
	<u>1. Respiración diafragmática y canción (10 min)</u>
a.)Exposición de las dificultades y necesidades;	<u>2. Feedback de las sesiones 1-5(30 min)</u> -Puesta en común de las posibles dificultades que puedan tener los miembros del grupo y cómo se encuentran hasta el momento actual.
b.)Resolución de conflictos y necesidades.	-Exposición y abordaje de las posibles necesidades que hayan surgido.
c.)Empatía;	
d.)Cohesión grupal.	<u>3. “Máquina grupal”(20 min)</u>
a.)Movilización corporal;	-Uno de los miembros del grupo comenzará a realizar un movimiento y/o sonido constante. Los demás compañeros se irán uniendo, adoptando un movimiento y/o sonido y haciendo contacto corporal de algún modo como nexo de unión.
b.)Coordinación de movimientos corporales;	-Finalmente, estando todos unidos se resaltarán la importancia de cada uno de los compañeros y el funcionamiento conseguido como totalidad.
c.)Cohesión grupal.	
	<u>4. Representación corporal de las emociones (60 min)</u>
a.)Toma de conciencia de las emociones;	-Dividir el grupo en tres subgrupos. Cada uno elegirá una emoción distinta (miedo, tristeza, alegría, enfado, ansiedad, interés, amor).
b.)Habilidades de comunicación no verbal;	-Cada subgrupo dispondrá de 15 minutos para preparar una actuación de 3 minutos aproximadamente. Solo se permitirá el uso del lenguaje no verbal para representar la emoción.
c.)Expresión emocional.	-Se realizará el mismo procedimiento con las emociones restantes.

Tabla 7.

Sesión 7

Objetivos	Actividades y duración
	<u>1. Respiración diafragmática y canción (10 min)</u>
a.) Toma de conciencia de la postura corporal y movimientos.	<u>2. Movilización corporal y facial (30 min)</u> - Los miembros del grupo se moverán por la sala. - Indicar movilización de todas las articulaciones una a una y de los músculos faciales. - Señalar la adopción de distintos ritmos y modos de caminar (rápido, lento, con la parte externa del pie, etc.).
a.) Habilidades de comunicación verbal;	<u>3. Juego de "los sombreros" (80 min)</u>
b.) Expresión emocional;	- Los miembros del grupo se dividirán en dos subgrupos. - Habrá sombreros de cinco colores distintos. Cada uno tendrá asociado unas características. Estas serán:
c.) Adopción de diversas estrategias de afrontamiento;	a. Busca y muestra el lado positivo y lo argumenta; b. Muestra sus emociones y sentimientos. Su opinión se basa en las sensaciones que le produce;
d.) Toma de conciencia de la efectividad y funcionalidad de las diversas estrategias de afrontamiento;	c. Su argumento se basa en la lógica y la crítica. Señala aquellos riesgos y problemas que puedan surgir; d. Busca y genera nuevas alternativas y soluciones ante los problemas o dificultades que puedan surgir;
e.) Empatía	e. Aporta datos verificados. Es objetivo y neutral. - Cada uno llevará puesto un sombrero, el cual cambiarán en cada ronda o por petición de otro compañero. Finalmente deberán haberlos utilizado todos. - Cada integrante dispondrá de 8 minutos aproximadamente para exponer alguna situación que le preocupe en la actualidad. Todos mantendrán una conversación con el rol adoptado.

Tabla 8.

Sesión 8.

Objetivos	Actividades y duración
	<u>1. Respiración diafragmática y canción (10 min)</u>
a.)Cohesión grupal mediante el juego;	<u>2. “Teléfono de sonidos”(20 min)</u>
b.)Espontaneidad.	-Uno de los miembros del grupo comienza a reproducir un sonido. -El compañero de su derecha tendrá que reproducir el mismo sonido. Cuando lo haya imitado reproducirá uno distinto para que haga lo mismo el compañero situado a su derecha. -Desarrollar el mismo procedimiento hasta finalizar la ronda y hacer lo mismo en sentido inverso.
a.)Expresión emocional;	<u>3. Teatro de las emociones (90 min)</u>
b.)Habilidades de comunicación verbal;	-Puesta en común sobre las preocupaciones relacionadas con el cáncer. -Elegir una situación y hablar acerca de las emociones que suscitan en los miembros del grupo.
c.)Empatía;	-Adopción de las emociones señaladas por cada uno de los miembros del grupo. Cada uno deberá hablar en primera persona (como si fuesen la emoción) sobre los motivos por los que se ha manifestado y su funcionalidad.
d.)Toma de conciencia de la funcionalidad de las emociones.	-Al finalizar los demás miembros podrán adoptar los roles para señalar información adicional. -Repetir el procedimiento con tres situaciones adicionales.

Tabla 9.

Sesión 9.

Objetivos	Actividades y duración
	<u>1. Respiración diafragmática y canción (10 min)</u>
a.)(Ver en sesión 6)	<u>2. Feedback de las sesiones 6-8 (30 min)</u>
	-Puesta en común y abordaje de las posibles dificultades y necesidades de los miembros del grupo hasta el momento.

	<u>3. “Imitar al líder” (20 min)</u>
a.)Movilidad corporal;	-Los miembros del grupo se moverán al ritmo de la música.
b.)Cohesión grupal.	-Al dar la señal “líder”, todos deberán imitar a uno de los compañeros. Al escuchar la señal “olvido” todos dejarán de imitarle. -Todos deberán ser imitados al menos una vez.
a.)Expresión emocional;	<u>4. “Estatuas” (70 min)</u>
b.)Comunicación no verbal;	-Organizar el grupo por parejas. Cada uno escogerá ser “A” o “B”.
c.)Empatía	-Indicar a “A” que adopte una postura corporal que defina qué es para él el cáncer. -“A” dirá cómo se siente mientras mantiene la posición estática. -Señalar a “B” que adopte la misma posición que “A”. -Cuando la haya adoptado, “A” le observará y modificará la postura a una que le resulte más agradable. -“A” adoptará la postura inicial y se movilizará hasta adoptar la posición de “B” diciendo cómo se siente. -Realizar el mismo procedimiento cambiándose “A” y “B”.

Tabla 10.

Sesión 10.

