



CATOLICA
DEL PERÚ



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA SALUD

**ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA
SALUD EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA**

Tesis para optar el título de Magister en Psicología clínica de la salud que presentan las
Licenciadas:

ANA VANESSA LOSTAUNAU CALERO
CLAUDIA SOFÍA TORREJÓN SALMÓN

MÓNICA CASSARETTO
Asesora

Lima 2013

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiéramos agradecer a nuestra asesora Mónica Cassaretto, quien con mucha meticulosidad, energía y buen humor, nos enseñó el verdadero amor a la investigación, nos transmitió el empuje necesario como para perseverar, a pesar de las dificultades u obstáculos a los que uno puede encontrarse en proyectos como éste y que, con mucho cariño, demostró mucha dedicación y compromiso en los espacios de asesoría.

Asimismo, agradecemos enormemente a todas las pacientes que participaron, voluntariamente, en esta investigación. Gracias, porque compartieron vivencias muy personales que sin duda contribuyeron a que podamos aprender de una súper experiencia académica, pero también humana.

A nuestros compañeros en el INEN, en especial a Joel Inga, Rosa Arguelles y Tomy Agurto, por brindarnos las facilidades necesarias para que este proyecto se haga realidad.

A Doris Argumedo, quien con mucha disciplina nos ayudó a levantar los primeros cimientos de esta investigación, proveyéndonos de una base sólida así como de herramientas metodológicas que nos permitieron continuar con mayor seguridad en esta experiencia.

A quienes contribuyeron con esta investigación en momentos diferentes. A Arturo Calderón por su valiosa asesoría estadística y a Doris Miranda por brindarnos su valioso tiempo y conocimientos durante el desarrollo de nuestros resultados.

A todos nuestros compañeros de la Maestría en Psicología Clínica de la Salud por acompañarnos y vivir con nosotros esta travesía, ¡los vamos a extrañar!

Finalmente, quisiéramos agradecer a nuestras familias, quienes nos apoyaron y acompañaron de inicio a fin en cada etapa de la maestría.

RESUMEN

Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama

El cáncer de mama puede ser considerado un evento de vida potencialmente estresante pues demanda cambios que tienden a exceder la capacidad de las pacientes para afrontar dicha condición, lo que afecta negativamente su CVRS. Este estudio examina la contribución que tienen el estrés percibido, el estrés traumático, los estilos de afrontamiento, la migración y el tipo de tratamiento recibido sobre la variabilidad de los componentes físico y mental de la CVRS de 53 mujeres mastectomizadas, que han sido diagnosticadas por primera vez con cáncer de mama. Los instrumentos utilizados comprendieron la adaptación española del cuestionario de salud (SF-36) (Alonso, Prieto & Antó, 1995), el inventario de estimación de afrontamiento COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989), la escala de estrés percibido EEP (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) y la adaptación peruana de la escala de estrés traumático (Gargurevich, 2006).

Se encontraron niveles promedio y altos de la CVRS. El componente físico se vio más afectado que el componente mental, especialmente en las pacientes migrantes. En el componente físico, se obtuvo un modelo conformado por la migración, el tipo de tratamiento y el estrés traumático, quienes explicaron el 30% de su variabilidad. En tanto, en el componente mental se obtuvieron dos modelos; el primero conformado por el estrés traumático y el estrés percibido, quienes explicaron el 39% de su variabilidad; mientras que el segundo, conformado por el estrés traumático, estrés percibido y el estilo orientado a la emoción explicaron el 42% de su variabilidad.

Palabras clave: *Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), afrontamiento, estrés percibido, estrés traumático, cáncer de mama, migración y tipo de tratamiento*

ABSTRACT

Stress, coping and health-related quality of life in breast cancer patients

Breast cancer might be considered a life-threatening event as it demands changes that could exceed the patient's abilities to cope with their illness, therefore, affect HRQoL in a negative way. This study analyzes the contribution that traumatic stress, perceived stress, coping, migration and type of treatment have on the variability of physical and mental components of the HRQoL of 53 mastectomized women with breast cancer. The instruments used include the Spanish adaptation of the SF-36 health survey (Alonso, Prieto & Antó, 1995), the COPE Inventory (Carver, Scheier & Weintraub, 1989), the Perceived Stress Scale PSS (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) and the Peruvian adaptation of the traumatic stress scale (Gargurevich, 2006).

The analysis found medium and high levels of the HRQoL. Physical component was more affected than mental component, especially in migrant patients. The model of the physical component was comprised by migration, treatment type and traumatic stress, which explained 30% of its variability. On the other hand, two models were obtained from the mental component; the first was comprised by traumatic stress and perceived stress, which explained 39% of its variability, while the second model, comprised by traumatic stress, perceived stress and emotion-oriented stress, explained 42% of its variability.

Keywords: *Health-related quality of life (HRQoL), coping, perceived stress, traumatic stress, breast cancer, migration and type of treatment*

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	15
Participantes	15
Medición	15
Procedimiento	21
Análisis de datos	22
RESULTADOS	25
Análisis descriptivos de las variables	25
Análisis de correlación entre las variables	27
Análisis de regresión jerárquica	28
DISCUSIÓN	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	
A. Consentimiento informado	
B. Ficha de datos	
C. Tabla de las características de la muestra	
D. Porcentajes por quintiles – CVRS	
E. Correlaciones entre el afrontamiento y los indicadores de estrés (trauumático y percibido)	

Introducción

El cáncer es una enfermedad temida en todas las culturas. El diagnóstico de ésta lleva una asociación inmediata al sufrimiento, dolor y muerte (Die Trill, 2003), y puede producir grandes repercusiones en la calidad de vida de quienes lo padecen (Atef-vahid, et al., 2011; Manning-Walsh, 2005; Paredes, 2003) pues conlleva a un replanteamiento de los proyectos futuros, del sentido de los demás, de sí mismo y de la vida en general (Baider, 2003; Die Trill, 2003; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor & Falke, 1992).

A nivel mundial, el cáncer se encuentra entre las principales causas de morbilidad y mortalidad y, particularmente el cáncer de mama, representa el 16% de todos los cánceres femeninos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). En nuestro país, el cáncer de mama constituye una de las neoplasias más comunes entre las mujeres, siendo el principal motivo de intervención para diciembre de 2011, y representando el 15.2% de los casos atendidos ese mismo año (INEN, 2012).

Diversos estudios han indicado que la población de mujeres con cáncer de mama es vulnerable a desarrollar altos niveles de morbilidad psicológica. Por ejemplo, algunas investigaciones reportan la presencia de estados depresivos, que pueden asociarse con altos niveles de ansiedad (Karakajun, Ilknur, Sahin, Orcin, Alanyali & Kinay, 2010; Koch, 2007; Stafford, Judd, Gibson, Komiti, Mann & Quinn, 2013), sensación de desesperanza (Van Laarhoven et al., 2011), así como malestar general y dolores físicos (Avis, Crawford & Manuel, 2005; Galloway et al., 2012).

Para algunos autores, el malestar emocional está, en gran medida, originado por los efectos específicos que dicho diagnóstico y su posterior tratamiento provocan, ya que en muchos casos, éste consiste en la extirpación total o parcial de la mama, lo que puede provocar disminución de la sensación de feminidad, decremento del atractivo y la función sexual y otras disfunciones sexuales (Blanco, 2010; Olivares, 2004; Perales, 2008; Rincón, Pérez, Borda & Martín, 2010). Para otros, la presencia de emociones negativas está asociada a la variedad de estresores físicos, mentales, sociales y laborales a los que deben hacer frente este tipo de pacientes (Da Silva & Dos Santos, 2010; Yang, Brothers & Andersen, 2008). Más aún, todos estos investigadores coinciden en que se trata de una enfermedad que tiende a comprometer negativamente la calidad de vida de las mismas.

Según la OMS (1995), la calidad de vida hace referencia a la percepción subjetiva y temporal que tienen las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual, en asociación con su contexto histórico, cultural y social, así como con su sistema de valores y creencias, y en relación con sus metas, expectativas y estándares. En individuos con enfermedades crónicas, se encuentra un quiebre importante en una de las dimensiones que conforman la calidad de vida, que es la pérdida de la salud. Es por ello que muchos autores prefieren usar el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), como una noción más restringida de la calidad de vida (Fernández-Mayoralas & Rojo, 2005).

En ese sentido, la CVRS puede ser entendida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente. En pacientes oncológicos, alude al impacto que el cáncer, y su consecuente tratamiento (secuelas y efectos secundarios), tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar y su vida en general (Schwartzmann, 2003; Taylor, 2007; Urzúa & Jarne, 2008), en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades (Patrick & Erickson, como se citó en Schwartzmann, 2003).

Al conceptualizar la CVRS, la OMS (1995) contempla cinco dominios o dimensiones: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y medio ambiente; componentes que incluyen tanto variables internas (salud percibida, satisfacción en la vida y habilidades funcionales); cuanto variables externas (nivel de ingreso económico, estado de salud, oportunidades de desarrollo personal, uso efectivo del tiempo libre, etc.).

En la actualidad, la CVRS es un constructo frecuentemente estudiado y evaluado en enfermedades crónicas, por el impacto a largo plazo que éstas generan en las personas que las padecen (Taylor, 2007). En estudios con pacientes oncológicos, la mayoría de investigaciones revisadas conceptualizan la CVRS incluyendo las dimensiones de funcionamiento físico, psicológico y social (Atef-vahid et al., 2011; Avis et al., 2005; Boehmer, Luszczynska & Schwarzer, 2007; Suthahar et al., 2008; Tarakeshwar, Vanderwerker, Paulk, Pearce, Kasl & Prigerson, 2006). No obstante, hay variantes que incluyen el sentido del humor (Brown, King, Butow, Dunn & Coates, 2000), los síntomas físicos propiamente dichos como cansancio, deterioro de la vida cotidiana por dolor, sensación de presión abdominal y deterioro de actividades sociales (Jordan et al., 2010), el desarrollo existencial (Tarakeshwar et al., 2006), el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento de rol, entendido como la manera en la

cual se ve comprometido el nivel de funcionalidad del paciente a la hora de realizar sus actividades diarias a partir de la enfermedad y su tratamiento (Atef-vahid et al., 2011).

El impacto de la CVRS en pacientes oncológicos ha sido estudiado en diversos tipos de cáncer (Gaviria et al., 2007; Suthahar et al., 2008), en cánceres específicos como el cáncer de mama (Laos, 2010; Paredes, 2003; Torres, 2011) y en distintos estadios de la enfermedad: precoz (Ransom, Jacobsen, Schmidt & Andrykowski, 2005), avanzado (Kershaw et al., 2004) e incluso sobrevivientes al cáncer (Costanzo et al., 2007).

Estudios internacionales como los de Ransom et al., (2005) investigaron la CVRS en 146 pacientes con cáncer de mama en un estadio precoz, mientras que Kershaw et al., (2004) examinaron a 189 mujeres con cáncer de mama avanzado. En ambos estudios, los resultados reflejaron mejor nivel de CVRS en el componente mental, que en el físico. Es decir, se encontró mayor percepción de satisfacción relacionada a la estabilidad y equilibrio emocional de las mujeres, en comparación con la comodidad producto del funcionamiento físico. Asimismo, el primer estudio reportó una adecuada CVRS en la función de rol y la función social. Es decir, las pacientes reportaron una percepción positiva de su estado de salud cuando mantuvieron un adecuado nivel de funcionalidad respecto a sus actividades cotidianas y se sintieron satisfechas con sus roles y actividades sociales, respectivamente.

En cuanto a las investigaciones nacionales, Paredes (2003) encontró que las pacientes con cáncer de mama evaluaban su CVRS global medianamente perturbada por la enfermedad y su tratamiento. Pocos años después, Laos (2010) y Torres (2011) trabajaron con muestras de 50 y 58 mujeres con cáncer de mama, respectivamente, encontrando preservada la CVRS de las mismas, específicamente mayores puntuaciones en el componente mental, en comparación al componente físico. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Ransom et al., (2005) y Kershaw et al., (2004) reportados líneas arriba.

Este panorama nos plantea, entonces, que es común a todas estas propuestas tomar en cuenta los aspectos físicos y psicológicos de la CVRS, y en ocasiones, las dimensiones sociales, espirituales y funcionamiento de rol.

En general, la investigación empírica reporta que la CVRS es adecuada en la mayoría de las mujeres que padecen cáncer de mama, aunque suele verse moderadamente debilitada en comparación a población sana; sin embargo existe un grupo pequeño de mujeres que sí demuestra un deterioro más significativo en la misma

(Gaviria et al., 2007; Kershaw et al., 2004; Paredes, 2003; Suthahar et al., 2008). Asimismo, las publicaciones reportan que los dominios más afectados suelen ser la dimensión física, seguida de la dimensión mental de la CVRS (Kershaw et al., 2004; Laos, 2010; Ransom et al., 2005; Torres, 2011), quizás por ello, muchos estudios prefieren examinar las dimensiones mencionadas en dos categorías más amplias: componente físico y mental de la CVRS (Alonso, Prieto & Antó, 1995; Ware & Sherbourne, 1992), por lo que no existen muchos reportes de las otras dimensiones de la CVRS. Por otro lado, algunos autores han encontrado mejoras en la CVRS a medida que el tiempo desde el diagnóstico transcurre (Danahuer et al., 2009; Golden-Kreutz et al., 2005), así como cuando los pacientes le adjudican un significado a la enfermedad y la perciben como manejable o modificable (Downe-Wamboldt, Butler & Coulter, 2006). Otros estudios han encontrado que la CVRS global de los pacientes con cáncer se mantiene adecuada cuando éstos reportan buenas funciones físicas y una baja sintomatología física, así como ausencia de síntomas ansiosos o depresivos (Gaviria et al., 2007; Suthahar et al., 2008).

Paralelamente a describir la afectación de la CVRS durante la enfermedad oncológica, las investigaciones se han centrado en algunos constructos psicológicos por ser variables que, al parecer, cumplen un rol significativo en la mejora de la CVRS o en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica.

Uno de los constructos en el que los estudios recientes han puesto un foco significativo en la investigación, es el afrontamiento (Avis, et al., 2005; Caloudas, 2010; Danhauer et al., 2009; Ebert, 2007; Filazoglu & Griva, 2008; Kershaw et al, 2004; Maners & Champion, 2011; Ransom et al., 2005; Tarakeshwar, et al., 2006; Yang et al, 2008). Este constructo es considerado un factor estabilizador que ayuda a los individuos a mantener la adaptación psicosocial durante los períodos de estrés (Lazarus & Folkman, 1984; Moos & Schaefer, 1993), tales como los que son disparados ante el gran número de cambios significativos que genera la incidencia, permanencia y los efectos del cáncer en las personas que lo padecen (Suthahar et al., 2008; Torres, 2011).

El afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales realizados para manejar situaciones que han sido evaluadas como potencialmente amenazantes o estresantes (Kleinke, 2007). Su función es eliminar o reducir el distrés emocional asociado a las condiciones estresantes que experimenta un individuo (Belloch et. al, 1995; Lazarus & Folkman, 1986; Moos & Schaefer, 1993); por ello, es contemplado también, como un regulador de emociones (Lazarus & Lazarus, 2000).

Hay quienes conceptualizan al afrontamiento como una respuesta relativamente estable en el tiempo (aproximación disposicional), mientras que hay quienes creen que son las situaciones las que moldean a las personas al momento de elegir las respuestas de afrontamiento (aproximación conductual) (Endler, 1996). A pesar de estas conceptualizaciones aparentemente opuestas y excluyentes entre sí, Carver y Scheier (1994) aclararon que la estabilidad aludiría a los *estilos de afrontamiento*, los cuales son predisposiciones personales que facilitan el acceso al uso de ciertas *estrategias de afrontamiento*, desplegadas de acuerdo al contexto y la situación y, en ese sentido, potencialmente cambiantes. Esto generaría que las respuestas de afrontamiento sean heterogéneas y varíen de acuerdo a la situación experimentada, incluso en una misma persona frente a contextos distintos.

Lazarus y Folkman (1986) agruparon las estrategias de afrontamiento, en dos estilos o tipos, categorizando las mismas de acuerdo a los determinantes primarios de las respuestas de afrontamiento. El primero es el estilo de afrontamiento orientado al problema, el cual aparece cuando las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno resultan evaluadas como susceptibles de cambio y, por lo tanto, derivan en la ejecución de pasos activos dirigidos a modificar o reducir el estresor o sus efectos (Carver, Kumari & Scheier, 1989; Lazarus & Folkman, 1986). El segundo es el estilo de afrontamiento orientado a la emoción, el cual aparece cuando se evalúa que poco o nada puede hacerse para cambiar éstas condiciones y en vez de centrar su atención en modificar el contexto, dirige sus esfuerzos a cambiar las emociones negativas asociados al estresor (Carver et al., 1989; Lazarus & Folkman, 1986). Posteriormente, estudios empíricos con medidas de afrontamiento como el inventario *COPE Estimation Test* (Carver et al., 1989), llevaron a plantear a algunos autores la existencia de un tercer estilo llamado afrontamiento evitativo. Este suele presentarse cuando el individuo niega la situación amenazante y, por ende, anula las posibles conductas orientadas a enfrentar el problema, o, cuando el individuo opta por hacer uso del alcohol u otras drogas para evitar sentirse presionado por las demandas ambientales (Ficková, 2005).

