

Factores sociodemográficos, médico-clínicos y psicológicos que explican la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama

Marlen Raquel Simancas Fernández, ✉ marasifer@hotmail.com

Tesis Doctoral presentada para optar al título de Doctor en Psicología

Asesor: Carla María Zapata Rueda, Doctor (PhD) en Psicología con Énfasis en Neurociencias
Cognitiva Aplicada

Co-Asesor: Gonzalo Daniel Galván Patrignani, Doctor (PhD) en Psicología



Universidad de San Buenaventura Colombia

Facultad de Psicología

Doctorado en Psicología

Medellín, Colombia

2019

Citar/How to cite (Simancas Fernández, 2019)

Referencia/Reference Simancas Fernández, M. (2019). *Factores sociodemográficos, médico-clínicos y psicológicos que explican la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama*. (Tesis Doctorado en Psicología). Universidad de San Buenaventura Colombia, Facultad de Psicología, Medellín.

 creative commons



Doctorado en Psicología, Cohorte II.

Grupo de Investigación Salud Comportamental y Organizacional

Línea de investigación en Psicología de la Salud

Bibliotecas Universidad de San Buenaventura consecuencia



Biblioteca Digital (Repositorio)
<http://bibliotecadigital.usb.edu.co>

- Biblioteca Fray Alberto Montealegre OFM - Bogotá.
- Biblioteca Fray Arturo Calle Restrepo OFM - Medellín, Bello, Armenia, Ibagué.
- Departamento de Biblioteca - Cali.
- Biblioteca Central Fray Antonio de Marchena – Cartagena.

Universidad de San Buenaventura Colombia

Universidad de San Buenaventura Colombia - <http://www.usb.edu.co/>

Bogotá - <http://www.usbbog.edu.co>

Medellín - <http://www.usbmed.edu.co>

Cali - <http://www.usbcali.edu.co>

Cartagena - <http://www.usbctg.edu.co>

Editorial Bonaventuriana - <http://www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co/>

Revistas - <http://revistas.usb.edu.co/>

Dedicatoria

Dedico esta tesis a todos aquellos que de forma directa e indirecta me apoyaron para la consecución de este objetivo, en especial a mi hijo Alvaro Mazzeo quien en ocasiones tuvo que crecer en mi ausencia. Gracias a mi madre y esposo por estar allí para él cuando más me necesitó. Gracias por su comprensión y por la fortaleza que me dieron cuando en algunos momentos quise renunciar a mis anhelos personales.

Dedico este trabajo a mis directores de tesis, quienes trabajaron junto a mí y me brindaron sus conocimientos, tiempo y dedicación, confiando en que haría mi mejor esfuerzo y de esta manera no defraudar los suyos.

A mi familia y amigos por incentivar me día a día y reconocer en muchas ocasiones aptitudes que podrían hacer de este trabajo un logro alcanzado y satisfactorio.

A mis estudiantes de semillero de investigación, quienes me acompañaron siempre en cada uno de los pasos dados esperando solo aprender cada día un poco más.

Gracias a todos

Hacemos constar que el trabajo titulado “Factores sociodemográficos, clínicos y psicológicos que explican la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama”, que presenta la doctoranda **Marlen Raquel Simancas Fernández** para la obtención del título de Doctor en Psicología en la Universidad de San Buenaventura seccional Medellín, ha sido realizado bajo nuestra dirección y que cumple con los requisitos para poder optar al título de Doctor.

Medellín, 12 de Julio de 2019



Carla María Zapata Rueda
Director



Gonzalo Daniel Galván Patrignani
Co-Director

Tabla de contenido

Resumen	10
Abstract	11
1 Introducción	12
2 Justificación.....	14
3 Planteamiento del problema.....	16
3.1 Pregunta de investigación	18
3.2 Antecedentes	18
3.2.1 Reacciones emocionales frente al cáncer de mama.	18
3.2.2 Variables psicológicas que impactan la adaptación a la enfermedad en cáncer de mama. 19	
3.2.2.1 Estrategias de afrontamiento.	19
3.2.2.2 Apoyo social.....	21
3.2.2.3 Resiliencia.	21
3.2.2.4 Optimismo disposicional.	22
4 Marco teórico	23
4.1 Cáncer de mama.....	23
4.2 Adaptación a la enfermedad.....	27
4.3 Variables psicológicas que impactan la adaptación a la enfermedad	29
4.3.1 Afrontamiento.	29
4.3.2 Apoyo social.....	31
4.3.3 Resiliencia.....	34
4.3.4 Optimismo disposicional.	37
5 Objetivos	41
5.1 General	41

5.2 Específicos	41
6 Hipótesis.....	42
6.1 Hipótesis de trabajo.....	42
6.1.1 Hipótesis nula.....	42
6.1.2 Hipótesis alterna.....	42
7 Metodología	43
7.1 Tipo de estudio.....	43
7.1.1 Consideraciones éticas del estudio.....	43
7.2 Participantes	43
7.2.1 Técnica de muestreo.	44
7.2.2 Criterios de inclusión.	44
7.2.3 Criterios de exclusión.	44
7.3 Variables	44
7.4 Instrumentos.....	49
7.4.1 Cuestionario ad hoc de datos sociodemográficos y médico clínicos (VI).....	50
7.4.2 Adaptación a la enfermedad (VD).....	50
7.4.3 Estrategias de afrontamiento (VI).....	50
7.4.4 Apoyo social (VD).....	51
7.4.5 Resiliencia (VD).....	52
7.4.6 Optimismo disposicional (VD).....	52
7.4.7 Ansiedad y depresión (VD).....	53
7.5 Procedimiento	53
7.6 Análisis de los datos.....	54
8 Resultados	58
8.1 Análisis descriptivo.....	58

8.1.1 Características sociodemográficas de la muestra (VI).....	58
8.1.2 Características medico-clínicas de la muestra (VI).	59
8.1.3 Características psicológicas de la muestra.	60
8.1.3.1 Descripción de la adaptación a la enfermedad (VD).	60
8.1.3.2 Descripción de las estrategias de afrontamiento (VI).....	60
8.1.3.3 Descripción de las dimensiones de apoyo social (VD).....	61
8.1.3.4 Descripción de factores y características de la resiliencia (VD).....	61
8.1.3.5 Descripción de optimismo-pesimismo (VI).....	62
8.1.3.6 Descripción de ansiedad y depresión (VI).	63
8.2 Adaptación en función de las variables sociodemográficas.....	63
8.3 Adaptación en función de las variables médico-clínicas	65
8.4 Adaptación en función de las variables psicológicas.....	65
8.4.1 Relación entre adaptación a la enfermedad y estrategias de afrontamiento.	65
8.4.2 Relación entre adaptación a la enfermedad y dimensiones de apoyo social.....	68
8.4.3 Relación entre adaptación a la enfermedad y resiliencia.	68
8.4.4 Relación entre adaptación a la enfermedad y optimismo-pesimismo.....	70
8.4.5 Relación entre adaptación a la enfermedad y reacciones emocionales de ansiedad y depresión.	70
8.5 Modelo explicativo de la adaptación a la enfermedad en cáncer de mama	71
8.5.1 Estimación de los coeficientes de las VI incluidas en el modelo.	71
8.5.2 Estimación de bondad de ajuste del modelo de adaptación a la enfermedad.	74
9 Discusión.....	76
10 Conclusiones	81
11 Limitaciones y prospectivas	82
11.1 Limitaciones.....	82

11.2 Líneas futuras de investigación	82
12 Referencias	84
13 Anexos.....	108

Lista de tablas

Tabla 1. Sistema TNM para la estadificación del cáncer de mama.....	24
Tabla 2. Instrumentos y métodos para evaluar el afrontamiento	31
Tabla 3. Instrumentos y métodos para evaluar el apoyo social	33
Tabla 4. Instrumentos y métodos para evaluar la resiliencia	37
Tabla 5. Instrumentos y métodos para evaluar el optimismo disposicional	40
Tabla 6. Variables independientes y dependiente del estudio.....	45
Tabla 7. Operacionalización de las variables sociodemográficas (VI).....	46
Tabla 8. Operacionalización de las variables médico-clínicas (VI).....	47
Tabla 9. Operacionalización de las variables psicológicas (VI).....	48
Tabla 10. Características sociodemográficas de la muestra	58
Tabla 11. Características médico-clínicas de la muestra	59
Tabla 12. Descripción de las estrategias de afrontamiento en la muestra	60
Tabla 13. Descripción del apoyo social en la muestra	61
Tabla 14. Descripción de la resiliencia en la muestra.....	62
Tabla 15. Descripción del optimismo disposicional en la muestra	62
Tabla 16. Descripción de respuestas emocionales en la muestra.....	63
Tabla 17. Adaptación a la enfermedad en función de las variables sociodemográficas	64
Tabla 18. Adaptación a la enfermedad en función a la edad	64
Tabla 19. Adaptación a la enfermedad en función del número de hijos.....	65
Tabla 20. Adaptación a la enfermedad en función de las variables médico-clínicas.....	65
Tabla 21. Adaptación a la enfermedad en función de las estrategias de afrontamiento.....	67
Tabla 22. Adaptación a la enfermedad en función de las dimensiones de apoyo social.....	68
Tabla 23. Adaptación a la enfermedad en función de la resiliencia.....	69
Tabla 24. Adaptación a la enfermedad en función del optimismo-pesimismo.....	70
Tabla 25. Adaptación a la enfermedad en función de las reacciones emocionales.....	71
Tabla 26. Coeficientes de las variables incluidas en el modelo de adaptación a la enfermedad...	73
Tabla 27. Regresión lineal múltiple para la explicación de la adaptación a la enfermedad en cáncer de mama.....	75

Resumen

El cáncer de mama es reconocido como un problema de salud, que causa impacto en la vida de las personas que la padece. Este estudio buscó discriminar variables sociodemográficas, médico-clínicas y psicológicas que explican la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama. Tipo de estudio correlacional-explicativo de corte transversal, desarrollado con una muestra constituida por 116 participantes. Fueron aplicados el cuestionario ad hoc de datos sociodemográficos y médico-clínicos, Quality of life de Font, para la obtención de la medida secundaria del Índice de Adaptación a la Enfermedad, Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), Cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS), Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, Life Orientation Test- Revised (LOT-R) y Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Los resultados indica que la procedencia, edad, búsqueda de apoyo social, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, autonomía, ansiedad y depresión, están relacionadas con la adaptación a la enfermedad ($p < .05$). El modelo explicativo de regresión indicó que la sumatoria de variables sociodemográficas, medico-clínicas y psicológicas tiene la capacidad de explicar un 62.4% de la varianza en la adaptación a la enfermedad en la muestra. Los hallazgos encontrados respecto a variables respecto la edad y procedencia resultan ser contradictorios a otros estudios probablemente relacionados con características culturales y sociopolíticas de la muestra. El desarrollo de estrategias de afrontamiento se relaciona con la capacidad de adaptarse a la enfermedad, disminución en los niveles de ansiedad y depresión relacionados con la enfermedad como situación adversa.

Palabras clave: Adaptación a la enfermedad, Afrontamiento, Apoyo social, Resiliencia, Optimismo.

Abstract

Breast cancer is recognized as a health problem, which causes an impact on the lives of people who suffer from it. This study sought to discriminate socio-demographic, medical-clinics and psychological variables that explain the adaptation to the disease in women with breast cancer.

Descriptive-explanatory type of cross-sectional study, Data were recollected from 116 participants with breast cancer. The instruments for gathering data were ad hoc demographic and medical-clinics questionnaire data, Quality of Life by Font, was applied to obtain the secondary measure of the disease adaptation index, Coping Strategies Scale Revised (CSS-R), Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS), Resilience Scale of Wagnild and Young, Life orientation Test-Revised (LOT-R) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). The results showed significant difference among patients by provenance, age, seeking social support, emotional avoidance coping, seeking professional support, autonomy, anxiety and depression, were the only ones related to the adaptation to the disease ($p < .05$). The explanatory model of regression indicated that the summation of socio-demographic variables, medical-clinics and psychological has the capacity to explain a 62.4% of the variance in adaptation illness in the sample. The findings found with respect to variables regarding age and provenance are contradictory to other studies probably related to cultural and sociopolitical characteristics of the sample. The development of coping strategies is related to the ability to adapt to the disease, decreased levels of anxiety and depression related to the disease as an adverse situation.

Keywords: Adaptation illness, Coping, Social support, Resilience, Optimism.

1 Introducción

El cáncer de mama ha sido definido como un problema de salud pública que tiene prioridad en las investigaciones biomédicas debido al elevado aumento en la incidencia (21.49%) y tasa de mortalidad de la enfermedad (10.9%) (Anastasiadi, Lianos, Ignatiadou, Harissis y Mitsi, 2017; International Agency for Research on Cancer, 2019).

Estudios sobre el cáncer señalan que este puede desencadenar reacciones psicológicas relacionadas con malestar emocional, depresión, ansiedad, estrés postraumático, entre otros trastornos mentales, los cuales tienen su origen en ideas de muerte y finitud, así como cambios en los hábitos de vida de los pacientes (Moreno Acosta, Krikorian y Palacio, 2015; Palacios-Espinosa y Zani, 2014). De manera particular, el cáncer de mama ha sido asociado al desajuste psicológico y emocional de los pacientes que surge como resultado de situaciones derivadas del tratamiento (pérdida del cabello y/o pérdida del seno), miedo a lo desconocido e incertidumbre por la pérdida del control y la salud (Becerra, Reynoso, García y Ramírez, 2016; Kim, Cho y Yoo, 2016; Borstelmann et al., 2015).

La experiencia del cáncer de mama puede ser vivida por los pacientes desde dos perspectivas, ya sea como trauma u oportunidad. Estas dos visiones son explicadas desde dos modelos principales: la primera, desde los modelos patogénicos que hacen hincapié en debilidades que potencian el desarrollo de trastornos psicopatológicos frente a la experiencia estresante; y la segunda, por los modelos salutogénicos orientados a las capacidades, recursos, fortalezas y virtudes de la persona para resistir o reestablecerse ante la adversidad (Becker, Glascoff, Felts y Kent, 2015; Guil et al., 2016).

Para explicar qué variables predicen la adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama se han desarrollado estudios que han analizado variables sociodemográficas, médico-clínicas y psicológicas (Ceballos Ospino, Echeverri Arias, y Jiménez Villamizar, 2014; Kvillemo y Brånström, 2014; Postolica, Iorga, Petrario, y Azoicai, 2017; Tojal y Costa, 2015). La literatura revisada reporta como las características sociodemográficas más comunes en pacientes con cáncer de mama: ser de países con poco desarrollo, ser habitantes de zonas rurales, tener ingresos bajos, ser mayores de 50 años y vivir en pareja (Amaboldi et al., 2016; Bigby y Holmes, 2005; Kanul, Wong, Arreola-Ornelas y Méndez, 2011; Sat-Muñoz et al., 2011).

En cuanto a las variables médico-clínicas, los estudios indican como las más frecuentes: el estadio II y III, quimioterapia y cirugía, antecedente personal y familiar de diagnóstico de cáncer de mama, expresión de los genes BRCA1 o BRCA2, presencia del receptor HER2 (American Society of Clinical Oncology (ASCO), 2019; Berhili et al., 2016; Park, Chun, Jung y Bae, 2017; Martín, Herrero y Echavarría, 2015).

Para finalizar, en los estudios sobre variables psicológicas asociadas al cáncer de mama la atención se dirigió a aspectos como el estrés psicológico y emocional, ansiedad, depresión, bienestar psicológico y emocional, calidad de vida, estrategias de afrontamiento, resiliencia, optimismo, apoyo social, ajuste psicológico, espiritualidad, toma de decisiones, entre otros (Conley, Bishop y Andersen, 2016; Dumrongpanapakorn y Liamputtong, 2015; Duprez et al., 2017; Kolokotroni, Anagnostopoulos y Hantzi, 2018; Martínez Arroyo, Andreu Vaíllo, Martínez López y Galdón Garrido, 2018; Svensson et al., 2016; Tordecilla, Martín y Rivas, 2016).

Frente a los estudios revisados no fue identificado el rol o peso explicativo de las variables respecto a la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama, ni de forma individual ni en conjunto, siendo este el punto de partida para el establecimiento de los objetivos de la presente investigación.

2 Justificación

El cáncer de mama (CaM) es un problema de salud pública estimado por su aumento progresivo en los datos de incidencia, prevalencia y mortalidad. El efecto del CaM en la vida de los pacientes puede trascender a sus diferentes áreas de ajuste (físico, psicológico, emocional, espiritual, familiar, social, escolar, laboral y económico) causando malestar emocional y trastornos mentales que afectan el proceso de adaptación a la enfermedad, al ser vivenciado el cáncer como una experiencia traumática (Drageset, Lindstrøm, Giske y Under, 2011; Williams y Jeanetta, 2016; Becerra, Reynoso, García y Ramírez, 2016; Borstelmann et al., 2015; Kim, Cho y Yoo, 2016). Experiencia que desde la perspectiva de Cruzado (2010) está presente en todas las fases del proceso de atención en salud y son producto de la sintomatología de la enfermedad y efectos secundarios de sus tratamientos (quimioterapia, radioterapia, mastectomía, terapia hormonal), que impactan la calidad de vida de los pacientes y sus familias (Lostau nau, Torrejón y Cassaretto 2017; Mohar, Bargalló, Ramírez, Lara y Beltrán-Ortega, 2009).

Algunos de los efectos físicos, psicológicos y emociones comunes en el proceso salud enfermedad en pacientes con cáncer de mama son la ansiedad, el miedo a la muerte y al abandono, tristeza, irritabilidad, impotencia, vergüenza, desesperanza, depresión, pérdida del control, fatiga, astenia, dolor, problemas de imagen corporal, baja autoestima, pérdida del apetito sexual y problemas de sueño (Campbell-Enns y Woodgate, 2015; Hernández et al, 2012; Lebel, Beattie, Arès y Bielajew, 2013; Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009; Vinaccia, Quinceno, Zapata, Obesso y Quintero, 2006).

A sabiendas de los efectos en la salud física y mental que el cáncer de mama desencadena, la investigación se ha focalizado en el análisis de factores de riesgo asociados a los procesos cognitivos, biológicos, contextuales, psicológicos y emocionales que conducen a una (Fuentes y Blasco, 2012; Miller y Massie, 2006; Massie, 2004). Desde este escenario, el panorama actual hace necesario hacer énfasis en el estudio de factores de riesgo y protectores que le permitan explicar cuáles son necesarios de intervenir para obtener mejores pronósticos en la intervención psicológica asociada a la adaptación a la enfermedad.

La presente investigación en consonancia con lo antes mencionado, pretende evaluar la adaptación a la enfermedad por medio del análisis de las variables sociodemográficas, medico-

clínicas y psicológicas en una muestra específica de mujeres con cáncer de mama, con la finalidad de, a futuro, proponer estudios de intervención orientados a la promoción de cambios favorables para la vida frente a situaciones de adversidad (Brandão, Schulz y Matos, 2016). Cumpliendo de esta forma con el propósito del Plan decenal para el control del cáncer en Colombia (2012 – 2021) del Estado colombiano de aportar pautas para movilizar acciones que permitan el control de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen (Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE, 2012).

Los estudios antecedentes, muestran con claridad factores de riesgo y protección que se asocian con el uso de estrategias de afrontamiento que permiten una mejor adaptación a la enfermedad, pero aún no se tiene claridad sobre: a) la combinación de factores sociodemográficos, médico clínicos y psicológicos que predicen la adaptación a la enfermedad en mujeres con CaM del departamento de Córdoba y sus alrededores próximos; b) identificación de los factores con mayor capacidad predictiva, c) especificación de las variables a ser tenidas en cuenta para la formulación de rutas de intervención que podrían tener importantes consecuencias para la salud de las pacientes.

Teniendo en cuenta las motivaciones de este estudio, desde lo teórico se pretende:

Aportar conocimientos relacionados con la confirmación del origen multicausal del proceso de adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama, intrincado en la variedad de aspectos sociodemográficos, medico-clínicos y psicológicos que la integran.

Desde el propósito pragmático esta investigación permitirá a futuro diseñar rutas de intervención médica y psicológica que conduzcan a mejoras en la salud de los pacientes, en relación al malestar y la adaptación a la enfermedad.

3 Planteamiento del problema

El cáncer es una enfermedad no transmisible (ENT) y crónica de origen multifactorial, constituida como la segunda causa de muerte del mundo en el año 2015, debido a los 8.8 millones de personas que fallecieron por esta causa (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018; OMS, 2018a). La International Agency for Research on Cancer (2019) basada en datos del Global Cancer Observatory 2018 informó que los cánceres con mayor incidencia fueron: pulmón (21.5%), mama (21.49%), colorrectal (19%), próstata (13.1%) y estómago (10.6%). La mayor tasa de prevalencia a cinco años fue para el cáncer de mama (30.2%), continuado en cáncer colorrectal (21%), de próstata (16.4%), pulmón (9.4%) y tiroides (8.8%). La tasa de mortalidad más elevada se presentó para el cáncer de pulmón (30.5%), colorrectal (15.3%), estómago (13.6%), hígado (13.5%) y de mama (10.9%).

En el año 2018 el cáncer de mama presentó las mayores tasas de incidencia en los continentes de Asia (43.6%), Europa (25%) y Norte América (12.6%); tasas de mortalidad en Asia (49.6%), Europa (22%) y África (11.8%); y tasas de prevalencia en Asia (38.2%), Europa (29.9%) y Norte América (16%). Los países de América Latina y del Caribe mantuvieron el cuarto lugar con una incidencia de 199.734 casos (9.6%), mortalidad de 52.558 casos (8.4%) y prevalencia a cinco años de 624.902 casos (9.1%) (The Global Cancer Observatory, 2019).

En el año 2015 el CaM fue considerado a nivel mundial el quinto caso más típico de neoplasia maligna, con una incidencia de 1.790.861 y una mortalidad de 560.407 casos, para el año 2035 se estimó un aumento del 69.16% en la incidencia (con 2.589.299 casos) y un 66.19% en la mortalidad (con 846.589 casos) (International Agency for Research on Cancer, 2019).

En Colombia durante el año 2015 se presentaron 79.600 nuevos casos de cáncer con una mayor incidencia en mujeres mayores de 65 años. El CaM fue el cáncer femenino que ocupó el primer lugar por mortalidad en el país, siendo las regiones más afectadas la Andina, Caribe y Orinoquía, los departamentos con mayor aumento en la tasa de mortalidad fueron Cesar, Córdoba y Arauca. Las capitales más urbanizadas del país fueron las que presentaron mayor incidencia debido a la exposición a factores de riesgo como: dieta alta en grasas y baja en fibras, obesidad, tabaquismo, primer embarazo a una edad tardía, poca práctica de la lactancia materna, baja paridad y uso de anticonceptivos orales (Instituto Nacional de Cancerología ESE, 2017); el ser de raza

negra en Colombia es un factor de riesgo para la incidencia, mortalidad y supervivencia del CaM (Instituto Nacional de Cancerología ESE e Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2017).

Coleman et al. (2008) y Sánchez, Niño y Estupiñan (2016) manifestaron que el cáncer de mama es uno de los cánceres con mejor pronóstico, pero su índice de mortalidad es alto, en particular en los países poco desarrollados donde el índice de supervivencia es menor a un 40%.

Desde el punto de vista de la salud mental, los efectos asociados a la enfermedad y sus tratamientos, así como su mortalidad, hacen que sea percibido subjetivamente como una situación estresante y/o traumática que conduce a trastornos mentales y malestar emocional (Becerra, Reynoso, García y Ramírez, 2016; Dortch, 2013; Instituto Nacional de Cancerología, 2013; Palacios-Espinosa y Zani, 2014) productos del miedo a lo desconocido y la pérdida del control de la propia salud, afectando la calidad de vida propia y de la familia, proceso de adaptación y ajuste a la enfermedad (Amir et al., 2012; Borstelmann et al., 2015; Correa y Salazar, 2007; Drageset, Lindstrøm, Giske y Under, 2011; Kim, Cho y Yoo, 2016; Williams y Jeanetta, 2016).

El malestar psicológico causado por la pérdida de la salud y los cambios en el estilo de vida generados por la enfermedad pueden desencadenar trastornos como la ansiedad y depresión (Fischer y Wedel, 2012; Moreno Acosta, Krikorian y Palacio, 2015; Vin-Raviv, Akinyemiju, Gale y Bovbjerg, 2015; Conley, Bishop y Andersen, 2016), además de desajustes en los procesos cognitivos, biológicos, contextuales, emocionales y psicológicos de los pacientes (Fuentes y Blasco, 2012; Massie, 2004).

Según Cruzado (2010) el estrés en pacientes con cáncer está presente en todas las fases del proceso de atención en salud, provocando respuestas emocionales adversas y evitativas. Las emociones negativas que frecuentemente expresan los pacientes son: ansiedad, miedo ante la muerte, tristeza, irritabilidad, sentimientos de impotencia, desesperanza, depresión, pérdida del control, entre otras (Correa y Salazar, 2007; Drageset, Lindstrøm, Giske y Under, 2011; Hernández et al., 2012; Lebel, Beattie, Arès y Bielajew, 2013; Campbell-Enns y Woodgate, 2015).

Las líneas de investigación más prometedoras relacionadas con el cáncer se centran en tres aspectos diferentes. Por un lado, el papel causal de afectos negativos y positivos en el proceso de inicio y/o mantenimiento de la proliferación celular incontrolada del cáncer; segundo, estrategias de afrontamiento eficaces, estilos de respuesta y factores de personalidad (ej. optimismo); por último, el despliegue de emociones y aprendizajes de algún modo positivos frente a la enfermedad (crecimiento postraumático) (Groarke, Curtis, Groarke y Hogan, 2016).

El presente estudio centraría su atención en indagar en los aspectos relacionados de la segunda y tercera línea de investigación propuestas por Groarke, Curtis, Groarke y Hogan (2016), y de esta forma dar cumplimiento a los propósitos que la justifican, para lo cual se establece la pregunta formulada en el siguiente aparte.

3.1 Pregunta de investigación

La continua indagación sobre factores que favorecen la salud física y mental en pacientes oncológicos, condujo a la formulación de la pregunta de estudio:

¿Qué variables sociodemográficas, médico-clínicas y psicológicas explican la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama?