Competencias	Actividades y duración
	<u>1.Respiración diafragmática y canción (10 min)</u>
a.)Comunicación no verbal.	<u>2. “Parejas de animales” (20 min)</u> -Asignar a cada persona una carta con un animal. -Todos se moverán por la sala imitando su animal sin producir sonidos. -Cada uno tendrá que emparejarse con aquel compañero que crea que comparte animal. -Cuando estén todos emparejados, los compañeros adivinarán que animal comparte cada pareja.
a.)Habilidades de comunicación verbal	<u>3. “Quién es quién” (80 min)</u> -Los miembros del grupo se dividirán en dos subgrupos, “A” y

y no verbal;	“B”.
b.)Toma de conciencia sobre el lenguaje verbal y no verbal utilizado habitualmente;	-Cada miembro “A” elegirá a un compañero de “B” y viceversa. Solo el propio subgrupo sabrá las elecciones realizadas. -Entre todos dispondrán de 30 minutos aproximadamente para que cada uno conforme el rol de su compañero. Se señalarán posturas y movimientos habituales, el modo de expresarse, etc. -En cada turno saldrá un miembro de “A” o “B” para hacer una representación de unos 3 minutos. -Al finalizar la representación levantará la mano aquel que se vea identificado.
c.)Empatía.	

Tabla 11.

Sesión 11

Objetivos	Actividades y duración
	<u>1.Respiración diafragmática y canción (10 min)</u>
a.)Adopción de actitudes no mostradas asiduamente;	<u>2. "Roles inversos"(50 min)</u> -Seleccionar entre todos los miembros del grupo un rol inverso al que habitualmente muestra cada compañero (se pueden basar en personajes de televisión, famosos, etc.).
b.)Comunicación verbal y no verbal.	-Se pondrá música y cada persona actuará adoptando el rol asignado.
a.)Expresión emocional;	<u>3.Representación de alternativas a las dificultades (60 min)</u> -Puesta en común de las dificultades o problemáticas experimentadas recientemente.
b.)Adopción de estrategias de afrontamiento eficaces ante los problemas/dificultades.	-En subgrupos de 3 personas, se creará la representación de la dificultad y su abordaje. Cada persona adoptará un rol. -Representación de 5 minutos aproximadamente (cada subgrupo).

Tabla 12.

Sesión 12

Objetivos	Actividades y duración
	<u>1. Respiración diafragmática y canción (10 min)</u>
a.) Toma de conciencia de la postura corporal;	<u>2. Juego de “las sombras” (50 min)</u> -Dividir el grupo en dos mitades (“A” y “B”). -Todos los miembros del grupo andarán por la sala. Cada integrante del grupo “A” elegirá a un compañero del grupo “B” y lo seguirá imitando su postura corporal y expresión facial mientras siguen caminando.
b.) Relación del lenguaje no verbal y las emociones;	-Solicitar a “A” que exagere la postura de “B”. -Tras observarle, “B” deberá adoptar la postura que ahora presenta “A”. -Después, se pedirá a “A” que adopte una postura opuesta a la actual para que “B” la imite. -Se realizará el mismo procedimiento cambiando los roles de los componentes de la pareja. -Al finalizar se hará una puesta en común acerca de cómo se han sentido adoptando cada postura y la relación que encuentran entre la posición adoptada y su estado emocional.
c.) Comunicación no verbal;	
d.) Empatía.	<u>3. Representación de alternativas a las dificultades II (60 min)</u> -Seguir el mismo procedimiento que en la sesión 11

Tabla 13.

Sesión 13: Cierre

Objetivos	Actividades y duración
	<u>1. Completar los cuestionarios de evaluación MOS-SSS, CECS, CAEPO, FACT y BSI-18.</u>
a.) Toma de conciencia del desarrollo experimentado;	<u>2. Representación “Metamorfosis” (60-70 min)</u> -Dividir el grupo en dos subgrupos. -Crearán una representación acerca de cómo perciben su desarrollo desde el inicio de la intervención hasta el momento

b.)Expresión emocional;	actual. -Cada subgrupo realizará su representación.
c.)Comunicación verbal y no verbal.	<u>3.Puesta en común (30 min)</u> -Cada miembro del grupo expondrá qué le ha aportado la intervención y cómo se encuentra actualmente.
*Las competencias señaladas corresponden a la sesión completa.	-El psicólogo/a realizará las clarificaciones necesarias. -Se abordarán aquellos asuntos que hayan quedado inconclusos. <u>4.Completar encuesta de satisfacción (Véase Anexo G).</u>

4. Resultados

4.1.Resultados esperados tras la intervención

Tras la intervención con el programa diseñado se pronostica una mejora en las puntuaciones de los cuestionarios aplicados referentes a los constructos de malestar emocional, calidad de vida, apoyo social, estrategias de afrontamiento, expresión emocional, y sensación de control. Además, se espera una elevada aceptación y adherencia respecto al programa de intervención basado en el Teatro Terapéutico.

4.2. Resultados de la evaluación por juicio de expertas

A causa de la limitación de la falta de tiempo para llevar a cabo la implementación del programa y comprobar su eficacia, se ha realizado una evaluación por juicio de expertos en la materia. Para ello, se ha contactado con Psicólogos especializados en Psicooncología y se ha solicitado la valoración del programa de intervención.

Los objetivos de la evaluación del programa han sido los siguientes:

- Valorar, según los propios conocimientos y experiencia en Psicooncología, si los contenidos del programa diseñado son óptimos en referencia a los objetivos planteados.
- Incorporar nuevas ideas que supongan la mejora de la propuesta de intervención.
- Conocer las posibles limitaciones existentes o que puedan surgir respecto al programa.
- Modificar el contenido o actividades propuestas para la obtención de unos mayores beneficios en la población a la que será aplicada la intervención.

- Corroborar la adecuación de los instrumentos de evaluación para la obtención de datos referentes a los objetivos establecidos.

Para la evaluación del programa de intervención, se han administrado los siguientes materiales:

1. Diseño de la propuesta de intervención: Estado actual de los contenidos incluidos (apartado de “*Introducción*”), justificación de la propuesta de intervención, objetivos y diseño de la intervención (población objetivo, materiales y sesiones programadas).
2. Cuestionario sobre la evaluación del programa: Valoración del propio programa, adecuación de los contenidos de la propuesta de intervención y de los instrumentos de evaluación a los objetivos establecidos y población a la que se destina y aportación de información adicional no recogida en las preguntas establecidas (ventajas, limitaciones, sugerencias, etc.) (Véase Anexo N).

Han participado 3 expertos en la valoración del programa de intervención diseñado para población oncológica masculina. Respecto a los datos sociodemográficos recogidos, se ha obtenido que la edad de los participantes oscilaba entre los 28 y 50 años. Todas las colaboradoras en la evaluación eran mujeres. En los datos laborales, todas han indicado trabajar en el sector privado con una experiencia de 2; 3,5 y 22 años respectivamente.

Los resultados obtenidos en la evaluación por juicio de expertos en Psicooncología se recogen en la Tabla 14.

Tabla 14.