Se encuentra que la relación entre CVRS y afrontamiento suele ser estudiada desde diferentes perspectivas. Hay quienes examinan a este último constructo desde la perspectiva de las estrategias de afrontamiento (Avis et al., 2005; Costanzo et al., 2006; Danaher et al., 2009; Gaviria et al., 2007; Kershaw et al., 2004; Ransom et al., 2005; Van Laarhoven, 2011); otros agrupan las estrategias en términos tipos o estilos de afrontamiento (Suthahar et al., 2008; Urzúa & Jarne, 2008); y otros aún, se focalizan en

una única estrategia de afrontamiento, específicamente, la espiritualidad (Tarakeshwar et al., 2006) o la religiosidad (Atef-Vahid et al., 2011).

En cuanto a las investigaciones que estudian ampliamente la variable afrontamiento en su relación con la CVRS de pacientes con cáncer de mama, Kershaw et al. (2004) encontraron que la CVRS emocional de estas mujeres, se encontraba directamente relacionada con un afrontamiento activo e inversamente relacionado con un afrontamiento evitativo. Por su parte, Constanzo et al. (2006) reportaron, también, que el uso de estrategias pertenecientes al estilo de afrontamiento evitativo (tales como desentendimiento conductual y mental, y la focalización y liberación de emociones) se encontraron asociadas con una pobre CVRS.

Estos resultados coinciden también con los hallazgos de Van Laarhoven et al. (2011), quienes especificaron que las estrategias de afrontamiento evitativo estuvieron asociadas con una peor CVRS. Además, en esta última investigación, se halló que la estrategia aceptación y el afrontamiento activo estuvieron asociados con una mejor CVRS. En síntesis, se encuentra que determinadas estrategias de afrontamiento están asociadas, con diferentes dimensiones, componentes y niveles de CVRS. En general, las estrategias de afrontamiento orientado al problema estarían asociadas a una buena CVRS, mientras que las estrategias de afrontamiento evitativo estarían relacionadas con una baja CVRS. En cuanto a las estrategias de afrontamiento orientado a la emoción, algunas estrategias como la aceptación y la religiosidad, se encuentran relacionadas con buena CVRS (Van Laarhoven et al., 2011).

En lo que respecta a las investigaciones que estudian la asociación entre estilos de afrontamiento y CVRS, se encuentra la de Urzúa y Jarne (2008), quienes refirieron que para tener una mejor CVRS no sólo bastaba con el incremento de estrategias de afrontamiento pertenecientes al estilo de afrontamiento orientado al problema, sino también la reducción de estrategias de afrontamiento evitativo (como el desentendimiento conductual y mental). Este resultado coincide con lo hallado por Ransom et al. (2005), quienes encontraron que las mujeres que buscaron información relacionada a su enfermedad y tratamiento (estrategias orientadas hacia la solución del problema), experimentaron un incremento significativo de su CVRS física, 6 meses después del tratamiento.

Por último, están las investigaciones que focalizan su estudio en una única estrategia de afrontamiento y la CVRS. Por ejemplo, Tarakeshwar et al. (2006), examinaron la asociación entre afrontamiento religioso y CVRS en una muestra de 170

pacientes con diferentes tipos de cáncer avanzado. Los análisis de regresión mostraron que un mayor uso de afrontamiento religioso positivo (percepción de una relación segura con un Dios benevolente) estaba relacionado con una mejor CVRS en general, así como con menor percepción de sintomatología física, como dolor, fatiga y malestar; y con mayor percepción de apoyo social y desarrollo existencial. En contraste a ello, un mayor uso de afrontamiento religioso negativo (percepción de la existencia de un Dios castigador, con consecuentes de sentimientos de abandono por parte del mismo), se encontró asociado con una peor CVRS en general, así como con mayor interferencia en la salud psicológica o mental (mayor presencia de emociones negativas) y en el desarrollo existencial.

A pesar de que se encontraron numerosas investigaciones que estudian la relación entre afrontamiento y CVRS en pacientes con cáncer de mama, se observa que diversas estrategias de afrontamiento están asociadas a diferentes dimensiones y componentes de la CVRS y que dicha relación suele verse afectada por variables relacionadas al proceso de enfermedad. Algunas de ellas aluden a aspectos como la remisión (Kershaw et al, 2004) o la recurrencia de la enfermedad (Yang et al. 2008), el estadio del cáncer y el tipo de tratamiento postoperatorio (Filazoglu & Griva, 2008), la presencia de metástasis (Brown et al., 2000), el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y desde la operación (Filazoglu & Griva, 2008), y la condición de la paciente en relación a si es diagnosticada por primera vez (Cousson-Gélie, Buchon-Schweitzer, Atzeni & Houede, 2011) o bien es una sobreviviente de dicha enfermedad (Ebert, 2007; Caloudas, 2010; Maners & Champion, 2011).

En ese sentido, para algunos autores, el afrontamiento funcionaría como un regulador de los efectos del estrés sobre la salud mental de las personas (Plancherel, Bolognini & Halfon, 1998; Romero, 2009), pues la eficacia del mismo incide sobre la percepción que tienen los individuos acerca de sus capacidades para enfrentar la situación estresante (Frydenberg, 1997).

Al respecto, se observa que la mayoría de estudios que investigan la relación entre afrontamiento y CVRS, asumen a la enfermedad oncológica como estresante en sí misma, sin diferenciar el nivel de estrés percibido y el impacto traumático que ésta puede ocasionar. Para algunos autores, la experiencia de dicha enfermedad puede estar marcada por altos niveles de estrés y interrupción del proceso de ajuste a la enfermedad (Constanzo et al., 2007), ya sea al momento del diagnóstico o durante el tratamiento (Golden-Kreutz et al., 2005), y, especialmente cuando las pacientes están a vísperas de

una intervención quirúrgica (Rao et al., 2008) o cuando experimentan sensaciones de dolor (Mosher, DuHamel, Egert & Smith, 2010). En general, se encuentra que el estrés está asociado con preocupaciones acerca del cáncer, incluyendo problemas físicos y temor a la recurrencia de la enfermedad, y tiende a prevalecer a pesar de haber sobrevivido a la enfermedad (Constanzo et al., 2007, Golden-Kreutz et al., 2005).

En la investigación, hay quienes hacen referencia al término *distrés*, entendiéndolo como altos niveles de estrés percibido o un estado emocional que afecta el nivel de bienestar de la persona (Taylor, 2007) por la presencia de estados anímicos ansiosos y depresivos (Constanzo et al., 2007; Groenvold, Petersen, Idler, Bjorner, Fayers & Mouridsen, 2007; Suthahar et al., 2008). Hay quienes lo asocian también a la presencia de hostilidad, fatiga y un bajo nivel de actividad en las personas (David et al., 2008), otros mediante experiencia elevada de pensamiento intrusivos, evitación e hiperactivación (Pieterse, et al., 2007), así como con la presencia de dificultades interpersonales y con la pérdida de control conductual o emocional (Mosher et al., 2010). En resumen, se encuentra que son síntomas de malestar subjetivo, los cuales resultan en *displacer* y sufrimiento físico y mental, y normalmente interfieren con el bienestar y la productividad de las personas (Manning-Walsh, 2005).

Diversos estudios han analizado la relación entre estrés percibido y la CVRS en pacientes oncológicos, hallando que su presencia y altos niveles está inversamente asociado a la CVRS (Costa-Requena, Rodríguez & Fernández-Ortega, 2012; Golden-Kreutz et al., 2005; Head et al., 2012; Manning-Walsh, 2005).

Es el caso de Costa-Requena et al. (2012), quienes estudiaron el estrés percibido y la CVRS en 67 pacientes con cáncer de mama, a quienes evaluaron en tres puntos de tiempo: antes, durante y después del tratamiento adyuvante. En los tres periodos de evaluación, se encontró que el estrés impactó significativamente la CVRS de las personas, especialmente durante los periodos de pre-tratamiento y tratamiento. Coincidentemente, la CVRS declinó en el pre-tratamiento hasta el periodo del tratamiento y posteriormente se incrementó hacia la etapa del post-tratamiento. Es decir, el presente estudio sugeriría que si bien el cáncer de mama produce un impacto considerable en la salud física y mental de las mujeres, éstas logran un reacomodo y posterior ajuste a la enfermedad, elevando nuevamente su CVRS a medida que el tiempo desde el diagnóstico avanza.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de Manning-Walsh (2005), quien encontró mayores puntuaciones en la CVRS de 100 pacientes con cáncer de mama en

post-tratamiento, en comparación con las que aún se encontraban en tratamiento adyuvante para el cáncer. Asimismo, encontró que cerca del 98% de participantes reportó al menos un síntoma de estrés, sin diferenciar el periodo de tratamiento. Los síntomas más frecuentes fueron la fatiga (85%), labilidad emocional (83%), insomnio (77%), insatisfacción con la apariencia (77%) y reducción de la concentración (68%).

En general, se ha encontrado que distintos tipos de afrontamiento se relacionan con diversos niveles de estrés, en diferentes periodos del proceso de enfermedad y tratamiento. Para algunos autores (Pieterse et al., 2007), el afrontamiento evitativo está relacionado con altos niveles de distrés; mientras que algunas estrategias pertenecientes al estilo de afrontamiento orientado a la emoción (búsqueda de soporte social emocional y reinterpretación positiva), se asocian con bajos niveles de distrés psicológico. Este último hallazgo lo reforzaron Low, Stanton, Thompson, Kwan y Ganz (2006) en su estudio con una muestra de 558 mujeres con cáncer de mama, encontrando que el estrés interactúa con el afrontamiento orientado a la emoción para predecir su ajuste; y que éste estilo de afrontamiento solo es adaptativo en condiciones de un bajo estrés relacionado con la enfermedad. Sin embargo, Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou y Koutri (2007), resaltan que el estilo en mención suele ser adaptativo frente a estresores puntuales del tratamiento, como por ejemplo, a vísperas de una intervención quirúrgica, pero recomiendan el viraje a un estilo de afrontamiento orientado al problema a medida que la enfermedad evoluciona.

Además de estudiar el impacto del estrés percibido y su relación con la CVRS de pacientes oncológicos, hay quienes comprenden al cáncer como un evento de vida potencialmente estresante, que puede precipitar la presencia de un trastorno de estrés post-traumático (TEPT) o, en su defecto, disparar síntomas sub-clínicos del mismo (Alter et al., 1996; Cordova, Andrykowski, Kenady, McGrath, Sloan & Redd, 1995; Koch, 2007; Koopman et al., 2002; Nordin et al., 2012; O'Connor, Christensen, Jensen, Moller & Zachariae, 2011; Palmer, Kagee, Coyne & DeMichele, 2004).

Si bien la relación entre dicho diagnóstico y el cáncer aún es poco clara, la revisión bibliográfica evidencia que la prevalencia del TEPT en pacientes oncológicos recién diagnosticados oscila entre 3% al 14% (Gurevich, Devins & Rodin, 2002; Palmer et al., 2004; Shelby, Golden-Kreutz & Andersen, 2008), pero que puede aumentar al 35% en pacientes evaluados luego de finalizar el tratamiento y reducirse a 18.5% en pacientes en un periodo post-operatorio (Koch, 2007), o ser más frecuente en pacientes con tratamiento adyuvante más agresivo y con mayor progreso de la enfermedad

(Gurevich et al., 2002). Otros estudios han reportado prevalencia de altos niveles de estrés en pacientes con cáncer de mama, los cuales si bien no cumplen con los criterios para el TEPT, se acercan a la descripción del mismo por la presencia de síntomas tales como pensamientos intrusivos recurrentes, evitación cognitiva y conductual de los eventos vinculados a la enfermedad, adormecimiento e hiperactivación (Golden-Kreutz et al., 2005). La intrusión y la evitación, pueden oscilar entre 20% (en pacientes recién diagnosticados) y 80% (en pacientes con cáncer recurrente o con tratamiento adyuvante) (Gurevich et al., 2002; Nordin et al., 2012).

Lo que sí parece quedar más claro, es que resulta común responder al cáncer con miedo intenso, horror, preocupación o desesperanza (criterios señalados en los manuales de clasificación diagnóstica para trastornos mentales) (Instituto Nacional del Cáncer, 2013), y que esto, a su vez, está asociado con distrés psicológico (Palmer et al., 2004). Este último puede ser generado tanto por el diagnóstico en sí mismo cuanto por los sentimientos de incertidumbre frente a la evolución de la enfermedad oncológica (Alter et al., 1996; Cordova et al., 1995; Koch, 2007). En ese sentido, hay quienes sugieren la importancia de intervenir la sintomatología traumática poco tiempo después del diagnóstico de cáncer, con el fin de prevenir la consolidación del TEPT (Koopman et al., 2002), el cual está asociado con deterioro del funcionamiento físico y social, así como con una alteración de la CVRS en general (Van de Wiel, Geerts & Hoekstra-Weebers, 2008). Esto a su vez, se reflejaría en la tendencia a revivir la experiencia traumática mediante pesadillas, problemas del sueño, recreación de imágenes, rumiación de pensamiento, evitación de lugares y personas que hayan estado relacionadas con la vivencia del cáncer (Instituto Nacional del Cáncer, 2013).

Finalmente, existen también variables ajenas a la enfermedad pero propias a las condiciones de vida de las pacientes, que pueden asociarse con mayor dificultad para elaborar y atravesar la experiencia del cáncer. Este es el caso de la migración.

En nuestro país, las migraciones internas responden principalmente a las desigualdades culturales y sociales presentes entre las provincias y la capital del Perú (Altamirano, 1983; Altamirano, 1992), pues suelen estar vinculadas a la mejora económica y social que las personas no logran en su lugar de origen (Granel, 2008; Yamada, 2010) y que, más bien, buscan en un lugar de destino. En lo que respecta al sistema sanitario de nuestro país, existen solo 5 institutos regionales para el tratamiento del cáncer, siendo el principal y más completo el de Lima (MINSA, 2012), por lo que

numerosos pacientes oncológicos deban migrar a la capital para recibir un tratamiento adecuado.

Así pues, además de lidiar con la enfermedad, se encuentra que los pacientes migrantes deben enfrentarse a la necesidad de dejar sus culturas de origen para acomodarse en un contexto nuevo y poco familiar (Fritz, Chin & DeMarinis, 2008), lo que supone no sólo lidiar con la pérdida de la salud, sino también enfrentarse a una reducción del soporte familiar (Gil, Wagner & Vega, 2000) y de sus redes sociales en general (Sluzki, 1998; Yeh et al., 2008 citado en Yeh, Okubo, Winnie, Shea, Ou & Pituc, 2008), así como una separación transitoria de sus costumbres, actividades cotidianas y en ocasiones, la lengua (Granel, 2008). Por estos motivos, Hernández, Lorenzo y Nacif (2009) consideran que la migración es un factor de riesgo para la salud debido a la situación de alta vulnerabilidad biopsicosocial en que uno se encuentra cuando migra.

En ese sentido, la migración lleva a la necesidad de elaborar un duelo múltiple (Granel, 2008) pero también a la obligación de enfrentarse a otros estresores importantes. Por ejemplo, se encuentra que muchos migrantes a nivel nacional deben lidiar con estresores económicos o financieros, pues si bien hay programas nacionales que subvencionan los gastos de traslado del paciente, éstos no cubren los gastos de estadía (MINSA, 2012) ni mucho menos toman en cuenta los gastos que los familiares de las pacientes incurren al migrar para hacerse cargo de la atención y cuidado de su ser querido. En muchos casos, incluso, los familiares deben dejar de trabajar para asumir el rol de cuidador, lo que supone una reducción del ingreso económico familiar.

En definitiva, la migración por motivos de salud lleva a la necesidad de un proceso de adaptación doble: a la enfermedad y a la nueva cultura. Este último proceso de adaptación es llamado proceso aculturativo (Castellá, 2003; Fritz et al., 2008) y puede llevar a los migrantes a padecer de estrés aculturativo, lo que se ha asociado con menor ajuste a la enfermedad (Trigoso, 2012) y problemas de salud, los cuales se manifiestan en malestar psicológico (cambios rápidos de humor, irritabilidad, llanto, etc.), malestar físico (cansando, cefaleas, tensión muscular, náuseas o dolores abdominales, palpitaciones o taquicardia, etc.) cambios en el comportamiento (hiper/hipoactividad, dificultad para dormir o descansar) y dificultades en las relaciones (peleas, discusiones o excesiva dependencia hacia otros) (Hernández et al., 2009). Lo que resulta aún más alarmante es que la supervivencia de la población minoritaria o inmigrante en un contexto de enfermedad oncológica, puede ser menor en comparación

con la de pacientes locales o no migrantes (New Jersey Department Health, 2013; Pérez-Martínez, Del Palacio, Nuñez-Polo, Olivares, Orellana & López, 2006 como se citó en Hernández et al., 2009).