3.2 Antecedentes

Algunos autores han centrado su atención en estudios basados en las consecuencias psicológicas y emocionales negativas frente al cáncer con el fin de describir, relacionar y explicar fenómenos como el distrés emocional o psicológico, la depresión, ansiedad, estrés postraumático entre otros y asociarlos a variables sociodemográficas, médicas, psicológicas, emocionales y sociales del paciente.

3.2.1 Reacciones emocionales frente al cáncer de mama.

Como se indicó en apartados anteriores el cáncer de mama se relaciona con reacciones emocionales negativas que conducen a distrés o desajuste emocional y psicológico y por consecuencia a la desadaptación a la enfermedad (Cvetković y Nenadović, 2016).

Algunos estudios acerca del tema han sido desarrollados en los últimos 5 años. Por ejemplo Duprez et al. (2017), Mattsson, Gustaf Olsson, Carlsson, Beda y Johansson (2019), Moreno Acosta, Krikorian y Palacio (2015) observaron que puntuaciones altas en depresión y ansiedad se asociaban a dificultades para compartir con la familia, aprensión sobre el futuro, menor competencia percibida, decremento en la salud y calidad de vida.

Martínez Arroyo, Andreu Vaíllo, Martínez López y Galdón Garrido (2018) identificaron que a mayor distrés emocional hay un aumento en la insatisfacción de las necesidades en las pacientes; Park, Chun, Jung y Bae (2017) y Berhili et al. (2016) precisaron que el aumento de la edad, depresión, ansiedad, dolor, dificultades emocionales y financieras, así como la falta de apoyo familiar eran consistentes con altos niveles de distrés; Marroquín, Czamanski-Cohen, Weihs y Stanton (2016), Tejada et al. (2017) y Tojal y Costa (2015) hallaron que factores como niveles bajos de educación, fases avanzadas del diagnóstico, convivir en pareja, altos niveles de desesperanza e impotencia, preocupación ansiosa y evitación cognitiva, aumento de la expresión de emociones positivas, negativas y el apoyo social explicaban la presencia de depresión.

Otros estudios como los de Casellas-Grau, Ochoa y Ruini (2017) especificaron que síntomas de depresión y ansiedad decremantan la posibilidad del crecimiento postraumático y adaptación a la enfermedad; Lu et al. (2017) evidenciaron que el aumento en la ambivalencia en la expresión de emociones se relacionaba con una alta presencia de pensamientos intrusivos sobre el cáncer y síntomas de estrés postraumático. Amaboldi et al. (2016) identificaron que los problemas físicos y emocionales son factores predictores del distrés; Conley, Bishop y Andersen (2016) indicaron que las experiencias emocionales más frecuentes eran la tensión y la depresión.

Respecto a las variables psicológicas del estudio son muchas las investigaciones en las que se evidencian relaciones parciales entre estas, hasta el momento no se ha desarrollado un modelo explicativo que integre las variables sociodemográficas, medico-clínicas y psicológicas que fundamentan este estudio. A continuación, se presentan antecedentes que contemplan variables psicológicas que se relacionan o explican la adaptación a la enfermedad.

3.2.2 Variables psicológicas que impactan la adaptación a la enfermedad en cáncer de mama.

3.2.2.1 Estrategias de afrontamiento.

Montiel Castillo, Alvarez Reyes y Guerra Morales (2016), Moreno Martín, Gutiérrez Iglesia y Zayas García (2017) describieron que las estrategias de afrontamiento (EA) más utilizadas por pacientes con cáncer de mama se centraban en las emociones positivas y se orientaban al problema, tales como la búsqueda de apoyo social, distanciamiento, autocontrol, planificación y la

reevaluación positiva. Según Lostaunau, Torrejón y Cassaretto (2017) las estrategias más utilizadas por las pacientes eran la religión, la reintegración positiva y crecimiento, uso de sustancias y desentendimiento conductual. Elsheshtawy, Abo-Elez, Ashour, Farouk y Esmael El zaafarany (2014) sumaron a la lista la aceptación, apoyo emocional y autodistracción.

Pahlevan Sharif, Ahadzadeh y Perdamen (2017) y Tordecilla, Martín y Rivas (2016) identificaron que el uso del afrontamiento emocional activo y centrado en los problemas se relacionaba con un mejoramiento en las dimensiones social/familiar y funcional de la calidad de vida, crecimiento postraumático, y menor posibilidad de presencia de ansiedad, depresión y fatiga cognitiva en las pacientes. En pacientes terminales Nipp et al. (2016) observaron que la mayoría de los pacientes hicieron uso de las estrategias de apoyo emocional y pocos reportaron el uso de la aceptación, culpa y negación, siendo el apoyo emocional significativo para el mejoramiento de la calidad de vida de las pacientes y la disminución de la presencia de depresión.

Svensson et al. (2016) hallaron que los comportamientos de afrontamiento evitativo explicaban en aumento de la incidencia del cáncer, por el contrario, el uso de estrategias orientadas a los problemas y la reevaluación positiva explicaban un menor riesgo de la mortalidad. Paek, Ip, Levine y Avis (2016) precisaron que el uso de estrategias de afrontamiento negativo tiene un mayor efecto sobre la calidad de vida, pero cuando mayor es la calidad de vida el uso de las estrategias negativas disminuye. Brunault et al. (2016) estudiaron las EA relacionadas con las características sociodemográficas, clínicas, depresión mayor y calidad de vida.

Higuera et al. (2018) estudiaron la relación de las EA y la pérdida de las funciones cognitivas como síntoma de la pérdida de la calidad de vida y el estrés psicológico; Zadeh, Radfar y Tabrizi (2018) evaluaron el impacto de la terapia grupal basada en EA en la adaptación psicológica; Ozdemir y Tas Arslan (2018) las EA con el estrés y el apoyo social; Baitar et al. (2017) identificaron las estrategias de afrontamiento disposicionales como predictoras de bienestar; Czerw, Religioni y Deptala (2016) las relacionaron con el manejo el dolor, la aceptación y adaptación a la enfermedad. Paek, Ip, Levine y Avis (2016) centraron su investigación en el impacto de las EA sobre la calidad de vida.

Ursaru, Crumpei y Crumpei (2014) identificaron el afrontamiento religioso positivo y negativo se presenta más comunmente en pacientes con cáncer de mama que en mujeres de la población general. De Haro-Rodríguez et al. (2014) identificaron que las pacientes usaban estrategias de resolución de problemas, apoyo social y pensamiento desiderativo ante la presencia

sentimientos de temor y tristeza. Elsheshtawy, Abo-Elez, Ashour, Farouk y Esmael El zaafarany (2014) notaron que la condición clínica de metástasis se asociaba al uso de las estrategias negación y desahogo. Ojeda-Soto y Martínez-Julca (2012) concluyeron que las preocupaciones conducen al uso de estrategias cognitivas como el reordenamiento de prioridades y la aceptación; estrategias conductuales como la aproximación dirigida al problema, búsqueda de información e intentos de ejercer control.

Autores como Drageset, Lindstrøm, Giske y Under (2016) y Elsheshtawy, Abo-Elez, Ashour, Farouk y Esmael El zaafarany (2014) investigaron exclusivamente en pacientes con CaM.

3.2.2.2 Apoyo social.

El apoyo social es una estrategia de afrontamiento estudiada como un factor independiente relacionado a la adaptación al cáncer. Thompson et al. (2019) precisaron que altos niveles de percepción de soporte social se asociaron con características de las pacientes como el estar casado, alta espiritualidad y baja depresión. Lee y Kim (2018) identificaron que el apoyo social, la resiliencia y el distrés explican moderadamente el uso de otras estrategias de afrontamiento. Adicionalmente, Pérez, González, Mieles y Uribe (2017) observaron una alta presencia de apoyo social emocional/informacional en pacientes diagnosticadas de 18 a 24 meses, mayores de 40 años, casadas y tratadas con quimioterapia y radioterapia. Coyotl et al. (2015) y Zhang, Zhao, Cao y Ren (2017) encontraron un efecto similar en la calidad de vida, y Dumrongpanapakorn y Liamputtong (2015) identificaron que la disponibilidad de familiares, amigos y personal médico asistencial son un factor que facilita la resignificación positiva de la enfermedad y afrontamiento positivo la enfermedad y sus tratamientos.

3.2.2.3 Resiliencia.

Los estudios sobre resiliencia en pacientes con cáncer adoptan la enfermedad como un evento traumático. Los estudios sobre resiliencia en el cáncer de mama han presentado hallazgos relacionados con la valoración de la resiliencia como variable que se relaciona con altos niveles de autoeficacia, resistencia y apoyo social (Huang et al., 2019), esperanza de rehabilitación, resistencia, confianza en la situación, actitud optimista hacia la enfermedad, gratitud a quienes les

apoyaron, dominio de la vida, adaptación al cáncer de mama (Zhan et al., 2018), predictora de la calidad de vida y presencia de estrategias de afrontamiento (Popa-Velea, Diaconescu, Jidveian Popescu y Trușescu, 2017), y bajos niveles de depresión (Ristevska-Dimitrovska, Stefanovski, Smichkoska, Raleva y Dejanova, 2015).

Respecto a los predictores de la resiliencia, Wu, Liu, Li, y Li (2016) identificaron características como: tener alta esperanza, nivel educativo secundario o superior, baja evasión, alta confrontación y ser mayor de 44 años. Markovitz, Schrooten, Arntz, y Peters (2015) estudiaron el rol de la resiliencia como predictor de un mejor ajuste emocional y Ristevska-Dimitrovska, Filov, Rajchanovska, Stefanovski y Dejanova (2015) analizaron la resiliencia como factor que afecta diferentes aspectos de la salud relacionados con la calidad de vida.

3.2.2.4 Optimismo disposicional.

Autores como Kolokotroni, Anagnostopoulos y Hantzi (2018) especifican que la presencia de bajo optimismo es un factor de riesgo para una baja adaptación psicosocial de las pacientes. Bahrami, Mohamadirizi y Mohamadirizi (2018) identificaron que a mayor desafío se tenga frente a situaciones adversas como el CaM mayor será el optimismo expresado en sentido de compromiso y control de la vida.

La presencia de actitudes optimistas ha sido relacionada con: ausencia de fatiga y bajo distrés emocional (Leung, Atherton, Kyle, Hubbard y McLaughlin, 2015; Schou-Breda y Tøien, 2017), bajo nivel de cortisol en saliva, estadíos iniciales de la enfermedad, uso de las estrategias de espíritu de lucha y evitación cognitiva (Juárez, Landero, González y Jaime, 2016), alto apoyo social y disminución de síntomas depresivos (Garner et al., 2015).

4 Marco teórico

4.1 Cáncer de mama

El cáncer implica la formación, replicación y expansión de tumores caracterizados por ser resistentes a la muerte celular, por la inducción de la angiogénesis, activación de la invasión y metástasis, desregulación energética, capacidad de evitar la destrucción inmune, inestabilidad y mutación del genoma, así como inflamación derivada del tumor (Hanahan y Coussens, 2012; Anastasiadi, Lianos, Ignatiadou, Harissis y Mitsi 2017).

El cáncer de mama se subdivide en varios tipos dependiendo de sus características estructurales y el lugar de origen. La American Cancer Society (2019a) y Asociación Española Contra el Cáncer (2019) categorizan a los carcinomas o tumores en tres grupos: a) no invasivos (in situ), b) invasivos o infiltrantes y, c) otros.

- Los no invasivos son:

- Carcinoma ductal in situ que se origina en las paredes de los conductos mamarios

- Carcinoma lobulillar in situ que crece en las glándulas productoras de la leche

En ambos tipos no hay extensión de células cancerosas a otras zonas del cuerpo.

- Los invasivos son el carcinoma ductal y lobular infiltrantes donde el cáncer ha logrado crecer y atravesar las paredes de los conductos y lobulillos destruyendo tejidos sanos.

- Otros tipos de cáncer menos comunes son el inflamatorio, la enfermedad de Paget del pezón, los tumores filoides, angiosarcoma, mucinosos y el carcinoma medular.

La American Cancer Society (2019b), Clínica de las Américas (2003) y Martín, Herrero y Echavarría (2015) bajo los parámetros del American Joint Committee on Cancer (AJCC) y el International Union for Cancer Control (UICC) presentan el sistema TNM (tumor, nódulos y metástasis) para la estadificación del cáncer de mama (ver tabla 1).

Los estadios para el CaM van de la fase 0 a la IV así:

Tabla 1.

Sistema TNM para la estadificación del cáncer de mama

Fase	Etapa	Descripción
Fase 0		Es el carcinoma in situ que sólo se encuentra en el área en que se originó y no se ha extendido.
Fase I	IA	El tumor no mide más de dos centímetros y no se ha trasladado a los ganglios de la axila.
	IB	E tumor es pequeño y se ha diseminado a los ganglios linfáticos.
Fase II	IIA	Aunque el tumor no mide más de dos centímetros ha hecho metástasis a los ganglios linfáticos axilares (entre 1 y 3) o la presencia de un tumor de 2 a 5 centímetros sin diseminación a los ganglios axilares.
	IIB	Se caracteriza por tener un tumor de 2 a 5 centímetros con metástasis a los ganglios axilares o un tumor de más de 5 centímetros.
Fase III	IIIA	Existen dos posibilidades una en la que el tumor mide menos de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (de 4 a 9) o mamarios internos. La segunda es tener un tumor que mide más de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.
	IIIB	Se puede dar la diseminación a tejidos cerca del seno como la piel y la pared torácica o el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón. En este se puede dar el diagnóstico de cáncer de mama inflamatorio.
	IIIC	Se caracteriza por la presencia de tumores de cualquier tamaño con extensión a los ganglios linfáticos axilares, mamarios internos y debajo de la clavícula.
Fase IV		Implica la diseminación del cáncer a otras áreas del cuerpo, con mayor frecuencia a los huesos, pulmones, el hígado, el cerebro y a ganglios linfáticos distantes.

Según Martín, Herrero y Echavarría (2015) el pronóstico de supervivencia a 5 años de pacientes con cáncer de mama es menos optimista en la medida que este sea diagnosticado en un estadio mayor, pasando el pronóstico de supervivencia de un 95% en el estadio I a un 25% en el estadio IV.

Para la confirmación del diagnóstico la American Society of Clinical Oncology (2019) estableció la realización de pruebas de imágenes como la mamografía, ecografía, resonancia magnética y una prueba histológica a través de una biopsia que podría ser por aspiración con aguja gruesa, profunda con aguja, por incisión, guiada por imágenes o biopsia del ganglio linfático centinela. La biopsia permite identificar las características y grado del tumor, presencia del receptor de hormonas positivo (estrógeno-ER y progesterona-PR) y del receptor HER2 positivo. Las pruebas genómicas son una opción para valorar el riesgo de recurrencia del cáncer, algunas de estas son la Oncotype Dx, Breast Cancer Index, MammaPrint y PAM50 (Prosigna).

Posterior al diagnóstico, el tratamiento seleccionado dependerá de las características propias del tumor (tipo, estadio, receptores de hormonas ER y EP, estado del HER2, localización y tamaño, afectación de ganglios u otros órganos) y del paciente (edad, estado de salud, mutación en los genes BRCA1 o BRCA2, comorbilidad con otras enfermedades, motivación del paciente).

La American Cancer Society (2019b), American Society of Clinical Oncology (2019), Clínica de las Américas (2003) y Martín, Herrero y Echavarría (2015) señalan como tratamientos para el cáncer de mama los siguientes:

- **Cirugía.** Pretende tener control sobre la enfermedad, por medio de dos posibilidades:
 - La mastectomía en la que se hace la extirpación de toda la mama.
 - La lumpectomía (mastectomía parcial, segmental y cuadrantectomía) consiste en la extirpación del tumor y una pequeña parte del tejido alrededor de este.
- **Radioterapia.** Implica la utilización de radiaciones ionizantes para el tratamiento local o regional de determinados tumores, se emplean rayos X de alta potencia para destruir las células tumorales causando el menor daño posible a los tejidos sanos que rodean a dicho tumor. Existen tres tipos de radioterapia:
 - La radiación por haces externos en la que la radiación se concentra desde una fuente externa al área afectada del cuerpo.
 - La intraoperatoria en la que la radiación se suministra por medio de un catéter en el quirófano.
 - La braquiterapia en la que se aplican sustancias radioactivas directamente a los tejidos adyacentes a la mama.
- **Quimioterapia.** Utiliza fármacos que permiten destruir las células cancerosas, algunos de los medicamentos utilizados para evitar el crecimiento y división de estas células son:

ciclofosfamida, capecitabina, doxorubicina, epirubicina, el docetaxel, cisplatino, carboplatino, paclitaxel, entre otros. La quimioterapia se aplica en programas diferentes que podrían ser de una o varias sesiones a la semana a una sesión por mes, según varíen las características del tumor y del paciente.

- **Hormonoterapia.** Se utiliza al evidenciarse que las células del cáncer de seno tienen receptores positivos de ER y PR. Las personas que presentan esta característica serían candidatas para esta terapia con o sin quimioterapia. Algunos de los fármacos recetados son el tamoxifeno, el anastrozol, exemestano y letrozol. Para evitar la producción de estrógenos en los ovarios se hace uso de medicamentos como la goserelina y leuprolida, otra opción es la extirpación de los ovarios.

- **Terapias dirigidas.** Se focalizan exclusivamente al tratamiento de genes y proteínas, como es el caso de la proteína HER2 para la que se prescriben fármacos como el trastuzumab, pertuzumab y neratinib.

- **Reconstrucción mamaria.** Permite hacer uso de tejido de otra parte del cuerpo para hacer colgajos o la aplicación de implantes sintéticos con el fin de recrear la apariencia del seno. Este procedimiento se puede realizar al momento de la mastectomía (reconstrucción inmediata) o posterior a esta (reconstrucción tardía).

La OMS (2019), ASCO (2019), Asociación Española contra el Cáncer (2019) y American Cancer Society (2019c) precisan factores predictores modificables y no modificables para el CaM.

- **Los factores no modificables están relacionados con:** ser mujer, ser de raza blanca para padecerlo y de raza negra para fallecer, tener más de 50 años, antecedentes familiares y personales de CaM, antecedentes personales de afecciones benignas de la mama, antecedentes personales de cáncer de ovario, presencia de mutación en los genes BRCA1, BRCA2 y en otros como el ATM, TP53, CHEK2, PTEN, CDH1, STK11, PALB2, tener un tejido mamario denso (más glandular y fibroso que adiposo), tratamientos previos de radiación.

- **Los modificables hacen referencia a:** uso de anticonceptivos orales y tratamientos de sustitución hormonal, tener una menarquia precoz y una menopausia tardía, la nuliparidad, no haber amamantado, el consumo de alcohol y tabaco, el sobrepeso y obesidad, el sedentarismo.

El conocimiento de la enfermedad y sus efectos a nivel físico, psicológico, emocional y social permite el estudio de la adaptación humana frente a los problemas de salud, desde un fundamento teórico y empírico asociados al estrés (Font y Cardoso, 2009). En este panorama, la psicología hace su aporte desde el estudio de los múltiples factores que pueden conducir a una

mejor adaptación a la enfermedad y a la prevención de trastornos psicológicos que afecten la salud mental y física de los pacientes con cáncer.

4.2 Adaptación a la enfermedad

Bárez (2002) indica que la adaptación al cáncer es un proceso en el que se hace uso de diversas EA orientadas a la intervención de emociones negativas y efectos físicos, psicológicos y sociales de la enfermedad. Según Tafoya (2008) la adaptación a la enfermedad dependerá de la presencia de emociones y actitudes positivas, así como de la presencia de funcionalidad en la vida diaria, resiliencia, recursos de afrontamiento, apoyo social, calidad de vida, ausencia de síntomas psicósomáticos y de emociones negativas.

Para Solis (2009) los pacientes con cáncer que no se adaptan a la enfermedad son aquellos que presentan dificultades para expresar sus emociones, se inhiben y reprimen sus sentimientos haciendo uso de EA como la negación, evitación y represión, causantes de la depresión y deterioro del sistema inmunológico.

Montesinos (2011) y Robert, Álvarez y Valdivies (2013) presentaron la adaptación al cáncer como un proceso ligado al concepto de estrés debido a que asumir una enfermedad oncológica es vivir un proceso de duelo en el que se pierde la salud física y el control sobre muchos aspectos de su vida ligados al miedo, incertidumbre, pena, tristeza, labilidad emocional, ira, enojo.

El estrés es aquella respuesta biológica que surge frente a un factor estresante y provoca cambios en los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico (Selye, 1946). El estrés prolongado disminuye la actividad del sistema inmunológico y endocrino, aumentando la vulnerabilidad de aparición de enfermedades crónicas, su evolución o pronóstico (Blanco y Navia, 1986; Selye, 1946).

Selye (1946) explica la reacción ante el estrés por medio del Síndrome de Adaptación General que implica la suma de todas las reacciones sistemáticas no específicas del cuerpo ante una exposición prolongada al estrés, es decir, reacciones adaptativas específicas que dotan al cuerpo de gran cantidad de resistencia en contra del agente provocador de estrés.

El síndrome presenta tres fases:

- Alarma: en esta el organismo se activa ante la percepción de una situación de estrés el organismo responde con una serie de alteraciones físicas y psicológicas.

- Resistencia o adaptación: fase en la que se desarrollan procesos fisiológicos, cognitivos, emocionales y comportamentales que hacen menos lesiva la situación estresante y;

- Agotamiento: implica el fracaso de la fase de adaptación y la aparición de trastornos fisiológicos, psicológicos o psicosociales crónicos.

Autores como Lazarus y Folkman (1984) definieron el estrés de manera transaccional como una relación entre las exigencias internas o externas (estresores) y la capacidad de las personas para reaccionar frente a dichas demandas. Para los autores, los problemas con el estrés se manifiestan en la medida que los medios de adaptación de las personas no son suficientes para superar las exigencias evaluadas como amenazantes o desbordantes y frente a las que se desestima la capacidad de modificar el medio de forma activa poniendo en peligro el bienestar de la persona. La respuesta al estrés dependerá de cada individuo basados en su historia, experiencias y características personales, las interpretaciones que da a los hechos y estilos de afrontamiento.

Comprender el proceso de adaptación en enfermedad implica entender la relación del estrés y los estados emocionales (Lazarus, 1991).

Sandín (1995) definió el estrés como un proceso en el que existe un desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos de la persona para afrontarlas. Él propuso un modelo procesual en el que se describe la relación entre el estrés y la salud en siete etapas interdependientes:

1. Demandas psicosociales conformadas por los estresores ambientales y psicosociales.
2. Evaluación cognitiva respecto a la situación.
3. Respuestas fisiológicas y emocionales y conductuales.
4. Estrategias de afrontamiento como los esfuerzos cognitivos o conductuales del sujeto frente a las demandas.
5. Las variables sociales referentes al nivel de ingresos, nivel educativo y nivel ocupacional.
6. Variables disposicionales como por ejemplo la personalidad, factores hereditarios, sexo y raza.
7. Estatus de salud en el que se altera la calidad de vida (Sandín, 1999).

En este orden de ideas, Folkman (2011) señaló que la investigación sobre el estrés psicológico estaba dividida en dos dominios: uno relacionado con la afectación de este sobre la salud mental y física, y el segundo centrado en el bienestar y la resiliencia frente al estrés. Lo que implica la integración de factores de riesgo y protección en la explicación del proceso de estrés

Para la Administration on Children, Youth and Families (2013) la valoración de fortalezas y dimensiones que permiten el desarrollo máximo de potencial en los individuos implica la identificación de factores protectores capaces de reducir o eliminar el riesgo de enfermedad y de promover el desarrollo de la salud y bienestar de los sujetos al hacer uso de estrategias de afrontamiento como las relaciones sociales positivas, resiliencia y competencias sociales y emocionales.

Los modelos psicopatológicos de vulnerabilidad – estrés antes integran la identificación de factores de riesgo a factores protectores (fortalezas y resiliencias) que permiten responder a situaciones adversas como el cáncer o que permiten evitar problemas de salud mental que agudicen la sintomatología (Cicchetti, 2010; Tortella-Feliua et al., 2016).

Becker, Glascoff, Felts y Kent (2015) señalan que los enfoques patogénicos son optimistas y asumen que los seres humanos son naturalmente sanos y poseen la voluntad de lograr altos niveles de salud evitando las causas de los problemas en la salud. Por el contrario, los enfoques salutogénicos son pesimistas porque asumen que cosas malas pueden pasar y por eso los sujetos trabajan para que la salud suceda, lo que atenúa la presentación de cualquier problema.

Mientras que, el modelo salutogénico se centra en el estudio de las fortalezas, debilidades y factores saludables que faciliten el éxito del afrontamiento inherentes a estresores a la existencia humana, a través del logro de una sensación de coherencia de la percepción del mundo compuesta por la comprensibilidad, manejabilidad y significancia del estresor (Antonovsky, 1996).

La combinación de los modelos patogénicos y salutogénicos, como lo expuso Folkman (2011) son fundamentales para la explicación del proceso de adaptación, desde esta perspectiva se precisa la atención de variables psicológicas que puedan ser un factor de riesgo y de protección que puedan intervenir en el proceso.

4.3 Variables psicológicas que impactan la adaptación a la enfermedad

4.3.1 Afrontamiento.

El afrontamiento es definido por Pearling y Schooler (1978) como aquellas acciones de un sujeto que le permiten evitar o aminorar el impacto de un problema en su vida. Para Lazarus y Folkman (1984) es un proceso en el que se hace uso de estrategias específicas (conductuales o

cognitivas) en situaciones particulares (demandas internas y externas) que son valoradas como desgastantes o excesivas frente a los recursos de las personas. Los autores indican que el proceso depende de tres etapas: 1) percepción de amenaza, 2) pensar la respuesta frente a la amenaza y, 3) afrontamiento en sí mismo o ejecución de la respuesta.

Moos y Schaefer (1984) las agruparon las estrategias de afrontamiento (EA) en tres categorías: orientadas a la evaluación (resignificación, evitación cognitiva, negación), emoción (resignación, regulación afectiva, descarga emocional) y problema (búsqueda de apoyo social, identificación de recursos, solución de problemas, búsqueda de información).

Posteriormente, Pearling (1989) definió las estrategias de afrontamiento como reacciones que permiten cambiar la situación de la que provienen los estresores o modificar su significado para reducir la amenaza y síntomas del estrés.