Resultados de la evaluación por juicio de expertos

<i>Ítem</i>	<i>Resultados</i>
1. ¿Considera que el diseño del programa es adecuado para población oncológica masculina?	SÍ (100%)
2. ¿La duración del programa y las sesiones se adecuan a las necesidades del contexto?	SÍ (100%)
3. ¿Cree que es un recurso fácil y útil para psicólogos especializados en oncología?	SÍ (100%)

4. Si llevamos a cabo esta intervención, ¿podrían cumplirse todos los objetivos planteados previamente?	SÍ (100%)
5. ¿La selección de contenidos de las sesiones es la apropiada al logro de los objetivos?	SÍ (100%)
6. ¿La metodología empleada junto a las actividades son las adecuadas para este programa?	SÍ (100%)
7. ¿Cree que existe la necesidad de incorporar recursos adicionales en el desarrollo del programa?	SÍ (33,3%); NO (66,6%)
8. ¿Considera que los resultados obtenidos tras la implantación de este programa serán positivos?	SÍ (100%)
9. En general, ¿cree que este programa de intervención en población oncológica masculina puede ser un buen recurso para la intervención psicológica?	SÍ (100%)

En la pregunta número 7, una de las profesionales ha señalado necesaria la elaboración de una *lista con diversas emociones*, adicional a la lista administrada sobre la emocionalidad de las emociones (Véase Anexo E). Considera recomendable el uso de la lista desde la primera sesión para que los pacientes se familiaricen con el vocabulario emocional en detrimento a las palabras evaluativas “bien” o “mal”.

En referencia a las sugerencias y comentarios adicionales recogidos por parte de los expertos, se ha recogido la siguiente información:

- *“En general creo que es un programa que puede cumplir con los objetivos propuestos. Creo conveniente hacer constar la importancia de la aplicación, por protocolo, la necesidad de incluir al menos la primera consulta donde se entrevista con el Psicólogo y se puede hacer una buena detección de necesidades y ajuste de expectativas del paciente con respecto al profesional (Programa Primer Impacto, implantado por la AECC a nivel nacional). De esta manera disminuye significativamente la tasa de rechazo y aumenta la*

adherencia al tratamiento. Además, se ha podido comprobar, mediante las encuestas de satisfacción, que los pacientes valoran muy positivamente esa ayuda desde el primer momento y, aunque no hubieran pensado en solicitarla, hacen uso de ella. Otro punto importante con la inclusión de la ayuda psicológica como protocolo es ofrecer dicha ayuda también a familiares, ya que está demostrado que la enfermedad oncológica es una enfermedad familiar, con impacto en todos sus miembros”.

- *“Me parece una propuesta de intervención interesante e innovadora. Sería importante considerar, adicionalmente al programa planteado, la intervención psicológica con familiares del paciente acerca de la gestión emocional en el proceso de la enfermedad y la psicoeducación sobre la comunicación con el paciente. Así, se lograría abordar de una manera más eficaz la dificultad existente en la expresión emocional tanto en pacientes como en familiares”.*
- *“Las actividades propuestas en el programa me parecen sencillas e implican un bajo riesgo en cuanto a la propia expresión o sentimiento de vergüenza que puedan experimentar. Además, los objetivos son tratados de un modo muy sutil (en otras ocasiones son más obvios), pero en general de forma muy acertada.”*

5. Conclusiones

Los problemas psicológicos derivados de la enfermedad de cáncer influyen en múltiples esferas de la vida tanto de los pacientes como familiares y seres queridos (Villoria et al., 2015). Tal y como se ha descrito con anterioridad, la proporción de pacientes que reciben tratamiento psicológico en la población oncológica general es reducido a pesar de los beneficios derivados (Brebach et al., 2016). Una de las limitaciones de los estudios encontrados ha sido la reducida proporción de estudios que cumplen los requisitos de estudios experimentales, causa de la pequeña proporción de pacientes que componían la muestra (Quintero y Finck, 2018; Villoria et al., 2015). Además, la mayoría de estudios presentes en la actualidad son realizados en base a población oncológica femenina, concretamente en cáncer de mama (Ochoa, 2016). Como consecuencia, se encuentra una dificultad en la generalización de estos resultados a toda la población oncológica.

En la presente propuesta de intervención, se han valorado las dificultades y limitaciones de los hombres con cáncer respecto al tratamiento psicológico. Para ello se

ha diseñado un programa de intervención psicológica a través del Teatro Terapéutico considerando aquellas dificultades presentes en la población oncológica masculina respecto a la aceptación y adherencia al tratamiento psicológico (Die, 2015; Jones y Ruthig, 2015; Wood et al., 2011). El presente programa de intervención se ha diseñado con la finalidad de complementar el apoyo psicológico que pueda estar recibiendo actualmente el paciente y mejorar la aceptación y adherencia a intervenciones recomendadas por psicólogos tras la evaluación y detección de necesidades concretas, tanto a nivel individual como grupal.

La elección del teatro como herramienta terapéutica ha sido considerada óptima por ser un método más aceptado por este tipo de población además de abordar los objetivos propuestos, compartidos por un gran número de estudios en Psicooncología (Villoria et al., 2015; Quintero y Finck, 2018).

Tal y como ha señalado una de las Psicooncólogas colaboradora en la valoración de la propuesta, es imprescindible la evaluación por parte de un Psicólogo especializado de las necesidades que puedan estar presentes en pacientes con cáncer ya que, aunque los pacientes no valoren en un primer momento la solicitud de apoyo psicológico, utilizan este recurso tras ser recomendado por el profesional, valorándolo posteriormente de modo positivo.

Además de lo expuesto se extraen las siguientes conclusiones.

1. Se sugiere la incorporación de instrumentos de evaluación psicológica que permitan detectar necesidades teniendo en cuenta las características y limitaciones propias de la población oncológica masculina. A través de esta evaluación, el Psicooncólogo podrá determinar la idoneidad de cada paciente a los distintos tipos de intervención disponibles, tal como podría suceder en referencia a los grupos de Teatro Terapéutico.
2. Este tipo de intervención es considerada como un método adicional y no sustitutivo de aquellos presentes en las recomendaciones actuales.
3. Mediante la valoración por juicio de expertas en Psicooncología, se ha obtenido una evaluación favorable respecto a la propuesta de intervención, coincidiendo en la adecuación del programa para la consecución de los objetivos propuestos.
4. A pesar de la obtención de estos datos, una de las *limitaciones* consideradas es el reducido número de profesionales que han colaborado en la valoración. Es

importante destacar en este punto la dificultad referente a la obtención de profesionales que se prestasen a colaborar en la evaluación.