A pesar de que son cada vez más las preocupaciones por los grupos minoritarios y multiculturales en los sistemas sanitarios (Die Trill, 2003; Instituto Nacional del Cáncer, 2013; MINSA, 2012; New Jersey Department Health, 2013), y más las evidencias de que se trata de una población en riesgo (Hernández et al., 2009) en la medida que su ajuste a la enfermedad suele verse comprometido (Trigoso, 2012), son pocas las investigaciones que han estudiado de qué manera repercute la condición de migración o aculturación en pacientes oncológicos y, específicamente, de qué manera dicha variable se articula o relaciona con el estrés percibido, el estrés traumático, el afrontamiento y la CVRS, nuestras variables de estudio. Además, para el presente estudio, tomaremos como referentes dos investigaciones por estar vinculadas a algunas variables de nuestra investigación, pero no a todas.

Uno de ellas estudió el efecto de tres tipos de estrés sobre los componentes físico y mental de la CVRS en tres momentos distintos (Golden-Kreutz et al., 2005); mientras que la otra investigó la relación entre el estrés percibido, el afrontamiento y la CVRS en pacientes con esta enfermedad a los 4 meses de seguimiento (Yang et al., 2008).

En el primer artículo en mención (Golden-Kreutz et al., 2005), los investigadores estudiaron el efecto de tres tipos de respuestas de estrés (síntomas de estrés traumático, eventos de vida recientes y estrés global percibido) sobre los componentes físico y mental de la CVRS en 112 pacientes con cáncer de mama. Éstas pacientes fueron evaluadas en tres momentos: luego del diagnóstico e intervención quirúrgica, a los 4 meses (durante el tratamiento) y a los 12 meses (en el post-tratamiento). Los análisis de regresión lineal de los 3 momentos indican que los niveles de estrés son predictores de la CVRS física y mental de las participantes. De manera específica, se brinda evidencia de que los niveles altos de estrés (tanto percibido como traumática) al inicio del tratamiento pueden predecir menores niveles de CVRS en el tiempo. Respecto al tipo de estrés, se encuentra que los síntomas de estrés traumático al inicio de la evaluación fueron los predictores más poderosos de la CVRS en los 3 momentos, siendo su impacto mayor en el componente mental. Por su parte, el número de eventos vitales recientes no predijo los niveles de CVRS al momento del diagnóstico ni al inicio del tratamiento, sin embargo, si fue un importante predictor del componente mental de la CVRS a los 12 meses (post-tratamiento). Finalmente, la percepción global

de estrés contribuyó a predecir el componente mental de la CVRS solo al inicio de la evaluación.

Por otro lado, en el segundo estudio (Yang et al., 2008), la muestra fue evaluada dos veces: una primera vez a las nueve semanas después de recibir por primera vez el diagnóstico de cáncer recurrente, detección de una metástasis en el seno, adyacente o distante del mismo; y en una segunda oportunidad al cabo de cuatro meses del mismo. Los resultados reflejaron que los *síntomas de estrés* (estrés percibido) resultan ser un factor determinante en la relación entre afrontamiento y la CVRS. Sólo cuando los pacientes reportaron *síntomas de estrés*, el afrontamiento activo correlacionó positivamente con la CVRS, sin embargo, cuando presentaron estrés traumático se anuló dicha correlación ya que la magnitud de este último condición no se vincula con la frecuencia de afrontamientos más activos. En definitiva, se encontró que a mayor presencia de síntomas de estrés y de indicadores de estrés traumático, se hacía más probable el uso de estilos evasivos de afrontamiento.

A partir de lo anteriormente revisado, se observa que si bien el diagnóstico y el tratamiento de cáncer de mama son eventos que pueden generar altos niveles de estrés (Golden-Kreutz et al., 2005; Koch, 2007; Palmer et al., 2004; Yang et al., 2008) e incluso delinear la presencia de sintomatología similar a la de un TEPT (Koopman et al., 2002), que pueden afectar la CVRS en las pacientes con cáncer de mama. También, se halla que pueden haber características de la enfermedad, como el tipo de tratamiento, o condiciones sociodemográficas, como la migración, que se relacionan con la presencia del estrés (o incremento del mismo). De incrementarse este último, puede a su vez, exceder las habilidades de las pacientes para afrontar adecuadamente la situación (Golden-Kreutz et al., 2005) y afectar negativamente su CVRS (Manning-Walsh, 2004), por lo que resulta relevante examinar cuáles son los elementos que explican la variabilidad en la CVRS y, así, tomarlas en cuenta para futuras intervenciones en pacientes con esta enfermedad.

En ese sentido, el presente estudio busca examinar el poder explicativo que tienen las variables sociodemográficas, como la migración; las variables de enfermedad, como el tipo de tratamiento; el estrés traumático, el estrés percibido, y el afrontamiento, sobre los componentes físico y mental de la CVRS de un grupo de pacientes con cáncer de mama. La recolección de información se realiza en un solo momento en el tiempo y a un solo grupo de pacientes voluntarias.



Método

Participantes

La muestra está compuesta por 53 mujeres adultas, cuyo rango de edad fluctúa entre 30 y 69 años ($M= 48.06$, $DE=8.84$) y han sido diagnosticadas por primera vez con cáncer de mama entre 3 y 12 meses atrás. La mayoría tiene un tiempo de diagnóstico de 3 a 6 meses (57%) y presentan estadios clínicos I (11.3%), II (62.3%) y III (26.4%).

Todas las mujeres asisten a un centro especializado en enfermedades neoplásicas en la ciudad de Lima, y se han sometido a una extirpación total (91%) o parcial (9%) de la mama. La mayoría se encuentra en un periodo post-operatorio (77.4%), es decir, en el área de hospitalización, mientras que otras (22.6%) acuden de manera ambulatoria. Asimismo, el 43.4% de participantes recibe tratamiento quimioterapéutico, mientras que el 39.6% ningún tipo de tratamiento adyuvante. Solo el 3.8% recibe tratamiento con radioterapia y el 13.2% asiste tanto a quimioterapia como a radioterapia.

Se excluyó a las pacientes que tenían presencia de metástasis o estadio IV, comorbilidad con alguna enfermedad grave o condición psiquiátrica, historia previa de cáncer de mama, deterioro cognitivo, analfabetismo y educación primaria.

Todas las mujeres aceptaron participar de manera voluntaria y para ello firmaron un consentimiento informado. La administración fue individual a modo de entrevista y, dada la movilización en el tema y de acuerdo a los lineamientos éticos, se ofreció un espacio de consejería para cerrar esta experiencia.

Medición

La CVRS fue medida a través de la adaptación española del *Cuestionario de salud SF-36* versión 1 (Alonso, Prieto & Antó, 1995), el cual fue desarrollado originalmente por Ware y Sherbourne (1992) con el objetivo de crear una escala genérica que proporcione un perfil del estado de salud de las personas. Es uno de los instrumentos con mayor potencial (Alonso et al., 1995) y utilidad para evaluar la CVRS pues permite comparar el impacto que producen las distintas enfermedades y sus tratamientos, y valorar el estado de salud físico y psicológico de los pacientes (Vilagut et al., 2005).

El SF-36 está compuesto por 36 ítems categoriales, organizados en 8 dimensiones, de las cuales, cuatro forman el componente físico y cuatro, el componente mental (Ware, 2004). Las opciones de respuesta varían entre escalas Likert, dicotómicas y de opciones múltiples, con un puntaje total de 0 a 100 (Vilagut et al., 2005). Existen investigaciones que han organizado los puntajes por quintiles: 0-19 *muy baja*; 20-39, *relativamente baja*; 40-59, *promedio*; 60-79, *relativamente alta* y 80-100, *muy alta* (Alfaro, 2011, Laos, 2010; Paredes, 2003; Rodríguez, Castro & Merino, 2005; Torres, 2011; Vinaccia et al. 2005).

El SF-36 ha sido traducido y adaptado en más de 50 países a partir del proyecto Internacional Quality of Life Assessment (IQOLA), existiendo más de 500 publicaciones con las versiones traducidas del inglés (Vilaglut et al., 2005; Wagner et al., 1998)

Los estudios realizados para su traducción al español (Alonso et al., 1995) obtuvieron puntajes alfa de Cronbach que oscilaron entre .71 y .94 para cada dimensión, a excepción de la *función social* (FS) que arrojó una puntuación de .45 (Vilagut et al., 2005). Por su parte la confiabilidad test-retest, según el coeficiente de correlación interclase, reveló puntuaciones que oscilaron entre .58 y .99.

Por su parte, el análisis factorial indicó cargas factoriales que oscilaron entre .64 y .68 para el *componente físico* con función física (FF), rol físico (RF) y dolor corporal (DC); y entre .62 y .91 para el *componente mental* con salud mental (SM), rol emocional (RE) y función social (FS); salud general (SG) y vitalidad (V) alcanzaron correlaciones moderadas (Ware, et al., 1998). Finalmente, se mantuvo la validez de contenido seleccionando los conceptos necesarios y características operativas del cuestionario inicial, basándose en el método de traducción y retrotraducción.

A nivel nacional, Salazar y Bernabé (2012), estudiaron a una muestra de 4344 sujetos de una comunidad y reportaron un alfa de Cronbach global de .82, mientras que por escalas, osciló entre .66 (FS) y .92 (RF). Asimismo, evaluaron la validez de constructo mediante la comparación de grupos conocidos que pongan a prueba la capacidad de las ocho escalas, encontrándose que todas ellas discriminan adecuadamente entre personas con diferentes características sociodemográficas (edad, sexo, NSE); mientras que la validez factorial se obtuvo mediante el análisis de tres modelos, de los cuales, el modelo con 8 factores de primer orden y 2 de segundo orden, fue el que obtuvo un ajuste aceptable (CFI

= 0,96 y RMSEA = 0.05). En relación a las escalas, todas las cargas factoriales fueron estadísticamente significativas, variando entre .76 a .90.

Cabe señalar que en nuestro medio existen investigaciones como la de Torres (2011) y Laos (2010), que utilizaron la prueba en muestras de mujeres con cáncer de mama, obteniendo coeficientes de alfa de Cronbach superiores a .70 para todas las dimensiones.

De manera similar, en el presente estudio, se obtuvieron puntuaciones alfa de Cronbach que fluctuaron entre .62 y .88 para todas las dimensiones de la prueba, mientras que a nivel de los componentes físico y mental, se obtuvieron puntuaciones de .81 y .83, respectivamente.

El afrontamiento fue medido a través del *Inventario de Estimación de Afrontamiento COPE*, el cual fue creado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) con el objetivo de conocer las maneras en que las personas responden a las situaciones estresantes.

Está compuesto por 60 ítems organizados en 15 sub-escalas, los cuales se puntúan mediante un formato Likert de 4 escalas de frecuencia: 1) *casi nunca hago esto*; 2) *a veces hago esto*; 3) *usualmente hago esto*; y 4) *hago esto con mucha frecuencia*, y permiten obtener tres perfiles de afrontamiento organizados en los siguientes estilos: orientado al problema, orientado a la emoción y afrontamiento evitativo.

El COPE ha sido ampliamente utilizado en investigaciones a nivel nacional (Casuso, 1996; Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdéz, 2003; Chau 1999/2004) e internacional (Ficková, 2005; Kallasma & Pulmer, 2000; Lyne & Roger, 2000), y hay quienes han estudiado al mismo en sus diferentes versiones, con 52, 53 o 60 ítems, organizándolo de acuerdo a estilos de afrontamiento (Kallasma & Pulmer, 2000; Lyne & Roger, 2000) o factores (Carver et al., 1989).

La versión original del COPE (53 ítems) fue aplicada a 978 sujetos. En términos de consistencia interna las escalas de la prueba presentaron índices alfa de Cronbach entre .45 hasta .92 y las mediciones test-retest dieron rangos entre .46 y .86 a las 8 semanas. Por su parte, la validez de constructo fue calculada mediante un análisis factorial de rotación oblicua, obteniendo 12 factores con eigenvalues mayores a 1.0, de los cuales 11 fueron fácilmente interpretados y los otros no llegaron a una carga factorial de .30 (Carver et al., 1989).

En el Perú, el COPE fue adaptado por Casuso (1996) en una muestra de 817 universitarios, encontrando una correlación ítem-test con factores superiores a .29, demostrando puntajes significativamente altos; y una confiabilidad mediante el alfa de Cronbach para cada escala que fluctúa entre .40 y .86. A nivel de la validez, el análisis de rotación varimax arrojó 13 escalas con eigenvalues mayores a 1.1 y adecuadas cargas factoriales, aunque la estructura factorial no coincidió totalmente con la original.

Existen estudios posteriores que encuentran puntuaciones alfa de Cronbach similares a los de Casuso (Alcalde, 1998; Cassaretto et al., 2003; Chau, 1999, 2004; Paredes, 2005; Rojas, 1997; Romero, 2009; Solano, 2012; Torrejón, 2011).

La investigación realizada por Cassaretto y Chau (2013) en 300 estudiantes universitarios utiliza la versión del COPE 60 traducida al español, la cual agrupa 46 ítems traducidos por Calvete, 9 ítems traducidos por Casuso y 5 nuevos ítems que se basaron en un fraseo acorde a la población de estudio. Los puntajes alfa de Cronbach obtenidos oscilan entre .54 y .91. Un primer análisis de validez a partir de un análisis factorial exploratorio con rotación oblicua, obtuvo un KMO DE 0.80 ($P < 0.001$) y una varianza de 65% que explica 15 factores; luego de análisis posteriores, finalmente se encontró, mediante un análisis factorial de segundo orden, tres factores que explican el 55.65% de la varianza de la prueba.

En el presente estudio se encontraron puntajes alfa de Cronbach de .86, .81 y .75 para los tres estilos (orientado al problema, orientado a la emoción y evitativo, respectivamente). Las puntuaciones para las estrategias fluctuaron entre .56 y .85, a excepción de *afrentamiento activo* (.43), *postergación del afrontamiento* (.49), *desentendimiento mental* (.38), *afrentamiento religioso* (.23) y *uso de alcohol/drogas* (.00). Estas dos últimas se justifican debido a que casi la totalidad de participantes respondieron que usan con *mucha frecuencia* la religión, mientras que *casi nunca* usan alcohol o drogas como forma de afrontamiento al estrés. Comprendiendo ambas estrategias en el contexto de una enfermedad, se mantuvieron dichas escalas.

La evaluación del estrés percibido fue realizada a través del *Perceived Stress Scale (PSS)* o *Escala de estrés percibido (EEP)*, el cual fue elaborado por Cohen, Kamarck y Mermelstein en 1983. Esta prueba busca conocer qué tan estresantes perciben las personas

los eventos de la vida cotidiana, y es congruente con la perspectiva transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984).

La EEP está conformada por 14 ítems, los cuales se puntúan mediante una escala Likert de frecuencia, donde 0 es *nunca* y 4 es *muy frecuente*. Da puntuaciones entre 0 y 56, reflejando este último un mayor nivel de estrés percibido global. Cada factor agrupa 7 ítems; los puntajes de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 son inversos y corresponden al *factor 1* (expresión de estrés), el cual denota la percepción de pérdida de control en el manejo del estrés, mientras que los ítems 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14 son directos y corresponden al *factor 2* (control del estrés), el cual hace referencia a la percepción de satisfacción o éxito en el manejo del estrés (Cohen et al., 1983).

En su creación, los autores de la EEP la aplicaron a tres muestras: 332 universitarios de primer ciclo, 114 estudiantes de psicología y 67 estudiantes que se encontraban en un taller para dejar de fumar. La consistencia interna obtenida mediante el alfa de Cronbach arrojó puntajes de .84, .85 y .86, respectivamente, mientras que la confiabilidad test-retest a los 2 días y 6 semanas fue de .85 para la primera muestra y de .55 para la tercera muestra, respectivamente. Por su parte, la validez concurrente quedó evidenciada a través de las correlaciones significativas entre el EEP y el *Life Event Scores* en las tres muestras (.20, .17 y .39, en el mismo orden).

En el 2006, Remor estudió las propiedades psicométricas del instrumento con una muestra de 440 españoles. La consistencia interna obtenida a través del alfa de Cronbach, arrojó un puntaje de .81, mientras que la confiabilidad test-retest, a las 2 semanas, fue de .73. La validez concurrente quedó evidenciada a través de las correlaciones significativas (.71 y .64) entre el EEP y el *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) que miden constructos similares (ansiedad y distrés).

Posteriormente, la EEP fue adaptada en una muestra de 365 universitarios mexicanos (González & Landero, 2007) y de 175 universitarios colombianos (Campo-Arias, Bustos-Leiton & Romero-Chaparro, 2009). En el primer estudio, los análisis de consistencia interna, reportaron un alfa de Cronbach de .83 para el *factor 1* y de .78 para el *factor 2*, mientras que las correlaciones ítem-test fueron adecuadas, siendo la correlación más baja la del ítem 12 ($r=.25$). La validez se calculó mediante un análisis factorial, y se encontró que ambos factores explicaron el 48.02% de la varianza, coincidiendo con lo

hallado por Cohen y Williamson (como se citó en González & Landero, 2007) y González (como se citó en González & Landero, 2007). En el segundo estudio, la consistencia interna fue de .87, y se encontraron dos factores que explicaron el 49.6% de la varianza (38,5% y 11,1%, respectivamente). Todos los coeficientes alcanzaron valores superiores a .39.