Carver, Scheier y Weintraub (1989) agruparon las estrategias según el estilo en centrado en el problema y centrado en las emociones. El estilo centrado en el problema se caracteriza por ser un afrontamiento activo, dirigido a la planificación, supresión de actividades competitivas, afrontamiento de restricciones, búsqueda de apoyo social instrumental; el centrado en la emoción se enfoca en la búsqueda de apoyo social emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, giro hacia la religión, desconexión conductual y desconexión mental.

Para Bermúdez (1996) el uso de las EA demanda un proceso intencional y flexible, independiente de los resultados que se alcancen. Para poder evaluar con claridad el objetivo de las estrategias de afrontamiento Kaluza, Cornaglia y Basler (2001) presentaron dos funciones de estas: una orientada al problema y centrada en la modificación de la relación persona-medio, es decir, a una transformación de los estresores o características propias (metas, hábitos) de la persona; y la segunda orientado a la reacción, regulación y control de las reacciones fisiológicas y emocionales. Es necesario precisar que las estrategias cambian en la medida que las condiciones de estrés varían en el ciclo de la vida, resultando cada vez más complejo y exigente dado el grado de autonomía que requiere el sujeto a medida que va pasando el tiempo (Aldwin, 2011).

Según Elsheshtawy, Abo-Elez, Ashour, Farouk y Esmael El zaafarany (2014) entre las estrategias más utilizadas por pacientes con cáncer de mama están la religión, apoyo emocional y autodistracción. Moreno Acosta, Krikorian y Palacio (2017) identificaron además la búsqueda de apoyo social, distanciamiento, autocontrol, planificación y reevaluación positiva. En cuanto al estilo, el más utilizado es el orientado a la solución de problemas, al permitir una mejor

funcionalidad, bienestar social y familiar, y ser amortiguador de problemas emocionales (Nipp et al., 2016; Tordecilla, Martín y Rivas, 2016).

Svensson et al. (2016) plantearon que el desarrollo la reevaluación positiva y estrategias centradas en el problema ante situaciones adversas como el cáncer de mama permiten un crecimiento postraumático y un menor riesgo de mortalidad e incidencia por el mismo.

Existen diferentes instrumentos y métodos para evaluar las EA, la mayoría derivados de la teoría de Lazarus y Folkman (Londoño et al., 2006). Cuatro de los más célebres son (ver tabla 2):

Tabla 2.

Instrumentos y métodos para evaluar el afrontamiento

Autores	Instrumentos y métodos
Lazarus y Folkman (1984)	Ways of Coping instrument (WCI).
Carver, Scheier y Weintraub (1989)	Coping Estimation (COPE,).
Amirkhan (1994)	Coping Strategy Indicator (CSI).
Chorot y Sandín (1993)	Coping Strategies Scale Revised (CSS-R).

4.3.2 Apoyo social.

El apoyo social (AS) se ha sido definido por diferentes autores, en los años 70 autores como Moos (1973), Cassel (1974;1976), Caplan (1974), y Coob (1976) centraron su atención en el análisis del concepto desde sus dimensiones emocional y subjetiva, sus funciones (información, recursos tangibles, emocional), posibilidad de acceso a las redes, efecto de los recursos sociales en bienestar de las personas, relación con problemas psicológicos e importancia de grupos primarios en la generación de vínculos adecuados que permitan afrontar situaciones estresantes.

Según Vaux (1987) el AS es un metaconstructo que consta de tres elementos: recursos de la red, conductas de la red y evaluaciones de apoyo, los cuales interactúan en una transacción dinámica entre el sujeto y el ambiente. Para Lin y Ensel (1989) es un factor que se produce en

situaciones de crisis o del día a día, en las cuales de las personas demandan provisionamiento instrumental y/o expresivo.

House (1981) y Vaux (1987) señalaban la contribución del AS en la relación estrés-afrontamiento por sus efectos mitigadores del evento estresante en el caso de la salud. Lo anterior por la suposición de los efectos positivos o beneficiosos del AS sobre la salud, en especial cuando está presente de manera anticipada a la presencia del estímulo estresor (Barra, 2004; Ensel y Lin, 1991; House, Landis y Umberson, 1988; Lin, 1986; Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996). El sistema familiar y las relaciones sociales según Tomich y Helgeson (2004) son fundamentales para personas que experimentan la enfermedad del cáncer.

Por tanto, el AS conduciría al proceso de afrontamiento de la enfermedad (Ensel y Lin, 1991; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002; Lazarus y Folkman, 1986; Lin y Ensel, 1989), en especial en enfermedades crónicas (Penninx et al., 1997).

El apoyo social toma importancia en los procesos de salud al estar asociado a un mejor funcionamiento del sistema inmune, percepción de bienestar, seguridad y disminución de estados ansiosos y depresivos (Barra, 2004; Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996), además de ser un factor que posibilita la adaptación de los enfermos crónicos a su enfermedad por medio del fortalecimiento de estrategias de afrontamiento frente al estrés, especialmente por los cambios de hábitos y rutinas (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002). Dadas sus funciones emocional, informativa y funcional (caracterizadas por los cuidados y compañía de personas cercanas, orientación del personal médico asistencial) permite la recuperación emocional de pacientes con cáncer que se enfrentan a terapias invasivas como la mastectomía, quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal, al acceder a recursos para responder a la situación estresante (Martín, Sánchez y Sierra, 2003). El sistema familiar y las relaciones sociales según Tomich y Helgeson (2004) son fundamentales para personas que experimentan la enfermedad del cáncer.

Costa-Requena, Ballester y Gil (2015) precisan que el apoyo social percibido es una estrategia de afrontamiento y factor protector que promueve la adaptación psicológica, calidad de vida física y mental de los pacientes oncológicos en etapa de tratamiento. Merluzzi, Philip, Yang y Heitzmann (2015) sugieren que una mejor adaptación psicosocial de los pacientes se dará en la medida que coincidan la necesidad de apoyo con el apoyo recibido.

El AS en pacientes con cáncer ha sido estudiado y relacionado con variables como el bienestar emocional, social, psicológico (Fong, Scarapicchia, McDonough, Wrosch y Sabiston,

2016; Jutagir et al., 2017; Wong y Lu, 2017), la CV y factores protectores como el optimismo, el afrontamiento, la resiliencia (Costa et al., 2017; Coyotl et al., 2015; Durá-Ferrandis et al., 2017; Manne et al., 2018; Zhang, Zhao, Cao y Ren, 2017), y aparición de trastornos de psicológicos (Bener, Alsulaiman, Doodson, y Agathangelou, 2017; Gonzalez-Saenz de Tejada et al., 2016; Rojas et al., 2017; Swartzman, Sani, y Munro, 2016).

Para la evaluación del constructo de AS existen una variedad de instrumentos, Terol et al. (2004) identificaron 27 instrumentos basados en las dimensiones de apoyo social (según su dirección, disposición, descripción/evaluación, contenidos y redes) de Tardy (1985), algunos de ellos son (ver tabla 3):

Tabla 3.

Instrumentos y métodos para evaluar el apoyo social

Autores	Instrumentos y métodos
Vaux (1987)	Perceived Social Support Scale (SS-A).
Duke- University of North California (Broadhead, Gehlbach, de Gruy y Kaplan, 1988)	Functional Social Support Questionnaire (DUFSS).
Funch, Marshall y Gebhardt (1986)	Self-Administered Social Support Scale (SSS-A).
Veiel (1990)	Manheimm Interview on Social Support (MISS).
Revenson, Schiaffino, Majerovitz y Gibofsky (1991)	Illness Specific Social Support Scale (ISSSS).
Terol et al. (2002)	Escala de Apoyo Social Percibido (EASP).
Sherbourne y Stewart (1991)	Medical Outcomes Study (MOS).

4.3.3 Resiliencia.

La resiliencia desde los años 80 ha sido un término utilizado por la psicología para hacer referencia a una característica de la personalidad que tiene la capacidad de influenciar la aparición de otros comportamientos para la obtención de un resultado deseable (Cohler, 1987).

Rauh (1989) manifestó que la resiliencia es un constructo en el que características y mecanismos personales se movilizan para resistir la adversidad o funcionar de manera adaptativa ante eventos estresantes, las características adaptativas a las que hizo referencia son el compromiso, control y desafío, que permiten la aproximación a los resultados deseables, implican el aprovechamiento de los recursos personales y sociales, la detección de contingencias, previsión de situaciones complejas y capacidad de reaccionar de manera flexible.

Rutter (1990) se adhiere a la definición de resiliencia como un factor que mantiene el funcionamiento adaptativo de los individuos a pesar de los peligros y sus riesgos. El cual según Radke-Yarrow y Sherman (1990) contribuye a la supervivencia física y salud, bienestar de sí mismo y de los demás.

Al ser la resiliencia definida como factor protector, esto implica un proceso de confrontación de situaciones estresantes, donde nuevas demandas y cambios de roles, conducen a crisis que interrumpen relaciones significativas, desafiando los valores y creencias básicas de los individuos, y ante las cuales se desarrollan experiencias profundas y promueve el desarrollo de habilidades de afrontamiento y obtención de recursos personales y sociales, que permiten mitigar o superar la situación estresante (Schaefer y Moos, 1992). Por lo anterior, Spencer, Cole, DuPree, Glymph y Pierre (1993) definieron la resiliencia como un afrontamiento adaptativo, que según Masten (1994) permite el funcionamiento de un individuo en un medio normativo (desarrollo y cultura) aún en situaciones adversas.

Desde otra perspectiva, la resiliencia es definida como factor de riesgo, en la medida que, al estar expuesto un sujeto a mayor adversidad se requiere de un número mayor de recursos para superarla. Aquellos que no son expuestos a vivencias estresantes, desarrollaran en menor medida los recursos necesarios para afrontar situaciones adversas cuando estas se presentes, quedando el sujeto parcial o completamente vulnerable (Kaplan, 2002). Esto ha conducido a que la resiliencia sea relacionada con constructos como invulnerabilidad, resistencia, adaptación, ajuste, plasticidad, dominio, ajuste persona-ambiente, o amortiguamiento social (Leshner, 2002). Por tanto, como lo

precisó Kaplan (2002) la resiliencia es variable que puede ser definida como resultado o causa, dada la habilidad de afrontar el estrés y eventos adversos, ya sea como un patrón de comportamientos y rasgo de personalidad (Becoña, 2006).

Para García-Vesga y Domínguez-de la Ossa (2013) y Leshner (2002) desde una perspectiva holística, la resiliencia implica la existencia de condiciones de riesgo y protección en los individuos, superación de la adversidad y previsión de consecuencias futuras.

En el ámbito de la salud, la resiliencia permite una mirada positiva de las personas y de sus capacidades para detectar y movilizar recursos propios, del entorno y de sus redes sociales, que le permitan desafiar los cambios producidos por las condiciones de enfermedad (Cortés Recaball, 2010).

Crespo Fernández y Rivera García (2012) listaron como características de la mujer con CaM resiliente: tener sentido de control personal, asimilación positiva de la experiencia, ser optimistas, contar con una red de apoyo vincular, capacidad de resignificar la experiencia como un aprendizaje y disfrutar de la vida, y espiritualidad profunda como fortaleza emocional. Las cuales son coherentes con las características disposicionales generales de la resiliencia especificadas por Piña López (2015) como son: orientación a la meta, optimismo, humor, actitud positiva, autoeficacia, empatía, afrontamiento, perseverancia, flexibilidad y religiosidad, relacionadas con una historia de adaptaciones exitosas y una tendencia a resistir frente a futuros estresores (Piña López, 2015).

Ristevska-Dimitrovska, Filov, Rajchanovska, Stefanovski y Dejanova (2015) señalaron como condiciones poco favorecedoras del desarrollo de la resiliencia en pacientes con CaM los efectos adversos de la terapia sistémica, síntomas físicos en brazo y seno, reportes desfavorables de la imagen corporal y de la perspectiva futura. Aun así, el desarrollar altos los niveles en resiliencia psicológica se convierte en un factor protector se refrena la aparición de estados emocionales como la depresión y estrés psicológico, productos del diagnóstico de CaM y efectos de sus tratamientos (Ristevska-Dimitrovska, Stefanovski, Smichkoska, Raleva y Dejanova, 2015).

Para el desarrollo de la resiliencia en pacientes con CaM un elemento fundamental es el apoyo social (Zhang, Zhao, Cao y Ren, 2017), sumado al desarrollo de un sistema de identificación de recursos individuales (esperanza, optimismo, dominio de la vida y gratitud) que permitan promover la adaptación a la enfermedad (Zhang et al., 2018).

Ye et al. (2018) presentaron el modelo biopsicosocial de resiliencia donde las variables estrés físico, estrés emocional y apoyo social, al ser moderadas por la autoeficacia, coraje, pensamientos intrusivos y esperanza, logran explicar los cambios en los niveles de resiliencia en las pacientes con cáncer, siendo para el cáncer de mama el apoyo social, coraje, esperanza hacia el futuro y autoeficacia, los factores protectores que sirven como amortiguadores de los factores de riesgo estrés emocional, estrés físico y pensamientos intrusivos. Huang et al. (2019) precisa que en particular la resiliencia psicológica en pacientes con CaM, es moderada por factores como actividad física, apoyo social, características de resistencia en la familia y percepción positiva de autoeficacia.

Para la medición del constructo resiliencia diferentes estudios han construido instrumentos en los que se identifican dos elementos fundamentales: riesgo o adversidad y adaptación positiva o capacidad (Luthar y Cushing, 2002).

Salgado Lévano (2005) y Ospina Muñoz (2007) presentaron una lista de diferentes instrumentos creados para la medición de la resiliencia, algunos son (ver tabla 4):

*Tabla 4.**Instrumentos y métodos para evaluar la resiliencia*

Autores	Instrumentos y métodos
Wagnild y Young (1993)	Resilience Scale (RS).
Jew, Green, y Kroger (1999)	Resilience Scale
Baruth y Carroll (2002)	Inventario de Factores Protectores de Baruth (del inglés BRFI).
Kaneko, Nagamine y Nakaya (2002)	Escala de Resiliencia en Adolescentes de Oshio
Jorgensen, Suchday, Chen y Matthews (2002)	Entrevista de Competencia Social de Ewart
Bartone, Ursano, Wright, y Ingraham (1989)	Dispositional Resilience Scale.
Springer y Philips (1995)	Individual Protective Factors Index.
Block y Kremen (1996)	Ego Resilience Scale.
Constantine y Benard (2001)	Healthy Kids Resilience Assessment.

4.3.4 Optimismo disposicional.

Este constructo ha sido investigado en psicología desde los años 80, Scheier y Carver (1985) definieron el optimismo disposicional como una característica relativamente estable en el tiempo y contexto ligada a las expectativas de resultados con la capacidad de influenciar acciones como cualquier otro constructo de la personalidad.

El optimismo es explicado a través del modelo general de autorregulación del comportamiento donde la conducta es dirigida hacia el cumplimiento de un objetivo guiado por un sistema de retroalimentación negativa y circuito cerrado, que permite a la persona enfocar su atención al cumplimiento del objetivo. El sistema de retroalimentación negativa permite percibir

discrepancias entre la conducta y objetivo planteado, se identifican impedimentos o incapacidad para cumplir con la expectativa planteada, se determina la interrupción de las acciones y aparece el proceso de evaluación del hecho (Scheier y Carver, 1985).

Cuando las personas creen que las metas son alcanzables, experimentan un efecto positivo que les hace sentir orgullo, gratitud o alivio, dependiendo de la razón de su expectativa. Por tanto, se denominan optimistas aquellas personas que tienen expectativas favorables de lo que sucederá, por el contrario, aquellas que presentan creencias diferentes y se anticipan a que algo malo ocurrirá se llaman pesimistas (Scheier y Carver, 1985).

Respecto a las expectativas, Scheier y Carver (1987) señalaron estas tienen un rol importante en la obtención de buenos o malos resultados. Las acciones movilizadas por expectativas favorables tienden a mejorar el funcionamiento psicofisiológico y el bienestar general en términos de la salud (Scheier y Carver, 1987), lo que 20 años después Brydon, Walker, Wawrzyniak, Chart y Steptoe (2009) confirmaron.

En los años 90, Scheier y Carver (1992) reportaron que las personas optimistas tienen la capacidad de aceptar y renunciar a ciertas expectativas con el fin de adaptarse a factores estresantes considerados incontrolables. Por lo que se concibe el optimismo como una característica que genera menor angustia en tiempos y contextos difíciles, se podría decir que a mayor optimismo menor estrés psicológico y físico se percibido.

En cuanto a la salud, Segerstrom, Taylor, Kemeny y Fahey (1998) asocian el optimismo a un mejor estado de esta, mejores parámetros inmunitarios y de estado de ánimo frente al estrés causado enfermedades como el cáncer y sus tratamientos. Koopman, Hermanson, Diamond, Angell y Spiegel (1998) manifestaron que el desarrollo del optimismo contribuye al afrontamiento activo de la enfermedad y minimiza el efecto psicológico negativo del estrés, disminuye los síntomas de ansiedad y depresión severa en los pacientes con cáncer de mama.

Nes y Segerstrom (2006) afirman que el optimismo disposicional se relaciona con el uso de estrategias de afrontamiento enfocadas al problema (afrontamiento activo, confrontativo, orientado a la tarea, planeación, supresión o ejecución de actividades, búsqueda de apoyo social) que permiten la reducción del estrés y avanzar hacia el logro del objetivo trazado. Para el caso de personas con cáncer de mama Von Ah, Kang y Carpenter (2007) manifestaron que el optimismo junto al apoyo social tiene un efecto positivo en el sistema inmunológico al ser amortiguador del estrés. Otra variable que influencia el optimismo es la cultura con la que cuenta el individuo para

la regulación de las expectativas de logro (Carver, Scheier y Segerstrom, 2010). Aunque no siendo un factor capaz de predecir la calidad de vida relacionada con la salud (Mazanec, Daly, Douglas y Lipson, 2010).

Adicionalmente, Carver, Scheier y Segerstrom (2010) y Carver y Scheier (2014) asocian el optimismo a la ejecución de pasos proactivos para la protección y promoción de la salud, minimización de riesgos y presencia de mejores indicadores de salud física.

En pacientes con cáncer, Moscoso (2014) y Carver y Scheier, (2014) proponen que las intervenciones deben estar orientadas a propiciar aumento del optimismo para la prevención del estrés emocional, mejora de la calidad de vida y adaptación a eventos adversos. Pastells Pujol y Font Guiteras (2014) y Leung, Atherton, Kyle, Hubbard y McLaughlin (2015) afirman que mujeres con cáncer de mama con una mejor adaptación a la enfermedad y conservación de la calidad de vida, presentan mayor optimismo, así como, menor ira, estrés psicológico, dolor y dificultades físicas. Las optimistas muestran mayor presencia de características resilientes y de resistencia a la adversidad y menor fatiga (Schou-Breda y Tøien, 2017), menos restricciones sociales y niveles de rumiación y alta adaptación psicológica a la enfermedad (Kolokotroni, Anagnostopoulos y Hantzi, 2018). Lo que presume la necesidad de promocionar en los pacientes el desarrollo del optimismo (Bahrami, Mohamadirizi y Mohamadirizi, 2018).

Al igual que las variables del estudio antes descritas, para medir el optimismo han sido diseñados algunos instrumentos, por ejemplo Londoño Pérez, Hernandez, Alejo Castañeda y Pulido (2011) diseñaron y validaron en una muestra colombiana la Escala de Optimismo Disposicional/Pesimismo (EOP), señalando que los instrumentos para evaluar optimismo más comunes eran: Life Orientation Test (LOT, Scheier y Carver, 1985), Life Orientation Test-Revised (LOT-R, Scheier, Carver, y Bridges, 1994) y Optimism-Pessimism Scale (Seligman, 2003).

Otros instrumentos creados para la medición del optimismo son (ver tabla 5):

*Tabla 5.**Instrumentos y métodos para evaluar el optimismo disposicional*

Autores	Instrumentos y métodos
Peterson et al. (1982)	Attributional Style Questionnaire (ASQ).
Peterson y Villanova (1988)	Expanded Attributional Style Questionnaire (EASQ).
Colligan, Offord, Malinchoc, Schulman y Seligman (1994)	Optimism-Pessimism Scale for MMPI (PSM).
Colligan (1995)	Revised Optimism-Pessimism Scale for MMPI y MMPI-2 (PSM-R).
Dember y Brooks (1989)	Optimism and Pessimism Scale (OPS).
Chang, Maydeu-Olivares y D'Zurilla (1997)	Extended Life Orientation Test (ELOT).
Olason y Roger (2001)	The Positive and Negative Expectancy Questionnaire (PANEQ).
Radwin, Washko, Suchy y Tyman (2005)	Cancer Patient Optimism Scale (CPOS).

5 Objetivos

5.1 General

Discriminar qué variables sociodemográficas, médico-clínicas y psicológicas que explican la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama.

5.2 Específicos

1. Describir las variables sociodemográficas de las mujeres participantes de la muestra.
2. Describir las variables médico-clínicas de las mujeres participantes de la muestra.
3. Evaluar las variables psicológicas en mujeres con cáncer de mama que hacen parte del estudio.
4. Identificar la adaptación a la enfermedad en función de las distintas variables sociodemográficas, médico-clínicas y psicológicas del estudio.

6 Hipótesis

6.1 Hipótesis de trabajo

Un conjunto de variables psicológicas junto a aspectos sociodemográficos y médico-clínicos explican la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama.

6.1.1 Hipótesis nula.

1. Las variables sociodemográficas no explican la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama.

2. Las variables clínico-médicas no explican la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama.

3. Las variables psicológicas no explican la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama.

4. La combinación de variables sociodemográficas, médico-clínicas y psicológicas, no explican la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama.

6.1.2 Hipótesis alterna.

1. Las variables sociodemográficas predicen la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama.

2. Las variables clínico-médicas predicen la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama.

3. Las variables psicológicas predicen la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama.

4. La combinación de variables sociodemográficas, médico-clínicas y psicológicas, predice la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama.

7 Metodología

7.1 Tipo de estudio

Diseño de investigación cuantitativo no experimental de alcance correlacional-explicativo y corte transversal. Desde lo correlacional, su alcance va más allá de identificar características específicas en una muestra, comparar semejanzas y diferencias entre hechos, busca especificar la posible relación entre hechos. En cuanto a lo explicativo, se identifican relaciones causales postfacto identificando variables predictoras de la variable dependiente luego de la ocurrencia del hecho. Es de corte transversal dado que la medición del objeto de investigación se realiza en un mismo periodo de tiempo (Briones, 2002; Creswell, 2012).

7.1.1 Consideraciones éticas del estudio.

Para la ejecución del estudio fue solicitada la aprobación por los comités de investigación de la Universidad de San Buenaventura de Medellín y la Clínica IMAT Oncomédica en Montería, de acuerdo con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964 enmendada en diferentes periodos hasta el año 2013, en la que se presentan los principios éticos para la investigación con seres humanos (World Medical Association, 2016).

Por tanto, sólo fueron incluidas en el estudio aquellas participantes que accedieron a firmar el consentimiento informado el cual incluía la firma del paciente, el investigador y dos testigos.

La aprobación del estudio por parte de los comités de investigación de la Universidad de San Buenaventura de Medellín y la Clínica IMAT Oncomédica en Montería, al igual que el esquema del protocolo de instrumentos aplicados se encuentra en los anexos 1, 2 y 3.

7.2 Participantes

La muestra estuvo compuesta por 116 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, mayores de edad, quienes asistieron a la clínica IMAT Oncomédica durante el año 2017 procedentes del departamento de Córdoba y aledaños.

7.2.1 Técnica de muestreo.

Las participantes fueron seleccionadas por medio del muestreo por conveniencia, debido a las características de la población, al ser posible la deserción por fallecimiento o traslado a otros centros hospitalarios del país. El muestreo por conveniencia se caracteriza por la selección de participantes dispuestos y disponibles para ser estudiados, no siendo posible establecer la confianza de la representatividad de la muestra, pero permite el esclarecimiento de una pregunta e hipótesis (Creswell, 2012).

7.2.2 Criterios de inclusión.

1. Ser mujer
2. Ser mayor de 18 años
3. Haber recibido el diagnóstico de cáncer de mama en los 3 a 12 meses anteriores al reclutamiento.
4. Encontrarse en tratamiento médico.
5. Firmar el consentimiento informado.

7.2.3 Criterios de exclusión.

1. Ser de sexo masculino.
2. Tener diagnóstico de otro tipo de cáncer.
3. Presentar algún tipo de deterioro cognitivo descrito en historia clínica.
4. Estado de delirium o un efecto secundario adverso de los tratamientos que impida el desarrollo continuo de la evaluación (nauseas, vómito, activación motora involuntaria, entre otros).
5. No haber firmado consentimiento informado.

7.3 Variables

Este segmento del documento se identifican las variables que son analizadas en el estudio. La variable determinada como dependiente (VD) para la investigación es la adaptación a la

enfermedad y las variables independientes (VI) son: variables sociodemográficas (estado civil, nivel de estudio, nivel de ingresos, procedencia, departamento de procedencia, número de hijos y edad), médico-clínicas (estadio de la enfermedad según los pacientes e identificado en el diagnóstico de la historia clínica y tipo de tratamiento) y psicológicas (estrategias de afrontamiento, apoyo social, resiliencia, optimismo disposicional, ansiedad y depresión) (ver tabla 6).

Tabla 6.

Variables independientes y dependiente del estudio

Independientes	Dependiente
<i>Sociodemográficas</i> Estado civil Nivel de estudio Nivel de ingresos Procedencia Departamento de procedencia Número de hijos Edad	Adaptación a la enfermedad
<i>Médico-clínicas</i> Estadio de la enfermedad reportado por el paciente Estadio de la enfermedad reportado en historia clínica Tipo de tratamiento	
<i>Psicológicas</i> Estrategias de afrontamiento Apoyo social Resiliencia Optimismo disposicional Ansiedad Depresión	

A continuación, se presentan las variables sociodemográficas evaluadas, siendo cada una de ellas nominada y categorizada por tipo, forma de medición y criterios de medición (ver tabla 7).

Tabla 7.