5. Uno de los requisitos necesarios, señalado en múltiples estudios, de aquellos profesionales que realizan intervenciones arteterapéuticas, es la necesidad de formación sobre la aplicación de este tipo de herramientas. Esto conllevaría la contratación adicional de estos profesionales, lo cual puede suponer una gran limitación en muchas organizaciones debido a causas económicas.
6. Como *sugerencia* en la ampliación de la propuesta de intervención, se valora la recomendación obtenida por una de las Psicooncólogas colaboradoras en la valoración por juicio de expertas, en la que se expone la necesidad de complementar el programa con módulos psicoeducativos y de gestión emocional para familiares y personas cercanas al paciente. Esta intervención ayudaría a consolidar los objetivos establecidos gracias a la mejora en la comunicación establecida entre los pacientes y sus seres queridos. De este modo, también se podría intervenir en el estereotipo de masculinidad que pueda haber presente en relación a la enfermedad (y a nivel general).
7. Finalmente, se destaca la necesidad de la ampliación de estudios Psicooncológicos y la ampliación de sus fronteras respecto a las diferencias interindividuales debido a la alta prevalencia de cáncer entre la población general y las múltiples variables como el sexo o el tipo de cáncer. De este modo se conseguirá que una mayor proporción de pacientes logren beneficiarse del apoyo psicológico y la obtención de intervenciones ajustadas a las diferentes características de cada paciente. Además, se resalta la importancia del fomento de la evaluación de aquellos programas diseñados para la población oncológica con la finalidad de cubrir eficazmente las necesidades de todos los individuos que precisen de recursos psicológicos. Por tanto, además del fomento de la creatividad en la creación de programas de intervención por su aparente eficacia, será imprescindible la obtención de un nivel adecuado de evidencia. Es mediante la obtención de resultados objetivos la vía a través de la que se podrá garantizar una intervención de calidad, uno de los derechos fundamentales del ser humano.

6. Referencias bibliográficas

- Alcañiz, M. (2018). Impacto psicológico, rasgos de personalidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes oncológicos. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Alonso, C., y Bastos, A. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2, 187-207.
- American Art Therapy Association. (2017). About Art Therapy. Recuperado de: <https://arttherapy.org/about-art-therapy/>
- Andrés-Villas, M., Torrico, E., y Remesal, R. (2012). Afrontamiento en hombres operados de cáncer de laringe. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 28(3), 753-762.
- Archer, S., Buxton, S., y Sheffield, D. (2015). The effect of creative psychological interventions on psychological outcomes for adult cancer patients: a systematic review of randomised controlled trials. *Psycho-Oncology*, 24(1), 1-10.
- Arriola, I. (2014). El arte como terapia en salud mental. Universidad del País Vasco, País Vasco, España.
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2019). Estudio sobre la atención psicológica en cáncer en el Sistema Nacional de Salud en España. Recuperado de: http://observatorio.aecc.es/sites/default/files/informes/2019_Informe_AtencionPsicologicaCancer_Hospitales.pdf
- Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (2019). ¿Qué es Arteterapia? Recuperado de: <http://arteterapia.org.es/que-es-arteterapia/>
- Bados, A., y García, E. (2014). Resolución de problemas. Depositorio digital de la Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/54764>
- Bilgin, E., Kirca, O., y Ozdogan, M. (2018). Art therapies in cancer—A non-negligible beauty and benefit. *Journal of Oncological Sciences*, 4(1), 47-48.
- Blake-Mortimer, J., Gore-Felton, C., Kimerling, R., Turner-Cobb, J. M., y Spiegel, D. (1999). Improving the quality and quantity of life Among patients with cancer. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1581–1586

- Boal, A. (2013). *El arco iris del deseo: del teatro experimental a la terapia*. Alba editorial.
- Brebach, R., Sharpe, L., Costa, D. S. J., Rhodes, P., y Butow, P. (2016). Psychological intervention targeting distress for cancer patients: a meta-analytic study investigating uptake and adherence. *Psycho-Oncology*, 25(8), 882–890.
- Carabelli, E. (2013). *Entrenamiento en Gestalt*. Buenos Aires, Argentina: Del Nuevo Extremo.
- 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(2):267-83.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., ... y Eckberg, K. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579.
- Cheng, C., Lau, H. P. B., & Chan, M. P. S. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 140(6), 1582.
- Collete, N. (2011). Arteterapia y Cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 81-99.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2015). Evaluación del cuestionario Inventario Breve de 18 Síntomas BSI-18. Recuperado de: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2015/BSI-Pearson.pdf>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2016). Evaluación del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO). Recuperado de: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2016/CAEPO.pdf>
- Costa, G., y Ballester, R. (2010). Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. *Psicooncología*, 7(2/3), 453.
- Costa G., Salamero, M., y Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 128(18), 687–691.

- de la Torre-Luque, A., Gambará, H., López, E., y Cruzado, J. A. (2016). Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 211-219.
- Die, M. (2015). Aspectos psicológicos específicos del cáncer en las mujeres. *Arbor*, 191 (773): a240.
- Durá, E., Andreu, Y., Galdón, M. J., Ibáñez, E., Pérez, S., Ferrando, M., ... y Martínez, P. (2010). Emotional Suppression and Breast Cancer: Validation Research on the Spanish Adaptation of the Courtauld Emotional Control Scale (CECS). *The Spanish Journal of Psychology*, 13(01), 406-417.
- Escuela Española de Teatro Terapia Gestalt. (2014). ¿Qué es la Teatro Terapia Gestalt? Teatro de la Vivencia y la Terapia Gestalt. Recuperado de: [\(http://www.escuelateatroterapiagestalt.es/teatro-terapia-gestalt/](http://www.escuelateatroterapiagestalt.es/teatro-terapia-gestalt/)
- Fernández, B., Bejar, E., y Campos, M.M. (2012). Primer impacto: programa de detección de distrés y atención psicosocial para paciente recién diagnosticado y sus familiares. *Psicooncología*, 9 (2-3), 317-334.
- Fernández, B., Jorge, V., Sánchez, C. M., y Bejar, E. (2016). Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿qué nos encontramos en la práctica clínica? *Psicooncología*, 13 (2-3), 191-204.
- Fernández, M., Guerra, P., y Begara, O. (2013). El teatro como instrumento terapéutico en la rehabilitación psicosocial. *Norte de salud mental*, 11(46), 82-88.
- Fernández, I., Zubieta, E., y Páez, D. (2000). Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. In D. Páez & M.M. Casullo (Comps.), *Cultura y Alexitimia: ¿cómo expresamos aquello que sentimos?* (pp.73-98). Buenos Aires: Paidós.
- Fish, J. A., Prichard, I., Ettridge, K., Grunfeld, E. A., y Wilson, C. (2019). Understanding variation in men's help-seeking for cancer symptoms: A semistructured interview study. *Psychology of Men & Masculinities*, 20(1), 61.
- García-Conde, A. (2014). Dimensiones básicas de la personalidad, afrontamiento y adaptación en pacientes oncológicos. (Tesis doctoral). Universitat de València, Valencia, España.