Finalmente, la EEP fue utilizada con una muestra de 133 españoles en tratamiento por drogodependencia (Pedrero & Olivares, 2010), y reportó un coeficiente de consistencia interna de .91. Tras un análisis factorial exploratorio, se obtuvo una solución inicial de 3 factores con autovalores mayores de 1, que explicaron en su conjunto un 68.1% de la varianza (respectivamente 49.6%; 10.8% y 7.7%). Tras una rotación varimax se observó que el *factor 1* agrupaba a todos los ítems que sugerían *control del estrés*; el *factor 2* a todos los que denotaban *no-control del estrés*; y el tercer factor se compuso únicamente por el ítem 12. Este ítem correlacionó $r = -.04$ con el primer factor y $r = .10$ con el segundo; los dos primeros factores correlacionaron entre sí $r = -.69$. El *factor 1* presentó una consistencia interna de .91 y el *factor 2* de .87; todos los ítems presentaron una correlación corregida con su escala de pertenencia de $.50 < r < .80$.

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, la EEP no ha sido adaptada o usada en nuestro país, no obstante, ha declarado ser fiabilidad y válida en países como México (Campo-Arias et al., 2009; González & Landero, 2007) y en España (Remor, 2006; Remor & Carrobbles, 2001).

Dichos resultados coinciden con los niveles de confiabilidad hallados en el presente estudio, los cuales, mediante el estadístico alfa de Cronbach, alcanzaron puntajes globales de .80, de .72 para el *factor 1 expresión de estrés* y .76 para el *factor 2 control de estrés*.

Finalmente, el impacto del estrés traumático fue medido mediante la versión peruana del *Impact of Event Scale* creado por Horowitz, Wilner y Álvarez (1979) y adaptada en el Perú por Gargurevich (2006). El objetivo de la prueba radica en explorar el impacto psicológico que tienen determinados eventos traumáticos sobre las personas (Sundin & Horowitz, 2002).

El IES-R contiene 22 ítems y está organizado en 4 dimensiones, intrusión (aparición de pensamientos o imágenes relacionados al evento traumático), evitación (evitación de pensamientos, sentimientos y situaciones relacionadas con el evento estresor), hiperactivación (activación fisiológica manifestada en síntomas físicos) y desorden del

sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño) (esta última agregada por Gargurevich en el 2006), conformadas por 7, 8, 5 y 2 ítems respectivamente. El instrumento en mención se puntúa en una escala tipo Likert de 5 puntos, cuyas instrucciones se enfocan en el grado de estrés asociado con cada síntoma y cuya puntuación es la media basada en los ítems no perdidos (Weiss & Marmar, como se citó en Gargurevich, 2006).

El IES-R ha sido ampliamente estudiado y utilizado, y ha demostrado adecuados valores psicométricos en países como Brasil (Echevarria-Guanilo, Dantas, Farina, Alonso, Rajmil & Rossi, 2011), España (Báguena et al., 1996), Francia y Suiza, (Heeb, Gutjahr, Gulfi & Castelli, 2011), Alemania (Olde, Kleber, Van der Hart & Pop, 2006), Noruega (Eid, Larsson, Johnsen, Laberg, Bartone & Carlstedt, 2009) y El Congo (Mels, Derluyn, Broekaert & Rosseel, 2010), convirtiéndose, también, en un cuestionario válido para evaluar el malestar emocional producto de la enfermedad oncológica (Costa-Requena & Gil, 2007).

Las propiedades psicométricas de la versión española del IES-R fueron estudiadas por Báguena, Villarroya, Beleña, Díaz, Roldán y Reig (1996) y Costa-Requena y Gil (2007). Los análisis de consistencia interna, mediante el estadístico alfa de Cronbach, arrojaron coeficientes de .95 y .80 para ambas investigaciones, respectivamente. Por su parte, Báguena et al. (1996) reportaron coeficientes test-retest que oscilaron entre .19 y .26 para las tres dimensiones; mientras que el análisis de correlación ítem-test realizado en el estudio de Costa-Requena y Gil (2007), obtuvo puntajes cercanos o mayores a .30, con excepción del ítem 22 (.18).

Por su parte, la validez convergente se observó al asociar el número de sucesos vitales estresantes con variables de personalidad como neuroticismo (N) y extraversión-introversión, así como con síntomas físicos. Los hombres obtuvieron un coeficiente de .62 y las mujeres de .70; y, los análisis de correlación entre el IES-R y el N resultaron más altos en mujeres (.50) que en hombres (.19), aunque el elemento diferencial del género recayó en el factor intrusión/hiperactivación (Báguena, et al., 1996).

En su investigación, Gargurevich (2006) obtuvo coeficientes alfa de Cronbach para cada área, entre .78 a .94, y estudió la validez convergente a través de un análisis correlacional con un inventario equivalente (Clinician Administered PTSD Scales CAPS;

Blake et al., 1995), encontrando altas correlaciones entre las subescalas equivalentes (r de Pearson de .24 a .39)

Los resultados obtenidos en la presente investigación arrojan un alfa de Cronbach global de .85, mientras que los puntajes de sus áreas obtuvieron .73 (intrusión), .68 (evitación), .61 (hiperactivación) y .85 (desorden del sueño).

Procedimiento

La administración de las pruebas se realizó en un centro especializado en enfermedades neoplásicas de la ciudad de Lima, luego de coordinar y conseguir la autorización respectiva. La evaluación fue realizada a modo de entrevista, a un único grupo de pacientes y en un solo momento en el tiempo. Finalizada la evaluación, se brindó un espacio de consejería a cada participante.

Análisis de datos

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 17.0. Inicialmente, se identificó la consistencia interna de cada instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach, así como la correlación ítem-test. Posteriormente, se realizaron los análisis de normalidad con el estadístico Kolmogorov-Smirnov, encontrándose distribuciones normales y no normales en el COPE, SF-36 y el IES-R, y únicamente distribuciones normales en la EEP.

Se realizaron análisis de comparación de medias utilizando el estadístico T-Student para la EEP por tener una distribución normal, y comparación de medianas con los estadísticos U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis en las otras tres evaluaciones debido a sus distribuciones no paramétricas.

A continuación se realizó el análisis de correlación entre el estrés percibido, el estrés traumático, el afrontamiento y las variables sociodemográficas con la CVRS, mediante el estadístico r de Pearson debido a que las distribuciones no paramétricas, no eran extremas (Stanley & Glass, 1986). De las variables sociodemográficas y de enfermedad, solo la migración y el tipo de tratamiento estuvieron significativamente correlacionadas con la CVRS, por lo que se incluyeron en el modelo de regresión jerárquica, junto con los indicadores de estrés, tal como se realizó en el estudio de Golden-Kreutz et al. (2005).

Previamente al modelo de regresión, se realizó un análisis de covarianzas para conocer el efecto atribuible que tiene cada variable de estudio sobre la CVRS.

Finalmente, debido a que los análisis de normalidad arrojaron distribuciones paramétricas y no paramétricas, se estudió previamente si la falta de normalidad obtenida era extrema, para ello se analizó la asimetría y la curtosis (Kline, 2010). Se encontró que no habían casos extremos (asimetría < 3 y curtosis < 10), salvo en la estrategia *uso de sustancias* (asimetría=7.30 y curtosis= 53.00) debido a condiciones ya mencionadas. Asimismo, se realizaron análisis de residuos, de colinealidad, y de multicolinealidad, encontrándose que no hay excesiva correlación entre las variables independientes del modelo, sosteniéndose así, los modelos de regresión. Para ellos, usaremos como referente el modelo de regresión utilizado por Golden-Kreutz et al. (2005), ingresando solo las variables que se tornan significativas en los análisis previos, en un orden específico: condiciones sociodemográficas (en este caso, migración y tipo de tratamiento), estrés traumático, estrés percibido y, finalmente, afrontamiento. Así, podremos evaluar si las variables de estudio actúan como predictoras de ambos componentes de la CVRS. Cabe mencionar que previamente se realizaron análisis de covarianza para conocer la co-relación que tienen las variables de estudio sobre los componentes de la CVRS.



Resultados

A continuación se procederá a presentar los resultados obtenidos respondiendo a los objetivos de la investigación:

Análisis descriptivos de las variables

A partir de los análisis descriptivos, a nivel de la CVRS, se encontró que el componente físico obtuvo puntajes dentro del quintil *promedio*; mientras que el componente emocional arroja puntajes que se ubicó en el quintil *alto*. En relación a las dimensiones, la mediana más alta la obtuvo el *rol emocional*, ubicándose en el quintil *muy alto*, y la más baja el *rol físico*, el cual se ubica en el quintil *bajo*. Los valores porcentuales según quintiles pueden verse en el anexo D.

Tabla 1

Descripción de los componentes y las dimensiones de la CVRS

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
Función física	60.00	65.00	24.29	53.32	66.68
Rol físico	33.96	25.00	35.73	24.12	43.81
Dolor corporal	69.95	70.00	23.42	63.50	76.41
Salud general	66.70	70.00	18.71	61.54	71.85
Vitalidad	69.25	70.00	21.67	63.27	75.22
Función social	68.63	75.00	22.68	62.38	74.88
Rol emocional	65.41	100.00	39.75	54.45	76.36
Salud mental	67.32	68.00	19.03	62.07	72.57
Componente físico	57.65	57.50	16.29	53.16	62.14
Componente mental	67.65	73.79	19.41	62.30	73.00

N=53

Al analizar si la CVRS obtenía variaciones según las variables sociodemográficas, se encontraron diferencias significativas en el componente físico con las variables *migración y tipo de tratamiento*.

Se encuentra que las pacientes *no migrantes* (provenientes de Lima) obtienen puntajes más elevados que las pacientes *migrantes* en dicho componente ($M_{\text{nomigrante}}=62.50$, $M_{\text{emigrante}}=55.00$, $U=218.00$, $p=0.02$).

En relación al *tipo de tratamiento*, los análisis revelaron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes que recibieron tratamiento quimioterapéutico y las pacientes que no recibieron ningún tipo de tratamiento. Se excluyó para el análisis aquellas participantes que recibieron tratamiento con radioterapia, así como la combinación de quimioterapia con radioterapia por ser grupos no comparables (n=2 y n=7, respectivamente). Las mujeres que recibieron quimioterapia reportaron mejores puntuaciones en el componente físico en comparación con las mujeres que no recibieron tratamiento alguno ($Me_{quimioterapia}=61.25$, $Me_{ninguno}=49.38$, $U=150.50$, $p=0.03$).

En relación a los estilos de afrontamiento, el estilo más utilizado por las pacientes corresponde al *orientado a la emoción*, mientras que el menos utilizado fue el *afrontamiento por evitación*. A nivel de las estrategias, se obtuvo un mayor uso de *acudir a la religión*, seguido de la *reinterpretación positiva y crecimiento*, así como un menor despliegue de *uso de sustancias y desentendimiento conductual*.

Tabla 2
Descripción de estilos y estrategias de afrontamiento

	M	Me	DE	IC 95%	
Orientado al problema	756.38	58.00	10.93	53.36	59.39
Orientado a la emoción	60.92	60.00	8.90	58.46	63.37
Afrontamiento por evitación	39.32	40.00	8.16	37.07	41.57
Afrontamiento activo	11.74	12.00	2.40	11.07	12.40
Planificación	12.06	12.00	2.87	11.27	12.85
Supresión de actividades competentes	10.70	11.00	2.81	9.92	11.47
Postergación del afrontamiento	10.53	10.00	2.63	9.80	11.25
Soporte social instrumental	11.36	12.00	3.39	10.42	12.29
Soporte social emocional	11.10	12.00	3.22	10.22	11.99
Reinterpretación positiva y crecimiento	13.21	14.00	2.44	12.53	13.88
Aceptación	12.62	13.00	2.60	11.91	13.34
Acudir a la religión	14.64	15.00	1.51	14.23	15.06
Enfocar y liberar emociones	9.35	9.00	3.18	8.46	10.22
Negación	8.83	8.00	2.96	8.01	9.65
Humor	9.13	8.00	3.89	8.06	10.21
Desentendimiento mental	10.64	11.00	2.65	9.91	11.37
Desentendimiento conductual	6.70	6.00	2.99	5.87	7.52
Uso de sustancias	4.02	4.00	0.14	3.98	4.06

N=53

En cuanto a los indicadores de estrés, la escala global del estrés percibido alcanzó una media de 20.74 ($DE=7.37$, $Min=3$, $Max=39$), mientras que en relación a sus dos factores, el *control del estrés* obtuvo mayores puntuaciones promedio que la *expresión del estrés* (ver tabla 4).

Los análisis para estrés traumático en su escala global muestran una mediana de 49.00 ($M=48.79$, $DE=11.66$, $IC95\%=45.58-52.01$); mientras que por sus dimensiones, la que obtuvo mayor puntaje fue *evitación* y la de menor puntaje fue *desorden del sueño*.

Tabla 4
Descripción de indicadores de estrés

<i>Estrés percibido</i> (14)	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Expresión de estrés (7)	8.51	9.00	4.03	0.00	17.00
Control de estrés (7)	12.23	12.00	4.84	3.00	27.00
<i>Estrés traumático</i> (22)	<i>M/ítems</i>	<i>Me/ítems</i>	<i>DE</i>	<i>IC 95%</i>	
Intrusión (7)	1.96	1.90	0.61	1.79	2.13
Evitación (8)	2.60	2.63	0.65	2.38	2.74
Hiperactivación (5)	2.05	1.80	0.67	1.86	2.23
Desorden del sueño (2)	2.19	2.00	1.09	1.89	2.49

N=53

Análisis de correlación entre las variables

Los análisis de correlación encontraron relaciones inversas estadísticamente significativas entre las variables afrontamiento, estrés percibido y estrés traumático con los componentes de la CVRS. Estos hallazgos indican que a mayor nivel de alguna de las variables independientes de estudio, menor será el nivel del componente con el que se encuentra relacionado y viceversa.

Tabla 5
Relación del afrontamiento, el estrés percibido y el estrés traumático con los componentes de la CVRS

	CVRS	
	Componente físico	Componente mental
<i>Afrontamiento</i>		
Supresión de actividades competentes	-,35**	
Enfocar y liberar emociones		-,35*

Soporte social emocional		-,29*
Estilo orientado a la emoción		-,29*
<i>Estrés percibido</i>		4-,46**
Control del estrés		-,51**
<i>Estrés traumático</i>	-,45**	-,54**
Intrusión	-,37**	-,38**
Evitación		-,28*
Hiperactivación	-,45**	-,57**
Desorden del sueño	-,35*	-,37**

N=53, *p<0.05, **p<0.01

Análisis de regresión jerárquica

Cumpliendo con el objetivo principal del estudio, se realizaron análisis de regresión jerárquica. Se realizaron los análisis tomando como variables dependientes al componente físico y al componente mental de la CVRS, y como variables independientes a las características sociodemográficas, al estrés traumático y al estrés percibido, respectivamente, basándonos en el estudio de Golden-Kreutz et al. (2005). Finalmente, se ingresó la variable afrontamiento tanto en estrategias como en estilos para la CVRS-mental pero solo estrategias para CVRS-física debido a los resultados hallados en las correlaciones anteriormente presentados.

En lo que respecta al componente físico, se observa que la *migración*, el *tipo de tratamiento* y el *estrés traumático* consiguieron explicar el 30% de su variabilidad. En este caso, el afrontamiento no consiguió explicar la variabilidad de dicho componente.

Tabla 6

Variables sociodemográficas, indicadores de estrés y afrontamiento como predictores de CVRS – física

<i>Pasos y predictores</i>	<i>Estadística por pasos</i>		<i>Estadística por predictor</i>	
	<i>R²</i>	<i>ΔR²</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
Modelo con estrategias		Ingreso de variables		
Migración	0.11	0.11**	0.24	1.93
Tipo de tratamiento	0.18	0.07**	-0.18	-1.41
Estrés traumático	0.30	0.12***	-0.30	-2.23**

Supresión de actividades competentes	0.32	0.02	-0.16	-1.20
--------------------------------------	------	------	-------	-------

N=53, **p<0.05, ***p<0.01, β = beta estandarizado.

Por otra parte, en relación al componente mental, los análisis encuentran que el *estrés traumático*, el *estrés percibido* y el *estilo orientado a la emoción* consiguieron explicar el 42% de su variabilidad.

Tabla 7

Indicadores de estrés y afrontamiento como predictores de CVRS - mental

<i>Pasos y predictores</i>	<i>Estadística por pasos</i>		<i>Estadística por predictor</i>	
	<i>R²</i>	ΔR^2	β	<i>t</i>
Ingreso de variables				
Modelo con estrategias				
Estrés traumático	0.31	0.24***	-0.30	-2.20**
Estrés percibido	0.39	0.07**	-0.27	-1.86
Enfocar y liberar emociones	0.42	0.04	-0.17	-1.12
Soporte social emocional	0.43	0.01	-0.12	-0.85
Ingreso de variables				
Modelo con estilos				
Estrés traumático	0.30	0.30***	-0.35	-2.80***
Estrés percibido	0.37	0.08**	-0.33	-2.73***
Estilo orientado a la emoción	0.42	0.05*	-0.23	-1.96*

N=53, *p=0.05, **p<0.05, ***p<0.01, β = beta estandarizado.