Operacionalización de las variables sociodemográficas (VI)

Nombre de la variable	Tipo de variable	Forma de medición	Criterios de medición
Edad	Cuantitativa razón	Edad en años	Número de años cumplidos, de 18 en adelante
Número de hijos	Cuantitativa razón	Número de hijos naturales y/o adoptivos	Número de hijos nacidos y criados (vivos)
Estado civil	Cualitativa nominal	Estado civil del paciente	Casado Unión libre Soltero Viudo Separado/ divorciado
Nivel de estudios	Cualitativa nominal	Grado de instrucción académica	Ninguno Primaria Incompleta Primaria Bachillerato Incompleto Bachillerato Universitario Incompleto Universitario Posgrado
Nivel de ingresos	Cualitativa ordinal	Nivel socioeconómico dependiendo del número de salarios recibidos mensualmente	1 y 2 salarios = bajo 3 y 5 salarios = medio 6 o más = alto
Procedencia	Cualitativa nominal	Zona de residencia del paciente en el momento de la recolección de datos	Rural Urbana
Departamento	Cualitativa nominal	Departamento del cual proviene la paciente según el mapa político colombiano	Córdoba Sucre Antioquia

Las variables médico-clínicas hacen referencia a información específica asociada a la enfermedad, que para el caso del cáncer de mama se han definido como estadio de la enfermedad reportado por el paciente y referido por el diagnóstico médico en la historia clínica, así como los tratamientos a los que las participantes fueron sometidas (ver tabla 8).

Tabla 8.

Operacionalización de las variables médico-clínicas (VI)

Nombre de la variable	Tipo de variable	Forma de medición	Criterios de medición
Estadio de la enfermedad	Cualitativa ordinal	Estadio asignado según estudio patológico de la paciente	0 IA IB IIA IIB IIIA IIIB IIIC IV
Estadio de la enfermedad (expresado por el paciente)	Cualitativa ordinal	Estadio de la enfermedad referido por el paciente desde el conocimiento de su enfermedad	0 I II III IV No sabe
Tipo de tratamiento	Cualitativa nominal	Plan de tratamiento al cual ha sido sometido el paciente.	1- Terapia hormonal 2- Quimioterapia 3- Cirugía 4- Radioterapia 1 y 2 1, 2 y 3 1 y 3 2 y 3 3 y 4 1 y 4 2 y 4 2, 3 y 4 Todas

Las variables psicológicas del estudio incluyen la variable dependiente adaptación a la enfermedad y las variables independientes estrategias de afrontamiento, apoyo social, resiliencia, optimismo disposicional, ansiedad y depresión, las cuales son presentadas de acuerdo a su nominación, tipo de variable, instrumento de medición y valores de medición. En los instrumentos de medición son señalados los factores, componentes o dimensiones que conforman a algunas de las variables (ver tabla 9).

Tabla 9.

Operacionalización de las variables psicológicas (VI)

Nombre de la variable	Tipo de variable	Instrumento de medición	Valores de medición
Variable dependiente			
Adaptación a la enfermedad (VD)	Cuantitativa de razón	Índice de adaptación al cáncer de Blasco e Inglés (1997), el cual es obtenido como una medida secundaria del Cuestionario de Calidad de vida QL de Font desarrollado en 1988 (1994), el cual está compuesto por cuatro subescalas: aumento de síntomas, aumento de pérdida de capacidad funcional corporal, aumento de pérdida de relaciones familiares y sociales, y aumento de malestar psicológico.	0-100
Variables independientes			
Estrategias de afrontamiento (EA)	Cuantitativa de razón	La Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) de Chorote y Sandín (1993) validado por Londoño et al. (2006), esta escala permite la valoración de las estrategias de: solución de problemas, búsqueda de apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía	1= nunca 2= pocas veces 3= algunas veces 4= la mayoría de las veces 5= casi siempre 6= siempre
Apoyo Social	Cuantitativa de razón	Test de MOS-SSS de Sherbourne y Stewart, (1991) validado por Londoño et al. (2012). Permite medir la red de apoyo social, así como las dimensiones: red de apoyo, Emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y afectiva.	1= nunca 2= pocas veces 3= algunas veces 4= la mayoría de las veces 5= siempre

Resiliencia	Cuantitativa de razón	<p>Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Heather (1993) adaptación colombiana de Crombie, López, Mesa y Samper (2015), conformada por las subescalas:</p> <p>1= estoy completamente en desacuerdo 2= 3= 4= 5= 6= 7= estoy completamente de acuerdo</p> <p>Ecuanimidad Perseverancia Confianza en sí mismo Satisfacción personal Sentirse bien solo</p> <p>Los factores: competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida. Resiliencia global</p>
Optimismo disposicional	Cuantitativa de razón	<p>Life Orientation Test Revised (LOT-R) de Scheier, Carver y Bridges (1994) adaptado en Colombia por Valdelamar-Jiménez y Sánchez-Pedraza (2017). En el que se evalúan los factores optimismo y pesimismo.</p> <p>0= Estoy totalmente en desacuerdo. 1= Generalmente estoy en desacuerdo. 2 = No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo. 3= Normalmente estoy de acuerdo. 4= Prácticamente estoy siempre de acuerdo.</p>
Ansiedad	Cuantitativa de razón	<p>Escala hospitalaria de Ansiedad y depresión (HAD) de Zigmond y Snaith (1983) validada por Rico, Restrepo y Molina (2005). Evalúa ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados.</p> <p>0-3</p>
Depresión	Cuantitativa de razón	<p>Escala hospitalaria de Ansiedad y depresión (HAD) de Zigmond y Snaith (1983) validada por Rico, Restrepo y Molina (2005). Evalúa ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados.</p> <p>0-3</p>

7.4 Instrumentos

7.4.1 Cuestionario ad hoc de datos sociodemográficos y médico clínicos (VI).

El cuestionario fue elaborado para obtener información específica de la muestra relacionada con su edad, número de hijos, estado civil, nivel de estudios, nivel de ingresos, procedencia, departamento en que habita, estadio del CaM en que fue diagnosticada y tratamientos recibidos.

7.4.2 Adaptación a la enfermedad (VD).

La adaptación a la enfermedad es evaluada a través del índice de adaptación a la enfermedad (IAE), el cual es una medida secundaria obtenida del cuestionario Quality of life (QL) de Font (1994) cuyo propósito es evaluar la adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer.

El Quality of life de Font construido en 1988 (1994) mide calidad de vida en pacientes con cáncer y está compuesto por 24 ítems divididos en cuatro subescalas: aumento de síntomas (SINTO), aumento de pérdida de capacidad funcional corporal (CORPO), aumento de pérdida de relaciones familiares y sociales (RELFAM), y aumento de malestar psicológico (PSICOL). Además, la medida global de pérdida de CV (QL). Las escalas son análogas visuales con valoración 0-100, a mayor puntuación mayor deterioro. Su coeficiente de alfa de Cronbach es de .85 para la escala global y de .57, .85, .62 y .80 para las subescalas que conforman la prueba respectivamente. Esta prueba no cuenta con una validación en una muestra colombiana.

El alfa de Cronbach que se obtuvo para en la muestra del presente estudio en pacientes con cáncer de mama en Colombia fue .83.

Blasco y Bayés (1992) proponen la fórmula para la obtención del IAE en pacientes crónicos, el cual resulta de la sumatoria de las puntuaciones de las escalas síntomas, autonomía y dificultades familiares/ sociales, dividido por la multiplicación por tres de la escala malestar psicológico. Este índice considera que, a mayor malestar psicológico en comparación con las demás escalas menor es la adaptación a la enfermedad por parte del paciente. El índice considera el criterio de adaptación cuando la puntuación del resultado de la fórmula es igual o superior a 1.0, a mayor puntuación mayor será la adaptación (Blasco e Inglés, 1997).

7.4.3 Estrategias de afrontamiento (VI).

La Coping Strategies Scale Revised (CSS-R) fue originalmente creada por Chorot y Sandín (1993) con el fin de evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas comúnmente por las personas para hacer frente al estrés. Esta escala ha sido validada en Colombia por Londoño et al. (2006) con el nombre Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M).

Dicha escala posee 69 ítems con opción de respuesta en una escala tipo Likert con seis opciones de respuesta de 1 (*nunca*) hasta 6 (*siempre*). Contiene 12 componentes: solución de problemas (SP), búsqueda de apoyo social (BAS), espera (ESP), religión (REL), evitación emocional (EE), búsqueda de apoyo profesional (BAP), reacción agresiva (RA), evitación cognitiva (EC), reevaluación positiva (RP), expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA), negación (NEG) y autonomía (AUT). Todos los componentes nombrados tuvieron una alfa de Cronbach para la validación colombiana superior a .847 y las subescalas presentaron valores entre .651 y .905 (Londoño et al., 2006).

El alfa de Cronbach para el total de la prueba en la muestra de este estudio fue de .674.

Las normas de calificación indican puntuaciones independientes para cada subescala. Puntuaciones ubicadas entre el percentil 1 y 25 implican baja uso de la estrategia, del percentil 30 al 70 uso adecuado y del 75 al 99 alto uso.

7.4.4 Apoyo social (VD).

El Medical Outcomes Study- Social Support Survey (MOS-SSS, Sherbourne y Stewart, 1991), tiene como objetivo evaluar el apoyo social percibido por pacientes en condiciones relacionadas con la salud. Fue validado en Colombia por Londoño et al. (2012) con el nombre Cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social. Consta de 20 ítems, el primero hace referencia al número de personas que conforman la red de apoyo (NFA) de una persona y los otros 19 se distribuyen en cuatro dimensiones: emocional/informacional (E/I), instrumental (INS), interacción social positiva (ISP) y Afectivo (AA). Cuenta con cinco categorías de respuesta tipo Likert, cuyas puntuaciones fluctúan entre 1 (*nunca*) y 5 (*siempre*). En cuanto a las propiedades métricas, en la validación colombiana del instrumento se obtuvo un alfa de Cronbach de .941 para el total de la prueba y para los componentes el alfa de Cronbach se reportó entre .736 y .921.

Para este estudio el alfa de Cronbach del total de la prueba fue de .152.

La interpretación de las puntuaciones del MOS se presenta en tres niveles (alto, medio y bajo) para cada una de las dimensiones. Para el apoyo social emocional/informacional: Alto (32-40), medio (21-31) y bajo (8-20); instrumental: alto (17-20), medio (12-16) y bajo (04-11); interacción social positiva: alto (16-20), medio (11-15) y bajo (04-10); y afectivo: alto (13-15), medio (09-12) y bajo (03-08).

7.4.5 Resiliencia (VD).

La Resilience Scale de Wagnild y Young (1993) tiene como objetivo identificar cualidades personales que permiten el desarrollo de la resiliencia, con el fin de establecer el nivel de resiliencia en las personas. El instrumento está compuesto por 25 ítems tipo escala Likert con opciones de respuesta que se distribuyen de 1 (*completamente en desacuerdo*) hasta 7 (*completamente de acuerdo*) para cada afirmación. Los ítems están divididos en dos factores (competencia personal y aceptación de uno mismo) y cinco características de la resiliencia: ecuanimidad, perseverancia, confianza en sí mismo, satisfacción personal y sentirse bien.

Esta prueba fue validada en Colombia por Crombie, López, Mesa y Samper (2015), con un alfa de Cronbach para el total de la prueba de .846. En las características el alfa de Cronbach fluctuó entre .530 y .834, y en los factores competencia personal y aceptación de uno mismo, el alfa de Cronbach fue de .957 y .681, respectivamente.

El alfa de Cronbach para el total de la prueba en la muestra de este estudio fue de .901.

Las normas de calificación indican que el puntaje general de la prueba oscila entre 25 y 175, donde a mayor puntuación se registre mayor será la expresión de resiliencia en la persona. Para las características y factores la puntuación es igual, a mayor puntuación mayor expresión de esta.

Factores: competencia personal (17-119) y aceptación de uno mismo (8-56).

Características: ecuanimidad (4-28), perseverancia (5-49), confianza en sí mismo (8-49), satisfacción personal (4-28) y sentirse bien (3-21).

7.4.6 Optimismo disposicional (VD).

El Life Orientation Test- Revised (LOT-R) fue originalmente desarrollada por Scheier, Carver y Bridges (1994) con el objetivo de evaluar el optimismo desde una perspectiva disposicional. Este instrumento fue adaptado al contexto colombiano por Valdelamar-Jiménez y Sánchez-Pedraza (2017) en una muestra de pacientes con cáncer. Está compuesto por 10 ítems, 3 miden optimismo, 3 pesimismo y los 4 restantes no aportan a la calificación. Las opciones de respuestas presentan una escala de 0 a 4, donde 0 es muy en desacuerdo y 4 es muy de acuerdo. El alfa de Cronbach para la prueba original fue de .96.

Para los términos de este estudio el alfa obtenida para la prueba fue .766.

Para la calificación de los factores optimismo disposicional y pesimismo, aquellas puntuaciones menores o iguales a 6 indican una tendencia baja de la característica y aquellas iguales o mayores a 7 muestran una tendencia alta.

7.4.7 Ansiedad y depresión (VD).

La Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) creada por Zigmond y Snaith, (1983), fue adaptada y validada en Colombia por Rico, Restrepo, y Molina (2005) con el nombre de escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. El objetivo de esta escala es valorar sintomatología relacionada con la ansiedad y la depresión en personas que se encuentran en el contexto hospitalario por alguna enfermedad.

En la validación colombiana de la escala el alfa de Cronbach del total de la prueba fue de .86, para las subescalas de ansiedad y depresión en alfa fue .774 y depresión .776, respectivamente.

El alfa obtenida para el HAD en la muestra de este estudio fue .837.

El instrumento consta de 14 ítems, 7 para ansiedad y 7 para depresión. se pregunta el grado de acuerdo o desacuerdo según las afirmaciones Las opciones de respuesta tienen un valor de 0 a 3, siendo diferentes las descripciones de las puntuaciones por cada ítem.

Para la calificación de la prueba se consideran las siguientes deducciones: 0-7 normal, presencia mínima o ausencia de síntomas, 8-10 dudoso puesto que los síntomas no son suficientes o se presentan con la frecuencia necesaria para indicar un diagnóstico y ≥ 11 problema clínico al presentarse el número e intensidad de síntomas para precisar un diagnóstico.

7.5 Procedimiento

El protocolo elaborado por los investigadores fue aplicado por un equipo de investigación conformado por docentes y auxiliares de investigación. El protocolo incluyó la presentación del proyecto a las pacientes en cuanto a sus objetivos y alcance, aceptación de su participación voluntaria, firma del consentimiento informado, finalizando con la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos y médico-clínico, así como los cuestionarios que miden las variables psicológicas. Seguido, los datos fueron digitados y codificados para su análisis en el paquete estadístico SPSS versión 25.0 para Windows, se elaboraron los resultados, discusión, conclusiones, limitaciones y prospectivas del estudio.

7.6 Análisis de los datos

En primer término, se llevaron a cabo análisis descriptivos de las variables sociodemográficas, clínico-médicas y psicológicas. Se identificó el alfa de Cronbach para los instrumentos en el presente estudio y posteriormente para comprobar la normalidad de la muestra entre las diferentes pruebas estadísticas de bondad de ajuste de la distribución normal de la muestra, se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov a las variables cuantitativas, siendo esta la prueba idónea para muestras mayores a 50 sujetos (Hanusz y Tarasińska, 2015; Mishra et al., 2019; Rani Das y Rahmatullah Imon, 2016). Los resultados de los datos oscilaron entre $p=.000$ y $p=.030$, siendo una muestra heterogénea y en función de lo anterior fueron utilizadas pruebas no paramétricas para los análisis comparativos (U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis Test) y correlacionales (coeficiente de correlación de Spearman).

Para el análisis comparativo de las variables sociodemográficas y médico-clínicas en función de la adaptación a la enfermedad, se utilizó la U de Mann-Whitney para la comparación de las variables dicotómicas y para las ordinales o politómicas el Kruskal-Wallis Test. Las variables sociodemográficas edad y número de hijos, fueron analizadas por medio de correlaciones que fueron comparadas según sus resultados, con el fin de detectar diferencias entre dichas variables según los grupos en los que fue reagrupada la variable independiente adaptación.

En el análisis de correlación, cada una de las variables psicológicas independientes fue analizada respecto a la adaptación a la enfermedad (VD), por medio del coeficiente de correlación de Spearman.

Para la obtención del modelo predictivo de este estudio fue utilizado el análisis de regresión múltiple, que es una técnica de análisis multivariante cuyo objetivo es determinar y modelar el efecto de las variaciones de las variables independientes, explicativas o exógena, que son representadas como X_1, X_2, X_3 , sobre el comportamiento de la variable dependiente, endógena o explicada, simbolizada como Y. A través del coeficiente de regresión se estima dicho efecto (Babyak, 2004)

En regresión múltiple, generalizamos el método de la regresión lineal simple a más de una variable de entrada (VI) y les permitiremos que sean continuos o categóricos. Para el caso de las categóricas, se hace uso de variables indicadoras, dummies o ficticias para modelar categorías e investigar la sensibilidad de los modelos a puntos de datos individuales usando conceptos como apalancamiento e influencia (Campbell, 2006; Chatterjee y Simonoff, 2013; Hardy, 1993). La regresión múltiple es una generalización del análisis de varianza y el análisis de covarianza, cuyo objetivo principal es predecir un valor de un resultado, para datos de entrada determinados (VI) y de esta forma poder calcular el porcentaje del pronóstico (Campbell, 2006; Hanley, 2016).

La fórmula general de la ecuación lineal múltiple es (Chatterjee y Simonoff, 2013):

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + \epsilon_i$$

Para el modelo de este estudio Y es la variable dependiente adaptación a la enfermedad, β son los coeficientes que señalan la magnitud entre la variable dependiente y las independientes, y ϵ es el error del modelo.

La integración de las variables sociodemográficas y médico-clínicas en el modelo condujo a convertir las variables categóricas a dummies o ficticias las (estado civil, nivel de estudios, nivel de ingresos, procedencia, departamento, estadio de la enfermedad, tratamientos recibidos), con la finalidad de darles apariencia de numéricas.

Para la estimación del modelo de regresión lineal óptimo se requirió del cumplimiento de los supuestos del modelo: linealidad, independencia, homocedasticidad, normalidad y no colinealidad. Así como una secuencia de pasos para la aplicación de la prueba (Vilà Baños, Torrado Fonseca y Reguant Álvarez, 2019):

1. Selección de la variable dependiente e independientes
2. Verificación de los supuestos
3. Interpretación del modelo
4. Bondad de ajuste del modelo

Para dar cumplimiento al paso 1 se ingresaron al análisis de regresión lineal en SPSS las variables identificadas como dependiente y explicativas para el estudio.

La verificación de los supuestos, como segundo paso, fue obtenida del estudio de las puntuaciones residuales, por medio del análisis de las puntuaciones sistematizadas y las predichas por el modelo, para lo cual fueron calculados los valores no tipificados y los residuos no tipificados surgiendo las PRE_1 Y RES_1, de las que parte el estudio de los supuestos.

La linealidad se estima por medio de los diagramas de dispersión parcial, en el que se estima el efecto de cada variable independiente sobre la dependiente, eliminando el efecto de las demás VI, lo cual fue evidenciado en los gráficos de dispersión parcial. El supuesto de independencia se determinó por medio de la prueba Durbin-Watson para evaluar la presencia de autocorrelación, para este estudio el resultado fue de 2.081, lo que concluye la independencia entre las variables explicativas. Para la homocedasticidad relacionada con la constancia de la varianza de los errores a lo largo del tiempo, fue aplicado la prueba Levene junto a los gráficos de dispersión ZPRED y ZRESID, siendo $F= 1.631$ y un valor $p=.033$, indicando que la diferencia de varianzas muestrales es significativa. El supuesto de normalidad fue verificado por medio de los gráficos que representa el cumplimiento de la distribución de Laplace-Gauss: histograma, gráfico P-P normal de regresión y gráfico de dispersión. La colinealidad implica la no correlación entre variables independientes y fue valorada por medio de la tolerancia y el Factor de Inflación de la Varianza (FIV), para este supuesto los resultados identificaron correlación entre las variables explicativas al presentar valores FIV entre 1.0 y 221.133 y valores de tolerancia entre .001 y 30.194, lo que implica problemas de colinealidad entre las variables del modelo.

El tercer paso, referente la interpretación del modelo requirió la utilización del método de regresión paso a paso (stepwise regression), procedimiento de introducción progresiva (forward stepwise regression), con el fin de cuantificar el cambio en la variable dependiente según sean los cambios en las variables independientes, se presenta entonces un modelo que identifica las variables incluidas en el modelo como significativa, es decir como predictora por medio de las puntuaciones del valor de la prueba t y el valor de significatividad (p) y por el peso de la predictividad por medio de los coeficientes tipificados beta (β).

Finalmente, el análisis de la bondad de ajuste se observa desde el resumen del modelo, en el que se observa la varianza explicada desde el R^2 . Por otra parte, el estadístico F estima si existe

relación lineal significativa entre la VD y las VI, el valor P puede valorar la relación como significativa.

8 Resultados

8.1 Análisis descriptivo

8.1.1 Características sociodemográficas de la muestra (VI).

La muestra estuvo conformada por mujeres cuya edad promedio fue de 53.8 años (DT=11.6), quienes vivían mayormente en unión libre (31.0%), con un promedio de 2.5 hijos (DT=1.8). Los niveles de formación más recurrentes fueron primaria (28.4%) y bachillerato (24.1%) culminados; el nivel de ingresos económicos fue generalmente bajo (71.6%). Un alto número de pacientes procedía de la zona urbana (72.4%) y eran del departamento de Córdoba (86.2%) (ver tabla 10).

Tabla 10.

Características sociodemográficas de la muestra (n = 116)

	n	%		n	%
	Estado Civil			Nivel de Estudios	
Casado	20	17.2	Ninguno	9	7.8
Unión libre	36	31.0	Primaria Incompleta	9	7.8
Soltero	33	28.4	Primaria	33	28.4
Viudo	14	12.1	Bachillerato Incompleto	7	6.0
Divorciado	13	11.2	Bachillerato	28	24.1
	Nivel de Ingresos		Universitario Incompleto	2	1.7
Bajo	83	71.6	Universitario	24	20.2
Medio	31	26.7	Posgrado	6	5.2
Alto	2	1.7		Procedencia	
	Departamento de procedencia		Urbana	84	72.4
Córdoba	100	86.2	Rural	32	27.6
Sucre	12	10.3		Variables Numéricas (M y DT)	
Antioquia	4	3.4	Edad	53.8	11.6
			No. Hijos	2.5	1.8

8.1.2 Características médico-clínicas de la muestra (VI).

En cuanto a las variables médico-clínicas, se observó que tratamientos médicos como la quimioterapia (42.2%) y la combinación de esta quimioterapia con cirugía (46.6%) fueron los más recibidos por las pacientes. Respecto al conocimiento de su diagnóstico 48 pacientes respondieron desconocer el estadio de la enfermedad (41.4%); la revisión de las historias clínicas reportó que los estadios con mayor diagnóstico fueron el IIA (22.4%) y IIIB (22.4%) (ver tabla 11).

Tabla 11.

Características médico-clínicas de la muestra (n = 116)

	n	%		n	%
<i>Tipo de tratamiento</i>			<i>Estadio del Cáncer según paciente</i>		
Quimioterapia	49	42.2	I	10	8.6
			II	30	25.9
Cirugía	3	2.6	III	24	20.7
			IV	4	3.4
Radioterapia	1	0.9	No Sabe	48	41.4
			<i>Estadio del Cáncer según diagnóstico médico</i>		
Terapia Hormonal+	1	0.9	IA	5	4.3
Quimioterapia +					
Cirugía			IB	2	1.7
Quimioterapia +	54	46.6	IIA	26	22.4
Cirugía					
Todas	8	6.9	IIIB	19	16.4
			IIIA	20	17.2
			IIIB	26	22.4
			IIIC	8	6.9
			IV	10	8.6

8.1.3 Características psicológicas de la muestra.

8.1.3.1 Descripción de la adaptación a la enfermedad (VD).

La evaluación de la adaptación a la enfermedad por medio del índice obtuvo un valor promedio de 1.7 (DT=1.5), siendo .10 la mínima puntuación y 10 la máxima. El punto de corte del índice es de 1.0.

8.1.3.2 Descripción de las estrategias de afrontamiento (VI).

De las estrategias de afrontamiento, 8 de las 12 evaluadas contaron con puntuaciones ubicadas en un percentil igual o superior al 95, las tres más utilizadas fueron: religión (M=37.9), solución de problemas (M=48.3) y búsqueda de apoyo profesional (M=21.1). La estrategia a la que menos se recurrió fue la autonomía (M=4.5) (ver tabla 12).

Tabla 12.

Descripción de las estrategias de afrontamiento en la muestra (n = 116)

Estrategias	M	DT	Mínimo	Máximo
Solución de problemas (SP)	48.3	5.6	27	54
Búsqueda de apoyo social (BAS)	33.8	7.7	12	42
Espera (ESP)	32.6	10.6	9	54
Religión (REL)	37.9	4.8	12	42
Evitación emocional (EE)	25	9.5	8	48
Búsqueda de apoyo profesional (BAP)	21.1	7.4	5	30
Reacción agresiva (RA)	10.7	5.4	5	30
Evitación cognitiva (EC)	24	4.8	11	30
Reevaluación positiva (RP)	26.7	3.8	14	30
Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA)	10.6	4.6	4	24
Negación (NEG)	14.1	3.4	3	18
Autonomía (AUT)	4.5	3	2	12

8.1.3.3 Descripción de las dimensiones de apoyo social (VD).

En el análisis del apoyo social se identificó que las participantes contaban con red de apoyo social conformada por un promedio de 16 amigos y familiares. De acuerdo a la evaluación de las dimensiones, se identificó como la de menor puntuación el apoyo social emocional/informacional (M=19.56), relacionado con la empatía, amor, confianza e información útil para enfrentar una situación problemática. El resto de las dimensiones presentaron puntuaciones en un rango medio: apoyo instrumental (M=19.70), interacción social positiva (M=18.40) y afectivo (M=14.9) (ver tabla 13).

Tabla 13.