- Gasca, B. Z., y Aguilar, S. A. (2007). La terapia del arte como herramienta psicoterapéutica en pacientes con cáncer. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 40(2), 56-63.
- Geue, K., Richter, R., Buttstaedt, M., Braehler, E., Boehler, U., y Singer, S. (2012). Art therapy in psycho-oncology--recruitment of participants and gender differences in usage. *Supportive Care in Cancer*, 20(4), 679-686.
- Global Cancer Observatory. (2019). All cancers fact sheet. Recuperado de: <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>
- González, M.T. (2004). CAEPO. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes Oncológicos. TEA Ediciones.
- Hernández, M., Rodríguez, J. A. C., Prado, C., Rodríguez, E., Pascual, C. H., González, M. Á., y Urreta, J. C. M. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 9(2), 233-257.
- Hernández, M., y Cruzado, J. A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento: 1er Premio de la XIX edición del Premio de Psicología Aplicada "Rafael Burgaleta" 2012. *Clínica y Salud*, 24(1), 1-9.
- Hoyt, M. A. (2009). Gender role conflict and emotional approach coping in men with cancer. *Psychology & Health*, 24(8), 981-996.
- Instituto Weber y Fundación Mylan para la Salud. (2018). Evidencia científica, documentación sanitaria y visión de los facultativos sobre la asistencia psicológica a los pacientes de cáncer. Recuperado de: <http://elmedicointeractivo.com/wp-content/uploads/2019/06/Atencio%CC%81n-Psicolo%CC%81gica-DIGITAL-Def.2.pdf>
- Jones, K. M., y Ruthig, J. C. (2015). The impact of positive thinking, gender, and empathy on social attributions for cancer outcomes. *Current Psychology*, 34(4), 762-771.
- Klein, J. P. (2017). Teatro y dramaterapia (Vol. 50). España: Ediciones Octaedro.

- Labpsitec. (2011). Protocolo transversal: Manual para el terapeuta. Módulo 3: Comprendiendo las experiencias emocionales. Universidad Jaume I, Castellón, España.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141–169.
- López, M. (2009). La Intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Malchiodi, C. A. (2005). Expressive therapies: History, theory, and practice. *Expressive therapies*, 1-15.
- Martín, Á. (2011). Manual práctico de psicoterapia Gestalt. España: Desclée de Brouwer.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>
- Mondolfi, M.L. (2018) Posibilidades terapéuticas y pedagógicas del teatro en el malestar psíquico, autoestima y estereotipos en mujeres con antecedentes de violencia de género (Tesis doctoral). Universidad de Vigo, Galicia, España.
- Monti, D. A., Peterson, C., Kunkel, E. J. S., Hauck, W. W., Pequignot, E., Rhodes, L., y Brainard, G. C. (2006). A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(5), 363-373.
- Mulligan, T.-E., y Kanas, N. (2016). Effectiveness of Group Psychotherapy in Patients with Cancer. *International Journal of Group Psychotherapy*, 66(2), 317–322.
- Ochoa, C. (2016). Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención psicológica y espiritual. *Psicooncología*, 13 (2-3), 167-174.

- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., y Borràs, J. M. (2017). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 28-37.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Cáncer. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Ospina, J.N y Gil, W.A. (2015). Técnicas teatrales como herramienta en el desarrollo del potencial humano al interior de la Psicoterapia Gestalt. Universidad de Antioquia, Turquía.
- Oyarzún, P. A. (2016). Cáncer e individuación: arteterapia, un camino para ir más allá del cuerpo. Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.
- Pinto, Á., Gómez, C., y González, M. (2006). Evaluación de la calidad de vida en el tratamiento de los pacientes oncológicos con patología neurológica tumoral severa. *Sociedad Española de Oncología Médica* (Madrid).
- Priede, A., González-Blanch, C., Herrán, A., y Hoyuela, F. (2013). Asociación entre rumiaciones y malestar emocional en pacientes recién diagnosticados de cáncer. *Psicooncología*, 10(1), 131.
- 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.
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española (23.^a ed.). Consultado en: <http://www.rae.es/>
- Robert, V., Álvarez, C., y Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684.
- Roca, E. (2015). Cómo superar el pánico. Etapa 2. Apartado 2.2. Edita ACDE
- Rodríguez, M. I. (2007). Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico (Tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

Sociedad Española de Oncología Médica. (2019). Consultado en: <https://seom.org/>

Tizón JL. (2004). Pérdida, pena, duelo. España: Paidós.

Torres-Godoy, P. H. (2001). Dramaterapia: dramaturgia, teatro, terapia. Editorial Cuarto Propio.

Universidad de Valencia, SGS Tecnos, S.A. y Departamento I+D Pearson Assessment (2013). BSI-18. Inventario Breve de 18 Síntomas. Pearson Education.

Villoria, E., Fernández, C., Padierna, C. y González, S. (2015). La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 12(2-3), 207-236.

Wood, M. J., Molassiotis, A., y Payne, S. (2011). What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review. *Psycho-Oncology*, 20(2), 135-145.

Zenil, B. y Alvarado, S. (2007). La psicoterapia del arte como herramienta psicoterapéutica en pacientes con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 40(2): Abr-May: 56-63

7. Anexos

Anexo A. *Cuestionario de datos sociodemográficos*

- Género (mujer/hombre/otro _____);
- Edad;
- Estado civil (soltero/casado/en pareja de hecho/separado/divorciado/viudo);
- Escolaridad (primaria incompleta, primaria, secundaria incompleta, secundaria, técnico, universitario, ninguno);
- Ocupación/Situación laboral (desempleado/empleado/hogar/jubilado);
- Vive con (padres, cónyuge, hijos, hermanos, solo, otros);
- Fecha de diagnóstico de cáncer;
- ¿Ha recibido intervención quirúrgica? (si/no);
- ¿Está recibiendo tratamiento médico actualmente? (si/no). En caso de respuesta afirmativa indique cuál;
- ¿Ha recibido tratamiento psicológico desde el diagnóstico de la enfermedad?

Anexo B. *MOS-SSS (MOS Social Support Survey) (Costa-Requena, Salamero y Gil, 2007)*

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que Vd. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos: _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia Vd. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuándo lo necesita? (*Marque con un círculo uno de los números de cada fila*).

Ítems	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está	1	2	3	4	5

enfermo					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Anexo C. CECS (*Escala Courtauld de Control Emocional*). (Durá et al., 2010)

A continuación aparecen algunas reacciones que tiene la gente ante ciertos sentimientos o emociones. Lea las frases de cada lista y ponga un círculo en el número apropiado de la columna, indicando hasta qué punto describe cada una el modo en que Vd. reacciona normalmente. Por ejemplo, si Vd. cree que cuando se siente enfadado, casi nunca se queda callado, entonces pondría el círculo en el número 1; si esto le ocurre sólo a veces, pondría el círculo en el número 2; si le ocurre a menudo, pondría el círculo en el número 3; y si le ocurre casi siempre, pondría el círculo en el número 4. Por favor, señale un número en cada reacción. Hágalo rápidamente y señale sólo un número en cada línea.