Discusión

En el presente capítulo se discuten los resultados descriptivos de cada variable de estudio, así como la relación entre los indicadores de estrés (estrés traumático y estrés percibido), el afrontamiento, la migración y el tipo de tratamiento con la CVRS. Posteriormente, para cumplir con el objetivo de la investigación, se discuten los resultados de los análisis de regresión y, finalmente, se exponen los principales alcances y limitaciones del estudio.

En general, se encuentra que la evaluación de la CVRS es sumamente relevante para conocer niveles de satisfacción físico, emocional, social y de funcionamiento cotidiano de las pacientes con cáncer de mama pues permite tener una visión más completa e integrada de su estado de salud.

A grandes rasgos, se observa que la valoración que hacen las participantes de su condición física y mental es favorable en los dos componentes de la CVRS, lo que coincide con los hallazgos obtenidos en los estudios de Torres (2011) y Laos (2010). Esto podría deberse a que si bien las participantes están pasando por un evento potencialmente estresante y amenazante, como es la enfermedad y su respectivo tratamiento (Koch, 2007; O'Connor et al., 2011; Palmer et al., 2004, Nordin et al., 2012), se encuentran ya bajo una condición de asistencia y cuidados que les daría la sensación de estar contenidas y de estar manejando o enfrentado activamente la enfermedad, lo que no deteriora significativamente su CVRS (Downe-Wamboldt et al., 2006).

Asimismo, estos resultados podrían corresponder al hecho de que son pacientes que no presentan características de la enfermedad que normalmente se asocian con una reducción en la CVRS, como es la presencia de un alto riesgo de muerte inminente, desarrollo de metástasis, recurrencia (Gurevich et al., 2002; Nordin et al., 2012), comorbilidad elevada o dolor físico (Gaviria et al., 2007; Grabsch et al., 2006; Ivanauskiene et al., 2010; Mosher et al., 2010). Quizás por ello, su estado actual difiere del imaginario colectivo que suele haber en torno a la enfermedad (sufrimiento, dolor y muerte) (Die Trill, 2003), lo que se asociaría con mayor percepción de bienestar general.

Agregado a ello, se encontró que el *componente físico* mantuvo un nivel *promedio*, aunque se vio más afectado que el *componente mental*. Es decir, las participantes perciben mayor deterioro de sus funciones físicas en comparación con la afectación a nivel emocional, lo cual coincide con lo hallado en otras investigaciones (Kershaw et al., 2004; Laos, 2010; Ransom et al., 2005, Torres, 2011).

Si bien se trata de pacientes que presentan poco dolor corporal, lo que en otras investigaciones se ha asociado con mayores niveles de bienestar o funcionamiento físico (Ivanauskiene et al., 2010; Mosher et al., 2010), quizás este resultado se explique por la marcada afectación en el área *rol físico*, dimensión que resultó ser la más deteriorada entre el grupo de participantes. Probablemente, este hallazgo refleje que las pacientes perciben como medianamente comprometido su nivel de funcionalidad al momento de participar en actividades cotidianas, lo cual podría articularse con el hecho de que la estrategia *supresión de actividades competentes* se correlacionó de manera inversa y significativa con el componente físico, explicando así que para ajustarse al proceso de enfermedad, las pacientes deben postergar ciertas ocupaciones.

Asimismo, relacionamos estos resultados al hecho de que se trata de pacientes que se encuentran en un periodo activo de tratamiento, que supone un mayor impacto por el grado de implicancias médicas y físicas (Nordin et al., 2012; Schwartzmann, 2003; Taylor, 2007; Urzúa & Jarne, 2008), repercusiones que actualmente estarían siendo más evidentes e incluso observables. Por ejemplo, en el periodo post-operatorio de la mastectomía, en el cual se encuentra la mayoría de participantes (77.4%) las mujeres pueden experimentar adormecimiento del brazo, cosquilleos y dificultad para estirar completamente el brazo, los cuales pueden durar por meses o años luego de la operación (Haber, 2000; Simon & Zieve, 2008).

Por otro lado, llama la atención que las participantes presenten una CVRS mental de nivel *relativamente alto*, aun cuando algunas investigaciones han reportado que el cáncer de mama puede asociarse con el desarrollo de altos niveles de morbilidad psicológica, entre los que se incluyen la presencia de estados depresivos, que pueden asociarse con altos niveles de ansiedad (Karakajun et al., 2010; Koch, 2007; Stafford et al., 2013), sensación de desesperanza (Van Laarhoven et al., 2011). En el presente estudio, se encuentra que todas las dimensiones del componente mental se ubican en un quintil *relativamente alto*, a

excepción de la dimensión *rol emocional*, la cual obtuvo puntuaciones *muy altas*. Esto quiere decir que aun cuando las mujeres evaluadas pudieran experimentar emociones negativas ligadas a su enfermedad y su tratamiento, éstas no interfieren con su desenvolvimiento cotidiano, en su rol de esposas, madres, hijas o hermanas.

Por otro lado, en este estudio se encontró que variables sociodemográficas como la migración, y variables médicas, como el tipo de tratamiento, influyeron en el nivel de CVRS obtenido. Dichos hallazgos los discutiremos posteriormente, integrándolos con los resultados correspondientes a los análisis de correlación y regresión. Por el momento, presentaremos los hallazgos referidos a las variables de estudio, comenzando por el afrontamiento y, luego, los indicadores de estrés (estrés traumático y estrés percibido), analizando a su vez, de qué manera éstos se relacionan con la CVRS de las pacientes evaluadas.

En relación a los estilos de afrontamiento, se encuentra que hay similar frecuencia de uso del estilo *orientado al problema* y el estilo *orientado a la emoción*, siendo este último ligeramente más frecuente entre el grupo de participantes. Esto indicaría que, ante el padecimiento de un cáncer de mama, las mujeres se ven impulsadas a desplegar estrategias dirigidas a buscar soluciones a su enfermedad (tratamientos), pero también resulta aún más común que busquen lidiar con las emociones experimentadas durante dicho periodo de tratamiento y el curso de su enfermedad. Asimismo, se encontró un uso más reducido del afrontamiento evitativo, lo cual coincide con lo reportado en la investigación de Soto (2009) en nuestro medio. Al respecto, diversas investigaciones manifiestan que en el contexto de una enfermedad oncológica, resulta más adaptativo el uso reducido de este estilo pues suele asociarse con un impacto positivo en la CVRS de las personas (Constanzo et al., 2006; Van Laarhoveen et al., 2011; Yang et al., 2008).

En general, podríamos hipotetizar que la mayoría de participantes tiende a usar estilos saludables y funcionales al momento de lidiar con los estresores generados por la enfermedad oncológica y sus consecuentes tratamientos, ya que tal como plantearon Urzúa y Jarne (2008) la CVRS se mantiene estable en la medida que no sólo haya despliegue del afrontamiento activo, sino también una reducción del afrontamiento evitativo, funcionamiento que caracteriza al presente grupo de evaluadas. Esto, a su vez, podría sustentar que a nivel de la CVRS global y específicamente la CVRS mental, se encuentren

puntuaciones *promedio* y *altas*, pues las estrategias desplegadas, favorecerían la reducción de emociones negativas como la ansiedad y facilitan el acceso a estrategias positivas que permiten mayor bienestar ante una enfermedad grave (Coughlin, 2007).

A nivel de estrategias, la más usada fue el *uso de la religión*, lo que coincide con las investigaciones de Soto (2009), Kershaw et al. (2004), Zaza, Sellick y Hilier (2005); mientras que la segunda más frecuente es la *reinterpretación positiva y crecimiento*, lo que concuerda con los hallazgos de Danahuer et al. (2009), Gaviria et al. (2007) y Kershaw et al. (2004).

En relación a la estrategia *uso de la religión*, se encuentran estudios como el de Atef-vahid et al. (2011), Tarakeshwar et al. (2006) y Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson y Newman (2013) que examinan puntualmente el uso y despliegue de actitudes religiosas. En general, se observa que ciertas actitudes y prácticas religiosas y/o espirituales son factores importantes y positivos en el afrontamiento al cáncer, y por lo tanto en la salud general (Laos, 2010), el ajuste a la enfermedad (Trigoso, 2012) y la CVRS de las personas (Atef-vahid et al., 2011; Tarakeshwar et al., 2006). Esto se debería a que el *uso de la religión* suele incluir prácticas individuales relacionadas a un sentimiento de fe y esperanza, a un pedido de ayuda y fortaleza para luchar contra la enfermedad y soportar esta difícil prueba de la vida, así como agradecimiento por la nueva oportunidad de vida que Dios les ha brindado (Laos, 2010). En ese sentido, el *uso de la religión* supone la posibilidad de adjudicarle un significado a la enfermedad y el tratamiento y por lo tanto, facilitaría también, la posibilidad de reinterpretar y re-focalizar el sentido de la enfermedad, lo que explica a su vez, la presencia y alta frecuencia de la estrategia *reinterpretación positiva y crecimiento*.

Por otro lado, la estrategia menos usada fue el *uso de sustancias* (alcohol o drogas). Esto es comprensible y esperable en la medida que todas las participantes se encuentran en una fase de tratamiento agudo, lo que las limita en la participación de ciertas actividades sociales (Jordan et al., 2010), las cuales pueden incluir el uso social de sustancias psicotrópicas, o por el contrario, las obliga a seguir una serie de restricciones o recomendaciones médicas con el fin de salvaguardar su salud (Instituto Nacional del Cáncer, 2013).

La siguiente estrategia menos usada fue el *desentendimiento conductual*, lo cual coincide con los hallazgos de Soto (2009). Esto apoyaría la idea de que las participantes están comprometidas con el tratamiento y sus indicaciones, lo que se relaciona con el hecho de no consumir sustancias psicotrópicas y conllevaría al despliegue de conductas de cuidado y autocuidado que requiere el cáncer de mama.

Además de los hallazgos referidos a los estilos y estrategias de afrontamiento, los resultados asociados a los indicadores de estrés aportan datos relevantes sobre la CVRS.

En relación al estrés percibido, se encontró que hay un mayor uso del *control del estrés* (el cual denota la percepción de satisfacción o éxito frente al manejo de situaciones demandantes o amenazantes), en comparación con la *expresión del estrés* (el cual denota la percepción de pérdida de control en su manejo). Es decir, la mayoría de las pacientes con cáncer de mama de la muestra perciben en mayor medida que se enfrentan de manera adecuada o satisfactoria a los estresores que se les presentan.

No obstante, llama la atención que el *factor control del estrés* se correlacione de maneja inversa con la CVRS mental de las pacientes. Quizás lo que este resultado sugiere es que si bien las pacientes perciben un manejo satisfactorio del estrés, dicha percepción aludiría al manejo instrumental de las situaciones tomando en cuenta los resultados (consecuencias exitosas o positivas) o indicadores contextuales, interpersonales y externos (Fernández, Zubieta & Páez, 2000), pero sin identificar o considerar el impacto o costo emocional que éste trae como consecuencia a nivel afectivo.

Al respecto, la dificultad para expresar o verbalizar emociones negativas como la ansiedad, la cólera o la tristeza puede relacionarse o bien al deseo de evitar hablar abiertamente de sus emociones con sus familiares (Hamilton, Moore, Powe, Agarwal & Martin, 2010), o bien porque no tienen con quién hacerlo, en la medida que la hospitalización (aislamiento y restricción en los horarios de visita, por ejemplo) y/o la migración provocan una reducción de sus redes sociales en general (Granel, 2008; Hernández et al., 2009; Sluzki, 1998). Esta dinámica de funcionamiento pudo apreciarse al momento de la evaluación, pues la mayoría de pacientes refería “estar bien” y no necesariamente solicitaban activamente intervención o apoyo psicológico, sin embargo, sí parecían sacar provecho del mismo y sentirse satisfechas y agradecidas una vez terminado el espacio de evaluación y consejería.

El *estrés traumático*, por su parte, fue el constructo que mayor impacto tuvo sobre la CVRS física y mental de las pacientes evaluadas, por lo que explicaremos con mayor detalle los resultados descriptivos de dicha variable y, posteriormente, su rol en los análisis de correlación y regresión. Esto último permitirá conocer qué variables tuvieron mayor impacto sobre los componentes de la CVRS o lograron explicar su variabilidad, las cuales a su vez, se convierten en puntos importantes a ahondar en la investigación así como a prevenir en el ámbito de la intervención clínica con pacientes oncológicos.

En general, se encontró que la dimensión que es ligeramente más frecuente entre el grupo de mujeres evaluadas, es la *evitación*. Este hallazgo nos lleva a reflexionar sobre la comprensión cultural fatalista y amenazante que se tiene del cáncer (Die Trill, 2003). Aun cuando los avances médicos y tecnológicos ya no son tan pesimistas (Hamilton et al., 2010; Kornblith, como se citó en Holland, 1998), la conceptualización o imaginario que se tiene del cáncer sí lo es. En ese sentido, pareciera que las participantes procuran evitar este tipo de ideas catastróficas, ya sea bloqueando pensamientos, distrayéndose en otras actividades o conversando de temas ajenos a la enfermedad. Por ejemplo, fue bastante común, durante la evaluación, escuchar a mujeres decir que preferían no hablar de su condición cuando estaban con sus familiares o amigos, pues querían tener espacios de distracción, relajación y disfrute que normalmente no tenían cuando estaban en tratamiento o en ratos libres, pues era en esos momentos en los que solían contactarse con emociones como la angustia, el miedo y la tristeza. Quizás este acceso obstaculizado a emociones pudiera también explicar que perciben una CVRS mental satisfactoria.

Como ya mencionamos, de todas las variables del estudio, el *estrés traumático* fue la variable que más afectó la CVRS de las pacientes, es por ello que se hará especial mención a los modelos de regresión utilizados, uno de ellos considera como variable dependiente al componente físico y el otro al componente mental de la CVRS.

En relación a la CVRS física, se observó que el *estrés traumático* aportó una variabilidad significativa en dicho componente. Es decir, experimentar dificultades para conciliar o mantener el sueño, signos de activación fisiológica (tales como taquicardia, sudoración, dificultad para respirar, náuseas, entre otros) y emociones negativas intensas y recurrentes (ansiedad, irritabilidad, etc.) estaría limitando significativamente el

funcionamiento cotidiano de las mujeres evaluadas, ya sea, afectando su participación familiar, laboral, u otras áreas importantes de vida.

Asimismo, se encontró que el *tipo de tratamiento* también consiguió explicar la variabilidad del componente físico. Al respecto, se encuentra que hay mayor presencia de síntomas traumáticos en una fase tratamiento adyuvante (Alter et al., 1996; Cordova et al., 1995; Koch, 2007; Gurevich et al., 2002; Nordin et al., 2012; O'Connor et al., 2011) el cual consiste en quimioterapia y/o radioterapia (OMS, 2013). Sin embargo, en la presente investigación encontramos que las mujeres que recibieron quimioterapia reportan una mejor CVRS física en comparación a quienes no obtuvieron tratamiento alguno, este último grupo es de aquellas mujeres que se encuentran en un periodo de tratamiento ambulatorio, pues solo asisten al centro para las sesiones de quimioterapia.

Frente a estos hallazgos podríamos presumir que aún cuando la quimioterapia puede asociarse con malestar físico debido a los numerosos efectos secundarios que ésta puede incluir (Haber, 2000; Jordan et al., 2010), quizás dichos síntomas resultan ser menos limitantes que los producidos por periodo postoperatorio. Es decir, aun con la quimioterapia, las mujeres pueden participar en ciertas actividades cotidianas, sin embargo, las que se encontraban en un periodo postoperatorio se encuentran hospitalizadas. Al respecto, éstas últimas solían permanecer en cama, con ligero dolor y dificultad para mover el brazo o caminar, así como circunscritas a los horarios de visita para tener contacto con sus familiares, lo cual suele estar asociado con un incremento en el índice de limitaciones en las funciones cotidianas de las pacientes (Atef-vahid et al., 2011). En ese sentido, se justificaría, también, el motivo por el cual ciertos estudios plantean que la CVRS suele mejorar a medida que el tiempo desde el diagnóstico transcurre (Costa-Requena et al., 2012; Danahuer et al., 2009; Golden-Kreutz et al., 2005), pues normalmente el tratamiento adyuvante – y puntualmente la intervención quirúrgica - procede inmediatamente después del diagnóstico.

Finalmente, hay quienes aseguran que la vivencia del cáncer puede ser más traumática cuando los tratamientos oncológicos son más agresivos (Gurevich et al., 2002) en términos del tipo, frecuencia, dosis medicamentosa y vía de administración, entre otros, no obstante, esta es una información que no se obtuvo al momento de la evaluación por lo

que podría ser de utilidad, para futuras investigaciones, recaudar con más detalle el tipo de tratamiento que está siendo recibido por las pacientes oncológicas.

Un resultado interesante de este estudio fue que además del *estrés traumático* y el *tipo de tratamiento*, la variable *migración* también explicó la variabilidad del componente físico de la CVRS, lo que indicaría que las pacientes *no migrantes* (provenientes de Lima) obtienen mayor CVRS física, en comparación con las que vienen de provincia.