Descripción del apoyo social en la muestra (n = 116)

	M	DT	Mínimo	Máximo
Red de apoyo social	16.0	21.2	1	150
Apoyo social emocional/informacional	19.6	15.9	5	40
Apoyo instrumental	19.7	9.2	6	114
Interacción social positiva	18.4	2.4	7	20
Apoyo afectivo	14.1	1.7	7	19

8.1.3.4 Descripción de factores y características de la resiliencia (VD).

En el análisis descriptivo de la variable resiliencia se presenta en la tabla 14, en esta se observan puntuaciones altas en los factores competencia personal (M=104.5) y aceptación de uno mismo y de la vida (M= 48.9), relacionadas con características de independencia, autoconfianza, ingenio, perseverancia, toma de decisiones, capacidad de adaptación, flexibilidad y aceptación de la vida en condiciones de adversidad.

Haciendo referencia a las características, las puntuaciones altas se observaron en: ecuanimidad (M=23.4), perseverancia (M=42.1) y confianza en sí mismo (M=44.2), orientadas a la presencia de balance frente a la vida, persistencia y autodisciplina, y la creencia en sí mismo y sus capacidades. La puntuación global de resiliencia fue igualmente alta (M=153.4) (ver tabla 14).

Tabla 14.

Descripción de la resiliencia en la muestra (n = 116)

Factores	M	DT	Mínimo	Máximo
Competencia personal	104.5	11.8	29	119
Aceptación de uno mismo y de la vida	48.9	6.6	8	56
<i>Características</i>				
Ecuanimidad	23.4	4.0	8	28
Perseverancia	42.1	5.2	12	49
Confianza en sí mismo	44.2	5.8	7	49
Satisfacción personal	25.1	3.8	4	28
Sentirse bien solo	18.6	2.9	6	21
<i>Resiliencia global</i>	153.4	17.6	37	175

8.1.3.5 Descripción de optimismo-pesimismo (VI).

En la tabla 15, se identifica que valores altos en optimismo (M=12.0) son se contraponen a valores bajos en pesimismo(M=5.4), identificándose la tendencia a presentar expectativas y actitudes favorables hacia el futuro con la creencia de tener control sobre este.

Tabla 15.

Descripción del optimismo disposicional en la muestra (n = 116)

	M	DT	Mínimo	Máximo
Optimismo	12.0	3.8	4	33
Pesimismo	5.4	4.4	0	25

8.1.3.6 Descripción de ansiedad y depresión (VI).

Las reacciones emocionales frente al estrés producto de la enfermedad, mostraron puntuaciones normales en ansiedad (M=7.2) y depresión (M=3.2); según los criterios de la prueba no hay presencia de síntomas significativos para su diagnóstico debido a que ambas puntuaciones están un rango de 0-7 para ansiedad y depresión (ver tabla 16).

Tabla 16.

Descripción de respuestas emocionales en la muestra (n = 116)

	M	DT	Mínimo	Máximo
Ansiedad	7.2	6.0	0	29
Depresión	3.2	3.2	0	16

8.2 Adaptación en función de las variables sociodemográficas

En la tabla 17 es posible observar que el valor del estadístico U, para un Z= -2.562 fue de 956. Con un p valor igual a .010, lo que plantea evidencias suficientes para plantear las puntuaciones de la adaptación a la enfermedad entre los grupos de procedencia urbano y rural son diferentes.

Tabla 17.

Adaptación a la enfermedad en función de las variables sociodemográficas

Variable	H	gl	p
Estado civil	4.286	4	.369
Nivel de estudios	9.291	7	.232
Nivel de ingresos		2	.447
Departamento de procedencia	2.214	2	.331
	U	Z	p
Procedencia	956	-2.562	.010

H=puntuación prueba Kruskal Wallis; U= puntuación de la prueba Mann-Whitney gl= grados de libertad; Z=estadístico de comparación para obtener p valor; p= significancia estadística *p<.05, **p<.01 bilateral

Al ser las VI edad y número de hijos de tipo continua, se hizo un análisis correlacional de estas con la VD. En la tabla 18 se observa una correlación positiva y significativa entre adaptación a la enfermedad y edad (p=.000), siendo que a mayor edad mayor adaptación a la enfermedad de las participantes.

Tabla 18.

Adaptación a la enfermedad en función a la edad

Variable		Adaptación	Edad
Adaptación	rho	1.000	.371**
	p		0.000
Edad	rho		1.000
	p		

rho= coeficiente de correlación de Spearman, *p<.05, **p<.01 bilateral

La tabla 19, muestra que la adaptación no se relaciona estadísticamente con la VI edad, dado que el valor p>.05.

Tabla 19.

Adaptación a la enfermedad en función del número de hijos

Variable		Adaptación	Número de hijos
Adaptación	rho	1.000	0.056
	p		0.552
Hijos	rho		1.000
	p		

Rho= coeficiente de correlación de Spearman, *p<.05, **p<.01 bilateral

8.3 Adaptación en función de las variables médico-clínicas

En las variables médico-clínicas las puntuaciones de la adaptación a la enfermedad no resultaron diferenciarse estadísticamente en el análisis comparativo, dado que los valores H, para los grados de libertad reportados corresponden a valores $p > .05$ (ver tabla 20).

Tabla 20.

Adaptación a la enfermedad en función de las variables médico-clínicas

Variable	H	gl	p
Estadio del Cáncer según paciente	6.167	4	.187
Estadio del Cáncer según diagnóstico médico	6.457	7	.488
Tipo de tratamiento	2.163	5	.826

H=puntuación prueba Kruskal Wallis; gl= grados de libertad; p= significancia estadística *p<.05, **p<.01 bilateral

8.4 Adaptación en función de las variables psicológicas

8.4.1 Relación entre adaptación a la enfermedad y estrategias de afrontamiento.

Las relaciones que son de interés para este estudio se observan en las dos primeras líneas de la tabla 21, que según los valores $p \leq .05$ y al coeficiente de correlación que las estrategias de

afrontamiento existe una relación significativa entre la adaptación a la enfermedad y: búsqueda de apoyo social ($\rho = -.245$, $p = .008$), Evitación emocional ($\rho = -.206$, $p = .027$), Búsqueda de apoyo profesional ($\rho = -.198$, $p = .033$) y autonomía ($\rho = .187$, $p = .045$). La estrategia con el coeficiente más significativo corresponde a la búsqueda de apoyo social en contraste con la autonomía. Los valores reportados implican que cuanto mayor es la adaptación menor será la necesidad de búsqueda de apoyo por parte de familiares, amigos y profesionales para la solución de los problemas, disminuye la evitación de la expresión de las emociones y aumenta la capacidad de tomar decisiones y solucionar los problemas de forma independiente (ver tabla 21).

Tabla 21.

Adaptación a la enfermedad en función de las estrategias de afrontamiento

		SP	BAS	ESP	REL	EE	BAP	RA	EC	RP	EDA	NEG	AUT
AE	rho	-0.084	-.245**	0.099	-0.022	-.206*	-.198*	-0.057	-0.055	0.079	-0.138	0.064	.187*
	p	0.368	0.008	0.290	0.814	0.027	0.033	0.543	0.554	0.400	0.140	0.498	0.045
SP	rho	1.000	.357**	0.006	0.163	0.125	.249**	0.057	.428**	.429**	-0.033	.224*	-0.041
	p		0.000	0.949	0.081	0.180	0.007	0.546	0.000	0.000	0.726	0.016	0.659
BAS	rho		1.000	-0.071	.253**	0.058	.575**	0.174	.367**	.317**	0.146	0.126	-0.010
	p			0.447	0.006	0.539	0.000	0.062	0.000	0.001	0.119	0.176	0.913
ESP	rho			1.000	0.160	.332**	-0.037	0.175	0.131	-.201*	.251**	0.169	.397**
	p				0.086	0.000	0.691	0.060	0.159	0.030	0.007	0.070	0.000
REL	rho				1.000	0.148	0.097	0.147	.283**	0.132	0.108	.372**	0.089
	p					0.113	0.301	0.116	0.002	0.159	0.249	0.000	0.342
EE	rho					1.000	0.068	.334**	0.153	-0.125	.484**	0.018	0.153
	p						0.467	0.000	0.101	0.182	0.000	0.850	0.100
BAP	rho						1.000	0.025	.366**	.208*	.190*	0.067	-0.062
	p							0.786	0.000	0.025	0.041	0.477	0.509
RA	rho							1.000	0.091	0.121	.385**	0.077	.197*
	p								0.334	0.194	0.000	0.412	0.034
EC	rho								1.000	.441**	.183*	.308**	0.103
	p									0.000	0.049	0.001	0.270
RP	rho									1.000	-0.118	.201*	0.076
	p										0.206	0.031	0.416
EDA	rho										1.000	-0.022	.235*
	p											0.818	0.011
NEG	rho											1.000	-0.045
	p												0.633
AUT	rho												1.000
	p												

rho= coeficiente de correlación de Spearman, *p<.05, **p<.01 bilateral

8.4.2 Relación entre adaptación a la enfermedad y dimensiones de apoyo social.

Al tomar como referente para el análisis las líneas de la tabla 22, se toman como base los datos que corresponden a la relación entre adaptación y las dimensiones de apoyo social, es estos se observa que no existen relaciones significativas entre las variables, debido a que los valores del coeficiente de correlación fueron muy bajos (rho entre $-.027$ y $.182$) y el valor $p > .05$

Tabla 22.

Adaptación a la enfermedad en función de las dimensiones de apoyo social

		RAS	AS E/I	AS INT	ISP	AA
Adaptación	Rho	0.080	0.033	-0.182	-0.027	-0.172
	P	0.392	0.722	0.050	0.770	0.064
Red de apoyo social (RAS)	Rho	1.000	0.112	0.006	0.158	0.149
	P		0.233	0.948	0.091	0.110
AS Emocional/ Informativa (AS E/I)	Rho		1.000	-0.017	0.176	0.066
	P			0.859	0.059	0.481
AS instrumental (AS INT)	Rho			1.000	.564**	.560**
	P				0.000	0.000
Interacción social positiva (ISP)	Rho				1.000	.577**
	P					0.000
Apoyo Afectivo (AA)	Rho					1.000
	P					

rho: coeficiente de correlación de Spearman, * $p < .05$, ** $p < .01$

8.4.3 Relación entre adaptación a la enfermedad y resiliencia.

En la tabla 23 es posible observar que no existe una relación significativa entre la adaptación con los factores, componentes y puntuación global en resiliencia. Los coeficientes de correlación fueron muy bajos (rho entre $-.012$ y $-.126$) y el valor $p > .05$

Tabla 23.

Adaptación a la enfermedad en función de la resiliencia

		CP	AMV	ECU	PER	CSM	SAT	SOLO	RES
Adaptación	rho	-0.099	-0.013	-0.012	-0.082	-0.077	0.065	-0.126	-
	p	0.291	0.887	0.896	0.380	0.411	0.491	0.178	0.078
Competencia personal (CP)	rho	1.000	.642**	.554**	.783**	.750**	.586**	.632**	.945**
	p		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Aceptación de uno mismo y de la vida (AMV)	rho		1.000	.675**	.600**	.608**	.695**	.427**	.846**
	p			0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Ecuanimidad (ECU)	rho			1.000	.358**	.343**	.300**	0.154	.651**
	p				0.000	0.000	0.001	0.098	0.000
Perseverancia (PER)	rho				1.000	.466**	.518**	.416**	.782**
	p					0.000	0.000	0.000	0.000
Confianza en sí mismo (CSM)	rho					1.000	.505**	.538**	.761**
	p						0.000	0.000	0.000
Satisfacción personal (SAT)	rho						1.000	.375**	.674**
	p							0.000	0.000
Sentirse bien solo (SOLO)	rho							1.000	.602**
	p								0.000
Global resiliencia (RES)	rho								1.000
	p								

rho= coeficiente de correlación de Spearman, *p<.05, **p<.01 bilateral. Para el análisis de la resiliencia, se tuvo en cuenta los factores, componentes y puntuación global de la resiliencia

8.4.4 Relación entre adaptación a la enfermedad y optimismo-pesimismo.

Para la variable optimismo disposicional compuesta por las medidas contrapuestas de optimismo y pesimismo, se observa que los coeficientes de correlación y el valor p, niegan una relación significativa entre estas y la adaptación a la enfermedad. Los valores de rho oscilan entre -.002 y -.012, con un valor $p > .05$ (ver tabla 24).

Tabla 24.

Adaptación a la enfermedad en función del optimismo-pesimismo

		Optimismo	Pesimismo
Adaptación	rho	-0,012	-0,002
	p	0,902	0,981
Optimismo	rho	1,000	-0,147
	p		0,114
Pesimismo	rho		1,000
	p		

rho: coeficiente de correlación de Spearman, * $p < .05$, ** $p < .01$

8.4.5 Relación entre adaptación a la enfermedad y reacciones emocionales de ansiedad y depresión.

En la tabla 25 es posible observar que la variable depresión y adaptación a la enfermedad guardan una relación estadísticamente significativa, con un coeficiente de correlación negativo muy bajo y un $p = .05$.

Tabla 25.

Adaptación a la enfermedad en función de las reacciones emocionales

		Ansiedad	Depresión
Adaptación	rho	-0.291	-.183*
	p	0.002	0,050
Ansiedad	rho	1.000	.796**
	p		0.000
Depresión	rho		1.000
	p		

rho= coeficiente de correlación de Spearman, *p<.05, **p<.01 bilateral

8.5 Modelo explicativo de la adaptación a la enfermedad en cáncer de mama

8.5.1 Estimación de los coeficientes de las VI incluidas en el modelo.

Como fue señalado en el procedimiento para la estimación del modelo que permita analizar los determinantes o predictores sociodemográficos, medico clínicos y psicológicos de la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama. Para lo cual fueron incluidas todas las variables señaladas en la tabla 1 y claramente especificada su forma de medición en el apartado de instrumentos.

Al ingresar las variables para la estimación del modelo, se observó la identificación de un único modelo del cual fueron suprimidas las variables dummies: estadio de la enfermedad 0 reportado en la historia clínica, y los tratamientos de terapia hormonal, y las combinaciones de terapias hormonal + quimioterapia, hormonal + cirugía, cirugía + radioterapia y quimioterapia + cirugía + radioterapia. Las demás variables fueron ingresadas en el modelo y como se expresó en el apartado de análisis estadístico fue alcanzado el límite de tolerancia de .000, lo que identifica colinealidad entre las variables.

Al introducir las variables en el modelo, este incluyó como predictoras del mismo las variables sociodemográficas dummies: nivel socioeconómico medio y alto, procedencia rural, procedencia de los departamentos Sucre y Antioquia, estado civil casada, separada, viuda y unión libre, niveles educativos primaria incompleta, primaria, secundaria incompleta, secundaria,

universitaria incompleta y universitario. También fue incluida la variable continua edad y número de hijos.

De estas variables sociodemográficas la única que tiene capacidad de predicción de acuerdo al criterio de significatividad es el tener la característica de secundaria incompleta ($p=.034$), en cuanto al peso de las variables en la ecuación estar separada posee el quinto valor más alto de la escala $\beta=.184$ (ver tabla 20).

Las variables dummies médico-clínicas ingresadas como predictoras fueron:

Estadios reportados en la historia clínica: IA, IB, IIA, IIIA, IIIB, IIIC y IV

Estadios reportados por los pacientes: estadios I, II, IV y no sabe.

Asociadas a los tratamientos: todos los tratamientos, radioterapia, cirugía, terapia hormonal + quimioterapia +cirugía y quimioterapia.

Las variables médico- clínicas no contaron con un valor $p \leq .05$. Por tanto, ninguna tiene un fuerte valor predictivo, pero en el peso de las variables en el modelo se observa que el tratamiento cirugía ($\beta=.147$) y el estadio IA reportado en la historia clínica ($\beta=.144$), presentaron el noveno y décimo valor predictivo dentro del conjunto (ver tabla 20).

Las variables psicológicas incluidas fueron: sentirse bien solo, apoyo instrumental, reacción agresiva, búsqueda de apoyo profesional, apoyo social emocional/informacional, ansiedad, interacción social positiva, reevaluación positiva, ecuanimidad, pesimismo, número de amigos y familiares, religión, evitación emocional, autonomía, solución de problemas, expresión de la dificultad de afrontamiento, espera, búsqueda de apoyo social, apoyo afectivo, evitación cognitiva, satisfacción personal, negación, optimismo, perseverancia, confianza en sí mismo, depresión y aceptación de uno mismo y de la vida.

En las variables psicológicas la dimensión del apoyo social red de apoyo (número de amigos y familiares) y estrategia de afrontamiento autonomía, contaron con la característica de significatividad para el modelo con un p valor de .009 y .014, respectivamente. Dentro de las 10 variables con mayor peso en el modelo se encontraron las estrategias de afrontamiento autonomía ($\beta=.344$) y evitación cognitiva ($\beta=.173$); la dimensión de apoyo social número de amigos y familiares ($\beta=.298$); las características de resiliencia satisfacción personal y con la vida ($\beta=.325$),

confianza en sí mismo ($\beta=.201$) y ecuanimidad ($\beta=.166$) y; por último, el optimismo ($\beta=.163$) (ver tabla 26).

Tabla 26.

Coefficientes de las variables incluidas en el modelo de adaptación a la enfermedad

Variables independientes incluidas	B	Error	β	t	p
Edad	-0,006	0,019	-0,051	-0,336	0,738
Número de hijos	0,045	0,102	0,056	0,444	0,658
Solución de problemas	-0,003	0,038	-0,012	-0,08	0,936
Búsqueda de apoyo social	-0,032	0,029	-0,169	-1,112	0,271
Espera	-0,004	0,019	-0,027	-0,201	0,842
Religión	-0,009	0,041	-0,028	-0,209	0,835
Evitación emocional	-0,01	0,02	-0,067	-0,52	0,605
Búsqueda de apoyo profesional	-0,002	0,029	-0,009	-0,058	0,954
Reacción agresiva	0,017	0,033	0,062	0,506	0,615
Evitación cognitiva	0,053	0,047	0,173	1,124	0,266
Reevaluación positiva	0,009	0,051	0,023	0,175	0,862
Expresión de la dificultad de afrontamiento	-0,042	0,039	-0,132	-1,053	0,297
Negación	-0,075	0,076	-0,175	-0,98	0,331
Autonomía	0,165	0,065	0,344	2,523	0,014
Aceptación de uno mismo y de la vida	-0,092	0,077	-0,415	-1,194	0,238
Ecuanimidad	0,061	0,062	0,166	0,975	0,334
Perseverancia	0,002	0,055	0,007	0,038	0,97
Confianza en sí mismo	0,051	0,061	0,201	0,838	0,406
Satisfacción personal	0,126	0,086	0,325	1,477	0,145
Sentirse bien solo	-0,136	0,082	-0,267	-1,651	0,104
Optimismo	0,062	0,069	0,163	0,894	0,375
Pesimismo	-0,048	0,052	-0,146	-0,928	0,357
Número de amigos y familiares	0,021	0,008	0,298	2,718	0,009
Apoyo social emocional/Informativo	0,012	0,011	0,133	1,133	0,262
Apoyo instrumental	0,004	0,018	0,026	0,237	0,814
Interacción social positiva	0,03	0,094	0,049	0,319	0,751
Apoyo afectivo	-0,032	0,135	-0,038	-0,238	0,812
Ansiedad	-0,005	0,06	-0,021	-0,083	0,934
Depresión	-0,036	0,125	-0,078	-0,285	0,776
Casada	0,099	0,559	0,026	0,177	0,86
Unión libre	-0,397	0,405	-0,127	-0,981	0,331
Viuda	0,225	0,53	0,05	0,425	0,673
Separada	0,848	0,595	0,184	1,424	0,16

Primaria	-0,486	0,635	-0,151	-0,765	0,447
Primaria incompleta	0,041	0,865	0,007	0,047	0,963
Secundaria	-0,015	0,734	-0,004	-0,021	0,984
Secundaria incompleta	-1,939	0,895	-0,318	-2,166	0,034
Universitario	-0,245	0,787	-0,066	-0,311	0,757
Universitario incompleto	-0,892	1,664	-0,08	-0,536	0,594
Posgrado	-0,502	1,016	-0,077	-0,494	0,623
NSE medio	-0,104	0,434	-0,032	-0,241	0,811
NSE alto	-1,855	1,353	-0,166	-1,371	0,176
Procedencia rural	0,265	0,364	0,081	0,727	0,47
Departamento Sucre	-0,545	0,534	-0,114	-1,021	0,312
Departamento Antioquia	-1,02	0,818	-0,128	-1,248	0,217
Estadio-paciente I	-0,727	0,673	-0,129	-1,080	0,285
Estadio-paciente II	-0,177	0,522	-0,049	-0,340	0,735
Estadio-paciente IV	-0,634	1,008	-0,073	-0,629	0,532
Estadio-paciente No sabe	-0,109	0,534	-0,034	-0,204	0,839
Estadio IA	1,029	0,861	0,144	1,195	0,237
Estadio IB	-0,443	1,362	-0,04	-0,325	0,746
Estadio IIA	-0,266	0,497	-0,076	-0,535	0,595
Estadio IIB	0,222	0,58	0,058	0,383	0,703
Estadio IIIA	-0,085	0,564	-0,024	-0,151	0,881
Estadio IIIC	-0,381	0,807	-0,066	-0,471	0,639
Estadio IV	0,654	0,729	0,126	0,897	0,374
Quimioterapia	0,218	0,408	0,074	0,536	0,594
Cirugía	1,342	1,033	0,147	1,299	0,199
Radioterapia	0,117	1,964	0,007	0,06	0,953
Hormonal+ quimioterapia+ cirugía	0,05	1,574	0,003	0,032	0,975
Todos los tratamientos	-0,43	0,68	-0,075	-0,632	0,53

β =puntuación beta, $p < .05$ significatividad

8.5.2 Estimación de bondad de ajuste del modelo de adaptación a la enfermedad.

La estimación de bondad de ajuste del modelo, puede calcularse por el valor de la varianza explicada desde la R^2 ajustada, cuyo resultado es = .624, lo que implica un buen ajuste del modelo que incluye variables sociodemográficas, médico-clínicas y psicológicas como predictoras de la adaptación a la enfermedad en las participantes del estudio (ver tabla 20).

El p valor indica que el resultado es significativo ($p = .033$) y el coeficiente $F = 1.631$ confirman la varianza explicada de un 62.4% (ver tabla 27).

Tabla 27.

Regresión lineal múltiple para la explicación de la adaptación a la enfermedad en cáncer de mama

<i>Modelo</i>	<i>gl</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Media cuadrática</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Regresión</i>	58	152.687	2.633	1.631	.033
<i>Residual</i>	57	91.983	1.614		
<i>R² ajustada=.624 / 62.4%</i>					

R²=varianza explicada desde el modelo, gl= grados de libertad, F= relación lineal entre VD y VI, p<.05 significatividad

9 Discusión

Para lograr discriminar las variables sociodemográficas (estado civil, nivel de estudio, nivel de ingresos, procedencia, departamento de procedencia, número de hijos y edad), médico-clínicas (estadio de la enfermedad y tipo de tratamiento) y psicológicas (estrategias de afrontamiento, apoyo social, resiliencia, optimismo disposicional, ansiedad y depresión) que explican la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama, fue necesario: describir las variables independientes sociodemográficas, clínico-médicas y psicológicas del estudio en las participantes, describir la variable dependiente adaptación a la enfermedad y el comportamiento de esta en función de las diferentes variables independientes.

Cabe resaltar que algunos autores han estudiado modelos de relación entre adaptación a la enfermedad y diferentes variables (Ceballos Ospino et al., 2014; Kvillemo y Bränström, 2014; Postolica et al., 2017), pero la relación estimada para este estudio no había sido analizada integrando las VI seleccionadas. Por tanto, interés de este estudio se centró en la identificación de predictores de la adaptación que permitan a futuro el diseño e implementación de estrategias de intervención orientadas a fortalecer o decrementar la presencia de dichas variables en los servicios de atención integral de las pacientes.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre características sociodemográficas en la muestra, estudios describen que los pacientes con cáncer se caracterizan por: ser mujeres de países o regiones poco desarrolladas en Latino América y el Caribe, vivir en zonas rurales, tener niveles académicos iguales o inferiores al bachillerato, ser de bajos ingresos, adultos mayores, casadas y vivir en unión libre (Bigby y Holmes, 2005; Kanul, Wong, Arreola-Ornelas y Méndez, 2011; Sat-Muñoz et al., 2011). Los datos de los estudios son coherentes con los hallazgos de la presente investigación al evidenciar en las pacientes particularidades como: ser mayores de 50 años, con niveles educación inferiores o iguales al bachillerato, un bajo nivel de ingresos, vivir en pareja, y en la zona urbana de los municipios con una economía agrícola y ganadera.

Respecto a las variables médico-clínicas, estudios como el expuesto por Sat-Muñoz et al. (2011) Amaboldi et al. (2016), Park, Chun, Jung y Bae (2017) y Schou-Breda y Tøien (2017) concluyeron que la evolución de la enfermedad dependía en alguna medida de las condiciones sociales y económicas de las personas. Esta deducción, es equivalente a lo reportado en el estudio en el que no solo se identificaron condiciones económicas y sociales de vulnerabilidad, sino

diagnósticos de cáncer de mama en fases II y III, implicando la presencia de similitudes con los resultados de otros estudios.

En el cáncer las pacientes adaptadas son reportadas por algunos estudios como mujeres con tendencia a conocer el diagnóstico y sus implicaciones (Font y Cardoso, 2009), manejar el dolor y aceptar la enfermedad (Czerw, Religioni y Deptala, 2016), a ser resilientes, esperanzadas y resistentes, optimistas y agradecidas (Zhan et al., 2018). Características identificadas en parte de las participantes con muestras de mayor ajuste.

Las estrategias para afrontar el cáncer son orientadas en su mayoría hacia los problemas, dado que permiten la definición de acciones claras para contrarrestar el efecto de las situaciones adversas (Montiel Castillo, Alvarez Reyes y Guerra Morales, 2016; Moreno Martín, Gutiérrez Iglesia y Zayas García, 2017; Pahlevan Sharif, Ahadzadeh y Perdamen, 2017). Acorde a lo expuesto por los anteriores estudios las estrategias más utilizadas por las participantes fueron: la religión, solución de problemas, búsqueda de apoyo profesional, de apoyo social, evitación cognitiva, reevaluación positiva y negación.

La religión como primera estrategia utilizada no solo confirma el hecho que hace a Colombia un país religioso como otros de Latinoamérica donde es un importante valor cultural búsqueda (Hunter-Hernández, Costas-Muñiz y Gany, 2015). También, esclarece resultados de otros estudios que la señalan como un recurso que permite la adaptación en momentos adversos (Ramírez-Perdomo, Rodríguez-Velez y Perdomo-Romero, 2018; Ursaru, Crumpei y Crumpei, 2014), como el cáncer de mama (Tarakeshwar et al., 2006).