Cuando me siento muy enfadado	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me quedo callado	1	2	3	4
2. Rehusó discutir o decir nada	1	2	3	4
3. Me deprimó	1	2	3	4
4. Digo lo que siento	1	2	3	4
5. Evito hacer una escena	1	2	3	4
6. Controló mis sentimientos	1	2	3	4
7. Oculto mi enfado	1	2	3	4

Cuando me siento infeliz o desgraciado	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
8.Rehuso hablar de ello	1	2	3	4
9.Oculto mi tristeza	1	2	3	4
10.Me hago el fuerte	1	2	3	4
11.Me quedo callado	1	2	3	4
12.Dejo que los demás vean cómo me siento	1	2	3	4
13.Controlo mis sentimientos	1	2	3	4
14.Me reprimo	1	2	3	4

Cuando estoy ansioso o preocupado	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
15.Dejo que los demás vean cómo me siento	1	2	3	4
16.Me quedo callado	1	2	3	4
17.Rehuso hablar de ello	1	2	3	4
18.Les cuento a los demás lo que me pasa	1	2	3	4
19.Digo lo que siento	1	2	3	4
20.Me reprimo	1	2	3	4
21.Controlo mis sentimientos	1	2	3	4

Anexo D. CAEPO (Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos) (González, 2004)

A continuación, aparecen una serie de frases que se refieren a distintas formas de actuar ante situaciones difíciles o problemáticas. La situación en la que usted se encuentra ahora podría considerarse que tiene estas características. Indique, rodeando con un círculo, con cual de dichas formas se identifica más su manera de COMPORTARSE EN ESTA SITUACIÓN. No hay respuestas buenas ni malas ya que cada persona puede resolver sus problemas de la forma que considera más conveniente. Procure contestar con la mayor sinceridad.

Hay cuatro opciones posibles en cada cuestión:

0	1	2	3
Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre

Ítems				
1.Habitualmente, cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas	0	1	2	3
2.Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o ansioso	0	1	2	3
3.Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo	0	1	2	3
4.Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor	0	1	2	3
5.He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación	0	1	2	3
6.Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud	0	1	2	3
7.Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien	0	1	2	3
8.Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello	0	1	2	3
9.Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema	0	1	2	3
10.Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.	0	1	2	3
11.Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son	0	1	2	3
12.Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien	0	1	2	3
13.Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual	0	1	2	3
14.Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud	0	1	2	3
15.Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto	0	1	2	3

16.Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida	0	1	2	3
17.Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien	0	1	2	3
18.Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada	0	1	2	3
19.Intentó compartir mis emociones con otras personas	0	1	2	3
20.Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia	0	1	2	3
21.Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud	0	1	2	3
22.Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora	0	1	2	3
23.Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso	0	1	2	3
24.Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien	0	1	2	3
25.Procuro controlar mis emociones	0	1	2	3
26.Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación	0	1	2	3
27.Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud	0	1	2	3
28.Intentó mostrarme sereno y animado	0	1	2	3
29.Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado	0	1	2	3
30.Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar	0	1	2	3
31.Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mí y mi recuperación	0	1	2	3
32.Creo que, aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes	0	1	2	3
33.Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí	0	1	2	3
34.Me doy por vencido en esta situación y pienso que “lo que tenga que ser, será”	0	1	2	3
35.Pienso que las cosas ocurren y que nada puede hacer para cambiar los acontecimientos	0	1	2	3
36.La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud	0	1	2	3
37.Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como	0	1	2	3

vienen				
38.Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa	0	1	2	3
39.Creo que, si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo haré	0	1	2	3
40.Puedo distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual	0	1	2	3

Anexo E. FACT (*Functional Assesment of Cancer Treatment*) (Cella et al., 1993)

Rodee con un círculo la respuesta que mejor defina su situación.

Bienestar físico	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Mucho
1.Me falta energía	0	1	2	3	4
2.Tengo náuseas	0	1	2	3	4
3.Me cuesta atender a mi familia	0	1	2	3	4
4.Tengo dolor	0	1	2	3	4
5.Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	0	1	2	3	4
6.Me suelo sentir enfermo	0	1	2	3	4
7.Tengo que pasar tiempo en cama	0	1	2	3	4
8.¿Cuánto afecta el bienestar físico a su calidad de vida?	0	1	2	3	4
Bienestar social y familiar					
9.Me noto alejado de mis amigos	0	1	2	3	4
10.Mi familia me apoya	0	1	2	3	4
11.Me ayudan mis amigos y vecinos	0	1	2	3	4
12.Mi familia ha aceptado la enfermedad	0	1	2	3	4
13.En casa no se habla de mi enfermedad	0	1	2	3	4
14.Me siento próximo a mi cónyuge (si procede)	0	1	2	3	4

15.Estoy satisfecho con mi vida sexual (si procede)	0	1	2	3	4
16.¿Cuánto afecta el bienestar social y familiar a su calidad de vida?	0	1	2	3	4
Relación con el médico					
17.Confío en mi médico	0	1	2	3	4
18.Mi médico se ofrece a contestar mis preguntas	0	1	2	3	4
19.¿Cuánto afecta la relación con el médico a su calidad de vida?	0	1	2	3	4
Bienestar emocional					
20.Me siento triste	0	1	2	3	4
21.Estoy orgulloso de cómo llevo la enfermedad	0	1	2	3	4
22.Estoy perdiendo la esperanza en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3	4

Anexo F. BSI-18 (Inventario Breve de 18 Síntomas) (Universidad de Valencia, SGS Tecnos, S.A. y Departamento I+D Pearson Assessment, 2013). Adaptado de la versión española para mantener la confidencialidad por no encontrarse presente en publicaciones de libre acceso.

Por favor, rodee con un círculo la frecuencia con la que experimenta las siguientes afirmaciones, correspondiendo las puntuaciones de 0 a 4 a:

0	1	2	3	4
Nada	Un poco	A veces	A menudo	Mucho

1.Desmayos o mareos	0	1	2	3	4
2.Dolor en el corazón o pecho	0	1	2	3	4
3.Nauseas o malestar estomacal	0	1	2	3	4
4.Problemas para respirar	0	1	2	3	4

5.Entumecimiento u hormigueo en algunas partes del cuerpo	0	1	2	3	4
6.Sensación de debilidad en algunas partes del cuerpo	0	1	2	3	4
7.Sentimientos de desinterés por las cosas	0	1	2	3	4
8.Sentimientos de soledad	0	1	2	3	4
9.Sentimientos de tristeza	0	1	2	3	4
10.Sentimientos de inutilidad	0	1	2	3	4
11.Sentimientos de desesperanza sobre el futuro	0	1	2	3	4
12.Pensamientos sobre el final de la vida	0	1	2	3	4
13.Nerviosismo o temblores internos	0	1	2	3	4
14.Sensación de tensión o bloqueo	0	1	2	3	4
15.Miedo repentino sin razón aparente	0	1	2	3	4
16.Experimenta terror o pánico	0	1	2	3	4
17.Inquietud	0	1	2	3	4
18.Sentimientos de temor	0	1	2	3	4

Anexo G. Encuesta de Satisfacción

Señale, por favor, en el recuadro correspondiente su valoración del curso en una escala de 1 a 4, donde 1 indica la puntuación más baja y 4 la más alta, en los siguientes aspectos.