Esto nos lleva a considerar que la condición de migrante en el contexto de un cáncer de mama, puede ser entendida como un factor de riesgo que repercute negativamente en el funcionamiento físico de las pacientes. Estos resultados coinciden con lo hallado en la investigación de Trigos (2012), quien reportó que, frente a un contexto de cáncer de mama, las mujeres migrantes puntuaron más alto en un estilo de *desamparo/desesperanza* mientras que las mujeres locales (de Lima) mostraron mayor *espíritu de lucha*, lo cual sin duda repercute en su bienestar y ajuste a la enfermedad.

Cabe resaltar que las mujeres que migran para recibir tratamiento oncológico en Lima, usualmente deben venir solas o, en el mejor de los casos, acompañadas de un solo familiar, como por ejemplo, su esposo, madre, hermana o hija. Es así que el grupo de mujeres migrantes se verían obligadas a acomodarse a un contexto nuevo y poco familiar (Fritz et al., 2008), que no sólo supone el encuentro con una nueva ciudad, sino incluso el ingreso temporal a un establecimiento de salud que implica conocer nuevos códigos y habituarse a las diversas actividades, procedimientos, horarios y normas que se presentan en el nuevo entorno (Castellá, 2003).

De esta manera, las mujeres migrantes atraviesan un duelo múltiple que supone no solo elaborar la pérdida de la salud y sus capacidades físicas, sino también la pérdida o separación de la familia, los amigos, la cultura y en ocasiones, la lengua (Granel, 2008), condiciones que pueden provocarles un acceso limitado a la atención sanitaria (Henández et al., 2009) y que también han sido clasificados como acontecimientos vitales estresantes (Holmes & Rahe, 1976).

En definitiva, la migración está motivada por la búsqueda de una adecuada atención médica que las mujeres no logran recibir en su lugar de origen (MINSAs, 2012). Incluye una reducción del soporte social – emocional o material - (Gil et al., 2000) y de sus redes sociales en general (Sluzki, 1998), los cuales en el contexto de una enfermedad crónica,

funcionan como recursos que ayudan a afrontar los problemas y, a su vez, como estímulos para superar las dificultades propias de la enfermedad (Nieto, Abad, Esteban & Tejerina, 2004). La reducción de las mismas, disminuiría a su vez, la variedad de recursos y alternativas a los que las mujeres pueden acceder para sentir mayor bienestar. Más aún, algunos autores han encontrado que existe una relación positiva y significativa entre el soporte social y los indicadores de buena salud en pacientes oncológicos, así como con la CVRS y las funciones inmunológicas del cuerpo (Arora, Finney, Gustafson & Hawkins, 2007). Asimismo, hay estudios que han reportado que altos niveles de soporte social han sido asociados con mayor supervivencia en pacientes con cáncer de mama (Kemeny & Schedlowski, 2007).

En el caso de las mujeres migrantes, algunas de ellas venían solas u otras acompañadas, pero por lo general, por un solo miembro de su familia. Este único cuidador, podría sufrir de sobrecarga y desgaste físico y emocional por la responsabilidad y agotamiento que implica cuidar y hacerse cargo de un paciente oncológico (Barrón & Alvarado, 2009), lo que a su vez afectaría negativamente la calidad de soporte o cuidado brindado hacia el paciente afectado. Al respecto, Torres (2011), reportó que las mujeres que viven con una sola persona (sus esposos), perciben menos soporte social en comparación con las que conviven con más miembros de su familia.

Asimismo, vale la pena mencionar que la migración puede también acompañarse de problemas económicos o financieros (los cuales se convertirían en estresores adicionales) pues varias participantes mencionaron que sus principales cuidadores debían dejar parcial o totalmente sus labores para hacerse cargo de ellas, sobre todo cuando migraban junto con ellas desde otra provincia.

Por otro lado, llama la atención que en este primer modelo de regresión, a pesar de que el afrontamiento no contribuye a la variabilidad del componente físico, los análisis de correlación encuentran que la estrategia *supresión de actividades competentes* (dejar de lado otras actividades y concentrarse en el estresor) se correlacionó de manera inversa y moderada con el componente físico. Esto sugeriría que al postergar obligaciones, responsabilidades o metas relevantes, las mujeres evaluadas tendrían una sensación de limitación personal como consecuencia de la enfermedad y su tratamiento, aspecto que

repercutiría, a su vez, en una pobre percepción de funcionalidad y baja CVRS (Gaviria et al., 2007; Suthahar et al., 2008).

En relación al modelo explicativo del componente mental, el *estrés traumático* es, nuevamente, la variable que mayor variabilidad aportó a la CVRS, afectándola negativamente, incluso más que al componente físico. En ese sentido, se encuentra que la CVRS mental puede permanecer relativamente alta a menos que las pacientes presenten síntomas de estrés traumático, los cuales afectan inevitablemente dicho componente.

Probablemente, aquellas pacientes que presentan sintomatología traumática hayan asumido un carácter impredecible del cáncer (Pérez, 2008) y lo perciban como una condición amenazante para la integridad física; lo que resulta en una vivencia traumática (Córdova et al., 2007; Koch, 2007; O'Connor et al., 2011; Palmer et al., 2004, Nordin et al., 2012). Este tipo particular de vivencia, puede perdurar incluso en sobrevivientes a la enfermedad (Constanzo et al., 2007). En ese sentido, la vivencia traumática puede manifestarse en pensamientos catastróficos repetitivos u obsesivos que impiden el acceso a buena calidad de sueño o descanso, generan estados de hiperactivación y, finalmente, interfieren en el bienestar afectivo de las pacientes, lo que revela el poder explicativo de dicho indicador de estrés frente a la CVRS mental.

Al respecto, se encontraron correlaciones significativas e inversas entre las dimensiones del *estrés traumático* y la *CVRS mental*, lo cual apoya la idea de la interrelación entre los procesos orgánicos y los procesos mentales del cuerpo (Chóliz, 2005), es decir, que la sintomatología física también se expresa a nivel emocional. En relación a la *intrusión*, hay autores que plantean que la presencia de síntomas intrusivos en la enfermedad oncológica se relacionan con experiencias traumáticas anteriores que pueden haber vivido los pacientes, como por ejemplo, abuso físico, emocional o sexual durante la niñez (Goldsmith et al., 2010), generando asociaciones o recuerdos que incrementarían el malestar emocional de las pacientes. En ese sentido, se recomienda que futuras investigaciones exploren la presencia de experiencias traumáticas (tales como maltrato o abuso), durante la vida del paciente.

En cuanto a las demás dimensiones, dificultades en el sueño, rumiación en el pensamiento y activación fisiológica generarían mayor sensación de malestar emocional, quizás porque indican una cuota de estrés que ya no está siendo funcional, adaptativo o

manejable. Por el contrario, sobrepasan sus capacidades y generan un impacto tan grande que puede llegar a ser traumático pues invade y abruma a la persona tanto a nivel cognitivo, emocional como físico (Yang et al., 2008).

Este es un punto relevante en la medida que diversos estudios han demostrado los potenciales efectos que tiene el estrés sobre la reducción del sistema inmunológico (Hussain, 2010), y como consecuencia, en la vulnerabilidad del mismo, aumentando así la posibilidad de favorecer un ambiente oportuno para el crecimiento de tumores y sobre la regulación del crecimiento celular (Kemeny & Schedlowski, 2007). Este impacto es mayor cuando se trata de un estresor crónico (Herbert & Cohen, como se citó en Hussain, 2010). En ese sentido, resulta altamente relevante identificar a las personas que presentan altos niveles de estrés, y específicamente estrés traumático, durante el curso de la enfermedad. De no ser intervenidas pertinentemente, podrían tener mayor dificultad de sobrellevar el tratamiento, dificultando su recuperación o facilitando la posibilidad de sufrir recaídas (Koopman et al., 2002), así como incrementando el uso de un estilo evasivo de afrontamiento (Yang et al., 2008), los cuales han sido asociados con una reducción en la CVRS global (Constanzo et al., 2006; Van Laarhoven et al., 2011).

El modelo para el componente mental incluye además del *estrés traumático*, el *estrés percibido*, el cual consigue aumentar el valor predictivo. Este tipo de relación inversa con el estrés percibido se ve reflejada en los análisis de correlación en donde tanto el *estrés percibido* como su factor *control del estrés*, estuvieron inversamente correlacionados con el componente mental.

En la medida que el estrés percibido alude a cualquier tipo de situación o contexto estresante, resulta relevante evaluar el contexto de vida en el que se presenta la enfermedad, tomando en cuenta las diferencias individuales que existe en cada paciente (Downe-Wamboldt et al., 2006), pues éstas pudieran originar mayor carga de estrés que pueda repercutir negativamente en su situación médica. Por ejemplo, numerosas veces las pacientes reportaron haber dejado de trabajar debido las necesidades médicas y limitaciones del tratamiento. Esta situación laboral, generaba a su vez, preocupaciones económicas no solo para costear el día a día sino incluso el propio tratamiento, lo cual resultaría en un desgaste emocional que afecte el proceso de la enfermedad.

Cabe mencionar que, quizás, estas preocupaciones no son debidamente expresadas en un espacio óptimo, generando cada vez mayor sensación de sobrecarga emocional, lo cual afecta negativamente a la CVRS mental de las mujeres. Así pues, se podría inferir que tener pobre sensación de control del estrés contribuiría a experimentar reacciones intensas de malestar emocional (Baráez, 2002; Taylor & Armor, 1996), dificultando a su vez, la adaptación a la enfermedad.

Adicionalmente al estrés traumático y al estrés percibido, el estilo de afrontamiento *orientado a la emoción* consiguió aumentar la variabilidad de la CVRS mental. El estilo en mención también se correlacionó de manera inversa y moderada con el componente mental de la CVRS, junto con sus estrategias *enfocar y liberar emociones* y el *soporte social emocional*, no obstante, éstas últimas no se incluyeron en el análisis de regresión final por no presentar covarianzas significativas. Sin embargo, resulta relevante mencionar que si bien podríamos pensar que el uso de recursos emocionales como compartir y descargar estados emocionales negativos (Spiegel et al., como se citó en Kemeny & Schedlowski, 2007), o recibir apoyo social (Kroenke et al., 2013; Manning-Walsh, 2005) ayudaría a promover la CVRS mental en las mujeres con cáncer de mama, lo que se encuentra en este grupo de pacientes, es que hay una reducción de la misma.

Al respecto, estudios como el de Low et al. (2006), encontraron que el afrontamiento orientado a la emoción sólo es adaptativo o predice el ajuste a la enfermedad en condiciones de un bajo estrés relacionado con la enfermedad o, frente a estresores puntuales del tratamiento (Roussi et al., 2007). Sin embargo, lo que se presume es que, en este grupo de pacientes, la posibilidad de reconocer y descargar estados emocionales negativos, estaría ligado a la sensación falta de control sobre su situación, característica que a su vez, está asociada a estados psicológicos de indefensión, sensación de pérdida y depresión, las cuales tienden a impactar negativamente la CVRS de las personas (Thompson & Collins, 1995).

En relación a ello, existen investigaciones que han estudiado el rol de la expresión emocional en diferentes culturas y pueden dar más luces para entender el presente resultado. En el Perú, se suelen usar términos que “suavicen” o minimicen la magnitud real de los sentimientos o creencias (Vargas Llosa, como se citó en Fernández et al., 1997) puesto que expresar la vivencia real de las emociones puede ser considerado como agresivo

o como una “falta de respeto”. En ese sentido, aquellas mujeres que hayan expresado abierta y directamente su sensación, pueden haber sufrido una reducción del soporte social como rechazo a la expresión de dichas emociones, lo que podría traducirse en menor número de visitas de familiares o menor asistencia de enfermería. Esto, a su vez, podría redundar en la reducción de la CVRS mental de las pacientes, sobre todo si dicho estilo permanece a lo largo del tiempo y no se produce un viraje a un estilo de afrontamiento orientado al problema, tal como lo recomiendan Roussi et al. (2007).

Llama la atención que la condición de migración no aportó a la variabilidad del componente mental ya que algunas investigaciones han encontrado que el estrés aculturativo, como resultado de la migración, suele asociarse con menor ajuste a la enfermedad (Trigoso, 2012) y que a su vez puede manifestarse en malestar psicológico, comprendiendo cambios rápidos de humor, irritabilidad, llanto, etc. (Hernández et al., 2009). Quizás pueda presumirse que, en las mujeres migrantes, dicho malestar o dolor psíquico estaría más bien manifestado en síntomas físicos, por lo que recae sobre la CVRS física, explicando sólo la variabilidad de la misma.

En base a todos estos resultados, pareciera que la enfermedad en sí misma no produce un impacto devastador en la CVRS de las mujeres con cáncer de mama, sino que son las condiciones médicas, sociales, culturales, familiares y personales que acompañan a la misma, las que facilitan – o no- un adecuado ajuste a la enfermedad (Miller, Dakken-Gillen & Dalton, como se citó en Chan, Da Silva & Chronister, 2009) y, por lo tanto, repercuten en la CVRS de las pacientes con cáncer de mama.

En la presente investigación, el estrés traumático fue la variable que mayor impacto negativo tuvo en la CVRS física y mental de las participantes, lo cual coincide con los estudios de Yang et al., (2008) y Golden-Kreutz et al. (2005), quienes constataron que, en general, altos niveles de estrés traumático están inversamente asociados a la CVRS. Asimismo, coinciden con lo reportado por Van de Wiel et al. (2008), quienes hallaron que, específicamente el estrés traumático, está asociado con deterioro del funcionamiento físico y social, así como con una alteración de la CVRS en general. En ese sentido, la evaluación del estrés traumático, en pacientes con cáncer de mama, resulta sumamente importante para poder prevenir la posterior consolidación del TEPT (Koopman et al., 2002), sobre todo en pacientes recién diagnosticados o con cáncer recurrente (Gurevich et al., 2002), que pueden

tener historia previa de abuso o trauma (Goldsmith et al., 2010), que hayan migrado o que, por las características de su enfermedad, deban someterse a tratamientos más agresivos (Nordin et al., 2012).

Por su parte, el estrés percibido sólo afectó la variabilidad de la CVRS mental, lo que nos lleva a inferir que el tipo de estresor (indicador de estrés) experimentado tiene un efecto particular –y diferente - en la CVRS (Yang et al., 2008). Estudios posteriores podrían analizar qué variables, mediadoras o moderadoras, determinan la diferencia en dicho impacto. Por ejemplo, Yang et al., (2008), sugieren que el tipo de estresor experimentado genera variación en los estilos de afrontamiento desplegados, lo cual repercute en la CVRS, no obstante, este no fue el objetivo de nuestro estudio, por lo que es una interrogante que vale la pena investigar posteriormente.

El presente estudio sugiere la necesidad de identificar a los pacientes oncológicos como una población con necesidades médicas, psicológicas y sociales particulares (Da Silva & Dos Santos, 2010; Jones et al., 2010) las cuales necesitan ser estudiadas y comprendidas para poder intervenir adecuadamente en el proceso de recuperación o rehabilitación, poniendo más énfasis en la CVRS, y no solo en la supervivencia de los pacientes afectados (Kornblith, como se citó en Holland, 1998). Asimismo, nuestros hallazgos sugieren que se requiere poner especial atención al tipo de tratamiento y a la condición de migración, por ser variables que suelen asociarse con una menor CVRS física.

En cuanto a las limitaciones del estudio, es necesario mencionar que el tamaño de muestra utilizada es relativamente pequeño, y responde a las problemáticas sociales y económicas del país (huelgas médicas que repercutieron en menor número de ingresos hospitalarios), así como a limitaciones de temporalidad en la medida que la investigación estuvo circunscrita en un marco académico. En ese sentido, se recomienda ampliar su cobertura a un número mayor de participantes.

Por otra parte, si bien el diseño transversal del presente estudio brinda luces sobre el funcionamiento actual de las variables examinadas, se podría profundizar los hallazgos realizando una investigación longitudinal. Esto permitiría conocer la evolución o posibles cambios en el ajuste de las pacientes con cáncer de mama, lo cual a su vez, ayudaría a delinear el tipo de intervención psicológica necesaria ante cada etapa de la enfermedad.