En correspondencia al uso de la estrategia de solución de problemas en pacientes con cáncer de mama, De Haro-Rodríguez et al. (2014) expresó que un mayor uso de la estrategia se relaciona con un mayor ajuste a la enfermedad y autoeficacia; y que el menor uso con mayor expresión de tristeza y temor; Hermosilla y Sahueza (2015) la relacionaron con mayor adaptación y control emocional y; Ortíz et al., (2014) y Pérez et al. (2017) con menor ansiedad y depresión y una mayor autoestima.

De manera específica el apoyo social ha sido valorado como una variable que posibilita la adaptación, especialmente en mujeres con cáncer de mama recién diagnosticadas que dirigen su atención a la búsqueda de apoyo por medio de la compañía, solicitud de consejos e información relacionada con la enfermedad, con el fin de mejorar su salud y calidad de vida propia y de sus familiares (Hernández y Cruzado, 2013; Rojas, Fuentes y Robert, 2017). En las participantes las

dimensión con menor presencia fue la emocional/informacional, lo que significa que las pacientes tienen dificultades para acceder a la compañía, confianza e información de otros para resolver un problema.

El papel de la resiliencia como factor asociado a un mejor ajuste emocional (Markovitz, Schrooten, Arntz y Peters, 2015) con efecto sobre aspectos de la salud vinculados a la calidad de vida (Ristevska-Dimitrovska, Filov, Rajchanovska, Stefanovski y Dejanova, 2015). Es coherente con los datos obtenidos por las participantes del estudio, quienes mostraron puntuaciones altas en los factores y características de la resiliencia y, en consecuencia expresión del constructo de forma global.

Así como la resiliencia, el optimismo es considerado una característica de las personas que suele ser exteriorizada en presencia de situaciones adversas (Bahrami, Mohamadirizi y Mohamadirizi, 2018) y que permite una menor expresión de fatiga y distrés emocional en pacientes con cáncer (Leung, Atherton, Kyle, Hubbard y McLaughlin, 2015; Schou-Breda y Tøien, 2017). En las participantes del estudio esta característica se hizo evidente y fue coherente con bajos niveles de pesimismo.

Aun en presencia de estrategias de afrontamiento, apoyo social, resiliencia y optimismo, es necesario considerar la expresión de reacciones emocionales como la ansiedad y depresión. Un ejemplo de esto son los estudios desarrollados por Duprez et al. (2017), Mattsson, Gustaf Olsson, Carlsson, Beda y Johansson (2019), Moreno Acosta, Krikorian y Palacio (2015) quienes hallaron depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama, caracterizados por la presencia de problemas familiares, temor sobre el futuro, baja confianza en sí mismos, disminución de la salud y calidad de vida. Estos criterios no estaban presentes en las pacientes evaluadas, su actitud frente a la enfermedad se basó en la presencia de las características resilientes, optimistas y el uso de estrategias dirigidas a la solución de problemas.

La adaptación a la enfermedad ha sido evaluada en función de diferentes variables. Por ejemplo, Barroilhet Díez, Forjaz, y Garrido Landívar (2005) y Pérez et al. (2017) señalaron la edad es un factor relacionado con un mejor ajuste a los cambios que exige la enfermedad, puesto que a mayor edad hay una mejor adaptación a los cambios en la imagen corporal, nuevas rutinas, reducción de la capacidad de hacer las tareas habituales. Sin embargo, Cipora , Konieczny, y Sobieszcański (2018), Duprez et al. (2017), Park, Chun, Jung y Bae (2017) señalaron por el contrario que entre más jóvenes las mujeres presentan mayor adaptación y menor estrés

psicológico. En las participantes de este estudio se adaptación se observó en mayor medida en mujeres de mayor edad.

La procedencia es definida como un factor de riesgo para el diagnóstico avanzado del cáncer de mama al estar las personas expuestas a menores condiciones económicas y de acceso al sistema de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Enríquez y Vargas (2018) señalaron que vivir en áreas rurales es riesgoso para la salud y calidad de vida de las personas con cáncer de mama. En la literatura no fue hallada una relación entre la procedencia y la adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer, que fuese congruente con los datos obtenidos en la investigación en los que se señala que las mujeres procedentes de contextos rurales presentaban mayor adaptación que aquellas que habitaban el casco urbano. Esto quizás se deba a la exposición recurrente a condiciones adversas asociadas con el conflicto armado interno, a las cuales deben enfrentarse.

En cuanto a las variables médico-clínicas de la muestra y la adaptación, Amaboldi et al. (2016), Berhili et al. (2016), Higuera et al. (2018) y Williams y Jeanetta (2016) indicaron que el aumento del estadio del cáncer de mama se relacionaba con la aparición de síntomas emocionales negativos, altos niveles de estrés emocional y psicológico, ansiedad y depresión. Por otra parte, Park, Chun, Jung y Bae (2017) manifestaron que tratamientos con quimioterapia se vinculan con altos niveles de estrés, ansiedad, depresión y dolor, y la combinación de quimioterapia con cirugía con altos niveles de estrés y fatiga. En contraste lo reportado por los autores, en las participantes del estudio la adaptación a la enfermedad no se vinculó con los estadios o tipos de tratamiento, no hubo ningún criterio estadístico que mostrara cambios en esta.

Respecto a las variables psicológicas, la presencia de reacciones emocionales como la depresión y ansiedad decrementan la posibilidad del crecimiento postraumático y adaptación a la enfermedad (Casellas-Grau, Ochoa y Ruini, 2017), sumado a la alta presencia de pensamientos intrusivos sobre el cáncer, síntomas de estrés postraumático (Lu et al., 2017), problemas físicos y emocionales (Amaboldi et al., 2016). Condiciones no observadas en las participantes del estudio.

En oposición a los efectos de la depresión y ansiedad, el apoyo social ha sido valorado como una variable que posibilita la adaptación, especialmente en mujeres con cáncer de mama recién diagnosticadas, las cuales dirigen su atención a la búsqueda de apoyo por medio de la compañía, solicitud de consejos e información relacionada con la enfermedad, con el fin de mejorar su salud y calidad de vida propia y de sus familiares (Hernández y Cruzado, 2013; Rojas, Fuentes y Robert,

2017). Hecho que puede explicar la importancia de la red de apoyo social para las participantes del estudio. En esta misma línea, Ceballos Ospino, Echeverri Arias y Jiménez Villamizar (2014) concuerdan con que a mayor adaptación a la enfermedad menor es la expresión de preocupaciones y la necesidad de organizar la red de apoyo para enfrentar la enfermedad.

Finalmente, Weihs et al. (2005), señalan que el apoyo social de la familia, amigos o grupos de apoyo es un recurso que no mejora el estado de salud y enfermedad de los pacientes, pero sí para sí es funcional para el afrontamiento de la misma, lo cual se relaciona parcialmente con lo encontrado en la presente investigación.

Estudios sobre resiliencia y optimismo, indican que la mayor presencia de las características ecuanimidad, perseverancia, confianza en sí mismo, satisfacción personal, sentirse bien y optimismo, se relacionan con bajos niveles en ansiedad, depresión y malestar emocional (Garner et al., 2015; Juárez, Landero, González y Jaime, 2016), menos estrés y mejor funcionamiento físico (Ristevska-Dimitrovska, Stefanovski, Smichkoska, Raleva y Dejanova, 2015), ajuste psicológico, adaptación a la adversidad y calidad de vida (Popa-Velea, Diaconescu, Jidveian Popescu y Truțescu, 2017; Zhan et al., 2018), apoyo social (Huang et al., 2019), sentido y control de la propia vida (Schou-Breda y Tøien, 2017). Características que resultaron explicar en mayor o menor medida la adaptación a la enfermedad en las participantes de la investigación.

Los datos reportados por la literatura son coherentes con lo observado en los resultados de este estudio, en el que se identifica que la integración de variables sociodemográficas, médico-clínicas y psicológicas explican la presencia de adaptación a la enfermedad en las mujeres con cáncer de mama, confirmando la hipótesis sobre un modelo explicación explicativo integrador.

10 Conclusiones

Los análisis estadísticos del estudio permitieron identificar que:

1. Las participantes se caracterizan por ser mayores de 50 años, tener pareja, tener un nivel educativo por debajo del bachillerato, ser de estrato socioeconómico bajo, habitantes del departamento de Córdoba, del casco urbano.

2. Gran parte de las mujeres desconoce el diagnóstico del estadio de la enfermedad, su diagnóstico está mayoritariamente en los estadios IIA y IIIB. El tratamiento con mayor aplicación es la quimioterapia sola o combinada con la cirugía.

3. Las estrategias religión y solución de problemas son utilizadas frecuentemente, pero no tienen valor relacional o explicativo de la adaptación a la enfermedad

4. Pacientes adaptadas expresan bajos niveles de depresión.

5. La adaptación a la enfermedad se encuentra relacionada con las variables sociodemográficas procedencia de zona rural y aumento en la edad, y psicológicas búsquedas de apoyo social, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional y autonomía.

6. Existe un único modelo explicativo para la adaptación a la enfermedad que incluye variables sociodemográficas, medico- clínicas y psicológicas. Dicho modelo tiene la capacidad de explicar en un 62.4% la VD.

7. El modelo mostró que el proceso de adaptación es un fenómeno multicausal en el que se integran gran parte de las variables independientes.

8. Las que poseen mayor significatividad en el modelo son: tener un nivel educativo de secundaria incompleta, contar con una red de apoyo social suficiente para afrontar las necesidades que devienen de la enfermedad y efectos de sus tratamientos, además de autonomía para funcionar con mayor independencia.

9. Las 10 principales variables explicativas del modelo son: autonomía, satisfacción personal, red de apoyo social, confianza en sí mismo, estar separada, evitación cognitiva, ecuanimidad, optimismo, cirugía y estadio IA.

11 Limitaciones y prospectivas

11.1 Limitaciones

Aunque la muestra cumple con las condiciones de un estudio con población clínica, sería apropiado ampliar la muestra vinculando pacientes de centros de otras regiones, con la finalidad de disminuir problemas de heterogeneidad en esta.

Inclusión de otras variables sociodemográficas, médico-clínicas y psicológicas reconocidas como factores de riesgo y protección de modelos patogénicos tradicionales, por ejemplo: acceso al sistema de salud, movilidad, relación médico paciente, tipo de información orientadora recibida, acceso a la tecnología, antecedentes personales y familiares de cáncer de mama, efectos secundarios de los tratamientos, asesoramiento genético, intervención psicológica o psiquiátrica, personalidad, entre otros.

Al ampliar el número de la muestra, sería posible hacer el estudio haciendo análisis desde los diferentes estadios de la enfermedad y tipos de tratamiento.

Se recomienda realizar estudios de cohorte longitudinal, en los cuales se haga intervención en las variables detectadas con mayor peso en el modelo de regresión y valorar el efecto de estas sobre la adaptación al cáncer.

11.2 Líneas futuras de investigación

Según Groarke, Curtis, Groarke y Hogan (2016) las prospectivas de investigación más promisorias están relacionadas con el papel causal de afectos negativos y positivos en el proceso de inicio, mantenimiento y metástasis del cáncer; estrategias de afrontamiento, estilos de respuesta y factores de personalidad eficaces y; emociones y aprendizajes positivos frente a la enfermedad.

Teniendo en cuenta lo planteado por los autores, se propone el desarrollo de estudios multicéntricos vinculados a la implementación de procesos de intervención psicológica, médica y psicosociales efectivas, que conduzcan la promoción de factores que permitan afrontar la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por tanto, el desarrollo de estudios longitudinales es una opción a tener en cuenta para los siguientes estudios de interés en psico-oncología.

Los parámetros de intervención asociados a factores protectores deben ir orientados a fortalecer el desarrollo de habilidades que permitan a las pacientes ser autosuficientes y funcionales, valorando la capacidad real de su funcionalidad en el medio, de identificación de su red de apoyo y de los recursos que de esta forma su adaptación a la enfermedad podría aumentar.

El apoyo social por parte de familiares, amigos y personal médico asistencial debe ser robustecido en la fase inicial de diagnóstico y efectos secundarios de sus tratamientos, con la finalidad de lograr la adaptación a la enfermedad por medio de la expresión de las emociones, dudas y pensamientos relacionados con las preocupaciones ligadas a la pérdida de la salud, del futuro y miedo de abandonar a los seres queridos.

12 Referencias

- Administration on Children, Youth and Families. (2013). *Protective factors for populations served by the administration on children, youth, and families: a literature review and theoretical framework*. Washington, D.C: Development Services Group, Inc. Recuperado de <http://www.dsgonline.com/acyf/DSG%20Protective%20Factors%20Literature%20Review%202013.pdf>
- Aldwin, C. (2011). Developmental perspectives on stress and coping. In S. Folkman, *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 15 - 62). New York: Oxford Library of Psychology.
- Amaboldi, P., Riva, S., Vadilonga, V., Tadini, L., Magon, L. y Pravettoni, G. (2016). Distress and psychosocial needs in patients accessing a cancer day surgery division: implications for clinical decision making. *Frontiers in Psychology*, 7, 2040 - 2045. doi:10.3389/fpsyg.2016.02040
- American Cancer Society. (2019a, febrero 28). *Understanding a Breast Cancer Diagnosis*. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis.html>
- American Cancer Society. (2019b, Febrero 22). *Cancer Staging*. Recuperado de: <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/staging.html>
- American Cancer Society. (2019c, febrero 22). *Riesgo y prevención del cáncer de seno*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/riesgos-y-prevencion.html>
- American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2019, febrero 22). *Cáncer de mama: diagnóstico*. Recuperado de: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/diagn%C3%B3stico>
- Amir, E., Miller, N., Geddie, W., Freedman, O., Kassam, F., Simmons, C., . . . Clemons, M. (2012). Prospective study evaluating the impact of tissue confirmation of metastatic disease in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(6), 587 - 592. doi:10.1200/JCO.2010.33.5232
- Amirkhan, J. (1994). Criterion validity of a coping measure. *Journal of Personality Assessment*, 62(2), 242 - 61.

- Anastasiadi, Z., Lianos, G., Ignatiadou, E., Harissis, H. y Mitsi, M. (2017). Breast cancer in young women: an overview. *Updates in Surgery*, 69(3), 313 - 317. doi:10.1007/s13304-017-0424-1
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11 - 18. doi:10.1093/heapro/11.1.11
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2019, febrero 15). *Cáncer de mama*. Recuperado de: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/que-es-cancer-mama>
- Babiyak, M. (2004). What you see may not be what you get: a brief, nontechnical introduction to overfitting in regression-type model. *Psychosomatic medicine*, 66(1), 411 - 421. doi:10.1097/01.psy.0000127692.23278.a9
- Bahrami, M., Mohamadirizi, S. y Mohamadirizi, S. (2018). Hardiness and Optimism in Women with Breast Cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery*, 23(2), 105 - 110. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_200_16
- Baitar, A., Buntinx, F., De Burghgraeve, T., Deckx, L., Schrijvers, D., Wildiers, H. y van den Akker, M. (2017). The influence of coping strategies on subsequent well-being in older patients with cancer: a comparison with 2 control groups. *Psycho-Oncology*, 23(3), 864 - 870. doi:10.1002/pon.4587
- Bárez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama (Tesis doctoral)*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de www.tdx.cat/bitstream/10803/4740/2/mbv2de4.pdf
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237 - 243. Recuperado de: <https://bit.ly/2lN6gA7>
- Barroilhet Díez, S., Forjaz, M. y Garrido Landívar, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), 390 - 397. Recuperado de <https://bit.ly/2y5N0R9>
- Bartone, P., Ursano, R., Wright, K. y Ingraham, L. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers A prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(6), 317 - 328. doi:10.1097/00005053-198906000-00001
- Baruth, K. y Carroll, J. (2002). A formal assessment of resilience: the Baruth Protective Factors Inventory. *Journal of Individual Psychology*, 58(3), 235 - 244. Recuperado de

- https://www.academia.edu/36846141/A_formal_assessment_of_resilience_The_Baruth_Protective_Factors_Inventory
- Becerra, A., Reynoso, L., García, F. y Ramírez, A. (2016). Intervención cognitivo-conductual para el control de ansiedad ante la biopsia insicional en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 85 - 99. doi:DOI: 10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52489
- Becker, C., Glascoff, M., Felts, W. y Kent, C. (2015). Adapting and Using Quality Management Methods to Improve Health Promotion. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, 11(3), 222 - 228. doi:<https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.02.004>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125 - 146. Recuperado de [http://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](http://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf)
- Bener, A., Alsulaiman, R., Doodson, L. y Agathangelou, T. (2017). Depression, hopelessness and social support among breast cancer patients: in highly endogamous population. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(7), 1889 - 1896. doi:10.22034/APJCP.2017.18.7.1889
- Berhili, S., Kadiri, S., Bouziane, A., Aissa, A., Marnouche, E., Ogandaga, E., . . . Benjaafar, N. (2016). Associated factors with psychological distress in Moroccan breast cancer patients: A cross-sectional study. *The Breast*, 31, 26 - 33. doi:10.1016/j.breast.2016.10.015
- Bermúdez, J. (1996). Afrontamiento: aspectos generales. En A. Fierro, *Manual de psicología de la personalidad* (pp. 153 - 176). Barcelona: Paidós.
- Bigby, J. y Holmes, M. (2005). Disparities across the breast cancer continuum. *Cancer Causes y Control*, 16(1), 35 - 44. doi:10.1007/s10552-004-1263-1
- Blanco, M. y Navia, V. (1986). Factores psicosociales y cáncer: una revisión crítica. *Estudios de psicología*, 7(25), 5 - 35. doi:<https://doi.org/10.1080/02109395.1986.10821445>
- Blasco, T. y Bayés, R. (1992). Adaptation to illness in cancer patients: a preliminary report. *European Journal of Psychological Assessment*, 8(3), 207 - 211. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1994-39644-001>
- Blasco, T. y Inglés, N. (1997). Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. *Anuario de Psicología*, 72, 81 - 90. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/78526833.pdf>

- Block, J. y Kremen, A. (1996). IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349 - 361. doi:10.1037//0022-3514.70.2.349
- Bonnaud-Antignac, A., Hardouin, J., Leger-Francois Dravet, J. y Sebille, V. (2012). Quality of Life and Coping of Women Treated for Breast Cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19, 320 – 328. doi:10.1007/s10880-012-9300-9
- Borstelmann, N., Rosenberg, S., Ruddy, K., Tamimi, R., Gelber, S., Schapira, L., . . . Partridge, A. (2015). Partner support and anxiety in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1679 - 1685. doi:10.1002/pon.3780
- Brandão, T., Schulz, M. y Matos, P. (2016). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-Oncology*, 26(7), 917 – 926. doi:10.1002/pon.4230
- Briones, G. (2002). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Bogotá: ICFES.
- Brunault, P., Champagne, A., Huguet, G., Suzanne, I., Senon, J., Body, G., . . . Camus, V. (2016). Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non- metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25(5), 513 – 520. doi:10.1002/pon.3947
- Brydon, L., Walker, C., Wawrzyniak, A., Chart, H. y Steptoe, A. (2009). Dispositional optimism and stress-induced changes in immunity and negative mood. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23(6), 810 - 816. doi:10.1016/j.bbi.2009.02.018
- Campbell-Enns, H. y Woodgate, R. (2015). The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review protocol. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*, 13(1), 112 - 121. doi:10.11124/jbisrir-2015-1795
- Campbell, M. (2006). Multiple linear regression. En M. Campbell, *Statistics at square two: understanding modern statistical applications in medicine* (Second edition ed., págs. 10 - 31). United Kingdom: BMJ Books.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Basic Books.
- Carver, C. y Scheier, M. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293 - 299. doi:10.1016/j.tics.2014.02.003

- Carver, C., Scheier, M. y Segerstrom, S. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879 - 889. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267 - 283. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/5a8c/2bceefede7391164c9d45ff01f1d4619ba46.pdf>
- Casellas-Grau, A., Ochoa, C. y Ruini, C. (2017). Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer. A systematic and critical review. *Psycho-Oncology*, 26(12), 2007 – 2018. doi:10.1002/pon.4426
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and “stress”: theoretical formulation. *International Journal of Health Services*, 4(3), 471 – 482. doi:10.2190/WF7X-Y1L0-BFKH-9QU2
- Cassel, J. (1979). The Contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107 - 123. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/8f7a/136e43d1e54a87622dc3b8286b4e4fa61916.pdf>
- Ceballos Ospino, G., Echeverri Arias, A. y Jiménez Villamizar, M. (2014). Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta – Colombia. *Revista Facultad de Salud*, 6(1), 27 - 33. doi:10.25054/rfs.v6i1.150
- Chang, E., Maydeu-Olivares, A. y D’Zurilla, T. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: relationship to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23(3), 433 - 440. doi:10.1016/s0191-8869(97)00040-8
- Chatterjee, S. y Simonoff, J. (2013). *Handbook of Regression Analysis*. United States of America: John Wiley & Sons, Inc.
- Chorot, P., & Sandín, B. (1993). Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R). Madrid: UNED.
- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry*, 9, 145 - 154. doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00297.x
- Cipora, E., Konieczny, M. y Sobieszcański, J. (2018). Acceptance of illness by women with breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(1), 167 - 171. doi:10.26444/aaem/75876
- Clínica de las Américas (2003). *Cáncer: prevenir es vivir. Cartilla 1*. Medellín: Clínica de las Américas.

- Cohler, B. (1987). Adversity, resilience, and the study of lives. In E. Anthony, y B. Cohler, *The invulnerable child* (pp. 363 - 424). New York: Guilford.
- Coleman, M., Quaresma, M., Berrino, F., Lutz, J., De Angelis, R., Capocaccia, R., . . . CONCORD Working Group. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *The Lancet Oncology Journal*, 8, 730 - 756. doi:10.1016/S1470-2045
- Colligan, R. (1995). CAVEing the MMPI: an optimism-pessimism scale based on Seligman's model. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 10(4), 311 - 312. doi:10.1016/0887-6177(95)92899-g
- Colligan, R., Offord, K., Malinchoc, M., Schulman, P. y Seligman, M. (1994). CAVEing the MMPI for an Optimism-Pessimism Scale: Seligman's attributional model and the assessment of explanatory style. *Journal of Clinical Psychology*, 50(1), 71 - 95. doi:10.1002/1097-4679(199401)50:1<71::aid-jclp2270500107>3.0.co;2-8
- Conley, C., Bishop, B. y Andersen, B. (2016). Emotions and emotion regulation in breast cancer survivorship. *Healthcare*, 4(3), 56 - 78. doi:10.3390/healthcare4030056
- Constantine, N. y Benard, B. (2001). *California Healthy Kids Survey Resilience assessment module: technical report*. Berkeley, CA: Public Health Institute. Recuperado de <http://crahd.phi.org/projects/hkratech.pdf>
- Coob, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300 - 314. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/981490>
- Correa, D. y Salazar, I. (2007). Aspectos psicológicos del cáncer y su afrontamiento. In D. Arrivillaga, D. Correa, y I. Salazar, *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*. (pp. 3 - 23). Bogotá: El manual moderno.
- Cortés Recaball, J. (2010). Resiliencia: una mirada desde la enfermería. *Ciencia y Enfermería*, XVI(3), 27 - 32. doi:10.4067/S0717-95532010000300004
- Costa, A., Heitkemper, M., Alencar, G., Damiani, L., Silva, R. y Jarrett, M. (2017). Social support is a predictor of lower stress and higher quality of life and resilience in brazilian patients with colorectal cancer. *Cancer Nursing*, 40(5), 352 - 360. doi:10.1097/NCC.0000000000000388
- Costa-Requena, G., Ballester, R. y Gil, F. (2015). The influence of coping response and health-related quality of life on perceived social support during cancer treatment. *Palliative y Supportive Care*, 13(3), 683 - 689. doi:10.1017/S1478951514000418

- Coyotl, E., Morales, F., Xicali, N., Torres, A., Villegas, M., Tenahua, I., . . . Arrijoja, G. (2015). Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *European Journal of Health Research*, 1(2), 51 - 61. doi:10.30552/ejhr.v1i2.5
- Creswell, J. (2012). *Educational Research: planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research* (4th edition ed.). Boston: Pearson.
- Crombie, P., López, M., Mesa, M. y Samper, L. (2015). *Adaptación de la escala de resiliencia de Wagnild y Young*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Cvetković, J. y Nenadović, M. (2016). Depression in breast cancer patients. *Psychiatry Research*, 240, 343 – 347. doi:10.1016/j.psychres.2016.04.048
- Czerw, A., Religioni, U. y Deptala, A. (2016). Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer*, 23(4), 654 – 661. doi:10.1007/s12282-015-0620-0
- De Haro-Rodríguez, M., Gallardo-Vidal, L., Martínez-Martínez, M., Camacho-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J. y Paredes Hernández, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, 11(1), 87 - 99. doi:10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44919
- Dember, W. N. y Brooks, J. (1989). A new instrument for measuring optimism and pessimism: test-retest reliability and relations with happiness and religious commitment. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 27(4), 365 - 366. doi:10.3758/bf03334629
- Dortch, T. (2013). *The lived experience of breast cancer and death anxiety*. (Tesis doctoral). Texas A&M University-Commerce: Texas.
- Drageset, S., Lindstrøm, T., Giske, K. y Under, T. (2011). Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of advanced nursing*, 67(9), 1941 - 1951. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05638.x
- Dumrongpanapakorn, P. y Liamputtong, P. (2015). Social support and coping means: the lived experiences of Northeastern Thai women with breast cancer. *Health Promotion International Advance*, 1 – 10. doi:10.1093/heapro/dav023
- Duprez, C., Vanleemmens, L., Untas, A., Antoine, P., Lesur, A., Loustalot, C., . . . Christophe, V. (2017). Emotional distress and subjective impact of the disease in young women with breast