ORGANIZACIÓN

1. Organización del curso	1	2	3	4
2. Condiciones del espacio/sala para el aprendizaje	1	2	3	4
3. Duración del curso	1	2	3	4
4. Horario del curso	1	2	3	4

5. Atención al alumno por parte de la organización	1	2	3	4
--	---	---	---	---

ACTIVIDAD FORMATIVA

1. Conocimientos adquiridos	1	2	3	4
2. Utilidad de los temas tratados para la vida diaria	1	2	3	4
3. Metodología empleada	1	2	3	4
4. Medios para aprender/integrar los conocimientos (ejercicios, explicaciones...)	1	2	3	4
5. Materiales didácticos (documentación)	1	2	3	4
6. Medios pedagógicos de apoyo (pizarra, proyecciones, etc)	1	2	3	4

PSICÓLOGO/A

1. Conocimientos en la materia/s impartida/s	1	2	3	4
2. Claridad en las respuestas y explicaciones	1	2	3	4
3. Dominio en los aspectos prácticos	1	2	3	4
4. Interés que despierta en los talleres	1	2	3	4
5. Fomento de la participación entre los miembros	1	2	3	4
6. Evaluación global sobre el psicólogo/a	1	2	3	4

EVALUACIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA/TALLER

1. Aplicación del contenido a la vida diaria	1	2	3	4
2. Opinión global del curso	1	2	3	4

Indique, cualquier sugerencia o comentario que desee, sobre los aspectos valorados anteriormente con objeto de mejorar la actuación formativa:

Organización:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Actividad formativa:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Psicólogo/a:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Anexo H. Contrato de confidencialidad y asistencia

Yo, D. _____

me comprometo a seguir las siguientes normas:

- No comentaré a personas ajenas a la terapia aquellos asuntos que hayan sido expuestos por mis compañeros, incluso en caso de abandono de la terapia.
- No identificaré a mis compañeros como asistentes a terapia cuando los encuentre fuera de este espacio.
- Asistiré a todas las sesiones programadas con puntualidad, ausentándome solo en ocasiones justificadas.
- Ante la duda o deseo de abandonar la terapia, lo expondré en la sesión.

En _____, a fecha ____ de _____ de _____.

Firma:

Anexo I. Respiración Diafragmática (Extraído de Roca, 2015)

Primero pon una mano en el pecho y otra en el vientre para asegurar que llevas el aire a la parte inferior de los pulmones sin mover el pecho.

Toma aire por la nariz lentamente y llévalo hacia abajo, hinchando la zona del vientre sin mover el pecho.

Retén el aire unos 3 segundos en esa posición.

Suelta el aire lentamente por la boca, hundiendo un poco el estómago sin mover el pecho.

Procura mantenerte relajado y relajarte un poco más al soltar el aire

Repetir los pasos anteriores haciéndolo más lentamente, a un ritmo de 5 segundos la inspiración, retención de 3 segundos y espiración de 5 segundos.

Si aparecen dificultades en la postura sentada, hacerlo tumbado para facilitararlo y luego cambiar a sentado.

Anexo J. *Las emociones y su funcionalidad (Labpsitec, 2011).*

Las emociones y su funcionalidad

- Ira: Nos ayuda a definir límites en las relaciones sociales para proteger nuestro autoconcepto y bienestar. También nos indica cuando alguna situación presenta características que no deseamos y puede amenazar a nuestro equilibrio emocional.
- Asco: Nos protege de aquello que puede ser perjudicial para nuestra salud física, tal como alimentos en mal estado.
- Alegría: Nos aporta energía, motivación y apertura a la experiencia para realizar las actividades propuestas.
- Ansiedad: Nos indica que una situación es importante para nosotros y nos hace prepararnos para afrontarla eficazmente.
- Miedo: Nos informa acerca de los peligros potenciales para reaccionar y conservar la integridad física.
- Tristeza: Nos hace disminuir la actividad física para poder ajustarnos a la situación que se nos ha presentado y reorganizar nuestras actividades y roles desempeñados. También sirve para comunicar la necesidad de apoyo.
- Interés: Nos motiva a conocer e investigar ámbitos que nos enriquecen respecto a la experiencia y el conocimiento.
- Amor: Nos permite socializarnos, cooperar y ayudar a los demás. Aumenta el sentimiento de apoyo recibido y nos permite adoptar actitudes empáticas.

Anexo K. *Influencia de las cogniciones en la emoción y la conducta*

Los estímulos dan lugar a la emisión de nuestras respuestas. Antes de la emisión de la respuesta se producirán una serie de cogniciones que afectarán a la emoción que tenemos en ese instante y, finalmente en la respuesta que emitimos. Imaginemos que estoy en la cola del supermercado y una persona se pone

delante nuestra (Estímulo). Se activarán nuestras cogniciones y podremos pensar que no se ha dado cuenta, que lo ha hecho adrede, etc. (pensamientos). Si pensamos que nos había visto y su intención era colarse (pensamiento), nos enfadaremos (emoción). Por tanto, la respuesta que emitiremos será la de hablarle de malos modos y ordenarle que se vaya al final de la cola (respuesta). Sin embargo, si nuestro pensamiento es que no se ha dado cuenta (pensamiento), le indicaremos amablemente que nosotros estábamos antes (respuesta). Vemos como, los pensamientos asociados al estímulo, influirán tanto en la emoción que tenemos como en la respuesta que emitiremos. Por tanto, es muy importante detectar nuestras cogniciones para evitar que influyan negativamente en nuestro estado emocional y conducta. (Ver Imagen 1).