Referencias Bibliográficas

- Alcalde, M. (1998). *Nivel de autoeficacia y estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de Lima*. (Tesis inédita de maestría). PUCP, Lima
- Alfaro, P. (2011). *Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis*. (Tesis Inédita de licenciatura). PUCP, Lima
- Alonso, J.; Prieto, L. & Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Altamirano, T. (1992). *Éxodo: Peruanos en el exterior*. Lima: Fondo Editorial de la PUCP.
- Altamirano, T. (1983). Migración y estrategias de supervivencia de origen rural entre los campesinos de la ciudad. *Revista Antropológica de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 1, 127 – 158
- Alter, C., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meyers, B., Grobois, B., Mandel, F., Septimus, A. & Kaplan, S. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, 37, (2), 137-143.
- Andersen, B., Kiecolt-Glaser, J. & Glaser, R. (1994). A Biobehavioral Model of Cancer Stress and Disease Course. *Am Psychol.*, 49, (5), 389-404
- Atef-vahid, M., Nasr-Esfahani, M., Saberi, M., Naji-Isfahani, H, Reza, M., Yasavoli, M. & Goushegir, S. (2011). Quality of life, religious attitude and cancer coping in a sample of Iranian patients with cancer. *J Res Med Sci*, 16, (7), 928-937
- Avis, N., Crawford, S. & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol*, 20, 23, (15), 3322-3330

- Báguena, M., Villarroya, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C. & Reig, R. (1996). *Propiedades psicométricas de la versión española de la escala revisada de impacto del estresor (EIE-R)*. Dpto. de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Universidad de Valencia, España.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, (3), 505-520
- Báñez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de doctorado). Universitat Autònoma de Barcelona, España
- Barrón, B. & Alvarado, S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Cancerología*, 4, 39-46
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. 1, 2. McGraw-Hill, Madrid
- Blanco, R. (2010). Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Índex de enfermeria*, 19, (1), 24-28
- Boehmer, S., Luszczynska, A. & Schwarzer, R. (2007). Coping and quality of life after tumor surgery: Personal and social resources promote different domains of quality of life. *Anxiety, Stress, and Coping*, 20, (1), 61-75
- Brown, J., King, M., Butow, P., Dunn, S. & Coates, A. (2000). Patterns over time in quality of life, coping and psychological adjustment in late stage melanoma patients: An application of multilevel models. *Quality of Life Research*, 9, 75-85
- Caloudas, S. (2010). Personality, coping, and quality of life in early stage breast cancer survivors. *The Sciences and Engineering*, 71, (6-B)

- Campo-Arias, A., Bustos-Leiton, G., Romero-Chaparro, A. (2009). Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichan*, 9, (3), 271-280
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21, (2), 363-392
- Cassaretto, M. & Chau, C. (2013). *Afrontamiento al estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima*. Tesis doctoral en preparación.
- Cassaretto, M. & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP*, 24, (1), 109–140
- Casso, D., Buist, D. & Taplin, S. (2004). Quality of life of 5–10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health Qual Life Outcomes*, 2, (25). doi:10.1186/1477-7525-2-25
- Castellá, J. (2003). Estudios actuales sobre aculturación en latinos: revisión y nuevas perspectivas. *Revista Interamericana de Psicología*, 37, (2), 341 – 364. Brasil: Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la Prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. (Tesis inédita de licenciatura). PUCP, Lima
- Chau, C. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento. *Persona. Revista de la facultad de psicología. Universidad de Lima*, 2, 121-161
- Chau, C. (2004). *Determinants of alcohol use among university students: The role of stress, doping and expectancies*. Amsterdam: Katholieke Universiteit Leuven

- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Universidad de Valencia, España.
- Canada, A., Parker, P., de Moor, J., Basen-Engquist, K., Ramondetta, L. & Cohen, L. (2005). Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 101, 102-107
- Carver, C., Kumari, J. & Scheier, M. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, (2), 267-283
- Carver, C & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, (1), 184-195.
- Cohen, M. (2002). Coping and Emotional Distress in Primary and Recurrent Breast Cancer Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9, (3) 245-251. doi: 10.1023/A:1016007529278
- Cohen, S., Kamarck T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24, (4), 385-396
- Cordova, M., Andrykowski, M., Kenady, D., McGrath, P., Sloan, D. & Redd, W. (1995) Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, (6), 981-986.
- Costa-Requena, G., Rodriguez, A. & Fernández-Ortega, P. (2012). Longitudinal assessment of distress and quality of life in the early stages of breast cancer treatment. *Scand Journal Caring Sci.*, 27, (1), 77-83. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.01003.x.
- Costa-Requena, G. & Gil, F. (2007). Crecimientos postraumático en pacientes oncológicos. *Análisis y modificación de conducta*, 33, (148), 229 - 250

- Costanzo, E., Lutgendorf, S., Matees, M., Trehan, S., Robinson, C., Tewfik, F. & Roman, S. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 97, 1625-1631
- Costanzo, E., Lutgendorf, S., Rothrock, N. & Anderson, B. (2006). Coping and quality of life among women extensively treated for gynecologic cancer. *Psychooncology*, 15, (2), 132-142
- Coughlin, S. (2008). Surviving Cancer or Other Serious Illness: A Review of Individual and Community Resources. *A Cancer Journal for Clinicians*, 58, 60-64. doi: 10.3322/CA.2007.0001
- Cousson-Gélie, F., Buchon-Schweitzer, M., Atzeni, T. & Houede, N. (2011). Evaluation of a psychosocial intervention on social support, perceived control, coping strategies, emotional distress and quality of life of breast cancer patients. *Psychol Rep.*, 108, (3), 923-942
- Da Silva, G. & Dos Santos, M. (2010). Stressors in breast cancer post-treatment: a qualitative approach. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 18, (4), 688-695
- Danhauer, S., Crawford, S., Farmer, D. & Avis, N. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal Behavior Medicine*, 32, 371-379. doi 10.1007/s10865-009-9211-x
- David, D., Montgomery, G. & Bovbjerg, D. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Pers Individ Dif*, 40, (2), 203-213. doi: 10.1016/j.paid.2005.05.018.
- Die Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*, 0, (1), 39-48
- Dobbie, M. & Mellor, D. (2008). Chronic illness and its impact: considerations for psychologists. *Psychology, Health and Medicine*, 13, (5), 583-590

- Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., Brisson, J. & Masse, B. (1998). Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology*, 16, (2), 487-494
- Downe-Wamboldt, B., Butler, L. & Coulter, L. (2006). The relationship between illness, social support, coping strategies and quality of life for lung cancer patients and their family members. *Cancer Nurs*, 14, (2), 89-96
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S. & Falke, R. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, (2), 79-87
- Ebert, S. (2007). The impact of sense of coherence and coping on quality of life, endocrine reactivity and natural killer cell activity in breast cancer survivors. *The Sciences and Engineering*, 67, (7-B)
- Echevarría - Guanilo, M., Dantas, R., Farina, J., Alonso, J., Rajmil, L. & Rossi, L. (2011). Reliability and validity of the Impact of Event Scale (IES): version for Brazilian burn victims. *Journal of Clinical Nursing*, 20, (11-12), 1588 – 1597. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03607.x
- Eid, J., Larsson, G., Johnsen, B., Laberg, J., Bartone, P. & Carlstedt, B. (2009). Psychometric properties of the Norwegian Impact of Event Scale-Revised in a non-clinical sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63, (5), 426-432. doi:10.1080/08039480903118190
- Endler, N. (1996). *Handbbook of coping: Theory, research, applications*. New York: Wiley, J. & Sons
- Everly, G. (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York: Plenum Press
- Fernández, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Rev. Fac. Med, UNAM.*, 47, (6), 251-254.

- Fernández-Mayoralas, G. & Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*, 5, 117-135
- Fernández, I., Zubieta, E. & Páez, D. (2000). Expresión e inhibición emocional en distintas culturas. En Páez, D. & Casullo, M. (Comps.), *Cultura y Alexitimia: ¿cómo expresamos aquello que sentimos?* Buenos Aires: Paidós.
- Ficková, E. (2005). Coping scales for adults: psychometric relationships. *Studia Psychologia*, 47 (4), 309-317
- Filazoglu, G. & Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, health and medicine*, 13, (5), 559–573. doi: 10.1080/13548500701767353
- Fritz, M., Chin, D. & DeMarinis, V. (2008). Stressors, anxiety, acculturation and adjustment among international and North American students. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 244 – 259
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. United Kingdom: Routledge
- Galloway, S., Baker, M., Giglio, P., Chin, S., Madan, A., Malcolm, R., Serber, E., Wedin, S., Balliet, W. & Borckardt, J. (2012). Depression and Anxiety Symptoms Relate to Distinct Components of Pain Experience among Patients with Breast Cancer. *Pain research and treatment*, 2012. doi:10.1155/2012/851276
- Gargurevich, R. (2006). *Posttraumatic Stress Disorder and Disasters in Peru: The Role of Personality and Social Support*. (Tesis de doctorado). Universidad Católica de Leuven, Bélgica
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. & Quinceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75

- Gil, A., Wagner, E. & Vega, W. (2000). Acculturation, familism and alcohol use among Latino adolescent males: Longitudinal relations. *Journal of Community Psychology* 28, (4), 443-458
- Gilbar, O. & Hevroni, A. (2007). Counterfactuals, coping strategies and psychological distress among breast cancer patients. *Anxiety, Stress & Coping*, 20, (4), 383-392. doi: 10.1080/10615800701384439
- Golden-Kreutz, D., Thornton, L., Wells-DiGregorio, S., Frierson, G., Jim, H., Carpenter, K., Shleby, R. & Andersen, B. (2005). Traumatic stress, perceived global stress and life events: Prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychology*, 24, (3), 288-296
- Goldsmith, R., Jandorf, L., Valdimarsdottir, H., Amend, K., Stoudt, B., Rini, C., Hershman, D., Neugut, A., Reilly, J., Tartter, P., Feldman, S., Ambrosone, C. & Bovbjerg, D. (2010). Traumatic stress symptoms and breast cancer: the role of childhood abuse. *Child abuse Negl.*, 34, (6), 465 – 470. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.10.007
- González, M. & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 199-206
- Granel, L. (2008). *El desarraigo y duelo migratorio en la experiencia de la migración*. (Tesis inédita de maestría). PUCP, Lima.
- Grabsch, B., Clarke, D., Love, A., McKenzie, D., Snyder, R., Bloch, S. et al. (2006). Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliat Support Care*, 4, (1), 47-56
- Groenvold, M., Petersen, M., Idler, E., Bjorner, B., Fayers, P. & Mouridsen, H. (2007). Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat*, 105, 209–219. doi: 10.1007/s10549-006-9447-x

- Gurevich, M., Devins, G. & Rodin, G. (2002). Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43, (4), 259-281.
- Haber, S. (2000). *Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico*. Barcelona: Paidós
- Hamilton, J., Moore, C., Powe, B., Agarwal, M. & Martin, P. (2010). Perceptions of support among older African American cancer survivors. *Oncol Nurse Forum*, 37, (4), 484-493. doi:10.1188/10.ONF.484-493
- Head, B., Schapmire, T., Keeney, C., Deck, S., Studts, J., Hermann, C., Scharfenberger, J. & Pfeifer, M. (2012). Use of the Distress Thermometer to discern clinically relevant quality of life differences in women with breast cancer. *Qual Life Res.*, 21, (2), 215-223
- Heeb, J., Gutjahr, E., Gulfi, A. & Castelli, M. (2011). Psychometric properties of the French version of the Impact of Event Scale-Revised in mental health and social professionals after a patient suicide. *Swiss Journal of Psychology*, 70, (2), 105-111. doi: 10.1024/1421-0185/a000044
- Hernández, M., Lorenzo, R. & Nacif, L. (2009). Impacto emocional: cáncer infantil – inmigración. *Psicooncología*, 6, (2-3), 445 - 457
- Holmes, T. & Rahe, R. (1976). The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.*, 11, 213-218
- Horowitz, M., Wilner, N. & Álvarez, W. (1979). Impact of events scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hussain, D. (2010). Stress, Immunity, and Health: Research Findings and Implications. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 15, (1) 94-100
- Instituto Nacional del Cáncer (2013). *Trastorno de tensión postraumática. Diagnóstico y síntomas*. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/tensionpostraumatica/Patient/page3>

- Instituto Nacional del Cáncer (2013). *Líneas Vitales: recursos educativos sobre el cáncer para medios multiculturales*. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/lineas-vitales/desigualdades-salud-cancer/jorge-gomez>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN (2012). Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer. *Indicadores de Gestión Hospitalaria*. Recuperado de: <http://www.inen.sld.pe>
- Ivanauskiene, R., Kregzdyte, R. & Padaiga, Z. (2010). Evaluation of health-related quality of life in patients with breast cancer. *Medicina (Kaunas)*, 46, (5), 351-359
- Jordan, K., Grothey, A., Pelz, T., Lautenschläger, C., Franke, U., Schöber, C., Schmoll, H. (2010). Impact of quality of life parameters and coping strategies on postchemotherapy nausea and vomiting. *European Journal of Cancer Care*, 19, (5), 603-609. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01099.x
- Kallasmaa, T. & Pulmer, A. (2000). The structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Personality and individual differences*, 29, (5), 881-894
- Karakajun – Celik, O., Ilknur, G., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H. & Kinay, M. (2010). Depression and anxiety levels in women under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol*, 27, (1), 108-114. doi: 10.1007/s12032-009-9181-4
- Kershaw, T., Northouse, L. Kritpracha, C, Schafenacker, A & Mood, D (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health*, 19, (2), 139–155
- Kemeny, M. & Schedlowski, M. (2007). Understanding the interaction between psychosocial stress and immune related diseases: a stepwise progression. *Brain, behavior and immunity*, 21, 1009-1018. doi: 10.1016/j.bbi.2007.07.010

- Kleinke, C. (2007). What does it mean to cope? En: Monat, A.; Lazarus, R. & Reevy, G. (2007). *The praeger handbook on stress and coping*, Vol. 2, Cap. 16. USA: Greenwood Publishing Group Inc.
- Kline, R. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3era ed.). New York; Guilford Press
- Koch, M. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*, 16, (3), 181 – 188
- Koopman, C., Butler, L., Clessen, C.; Giese-Davis, J., Morrow, G., Westendorf, J., Banerjee, T. & Spiegel, D. (2002). Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer. *J Trauma Stress*, 15, (4), 277-287
- Kornblith, A. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. En: Holland, J. (Ed.), *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press
- Kroenke, C., Kwan, M., Neugut, A., Ergas, I., Wright, J., Caan, B., Hershman, D. & Kushi, L. (2013). Social networks, social support mechanisms, and quality of life after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Res Treat*, 139, (2), 515-527. doi: 10.1007/s10549-013-2477-2
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis inédita de licenciatura). PUCP, Lima
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. & Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón. La comprensión de nuestras emociones*. España: Ediciones Paidós Ibérica

- López-Mena, L. & Campos, J. (2011). Evaluación de factores presentes en el estrés laboral. *Revista de psicología*, 11, (1), 149-165
- Low, C., Stanton, A., Thompson, N., Kwan, L. y Ganz, P. (2006). Contextual Life Stress and Coping Strategies as Predictors of Adjustment to Breast Cancer Survivorship. *Ann Behav Med*, 32, (3), 235–244
- Lyne, K., & Roger, D. (2000). A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire. *Personality & Individual Differences*, 29, 321-335
- Maners, A. & Champion, V. (2011). Coping and Quality of Life Outcomes in Younger Breast Cancer Survivors. *Western Journal of Nursing Research*, 33, (8), 1106-1107. doi: 10.1177/0193945911413673
- Manning-Walsh, J. (2005). Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 34, (4), 482-93.
- Mels, C., Derluyn, I., Broekaert, E. & Rosseel, Y. (2010). Community-based cross-cultural adaptation of mental health measures in emergency settings: validating the IES-R and HSCL-37A in Eastern Democratic Republic of Congo. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 45, (9), 899-910. doi: 10.1007/s00127-009-0128-z.
- Miller, S., Bakken-Giller, S. & Dalton, J. (2009) Psychosocial adaptation to chronic illness or disability: models and measurements. En Chan, F.; Da Silva, E. & Chronister, J. (Ed.), *Understanding psychosocial adjustment to chronic illness or disability. A handbook of evidenced-based for practitioners in rehabilitation*. New-York: Springer Publishing Company
- Ministerio de salud (MINSa) (2012). *Plan Esperanza*. Plan Nacional para la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a servicios oncológicos en el Perú DS 009-2012

- Moral, J., González, M. & Landero, R. (2011). Estrés percibido, ira y burnout en amas de casa mexicanas. *Revista Iberoamericana de psicología y salud*, 2, (2), 123-143
- Moos, R. & Schaefer, J. (1993). Coping resources and processes: current concepts and measures. En Golberger & Breznitz (Ed.) *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects* (pp. 234-25). New York: Kree Press
- Mosher, C., DuHamel, K., Egert, J. & Smith, M. (2010). Self-efficacy for coping with cancer in a multiethnic sample of breast cancer patients: Associations with barriers to pain management and distress. *Clin. Journal of Pain*, 26(3), 227-234. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181bed0e3
- New Jersey Department of Health (2013). *Office of Minority and Multicultural Health*. Recuperado de: http://www.nj.gov/health/omh/background_sp.shtml
- Nieto, J., Abad, M., Esteban, A. & Tejerina, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Nordin, K., Rissanen, R., Ahlgren, J., Burell, G., Fjallskog, M., Borjesson, S. & Arving, C. (2012). Design of the study: How can health care help female breast cancer patients reduce their stress symptoms? A randomized intervention study with stepped care. *BMC Cancer*, 12, 167
- O'Connor, M., Christensen, S., Jensen, A., Moller, S. & Zachariae, R. (2011). How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *Br J Cancer*, 1, (3), 419-426. doi: 10.1038/sj.bjc.6606073
- Olivares, M. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en psicología latinoamericana*, 22, 29-48