- cancer and their spouses. *Future Oncology*, 13(29), 2667 – 2680. doi:10.2217/fon-2017-0264
- Durá- Ferrandis, E., Mandelblatt, J., Clapp, J., Luta, G., Faul, L., Kimmick, G., . . . Hurria, A. (2017). Personality, coping, and social support as predictors of long- term quality- of- life trajectories in older breast cancer survivors: CALGB protocol 369901 (Alliance). *Psycho-Oncology*, 26(11), 1914 - 1921. doi:10.1002/pon.4404
- Elsheshtawy, E., Abo-Elez, W., Ashour, H., Farouk, O., y Esmael El Zaaferany, E. (2014). Coping Strategies in Egyptian Ladies with Breast Cancer. *Breast Cancer: basic and Clinical Research*, 8, 97 – 102. doi:10.4137/BCBCr.s14755
- Enríquez, M. y Vargas, M. (2018). Factores personales que afectan la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama del noreste de México. *Hispanic Health Care International*, 1 - 6. doi:10.1177/1540415318786675
- Ensel, W. y Lin, N. (1991). The Life Stress Paradigm and Psychological Distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(4), 321 - 341. doi:10.2307/2137101
- Ewart, C., Jorgensen, R., Suchday, S., Chen, E. y Matthews, K. (2002). Measuring stress resilience and coping in vulnerable youth: the social competence interview. *Psychological Assessment*, 14(3), 339 - 352. doi:10.1037/1040-3590.14.3.339
- Fischer, D. y Wedel, B. (2012). Anxiety and depression disorders in cancer patients: incidence, diagnosis and therapy. *memo*, 52 - 54. doi:10.1007/s12254-012-0327-2
- Folkman, S. (2011). Overview an introduction. In S. Folkman, *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 3 - 14). New York: Oxford Library of psychology.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire* (Research Edition ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Fong, A., Scarapicchia, M., McDonough, M., Wrosch, C. y Sabiston, C. (2016). Changes in social support predict emotional well- being in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26(5), 664 – 671. doi:10.1002/pon.4064
- Font, A. (1994). Cáncer y Calidad de vida. Anuario de Psicología, 41 - 50. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/33160429.pdf>
- Font, A. y Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27 - 42. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0909120027A/15260>

- Fuentes, S. y Blasco, T. (2012). Factores predictores de la adaptación a la enfermedad en pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama que acuden a un servicio de psicooncología. *Anales de psicología*, 28(3), 736 - 742. doi:10.6018/analesps.28.3.156031
- Funch, D., Marshall, J. y Gebhardt, G. (1986). Assessment of a short scale to measure social support. *Social Science y Medicine*, 23(3), 337 - 344. doi:10.1016/0277-9536(86)90356-4
- García-Vesga, M. y Domínguez-de la Ossa, V. (2013). Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Niñez y Juventud*, 11(1), 63 - 77. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77325885001>
- Garner, M., McGregor, B., Murphy, K., Koenig, A., Dolan, E. y Albano, D. (2015). Optimism and depression: a new look at social support as a mediator among women at risk for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24, 1708 – 1713. doi:10.1002/pon.3782
- Gonzalez- Saenz de Tejada, M., Bilbao, A., Baré, M., Briones, E., Sarasqueta, C., Quintana, J. M., . . . Group, C.- C. (2016). Association between social support, functional status, and change in health- related quality of life and changes in anxiety and depression in colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26(9), 1263 - 1269. doi:10.1002/pon.4303
- Groarke, A., Curtis, R., Groarke, J. y Hogan, M. (2016). ¿Post-traumatic growth in breast cancer: how and when do distress and stress contribute? *Psycho-Oncology*, 26(7), 967 – 974. doi:10.1002/pon.4243
- Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., González, S. y Mestre, J. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 127-138. doi:10.5209/rev_psic.2016.v13.n1.52492
- Hanahan, D. y Coussens, L. (2012). Accessories to the crime: functions of cells recruited to the tumor microenvironment. *Cancer Cell*, 21, 309 - 322. doi:10.1016/j.ccr.2012.02.022
- Hanley, J. (2016). Simple and multiple linear regression: sample size considerations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 79(1), 112 - 119. doi:10.1016/j.jclinepi.2016.05.014
- Hanusz, Z. y Tarasińska, J. (2015). Normalization of the Kolmogorov–Smirnov and Shapiro–Wilk tests of normality. *Biometrical Letters*, 52(2), 85 - 93. doi:10.1515/bile-2015-0008
- Hardy, M. (1993). *Regression with Dummy Variables*. Newbury Park: SAGE.

- Hermosilla, A. y Sahueza, O. (2015). Control emocional, felicidad subjetiva, satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado. *Ciencia y enfermería*, 21(1), 11 - 21. doi:10.4067/s0717-95532015000100002
- Hernández, M. y Cruzado, J. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*, 24, 1 - 9. doi:10.5093/cl2013a1
- Hernández, M., Cruzado, J., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M. y Martín, J. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3), 233 - 257. doi:10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895
- Higuera, O., Calderón, C., Ghanem, I., Carmona-Bayonas, A., Jara, C., HernándezR, . . . Jimenez, P. (2018). Cognitive functions, coping strategies and psychological distress in patients with resected non-advanced cancer receiving chemotherapy: NEOcoping study data. *Annals of Oncology*, 29(8), 558 - 559. doi:10.1093/annonc/mdy296.005
- Hobfoll, S. y Stokes, J. (1988). The process and mechanics of social support. In S. Duck, D. Hay, S. Hobfoll, W. Ickes, y B. Montgomery , *Handbook of personal relationships: theory, research and interventions* (pp. 497 - 517). Oxford, England: John Wiley y Sons.
- House, J. (1981). *Work Stress and Social Suppor*. Michigan,USA: Addison Welley. Recuperado de <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015071886035;view=1up;seq=14>
- House, J., Landis, K. y Umberson, D. (1988). Social relationships and healt. *Science*, 241(4865), 540 - 545. doi:10.1126/science.3399889
- Huang, Y., Huang, Y., Bao, M., Zheng, S., Du, T. y Wu, K. (2019). Psychological resilience of women after breast cancer surgery: a cross-sectional study of associated influencing factors. 1 - 14. doi:10.1080/13548506.2019.1574353
- Hunter-Hernández, M., Costas-Muñíz, R. y Gany, F. (2015). Missed opportunity: spirituality as a bridge to resilience in latinos with Cancer. *Journal of Religion and Health*, 54(6), 2367 – 2375. doi:10.1007/s10943-015-0020-y
- Instituto Nacional de Cancerología ESE. (2017). *Análisis de Situación del Cáncer en Colombia 2015*. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología ESE. Recuperado de http://www.cancer.gov.co/Situacion_del_Cancer_en_Colombia_2015.pdf
- Instituto Nacional de Cancerología ESE e Instituto Geográfico Agustín Codazzi. (2017). *Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia* (Cuarta Edición ed.). Bogotá: Instituto Nacional De

- Cancerología. Recuperado de https://www.cancer.gov.co/ATLAS_de_Mortalidad_por_cancer_en_Colombia.pdf
- International Agency for Research on Cancer. (2018, 5 8). *Global Cancer Observatory*. Recuperado de World Health Organization: <http://gco.iarc.fr/#cancer-tomorrow>
- International Agency for Research on Cancer. (2019, febrero 17). *International Agency for Research on Cancer*. Recuperado de <https://bit.ly/2lbUXkN>
- Jew, C., Green, K., y Kroger, J. (1999). Development and validation of a measure of resiliency. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 32(2), 75 - 89. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1999-11077-002>
- Juárez, D., Landero, R., González, M. y Jaime, L. (2016). Diurnal cortisol variation and its relationship with stress and coping strategies in women with breast cancer. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 113 - 122. doi:10.14718/ACP.2016.19.1.6
- Jutagir, D., Blomberg, B., Carver, C., Lechner, S., Timpano, K., Bouchard, L., . . . Antoni, M. (2017). Social well-being is associated with less pro-inflammatory and pro-metastatic leukocyte gene expression in women after surgery for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 165(1), 169 – 180. doi:10.1007/s10549-017-4316-3
- Kaluza, G., Cornaglia, C. y Basler, H. (2001). *Stress-Un programa de salud*. Córdoba, Argentina: Centro para la Metodología y Ciencias de la Salud.
- Kanul, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H. y Méndez, O. (2011). Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Revista de Salud Pública México*, 53(2), 85 - 95. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877097>
- Kaplan, H. (2002). Toward an understanding of resilience: a critical review of definitions and models. In M. Glantz, y J. Johnson, *Resilience and development: positive life adaptations* (pp. 17 - 84). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T. y Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 83 - 107. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135217
- Kim, B., Cho, O., y Yoo, Y. (2016). The effects of dying well education program on korean women with breast cancer. *Applied Nursing Research*, 30, 61 - 66. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.007>

- Kolokotroni, P., Anagnostopoulos, F. y Hantzi, A. (2018). The role of optimism, social constraints, coping, and cognitive processing in psychosocial adjustment among breast cancer survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 25, 452 – 462. doi:10.1007/s10880-018-9555-x
- Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K. y Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7(2), 101 - 111. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199803/04)7:2<101::AID-PON299>3.0.CO;2-3
- Kvillemo, P. y Bränström, R. (2014). Coping with breast cancer: a meta-analysis. *PLOS ONE*, 9(11), 1 - 26. doi:10.1371/journal.pone.0112733
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adapatation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lebel, S., Beattie, S., Arès, I. y Bielajew, C. (2013). Young and worried: age and fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 32(6), 695 - 705. doi:10.1037/a0030186
- Lee, J. y Kim, H. (2018). Symptom distress and coping in young Korean breast cancer survivors: the mediating effects of social support and resilience. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(2), 241 - 253. doi:10.4040/jkan.2018.48.2.241
- Leshner, A. (2002). Introducción. In M. D. Glantz, y J. L. Johnson, *Resilience and Development: positive life adaptations* (pp. 1 - 4). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Leung, J., Atherton, I., Kyle, R., Hubbard, G. y McLaughlin, D. (2015). Psychological distress, optimism and general health in breast cancer survivors: a data linkage study using the Scottish Health Survey. *Support Care in Cancer*, 24(4), 1755 - 1761. doi:10.1007/s00520-015-2968-2
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin, A. Dean, y W. Ensel, *Social support, life events, and depression* (pp. 17-30). New York: Academic Press.
- Lin, N., y Ensel, W. (1989). Life stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, 54(3), 382 - 399. doi:10.2307/2095612
- Londoño Pérez, C., Hernandez, L. M., Alejo Castañeda, I. E. y Pulido, D. (2011). Diseño y validación de la Escala de Optimismo Disposicional/Pesimismo-EOP. *Universitas Psychologica*, 12(1), 139 - 155. doi:10.11144/javeriana.upsy12-1.dveo

- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. y Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327 - 349.
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., . . . Aguirre-Acevedo, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142 - 150. doi:10.1157/13102357
- Lostanau, V., Torrejón, C. y Cassaretto, M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 75 - 90. doi:10.15517/ap.v31i122.25345
- Lu, Q., Yeung, N., Man, J., Gallagher, M., Chu, Q. y Deen, S. (2017). Ambivalence over emotional expression, intrusive thoughts, and posttraumatic stress symptoms among Chinese American breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, 25(10), 3281 - 3287. doi:10.1007/s00520-017-3744-2
- Luthar, S. y Cushing, G. (2002). Measurement issues in the empirical study of resilience: an overview. In M. Glantz, y J. Johnson, *Resilience and development: positive life adaptations* (pp. 129 - 160). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Manne, S., Kashy, D., Virtue, S., Criswell, K., Kissane, D., Ozga, M., . . . Rodríguez, L. (2018). Acceptance, social support, benefit-finding, and depression in women with gynecological cancer. *Quality of Life Research*, 27(11), 2991 - 3002. doi:10.1007/s11136-018-1953-x
- Marroquín, B., Czamanski-Cohen, J., Weihs, K. y Stanton, A. (2016). Implicit loneliness, emotion regulation, and depressive symptoms in breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 39, 832 - 844. doi:10.1007/s10865-016-9751-9
- Martín, J., Sánchez, M. y Sierra, J. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Terapia psicológica*, 21(1), 29 - 37. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2052281>
- Martín, M., Herrero, A. y Echavarría, I. (2015). El cáncer de mama. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 191, 1 - 7. doi:10.3989/arbor.2015.773n3004
- Martínez Arroyo, O., Andreu Vaíllo, Y., Martínez López, P. y Galdón Garrido, M. (2018). Emotional distress and unmet supportive care needs in survivors of breast cancer beyond the end of primary treatment. *Supportive Care in Cancer*, 1 - 9. doi:10.1007/s00520-018-4394-8

- Massie, M. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monographs*, 32, 57 - 71. doi:10.1093/jncimonographs/lgh014
- Masten, A. (1994). Resilience in individual development: successful adaptation despite risk and adversity. In M. Wang, y E. Gordon, *Educational resilience in innercity America* (pp. 3 - 25). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mattsson, S., Gustaf Olsson, E., Carlsson, M., Beda, B., & Johansson, K. (2019). Identification of anxiety and depression symptoms in patients with cancer: Comparison between short and long web-based questionnaires. *Journal of medical internet research*, 28(4), e11387. doi:10.2196/1138
- Mazanec, S., Daly, B., Douglas, S. y Lipson, A. (2010). The Relationship between optimism and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nursing*, 33(3), 235 - 243. doi:10.1097/ncc.0b013e3181c7fa80
- Merluzzi, T., Philip, E., Yang, M. y Heitzmann, C. (2015). Matching of received social support with need for support in adjusting to cancer and cancer survivorship. *Psycho-Oncology*, 25(6), 684 - 690. doi:10.1002/pon.3896
- Miller, K., y Massie, M. (2006). Depression and anxiety. *Cancer journal*, 38(4), 388 - 97.
- Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE. (2012). *Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer.pdf>
- Mishra, P., Pandey, C., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C. y Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of cardiac anaesthesia*, 22(1), 67 – 72. doi:10.4103/aca.ACA_157_18
- Mohar, A., Bargalló, E., Ramírez, M., Lara, F. y Beltrán-Ortega, A. (2009). Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. *Salud Pública México*, 51(2), 263 - 269. doi:10.1590/s0036-36342009000800017
- Montesinos, F. (2011). *Significados del cáncer y aceptación psicológica. Aprendiendo a convivir con el miedo*. Saarbrücken: Editorial Académica Española.

- Montiel Castillo, V., Alvarez Reyes, O. y Guerra Morales, V. (2016). Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *Medicentro Electrónica [online]*, 20(2), 112 - 117. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstractypid=S1029-30432016000200004yIng=esynrm=iso
- Moos, G. (1973). *Illness, Immunity and social interaction*. New York: John Willey.
- Moos, R. y Schaefer, J. (1984). The crisis of physical illness. An overview and conceptual approach. In R. Moos, *Coping with physical illness: new perspectives* (pp. 3 - 25). New York: Plenum Press.
- Moreno Acosta, A. I., Krikorian, A. y Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 517 - 529. doi:10.12804/apl33.03.2015.10
- Moreno Martín, M., Gutiérrez Iglesia, D. y Zayas García, R. (2017). Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. *Enfermería Investiga. Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 2(1), 1 - 6. doi:10.29033/ei.v2n1.2017.02
- Moscoso, M. (2014). El estudio científico del estrés crónico en neurociencias y psicooncología. *Persona*, 17, 53-70. doi:10.26439/persona2014.n017.288
- Nes, L. y Segerstrom, S. (2006). Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 235 - 251. doi:10.1207/s15327957pspr1003_3
- Nipp, R., El-Jawahri, A., Fishbein, J., Eusebio, J., Stagl, J., Gallagher, E., . . . Temel, J. (2016). The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*, 122(13), 2110 - 2116. doi:10.1002/cncr.30025
- Ojeda-Soto, S. y Martínez-Julca, C. (2012). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Revista Enfermería Herediana*, 5(2), 89 - 96. doi:10.20453/renh.v5i2.2405
- Olason, D. y Roger, D. (2001). Optimism, pessimism and “fighting spirit”: a new approach to assessing expectancy and adaptation. *Personality and Individual Differences*, 31(5), 755 - 768. doi:10.1016/s0191-8869(00)00176-8
- Organización Mundial de la Salud. (2018, Junio 12). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

- Organización Mundial de la Salud. (2018a, Mayo 3). *Cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2019, febrero 24). *Cáncer de mama: prevención y control*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index2.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Planificación: planificación de los programas integrales contra el cáncer de mama. Un llamado a la acción*. Geneva: OMS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/planificacion-programas-cancer-mama.pdf>
- Ortíz, E., Méndez, L., Camargo, J., Chavarro, S., Toro, G. y Vernaza, M. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de *Psychologia. Avances de una disciplina*, 8(1), 77 - 83.
- Oshio, S., Kaneko, H., Nagamine, S. y Nakaya, M. (2002). Development and validation of an adolescent resilience Scale. *Japanese Journal of Counseling Science*, 35(1), 57 - 65. Recuperado de <http://www.f.waseda.jp/oshio.at/research/pages/scanned/2003ConValofARS.pdf>
- Ospina Muñoz, D. (2007). La medición de la resiliencia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 58 - 65. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100006
- Ozdemir, D. y Tas Arslan, F. (2018). An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 27(9), 2214 - 2219. doi:10.1002/pon.4798
- Paek, M., Ip, E., Levine, B. y Avis, N. (2016). Longitudinal reciprocal relationships between quality of life and coping strategies among women with breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(5), 775 - 783. doi:10.1007/s12160-016-9803-y
- Pahlevan Sharif, S., Ahadzadeh, A. y Perdamen, H. (2017). Uncertainty and quality of life of Malaysian women with breast cancer: mediating role of coping styles and mood states. *Applied Nursing Research*, 38, 88 - 94. doi:10.1016/j.apnr.2017.09.012
- Palacios-Espinosa, X. y Zani, B. (2014). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos. *Diversitas*, 10(2), 207 - 223. doi:10.15332/s1794-9998.2014.0002.02

- Park, J., Chun, M., Jung, Y. y Bae, S. (2017). Predictors of psychological distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Asian Nursing Research*, *11*, 268 - 275. doi:10.1016/j.anr.2017.10.00
- Pastells Pujol, S. y Font Guiteras, A. (2014). Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, *11*(1), 19 - 29. doi:10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44914
- Pearling, L. (1989). El estudio sociológico del estrés. *Diario de salud y comportamiento social*, *30*, 241 - 256.
- Pearling, L. y Schooler, C. (1978). La estructura del afrontamiento. *Diario de salud y comportamiento social*, *19*, 2 - 21.
- Penninx, B., van Tilburg, T., Kriegsman, D., Deeg, D., Boeke, A. y van Eijk, J. (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the longitudinal aging study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*, *146*(6), 510 - 519. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9290512>
- Pérez, p., González, A., Mieles, I. y Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, *15*(2), 41 - 54. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.rase
- Peterson, C. y Villanova, P. (1988). An Expanded Attributional Style Questionnaire. *Journal of Abnormal Psychology*, *97*(1), 87 - 89. doi:10.1037/0021-843X.97.1.87
- Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L., Metalsky, G. y Seligman, M. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, *6*(3), 287 - 299. doi:10.1007/BF01173577
- Piña López, J. (2015). Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *Anales de Psicología*, *31*(3), 751 - 758. doi:10.6018/analesps.31.3.185631
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, *16*(2), 85 - 112. doi:10.14349/sumapsi2009.136
- Popa-Velea, O., Diaconescu, L., Jidveian Popescu, M. y Truțescu, C. (2017). Resilience and active coping style: effects on the self-reported quality of life in cancer patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *52*(2), 124 - 136. doi:10.1177/0091217417720895

- Postolica, R., Iorga, M., Petrario, F. y Azoicai, D. (2017). Cognitive-behavioral coping, illness perception, and family adaptability in oncological patients with a family history of cancer. *BioMed Research International*, 1 - 17. doi:10.1155/2017/8104397
- Radke-Yarrow, M. y Sherman, T. (1990). Hard growing: children who survive. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, y K. Nuecht, *Press Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 97 - 119). New York: Cambridge University.
- Radwin, L., Washko, M., Suchy, K. y Tyman, K. (2005). Development and pilot testing of four desired health outcomes scales. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), 92 - 96. doi:10.1188/05.onf.92-96
- Ramírez-Perdomo, C., Rodríguez-Velez, M. y Perdomo-Romero, A. (2018). Incertidumbre frente al diagnóstico de cáncer. *Texto y Contexto - Enfermagem*, 27(4), 1 - 9. doi:10.1590/0104-07072018005040017
- Rani Das, K. y Rahmatullah Imon, A. H. (2016). A brief review of tests for normality. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 5 - 12. doi:10.11648/j.ajtas.20160501.12
- Rauh, H. (1989). The meaning of risk and protective factors in infancy. *European Journal of Psychology of Education*, 4(2), 161 - 173. doi:10.1007/bf03172597
- Revenson, T., Schiaffino, K., Majerovitz, D. y Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science y Medicine*, 33(7), 807 - 813. doi:10.1016/0277-9536(91)90385-p
- Rico, J., Restrepo, M. y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*, 3, 73 - 86. Recuperado de http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/3213/8574/8906/Articulo_4_Validacin_del_HAD_73-86_2.pdf
- Ristevska-Dimitrovska, G., Filov, I., Rajchanovska, D., Stefanovski, P. y Dejanova, B. (2015). Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Journal of Medical Sciences.*, 3(4), 727 - 731. doi:10.3889/oamjms.2015.128

- Ristevska-Dimitrovska, G., Stefanovski, P., Smichkoska, S., Raleva, M. y Dejanova, B. (2015). Depression and resilience in breast cancer patients. *Journal of Medical Sciences*, 3(4), 661 - 665. doi:10.3889/oamjms.2015.119
- Robert, V., Álvarez, C. y Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677 - 684. doi:10.1016/S0716-8640(13)70207-4
- Rojas, O., Fuentes, C. y Robert, V. (2017). Psicooncología en el hospital general. Alcances en depresión y cáncer. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(3), 450 - 459. doi:10.1016/j.rmclc.2017.05.017
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, y K. Nuechte, *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181 - 214). New York: Cambridge University Press.
- Salgado Lévano, A. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit*, 11(11), 41 - 48. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100006
- Sánchez, G., Niño, C. y Estupiñán, A. (2016). Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 297 - 305. doi:10.17533/udea.rfnsp.v34n3a04
- Sandín, B. (1995). El estrés. In A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos, *Manual de psicopatología. Vol. 2* (pp. 3 - 52). Madrid: McGraw Hill.
- Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Sat-Muñoz, D., Contreras-Hernández, I., Balderas-Peña, L., Hernández-Chávez, G., Solano-Murill, P., Mariscal-Ramírez, I., . . . Morgan-Villela, G. (2011). Calidad de vida en mujeres mexicanas con cáncer de mama en diferentes etapas clínicas y su asociación con características sociodemográficas, estados co-mórbidos y características del proceso de atención en el instituto mexicano del seguro social. *Value in Health*, 14(1), 133 - 136. doi:10.1016/j.jval.2011.05.027
- Schaefer, J. A. y Moos, R. A. (1992). Life crises and personal growth. In B. Carpenter, *Personal coping: theory, research, and application* (pp. 149 - 170). Westport: CT Praeger.