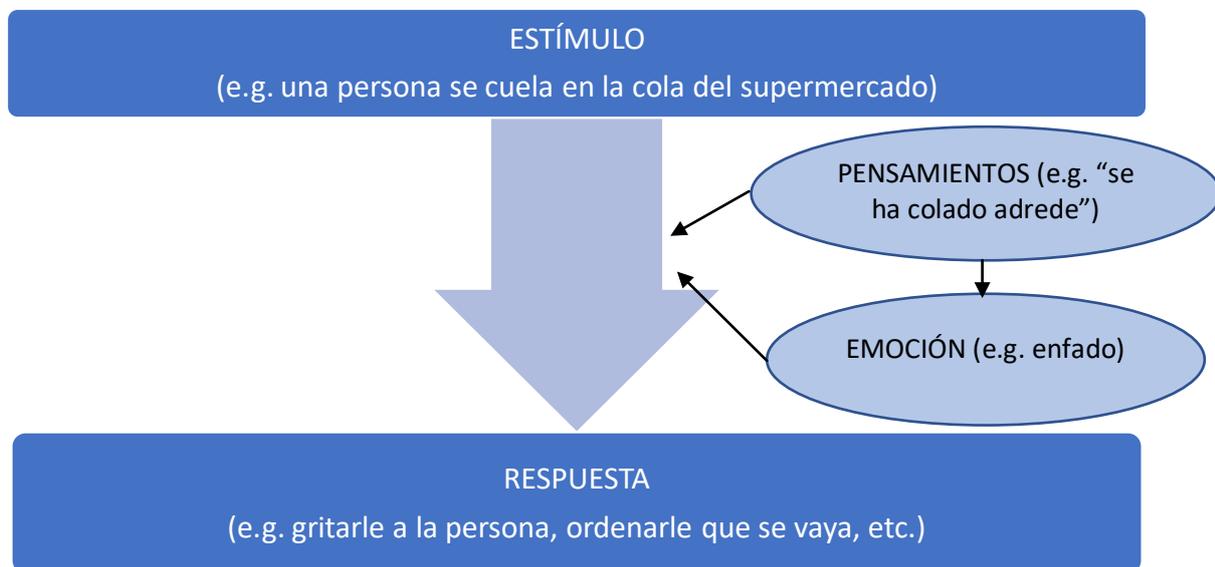


Imagen 1.

Anexo L. Estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Proceso de solución de problemas

El proceso de solución de problemas se compone de las siguientes fases:

1. Identificación del problema. ¿Qué me causa malestar emocional? (ejemplo: Me siento sólo)
2. Fijar un objetivo (ejemplo: Quiero conocer a gente)

3. Generar todas las soluciones que se me ocurran (ejemplo: apuntarme a clases de baile, sentarme en una cafetería con desconocidos, ir a un logopeda, poner la televisión alta, etc)
4. Valoración PROS y CONTRAS
5. Elección de la/las más eficaces
6. Valoración de las consecuencias ¿Estoy satisfecho?
 - a. Sí
 - b. No→Ver qué ha fallado. Poner en marcha otra solución.

Anexo M. Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción

En ocasiones es necesario regular las emociones para poder cumplir ciertos objetivos que nos hemos marcado. Para ello utilizamos las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

Son útiles para regular emociones que nos producen demasiado malestar.

Serán ADAPTATIVAS si nos permiten realizar acciones útiles y necesarias para la supervivencia.

Serán DESADAPTATIVAS si nos alejan de nuestros objetivos.

Algunas de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción son:

Distanciamiento emocional→ Suprimir las emociones provocadas por la situación

Reordenación prioridades→Cambio valores

Comparación social positiva→ Tendencia a resaltar aquello en lo que se perciben mejor que otras personas

Supresión cognitiva→Omisión del pensamiento

Sentido del humor→Descarga emocional de forma inversa a la emoción

Intentos de ejercer el control → Realizar conductas que mejoren el estado físico para aumentar la sensación de control

Búsqueda información → Aumentar el conocimiento y la sensación de control

Rumiación → Pensar continuamente en lo mismo

Resignación → Pasividad, dependencia, impotencia, desesperanza

Búsqueda apoyo social → Compañía, comprensión

Reevaluación significado/Reinterpretación → Búsqueda de un significado alternativo

Evitación → No pensar, escape de la situación real, alcohol, drogas,...

Distracción → Realizar otras actividades que nos susciten emociones diferentes

Negación → Rechazo de la realidad

Aceptación → Admitir la realidad que sucede

Planificación → Realizar una previsión, aumento sensación de control y tranquilidad

Expresión emocional → Decir aquello que sentimos, desahogo emocional

Anexo N. Cuestionario de evaluación por juicio de expertos.

Mi nombre es Margarita Robles Laguna. Soy alumna del Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad Jaume I. Estoy realizando mi trabajo de fin de máster, y para ello he desarrollado una propuesta de programa de intervención en población oncológica masculina mediante el Teatro Terapéutico.

Para la validación de la viabilidad de implantación de dicho programa, es necesaria la evaluación de expertos profesionales en la Psicooncología, como es su caso. Para ello le solicito que rellene el siguiente cuestionario en relación al programa propuesto. La realización del cuestionario es breve y sus respuestas no tendrán valor calificativo sobre el trabajo. Sus datos personales no serán incluidos en el trabajo debido a que no está permitida la publicación de datos confidenciales. Por este motivo, solo se recogerán los datos sociodemográficos presentes en el cuestionario. La participación de un mayor número de profesionales contribuirá al incremento de la fiabilidad.

Una vez cumplimentado el cuestionario, por favor envíe el documento al correo mgrobes91@hotmail.com, del cual le han sido enviados tanto la descripción del programa de intervención como el cuestionario.

Gracias por su atención.

CUESTIONARIO EVALUACIÓN PROPUESTA INTERVENCIÓN MEDIANTE TEATRO TERAPÉUTICO EN POBLACIÓN ONCOLÓGICA MASCULINA

Iniciales: Sexo: Edad:
Profesión: Años de experiencia:
¿Trabaja en el sector público o privado?:

Cuestionario a cumplimentar (marque con una X al lado de cada respuesta):

1. ¿Considera que el diseño del programa es el adecuado para población oncológica masculina?

SI __ NO __

2. ¿La duración del programa y las sesiones se adecuan a las necesidades del contexto?

SI __ NO __

3. ¿Cree que es un recurso fácil y útil para psicólogos especializados en oncología?

SI __ NO __

4. Si llevamos a cabo esta intervención, ¿podrían cumplirse todos los objetivos planteados previamente?

SI __ NO __

5. ¿La selección de contenidos de las sesiones es la apropiada al logro de los objetivos?

SI __ NO __

6. ¿La metodología empleada junto a las actividades son las adecuadas para este programa?

SI __ NO __

7. ¿Cree que existe la necesidad de recursos adicionales en el desarrollo del programa?

SI __ NO __ Si responde “sí”, háganos sobre esos recursos que emplearía:

8. ¿Considera que los resultados obtenidos tras la implantación de este programa serán positivos?

SI __ NO __

9. En general, ¿cree que este programa de intervención en población oncológica masculina puede ser un buen recurso para la intervención psicológica ?

SI __ NO __

10. Comentarios adicionales (ventajas, inconvenientes, sugerencias, mejoras del programa etc.):