- Organización Mundial de la Salud OMS (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, 41, (10), 1403-1409.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2012). *Cáncer de mama: prevención y control*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2013). Tratamiento del cáncer. *Cáncer*. Recuperado de: <http://www.who.int/cancer/treatment/es/>
- Olde, E., Kleber, R., Van der Hart, O. & Pop, V. (2006). Childbirth and posttraumatic stress responses: A validation study of the Dutch Impact of Event Scale-Revised. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, (4), 259-267. doi: 10.1027/1015-5759.22.4.259
- Palmer, S., Kagee, A., Coyne, J. & DeMichele, A. (2004). Experience of trauma, distress and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 66, 258-264
- Paredes, M. (2003). *Calidad de vida y soporte social en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima
- Paredes, R. (2005). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal*. (Tesis Inédita de licenciatura). PUCP, Lima
- Pedrero, E. & Olivar, A. (2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. *Anales de Psicología*, 26, (2), 302-309
- Perales, V. (2008). *Calidad de vida en pacientes sobrevivientes con cáncer de seno*. Tesis para optar el título de especialista en enfermería oncológica, Universidad Javeriana, Colombia

- Pérez, S. (2008). *Sintomatología de estrés postraumático en pacientes con cáncer de mama e identificación de posibles factores de riesgo*. (Tesis de doctorado). Universitat de Valencia, España
- Pieterse, K., Dooren, S., Seynaeve, C., Bartels, C., Rijnsburger, A., Koning, H., Klijn, J., Elderen, T., Tibben, A. & Duivenvoorden, H. (2007). Passive coping and psychological distress in women adhering to regular breast cancer surveillance. *Psycho-Oncology*, 16, (9), 851–858. doi: 10.1002/pon.1135
- Plancherel, B., Bolognini, M. & Halfon, O. (1998). Coping Strategies in early and mid-adolescence: Differences according to age and gender in a community sample. *European Psychologist*, 3, (3), 192-201.
- Ransom, S., Jacobsen, P., Schmidt, J. & Andrykowski, M. (2005). Relationship of problem-focused coping strategies to changes in quality of life following treatment for early stage breast cancer. *J Pain Symptom Manage*, 30, (3), 243-253
- Rao, R., Nagendra, H., Raghuram, N., Vinay, C., Chandrashekara, S., Gopinath, K. & Srinath, S. (2008). Influence of yoga on mood states, distress, quality of life and immune outcomes in early stage breast cancer patients undergoing surgery. *Int. Journal of Yoga*, 1, (1), 11-20. doi:10.4103/0973-6131.36789
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish journal of psychology*, 9, (1), 86-93
- Remor, E., & Carrobbles, J. (2001). Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.
- Rojas, R. (1997). *Ansiedad, cólera y estilos de afrontamiento en portadores de VIH*. (Tesis inédita de maestría). PUCP, Lima.
- Romero, S. (2009). *Niveles de estrés percibido y estrategias de afrontamiento en pacientes con bulimia nerviosa*. (Tesis inédita de maestría). PUCP, Lima.

- Rincón, M., Pérez, M., Borda, M. & Martín, A. (2010). Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria. *Cirugía plástica ibero-latinoamericana*, 36, (4), 359-368.
- Rodríguez, M., Castro, M. & Merino, J. (2005). Calidad de vida en pacientes hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 11, (2), 47-57,
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C. & Koutri, I. (2007). Patterns of Coping, Flexibility in Coping and Psychological Distress in Women Diagnosed with Breast Cancer. *Cogn Ther Res*, 31, (1), 97–109. doi: 10.1007/s10608-006-9110-1
- Salas, G. (2009). *Calidad de vida y estilos de personalidad en pacientes con dolor crónico*. (Tesis inédita de licenciatura). PUCP, Lima
- Salazar, F. & Bernabé, E. (2012). The Spanish SF-36 in Peru: Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency. *Asia Pac Journal of Public Health*, 13. doi: 10.1177/1010539511432879
- Shelby, R., Golden-Kreutz, D. & Andersen, B. (2008). PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *J Trauma Stress*, 21, (2), 165-172
- Solano, C. (2012). *Relaciones entre el dolor por artritis reumatoide con el bienestar psicológico, afrontamiento y síntomas depresivos*. (Tesis inédita de maestría). PUCP, Lima.
- Shwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 2, 9-21
- Simon, H. & Zieve, D. (2008). Breast cancer. *Breast Cancer (A.D.A.M)*, 1-16
- Sluzki, C. (1998). Migration and the disruption of the social network. En McGoldrick, M. (Ed), *Re-Visioning Family Therapy: Race, Culture and Gender in Clinical Practice*. New York, Guilford Press.

- So, W., Leung, D., Ho, S., Lai, E., Sit, J. & Chan, C. (2013). Associations between social support, prevalent symptoms and health-related quality of life in Chinese women undergoing treatment for breast cancer: A cross-sectional study using structural equation modelling. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, (4), 442-448. doi: 10.1016/j.ejon.2012.11.001
- Stafford, L., Judd, F., Gibson, P., Komiti, A., Mann, G. & Quinn, M. (2013). Screening for depression and anxiety in women with breast and gynecologic cancer: course and prevalence of morbidity over months. *Psychooncology*, 22, (5). doi: 10.1002/pon.3253
- Stanley, G. & Glass, J. (1986). *Métodos Estadísticos*. México: Ed. Prentice Hall
- Sundin, E. & Horowitz, M. (2002). Impact of event scale: Psychometric properties. *British Journal of Psychiatry*, 180, 205-209.
- Suthahar, A., Gurpreet, K., Ambigga, D., Dhachayani, S., Fuad, I., Maniam, T., Osman, C. & Ainsah, O. (2008). Psychological Distress, Quality of Life and Coping in Cancer Patients: A Prospective Study. *Med J Malaysia*, 63, (5), 362-368
- Tarakeshwar, N.; Vanderwerker, L.; Paulk, E.; Pearce, M.; Kasl, S. & Prigerson, H. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med*, 9, (3): 646-57
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. 6ta ed. McGraw-Hill Interamericana, México
- Taylor, S. & Armor, D. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 873-898
- Theidon, K. (2004). *Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de reconciliación en el Perú*. Instituto de Estudios Peruanos, Perú.
- Thompson, S. & Collins, M. (1995). Applications of perceived control to cancer: An overview of theory and measurement. En Curbow, B. & Somerfield, M. (Ed.),

Psychosocial Resource Variables in Cancer Studies: Conceptual and Measurement Issues. New York: Haworth Press.

Thoresen, S., Tambs, K., Hussain, A., Heir, T., Johansen, V. & Bisson, J. (2010). Brief measure of posttraumatic stress reactions: Impact of event scale – 6. *Social Psychiatric Epidemiology*, 45, (3), 405-412

Thuné-Boyle, I., Stygall, J., Keshtgar, M., Davidson, T. & Newman, S. (2013). Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psychooncology*, 22, (3), 646-58. doi: 10.1002/pon.3048

Torres, J. (2011). *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis inédita de licenciatura). PUCP, Lima

Torrejón, C. (2011). *Ansiedad y afrontamiento en universitarios migrantes*. (Tesis inédita de licenciatura). PUCP, Lima

Trigoso, V. (2012). *Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos*. (Tesis inédita de maestría). PUCP, Lima

Urzúa, A. & Jarne, A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Interamerican Journal of Psychology*, 42, (1), 151-160

Van de Wiel, H., Geerts, E. & Hoekstra-Weebers, J. (2008). Explaining inconsistent results in cancer quality of life studies: the role of the stress–response system. *Psychooncology*, 17, 174-181. doi: 1002/pon.1214

Van Laarhoven, H., Schilderman, J., Bleijenberg, G., Donders, R., Vissers, K., Verhagen, C. & Prins, J. (2011). Coping, Quality of life, depression and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative end-of-life setting. *Cancer Nursing*, 34, (4), 302-314

- Vilaglut, G., Ferrera, M., Rajmilb, L., Rebolloc, P., Permanyer-Miraldad, G., Quintanae, J., Santeda, R., Valderasa, J., Riberad, A., Domingo-Salvanya, A. & Jordi Alonso (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19, (2), 135-150
- Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R., Vásquez, A., Contreras, F., et al. (2005a). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia Psicológica. Sociedad chilena de psicología clínica*, 23, (2), 65-74.
- Wagner, A., Gandek, B., Aaronson, N., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bullinger, M., Bjorner, J., Fukuhara, S., Kaasa, S., Leplège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S. & Ware, J. (1998). Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol.*, 51, (11), 925-932.
- Ware, J. (2004). SF-36 Health Survey update. Qualitymetric incorporated and Tufts University Medical School. En Maruish, M. (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*, 3, 693-718. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Ware, J. (1998). The factor structure of SF-36 Health Survey in 10 countries: Results from the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of Epidemiology*, 52, 1159-1165
- Ware, J. & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36) I. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Yamada, G. (2010). *Migración interna en el Perú*. Lima, Universidad del Pacífico
- Yang, H., Brothers, B. & Andersen, B. (2008). Stress and Quality of Life in Breast Cancer Recurrence: Moderation or Mediation of Coping? *Ann. Behav. Med*, 35, 188–197. doi: 10.1007/s12160-008-9016-0

Yeh, C., Okubo, Y., Winnie, P., Shea, M. Ou, D. & Pituc, S. (2008). Chinese immigrant high school, students, cultural interactions, acculturation, family obligations, language use, and social support. *Adolescence*, 43, (172), 775- 790.

Zaza, C., Sellick, S. & Hilier, L. (2005). Coping with cancer: what do patients do? *J Psychosoc Oncol*, 23, (1), 55-73





ANEXO A

Consentimiento informado

Buenos días/Buenas tardes, mi nombre es _____, soy psicóloga egresada de la PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL PERU. Actualmente me encuentro haciendo una investigación que consiste en conocer las preocupaciones y el modo en cómo se enfrentan a éstas preocupaciones las mujeres que por primera vez reciben el diagnóstico de cáncer, específicamente, cáncer de mama.

Deseo conocer de qué manera viven ésta experiencia las mujeres que han recibido este diagnóstico, hace 3 a 6 meses atrás, por ello quisiera reunirme con Ud., por aproximadamente una hora, para que responda algunas preguntas. El propósito de esta reunión es comprender la situación por la que está pasando y, luego de ello, poder darle un espacio de consejería en el que se le dará la orientación que necesite.

Todo lo que me diga será en absoluto secreto y de forma anónima, por lo que no le pediré su nombre, y los resultados serán utilizados únicamente para fines de estudio.

Tiene el derecho y la posibilidad de detener la evaluación en cualquier momento si no desea continuar, o puede pedirme que pasemos a otra pregunta si prefiere no contestar alguna. Al respecto, no existen respuestas correctas ni incorrectas, por lo que siéntase en total libertad para escoger la que más la identifique.

Podría resultar difícil hablar de algunos de temas, pero muchas mujeres han sentido que les sirvió o fue útil tener la oportunidad de hacerlo. Su participación es completamente voluntaria, pero conocer sus experiencias puede ser de mucha ayuda para otras mujeres.

¿Tiene alguna pregunta?

LA PARTICIPANTE ACEPTA SER ENTREVISTADA:

SI Verificar criterios de exclusión en la ficha de datos

NO Agradecer a la participante por su tiempo y terminar

PARA SER COMPLETADO POR EL ENTREVISTADOR:

Declaro que he leído el consentimiento informado descrito previamente a la participante

Firma: _____ Fecha: _____

ANEXO B

Ficha de datos

Fecha: _____ Hora: _____ Evaluadora: _____

Lugar en el que se encuentra el paciente durante la evaluación:

Quimioterapia Hospitalización Consulta externa
 Otros _____

EVALUACIÓN COGNITIVA

<i>Orientación en tiempo</i>	<i>Orientación en espacio</i>
¿Qué día es hoy? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Dónde estamos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Qué año estamos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad	Estado Civil	Ocupación	Grado de instrucción
Migración SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Personas con la que vive	Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a(s) <input type="checkbox"/> Hermano/a(s) <input type="checkbox"/>	
Provincia de origen: _____	Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Especificar: _____	
Tiempo en Lima: _____			
Lengua materna	Lee <input type="checkbox"/> Escribe <input type="checkbox"/>	Religión	Cuidador principal

DATOS CLÍNICOS

- ¿Primera vez que tiene diagnóstico de cáncer? SI NO
- Tiempo desde el diagnóstico: _____ (en meses)
- Estadio de enfermedad I II III
- ¿Se ha sometido a una mastectomía total o parcial? Especificar _____
- Tipo de tratamiento: Quimioterapia Radioterapia Hormonal
- Presencia de metástasis: SI NO
- Presencia de otro diagnóstico clínico: SI NO
Especificar: _____
- ¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico o psicológico luego de recibido el diagnóstico? SI NO
Especificar (duración y tipo): _____

ANEXO C

Tabla de las características de la muestra

Características de la muestra

Variable		<i>f</i>	%
<i>Lugar de evaluación</i>	Quimioterapia	12	22.6
	Hospitalización	41	77.4
<i>Grupos de edad</i>	30 a 39	8	15.1
	40 a 49	29	54.7
	53 a 59	10	18.9
	60 a 69	6	11.3
<i>Estado Civil</i>	Soltera o viuda	16	30.2
	Casada o conviviente	26	49.1
	Divorciada o separada	11	20.8
<i>Ocupación</i>	Económicamente activa	15	28.3
	Ama de casa	36	67.9
	Jubilado/a	2	3.8
<i>Grado de instrucción</i>	Primaria completa	8	15.1
	Secundaria incompleta	6	11.3
	Secundaria completa	20	37.7
	Superior incompleta	2	3.8
	Superior completa	17	32.1
<i>Migración</i>	Sí	29	54.7
	No	24	45.3
<i>Provincia de origen</i>	Lima	17	32.1
	Provincia	36	67.9
<i>Personas con las que vive</i>	Familia Nuclear	38	71.7
	Familia nuclear extendida	3	5.7
	FamN + FamNE	11	20.8
	Otros	1	1.9
<i>Religión</i>	Católica	42	79.2
	Otros cristianos	11	20.8

<i>Cuidador Primario</i>	Familia nuclear	30	56.6
	Familia extendida	14	26.4
	Uno mismo	5	9.4
	FamN + FamNE	2	3.8
	Otros	2	3.8
<i>Tiempo de diagnóstico en meses</i>	3 a 6	30	56.6
	7 a 9	11	20.8
	10 a 12	12	22.6
<i>Estadio de enfermedad</i>	Estadio I	6	11.3
	Estadio II	33	62.3
	Estadio III	14	26.4
<i>Tipo de intervención</i>	Total	48	90.6
	Parcial	5	9.4
<i>Tipo de tratamiento</i>	Quimioterapia	23	43.4
	Radioterapia	2	3.8
	Qt + Rt	7	13.2
	Ninguno	21	39.6
<i>Otro diagnóstico</i>	Sí	8	15.1
	No	45	84.9
<i>Tto psiquiátrico o psicológico</i>	Sí	5	9.4
	No	48	90.6

N=53

ANEXO D

Tabla de porcentajes por quintiles de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud
Porcentajes por quintiles - CVRS

	Muy baja	Baja	Promedio	Alta	Muy alta
Función física	11.30	11.40	22.60	39.50	15.20
Rol físico	39.60	20.80	17.00	9.40	13.20
Dolor corporal	0.00	11.30	24.60	20.70	43.40
Salud general	0.00	15.10	24.50	39.70	20.70
Vitalidad	3.80	1.90	33.90	30.20	30.20
Función social	0.00	13.20	20.80	35.80	30.20
Rol emocional	17.00	20.80	0.00	11.30	50.90
Salud mental	1.90	11.40	19.00	46.90	20.80
Componente físico	0.00	15.10	43.10	32.30	9.50
Componente mental	0.00	11.30	22.80	35.50	30.40

N=53

ANEXO E

Correlaciones entre el afrontamiento y los indicadores de estrés (traumático y percibido)

Relación entre afrontamiento y estrés traumático

	Estrés traumático				Desorden del sueño
	Puntaje global	Intrusión	Evitación	Hiperactivación	
Orientado al problema	.32*			.27*	
Orientado a la emoción	.29*			.29*	
Afrontamiento por evitación					.37**
Activo			.28*		
Planificación	.34*		.34*	.27*	
Supresión	.44**	.39**	.29*	.41**	.29*
Soporte social emocional	.31*	.29*		.36**	
Reinterpretación		-.27*			
Acudir a la religión	.32*		.33*		
Enfocar y liberar emociones	.49**	.52**		.53**	.43**
Negación			.30*		
Desentendimiento mental	.31*		.28*		.37**
Desentendimiento conductual	.39**	.53**		.41**	.43**

N=53, *p<0.05, **p<0.01

Relación entre afrontamiento y estrés percibido

	Estrés percibido		
	Puntaje global	Expresión del estrés	Control del estrés
Activo	-.27*		
Reinterpretación	-.38**	-.36**	-.28*
Enfocar y liberar emociones	.43**		.44**
Humor		-.29*	
Desentendimiento conductual	.46**	.36**	.39**
Uso de sustancias	.27*		

N=53, *p<0.05, **p<0.01