- Scheier, M. E. y Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55(2), 169 - 210. doi:10.1111/j.1467-6494.1987.tb00434.x
- Scheier, M. y Carver, C. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219 - 247. doi:10.1037//0278-6133.4.3.219
- Scheier, M. y Carver, C. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-Being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 201 - 228. doi:10.1007/bf01173489
- Scheier, M., Carver, C. y Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063 - 1078. doi:10.1037//0022-3514.67.6.1063
- Schou-Breda, I. y Tøien, K. (2017). Is dispositional optimism associated with fatigue in breast cancer survivor? *Psychology*, 8, 1762 - 1773. doi:10.4236/psych.2017.811116
- Seegerstrom, S., Taylor, S., Kemeny, M. y Fahey, J. (1998). Optimism is associated with mood, coping and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1646 - 1655. doi:10.1037//0022-3514.74.6.1646
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*: Barcelona: Vergara.
- Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 17(4), 231 - 247. doi:10.1016/0021-8707(46)90148-7
- Sherbourne, C. y Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705 - 714. doi:10.1016/0277-9536(91)90150-b
- Spencer, M., Cole, S., DuPree, D., Glymph, A. y Pierre, P. (1993). Self-efficacy among urban African American early adolescents: exploring issues of risk, vulnerability, and resilience. *Development and Psychopathology*, 5(4), 719 - 739. doi:10.1017/s0954579400006258
- Springer, J. y Philips, J. (1995). *Individual Protective Factors Index: a measure of adolescent resiliency*. Folsom, CA: EMT Associates.
- Solis, A. (2009). Psicología oncológica. En E. Medina, y R. Martínez, Fundamentos de oncología (p. 122 - 128). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Svensson, T., Inoue, M., Sawada, N., Charvat, H., Iwasaki, M., Sasazuki, T., . . . Tsugane, S. (2016). Coping strategies and cancer incidence and mortality: the Japan Public Health

- Center-based prospective study. *Cancer Epidemiology*, 40, 126 - 133. doi:10.1016/j.canep.2015.12.003
- Swartzman, S., Sani, F. y Munro, A. (2016). The role of social support, family identification, and family constraints in predicting posttraumatic stress after cancer. *Psycho-Oncology*, 26(9), 1330 – 1335. doi:10.1002/pon.4304
- Tafoya, S. A. (2008). Factores asociados a la adaptación psicosocial de pacientes con enfermedad pulmonar crónica. *Revista Instituto Nacional De Enfermería México*, 21(1), 15 - 21. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2008/in081d.pdf>
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L., Paulk, E., Pearce, M., Kasl, S. y Prigerson, H. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 646 – 657. doi:10.1089/jpm.2006.9.646
- Tardy, C. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187 - 202. doi:10.1007/BF00905728
- Tejada, S., Stolley, M., Vijayasiri, G., Campbell, R., Estwing Ferrans, C., Wamecke, R. y Rauscher, G. (2017). Negative psychological consequences of breast cancer among recently diagnosed ethnically diverse women. *Psycho-Oncology*, 26(12), 2245 - 2252. doi:10.1002/pon.4456
- Terol, M., López, S., Neipp, M., Rodríguez, J., Pastor, M. y Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35(1), 23 - 45. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61777/96257>
- Terol, M., López-Roig, S., Martín-Aragón, M., Pastor, M., Leyda, J., Neipp, M. y Rodríguez-Marín, J. (2002). Evaluación de las dimensiones de apoyo social en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 10(2), 63 - 79. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/265202598_Evaluacion_de_las_Dimensiones_de_Apoyo_Social_en_pacientes_Oncologicos
- The Global Cancer Observatory. (2019, febrero 17). *The Global Cancer Observatory*. Recuperado de <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf>
- Thompson, T., Pérez, M., Kreuter, M., Mangenther, J., Colditz, G. y Jeffe, D. (2019). Perceived social support in African American breast cancer patients: predictors and effects. *Social Science and Medicine*, 192, 134 - 142. doi:10.1016/j.socscimed.2017.09.035


- Tojal, C. y Costa, R. (2015). Depressive symptoms and mental adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(9), 1060 - 1065. doi:10.1002/pon.3765
- Tomich, P. y Helgeson, V. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23(1), 16 - 23. doi:10.1037/0278-6133.23.1.16
- Tordecilla, M., Martín, L. y Rivas, J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8, 1 - 16. doi:10.5872/psiencia/8.3.21
- Tortella-Feliua, M. B., Bañosa, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J., . . . Vázquez, C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(1), 37 - 43. doi:10.1016/j.clysa.2016.02.001
- Uchino, B., Cacioppo, J. y Kiecolt-Glaser, J. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488 - 531. doi:10.1037/0033-2909.119.3.488
- Ursaru, M., Crumpei, I. y Crumpei, G. (2014). Quality of life and religious coping in women with breast cancer. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 114, 322 - 326. doi:10.1016/j.sbspro.2013.12.705
- Valdelamar-Jiménez, J. y Sánchez-Pedraza, R. (2017). Traducción y adaptación transcultural de la escala Life Orientation Test- Revised para medir optimismo disposicional en cuidadores de pacientes con cáncer en Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(2), 216 - 224. doi:10.17533/udea.rfnsp.v35n2a06
- Vaux, A. (1987). Appraisals of Social Support: love, respect, and involvement. *Journal of Community Psychology*, 15(4), 493 - 502. doi:10.1002/1520-6629(198710)15:4<493::AID-JCOP2290150407>3.0.CO;2-4
- Veiel, H. (1990). The Manheimm interview on social support. Reliability and validity data from three samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(5), 250 - 259. doi:10.1007/bf00788646
- Vilà Baños, R., Torrado Fonseca, M. y Reguant Álvarez, M. (2019). Análisis de regresión lineal múltiple con SPSS: un ejemplo práctico. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 12(2), 1 - 10. doi:10.1344/reire2019.12.222704

- Vinaccia, S., Quinceno, J., Zapata, C., Obesso, S. y Quintero, D. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe*, 18, 89 - 108. doi:10.4067/s0718-48082011000100007
- Vin-Raviv, N., Akinyemiju, T., Gale, S. y Bovbjerg, D. (2015). Depression and anxiety disorders among hospitalized women with breast cancer. *PLoS ONE*, 10(6), 1 - 14. doi:10.1371/journal.pone.0129169
- Von Ah, D., Kang, D. y Carpenter, J. (2007). Stress, optimism, and social support: impact on immune responses in breast cancer. *Research in Nursing y Health*, 30(1), 72 - 83. doi:10.1002/nur.20164
- Wagnild, G. y Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measuremen*, 1(2), 165 - 178. Recuperado de https://sapibg.org/.../1054-wagnild_1993_resilience_scale_2.pdf
- Weihls, K., Menehan, K., Politi, M. y Lincoln, J. (2005). Needs of breast cancer patients and their families: psychosocial adaptation. In D. Roses, *Breast Cancer* (2da Edición ed., pp. 761 - 776). New York: Churchill Livingstone. doi:<https://doi.org/10.1016/B978-0-443-06634-4.X5001-8>
- Williams, F. y Jeanetta, S. (2016). Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis, treatment and beyond: qualitative study. *Health Expectations*, 19(3), 631 - 642. doi:10.1111/hex.12372
- Wong, C., y Lu, Q. (2017). Match between culture and social support: acculturation moderates the relationship between social support and well-being of Chinese American breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 26(1), 73 - 84. doi:10.1007/s11136-016-1362-y
- World Medical Association. (2016, 03 23). *World Medical Association, Inc.* Recuperado de <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
- Wu, Z., Liu, Y., Li, X. y Li, X. (2016). Resilience and associated factors among mainland chinese women newly diagnosed with breast cancer. *Plos One*, 11(12), e0167976. doi:10.1371/journal.pone.0167976

- Ye, Z., Peng, C., Zhang, H., Liang, M., Zhao, J., Sun, Z., . . . Yu, Y. (2018). A biopsychosocial model of resilience for breast cancer: a preliminary study in mainland China. *European Journal of Oncology Nursing*, 36, 95 - 102. doi:10.1016/j.ejon.2018.08.001
- Zadeh, S., Radfar, M. y Tabrizi, F. (2018). Evaluating the effect of group therapy based on coping strategies in mental adjustment of women with gynecologic cancer. *Journal of Research in Medical and Dental Sciences*, 6(2), 311 - 316. doi:10.5455/jrmds.20186247
- Zhan, T., Li, H., Liu, A., Wang, H., Mei, Y. y Dou, W. (2018). Factors promoting resilience among breast cancer patients: a qualitative study. *Contemporary Nurse*, 54(3), 293 – 303. doi:10.1080/10376178.2018.1502615
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P. y Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Medical Science Monitor*, 23, 5969 – 5979. doi:10.12659/MSM.907730
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatric Scandinavica*, 67, 361 - 370. doi:10.1037/t03589-000

13 Anexos

Anexo 1. Aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de San Buenaventura- Seccional Medellín



UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA
Medellín
Secretaría


EL SECRETARIO DE LA UNIVERSIDAD DE SAN
BUENAVENTURA MEDELLÍN

CERTIFICA


Que el Consentimiento Informado de la investigación "OPTIMISMO, RESILIENCIA, AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL FACTORES PROTECTORES ASOCIADOS A LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA", corresponde a mínimo riesgo: "el mínimo riesgo se da cuando se realiza alguna intervención en el sujeto para los requerimientos de cuidado y tratamiento, y al realizar éstos se toma información" (Artículo 11 de la Resolución 008430 del Ministerio de Salud de Colombia, del 4 de octubre de 1993); ya fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de San Buenaventura - Seccional Medellín.

Expedido a solicitud de la investigadora Marlen Raquel Simancas Fernández.

Medellín, 30 de abril de 2015.





FRAY JUAN DE LA CRUZ CASTELLANOS ALARCÓN OFM
Secretario



UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA
Medellín
Secretaría

San Benito: Carrera 56C 51 - 110 Medellín
Campus Universitario: Calle 45 61 - 40 Bello. PBX 514 56 00
E-mail: secretaria.med@usbmed.edu.co



Anexo 2. Aprobación del Comité de Bioética IMAT Oncomédica Montería



PÁG 1 DE 2

Montería, 17 de Febrero de 2017

Dra.:

Marlen Raquel Simanca
Profesora de tiempo completo
Programa de Psicología
Universidad cooperativa de Colombia
Montería Córdoba

Asunto: Aprobación de proyecto de investigación

Cordial saludo,

Por medio de la presente notifico a usted que el proyecto titulado **"Optimismo, resiliencia, afrontamiento y apoyo social: factores protectores asociados a la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama"** fue aprobado por Comité de Ética e Investigaciones, por lo tanto puede iniciarse la recolección de datos en la Institución en el horario de 9:00 am a 12:00 pm en el área de quimioterapia, proceso a cargo de la Enfermera Oncóloga Sania Ayala Viola. Recuerde que información relevante del estudio debe ser notificada ante la Coordinación de Investigaciones y Estudios Clínicos. Para mayor información puede comunicarse al número 7854344 extensión 1302 ó email coordestudios1@imatoncomedica.com.

Agradezco su atención.

Si tienen alguna inquietud o requerimiento adicional no dude en contactarme.

PBX 7854344
E-mail oncomedica@imatoncomedica.com
Calle 72, crs. 6 Via Cereté
Montería - Córdoba.



Recuerde: imprima esta hoja solo si es realmente necesario. "Cuidemos el medio ambiente".

Anexo 3. Consentimiento informado y pruebas certificadas por el IMAT Oncomédica para la aplicación de en pacientes con cáncer de mama



UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**OPTIMISMO, RESILIENCIA, AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL, FACTORES
PROTECTORES ASOCIADOS A LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN
MUJERES CON CÁNCER DE MAMA**

Yo _____ CC. _____ expedida en _____ certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al curso, proceso, objetivo y procedimientos del proyecto aprobado y revisado por el comité de ética e investigaciones de la clínica IMAT Oncomedica SA (Teléfono: 7854344 Ext. 1301 Dirección: Carrera 6 # 72-34 Montería). Avalando mi participación en la investigación cuyo objetivo es determinar el grado de correlación de los factores optimismo, resiliencia y apoyo social respecto a la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama, en función del afrontamiento, que se desarrollará en un término de 18 meses, en el cual como participante daré respuesta a los instrumentos consignados en el procedimiento y podré desarrollar actividades promovidas por los investigadores en el área de quimioterapia donde se aplicarán las pruebas.

El proyecto está a cargo de la Mg. Marlen Simancas Fernández de C.C. 50.938.489 de Montería quien actúa como Investigadora principal, responsable y representante de la Universidad Cooperativa de Colombia quien atenderá a las dudas cuando sea requerido (Teléfono: 7915710 Ext. 5108 Celular: 3003245778 Dirección: Cl 52ª No. 6 - 79, Br. La Castellana). La Universidad Cooperativa de Colombia Montería, la Universidad San Buenaventura Medellín y la investigadora principal serán las corresponsables del financiamiento del proyecto.

Finalmente, certifico que actúo consciente, libre y voluntariamente como participante de la presente investigación contribuyendo a la fase de recolección de la información. Soy conecedor (a) de la autonomía suficiente que poseo para (

Alcy Depi
Comité de Ética e Investigaciones

06 DIC 2016



UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA

abstenerme de responder total o parcialmente las preguntas que me sean formuladas y a prescindir de mi colaboración cuando a bien lo considere y sin necesidad de justificación alguna.

Que se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

PARTICIPANTE
C.C.
Dirección:
Teléfono:

INVESTIGADOR
C.C.

Testigo 1
Nombre.
C.C.
Parentesco:
Dirección:
Teléfono:

Testigo 2
Nombre
C.C.
Parentesco
Dirección:
Teléfono:

06 DIC 2016



Comité de Ética e Investigaciones



UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA

Código del participante. C.C. _____

CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES Y CLÍNICOS

Nombre y apellidos: _____ Cod. _____

Documento de identificación _____ expedido en _____

Fecha de nacimiento DMA: _____

Sociodemográficas

Edad en años _____

Estado civil: ___ Casado ___ Unión libre ___ Soltero ___ Viudo ___ Separado/ divorciado

Número de hijos: _____

Escolaridad:

___ Sin estudios

___ Estudios primarios ___ Estudios primarios sin culminar

___ Estudios secundarios ___ Estudios secundarios sin culminar

___ Estudios universitarios ___ Estudios universitarios sin culminar

___ Estudios de Posgrado

Nivel socioeconómico:

___ 1 y 2 salarios = Bajo

___ 3 y 5 salarios = Medio

___ 6 o más = Alto

Zona de procedencia: ___ Rural ___ Urbana

Departamento: _____ Municipio: _____

Clínicas

Estadio de la enfermedad: ___ 0 ___ IA ___ IB ___ IIA ___ IIB ___ IIIA ___ IIIB ___ IIIC ___ IV

Tipo de Tratamiento: ___ Terapia Hormonal ___ Quimioterapia ___ Cirugía ___ Radioterapia

___ Combinada (¿cuál?) _____


 06 DIC 2016
 Comité de Ética e Investigaciones



UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA

Código del participante. C.C. _____

QUESTIONARIO QL CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDADES CRÓNICAS de (Font, 1988)

En este instrumento el sujeto responde haciendo una señal sobre una línea de 100 mm, indicando la respuesta a un valor numérico de 0 a 100. Una mayor puntuación en una determinada escala significa mayor pérdida de la vida relacionada con un aspecto concreto. Esta escala consta de 27 ítems, como se observa a continuación.

Últimos 7 días

Náuseas

No he tenido ninguna sensación de náuseas	_____	He tenido náuseas extraordinariamente intensas y frecuentes
---	-------	---

Ha tenido algún vómito SI ___ No ___ ¿Cuántos? _____

Movilidad en su casa

Me he desplazado sin dificultad	_____	No he podido moverme de la casa
---------------------------------	-------	---------------------------------

Actividad fuera de la casa

Señale con una X su situación laboral

- ___ Trabajo
- ___ No trabajo por motivos de salud
- ___ No trabajo por otros motivos (jubilado, pens, otros)

En los últimos 7 días:

(Contestar solo en el caso en que trabaje)

He trabajado sin ninguna dificultad	_____	No he podido trabajar en absoluto debido a mi estado de salud
-------------------------------------	-------	---

Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.)

He realizado estas tareas sin dificultad	_____	Me ha sido totalmente imposible llevarlas a cabo sin ayuda
--	-------	--

06 DIC 2016





Atractivo para el sexo opuesto

Me ha sentido igualmente atractivo (a) que normalmente	_____	Me ha sentido carente por completo de atractivo debido a mi estado de salud
--	-------	---

ira (enfado, cólera, irritación, agresividad)

No he estado iracundo en absoluto	_____	He estado excesivamente iracundo debido a mi estado de salud
-----------------------------------	-------	--

Dolor

No he tenido ningún dolor	_____	He tenido un dolor insoportable
---------------------------	-------	---------------------------------

En caso de haber experimentado algún dolor, indique en qué parte o partes del cuerpo lo ha sentido: _____

Capacidad de mover el cuerpo, hacer actividad física (gimnasia, deportes, pasear, etc.)

He realizado actividad física sin dificultad	_____	No he podido mover mi cuerpo
--	-------	------------------------------

Actividades recreativas (juego, pasatiempos, hobbies, cine, televisión, leer, etc.)

Me ha distraído y disfrutado con mis actividades recreativas	_____	No me ha distraído ni disfrutado con mis actividades recreativas debido a mi estado de salud
--	-------	--

Ansiedad (nerviosismo)

No he estado ansioso(a) en absoluto	_____	He estado excesivamente ansioso debido a mi estado de salud
-------------------------------------	-------	---

Fatiga

No me he sentido cansado en absoluto	_____	Me ha sentido extremadamente cansado (a) debido a mi estado de salud
--------------------------------------	-------	--

Alfonso Hoyos

 Centro de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos

06 DIC 2016



Satisfacción social (hablar con personas, visitar amigos, recibir visitas, etc.)

Me he sentido satisfecho con mi actividad social _____	Me he sentido extremadamente insatisfecho con mi actividad social debido a mi estado de salud
--	---

Sueño

Por las noches he dormido muy bien _____	No he podido dormir bien ninguna noche
--	--

Esta noche pasada he dormido _____ horas.

Tengo la sensación de que he descansado (marque con una X)

___ Bien

___ Regular

___ Mal

Vigilia

He estado completamente despejado a lo largo del día _____	He estado completamente adormecido a lo largo del día
--	---

Preocupación por los hijos

No me he sentido preocupado en absoluto _____	Me he sentido extremadamente preocupado
---	---

Actividades en casa

He realizado los trabajos caseros sin dificultad _____	No he realizado ningún trabajo casero debido a mi estado de salud
--	---

Aspecto físico

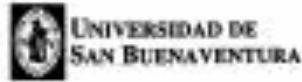
Me he sentido satisfecho con mi aspecto físico _____	Me he sentido extremadamente insatisfecho con mi aspecto físico debido a mi estado de salud
--	---

Estado de ánimo (depresión, tristeza)

No me he sentido en absoluto deprimido (a) _____	Me he sentido extraordinariamente deprimido debido a mi estado de salud
--	---

06 DIC 2016





Relaciones de pareja (afectivas, comunicativas, sexuales, etc.)

Mi vida de pareja ha sido totalmente satisfactoria _____	Mi vida de pareja ha sido extremadamente insatisfactoria debido a mi estado de salud _____
--	--

Mi vida de pareja ha sido insatisfactoria por otros motivos, sin que tengan nada que ver con mi estado de salud _____

Relaciones de familia (con los hijos, los hermanos, etc. Excluyendo la relación de pareja. Se refiere a afecto, comunicación, discusiones, etc.)

Mis relaciones familiares han sido en absoluto afectadas por mi estado de salud _____	Mis relaciones han sido extremadamente afectadas insatisfactorias debido a mi estado de salud _____
---	---

Apetito

He tenido apetito _____	No he tenido debido ningún apetito debido a mi estado de salud _____
-------------------------	--

En estas 24 horas he comido (señale con una X su respuesta)

- ___ La misma cantidad
- ___ Menos
- ___ Más que de costumbre.

Información

Me he sentido completamente satisfecho por la forma en que me han explicado mis problemas de salud _____	Me he sentido insatisfecho(a) por la forma en que me han explicado mis problemas de salud _____
--	---

Concentración

No he tenido problemas de concentración en absoluto _____	Me ha sido imposible concentrarme debido a mi estado de salud _____
---	---

Colap Rep D
 Centro de Piro y Investigación
 16

06 DIC 2016



Ganas e ilusión por las cosas y actividades (trabajar, hobbies, actividades en casa, comprar, salir, visitar amigos, etc.)

He sentido ganas e ilusión por las cosas _____	No he sentido ni ganas ni ilusión por las cosas debido a mi estado de salud
--	---

Preocupaciones económicas

No me ha sentido preocupado(a) en absoluto por mi situación económica debido a mi estado de salud _____	Me ha sentido extraordinariamente preocupado por mi situación económica debido a mi estado de salud
---	---

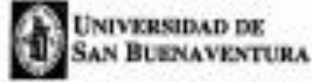
Miedo (preocupación, angustia, etc.)

No he sentido ningún miedo ni preocupación por mi estado de salud _____	He sentido muchísimo miedo y preocupación por mi estado de salud
---	--

POR FAVOR INDIQUE EN QUÉ MEDIDA CREE QUE EL ESTADO DE SU SALUD HA AFECTADO (EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS) A SU VIDA EN GENERAL.

Mi vida ha sido normal en los últimos 7 días, sin cambios debido a mi estado de salud _____	En estos últimos 7 días, mi vida ha sido extremadamente insatisfactoria debido a mi estado de salud
---	---

06 DIC 2016



Código del participante. C.C. _____

H.A.D VERSION ADAPTADA

Instrucciones:

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente. Lee cada frase y márque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No pierda mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada.

1. Me siento lento o nervioso	() Todos los días () Muchas veces () A veces () Nunca
2. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer	() Como siempre () No lo bastante () Sólo un poco () Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder	() Definitivamente y es muy fuerte () SI, pero no es muy fuerte () Un poco, pero no me preocupa () Nada
4. Puedo relirme y ver el lado positivo de las cosas	() Al igual que siempre lo hice () No tanto ahora () Casi nunca () Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones	() La mayoría de las veces () Con bastante frecuencia () A veces, aunque no muy seguido () Sólo en ocasiones
6. Me siento alegre	() Nunca () No muy seguido () A veces () Casi siempre
7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado	() Siempre () Por lo general () No muy seguido () Nunca
8. Siento como si yo cada día estuviera más lento	() Por lo general en todo momento () Muy seguido () A veces () Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como de náusea o vacío en el estómago	() Nunca () En ciertas ocasiones () Con bastante frecuencia () Muy seguido
10. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado	() Totalmente () No me preocupa como debería () Podría tener un poco más de cuidado () Me preocupa al igual que siempre
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	() Mucho () Bastante () No mucho () Nada
12. Me siento con esperanzas respecto al futuro	() Igual que siempre () Menos de lo que acostumbraba () Mucho menos de lo que acostumbraba () Nada
13. Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro	() Muy frecuentemente () Bastante seguido () No muy seguido () Nada
14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	() Seguido () A veces () No muy seguido () Poca vez

06 DIC 2016



Código del participante. C.C. _____

QUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

(MOS: Sherbourne Stewart, 1991, adaptado para Colombia por Londoño et al., 2011).

Instrucciones

A continuación, encontraras algunas preguntas sobre el apoyo o ayuda del que dispones de otras personas.

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos y familiares cercanos tengo?
(personas con las que me siento a gusto y con quienes puedo hablar sobre lo que pienso).

Escribo en la casilla el número de amigos y familiares cercanos:

Algunas veces, las personas buscan a otras por compañía, ayuda u otro tipo de apoyo. ¿Con qué frecuencia están disponibles para mí cada uno de los siguientes tipos de apoyo si los necesito?

Opciones de respuesta

1 Nunca 2 pocas veces 3 algunas veces 4 muchas veces 5 siempre

2. Alguien que me ayude cuando tenga que guardar reposo en cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar para que me escuche cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que me aconseje cuando esté en crisis	1	2	3	4	5
5. Alguien que me lleve al doctor si necesitare ir.	1	2	3	4	5
6. Alguien que me demuestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien paso buenos ratos.	1	2	3	4	5
8. Alguien que me dé información para ayudarme a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien pueda confiar o hablar sobre mí mismo y mis preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que me abraza.	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarme.	1	2	3	4	5
12. Alguien que me prepare la comida si no pudiera hacerlo yo mismo/a	1	2	3	4	5
13. Alguien de quien realmente desearía recibir un consejo.	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien pueda hacer algo que me ayude a despejar mi mente	1	2	3	4	5
15. Alguien que me ayude con mis quehaceres domésticos si estuviera enfermo/a	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir mis mayores preocupaciones y miedos	1	2	3	4	5
17. Alguien a quien acudir para que me sugiera cómo manejar un problema	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divirtirme	1	2	3	4	5



06 DIC 2016



19. Alguien que entienda mis problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y que me haga sentir amado	1	2	3	4	5

21. Código del participante. C.C. _____

ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA (EEC-M)

Londoño N. H., Henao G. C., Puerta I. C., Posada S. L., Arango D., Aguilera, D. C. Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología
Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

Instrucciones:

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señale la fecha (F), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

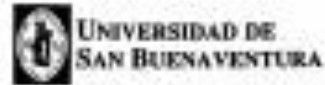
1 2 3 4 5 6

Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

No.	ITEM	1	2	3	4	5	6
1.	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado						
2.	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)						
3.	Procuro no pensar en el problema						
4.	Desahogo mi mal humor con los demás						
5.	Intento ver los aspectos positivos del problema						
6.	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento						
7.	Procuro conducir mejor el problema con la ayuda de un profesional						
8.	Asisto a la iglesia						
9.	Espero que la situación se resuelva sola						
10.	Trato de solucionar el problema siguiendo unas pautas o reglas bien pensadas.						
11.	Procuro guardar para mí los sentimientos						
12.	Me comporto de forma hostil con los demás						
13.	Intento sacar algo positivo del problema						
14.	Pido consejo u orientación a algún parente o amigo para poder afrontar mejor el problema						

06 DIC 2016





15.	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1 2 3 4 5 6
16.	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1 2 3 4 5 6
17.	Espero el momento oportuno para resolver el problema	1 2 3 4 5 6

Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

18.	Pienso que con el paso del tiempo el problema se solucionará	1 2 3 4 5 6
19.	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1 2 3 4 5 6
20.	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1 2 3 4 5 6
21.	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1 2 3 4 5 6
22.	Supreso mi tema sin calcular las consecuencias	1 2 3 4 5 6
23.	Pido a parentes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1 2 3 4 5 6
24.	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1 2 3 4 5 6
25.	Tengo fe en que Dios remedie la situación	1 2 3 4 5 6
26.	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1 2 3 4 5 6
27.	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1 2 3 4 5 6
28.	Hago frente al problema pensando en muchas otras soluciones	1 2 3 4 5 6
29.	Dejo que las cosas sigan su curso	1 2 3 4 5 6
30.	Tiendo de ocultar mi malestar	1 2 3 4 5 6
31.	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1 2 3 4 5 6
32.	Evito pensar en el problema	1 2 3 4 5 6
33.	Me dejo llevar por mi mal humor	1 2 3 4 5 6
34.	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1 2 3 4 5 6
35.	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1 2 3 4 5 6
36.	Pasa	1 2 3 4 5 6
37.	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1 2 3 4 5 6
38.	Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1 2 3 4 5 6
39.	Pienso definitivamente lo mejor a seguir para enfrentarme al problema	1 2 3 4 5 6
40.	Me resigno y dejo que las cosas pasen	1 2 3 4 5 6
41.	Intento mis propias acciones	1 2 3 4 5 6
42.	Busco actividades que me distraigan	1 2 3 4 5 6
43.	Niego que tengo problemas	1 2 3 4 5 6
44.	Me salgo de castas	1 2 3 4 5 6

06 DIC 2016

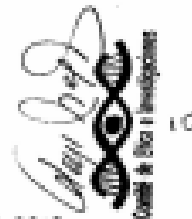




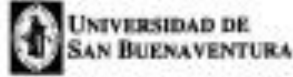
45.	Por más que quiero no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1 2 3 4 5 6
46.	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1 2 3 4 5 6
47.	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1 2 3 4 5 6
48.	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6
 Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

49.	Acudo a la iglesia para poder veras o rezar	1 2 3 4 5 6
50.	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1 2 3 4 5 6
51.	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1 2 3 4 5 6
52.	Me es difícil relajarme	1 2 3 4 5 6
53.	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1 2 3 4 5 6
54.	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6
55.	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1 2 3 4 5 6
56.	Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena casa"	1 2 3 4 5 6
57.	Prezco que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1 2 3 4 5 6
58.	Intento conseguir más información sobre el problema consultando a profesionales	1 2 3 4 5 6
59.	Dejo todo en manos de Dios	1 2 3 4 5 6
60.	Espero que las cosas se vayan arreglando	1 2 3 4 5 6
61.	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1 2 3 4 5 6
62.	Trato de evitar mis emociones	1 2 3 4 5 6
63.	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1 2 3 4 5 6
64.	Trato de identificar las ventajas del problema	1 2 3 4 5 6
65.	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1 2 3 4 5 6
66.	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1 2 3 4 5 6
67.	Busco tranquilizarme a través de la oración	1 2 3 4 5 6
68.	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1 2 3 4 5 6
69.	Dejo que pase el tiempo	1 2 3 4 5 6



06 DIC 2016



Código del participante. C.C. _____

LOT-R (LIFE ORIENTATION TEST REVISED).

Instrucciones: A continuación te presentamos una serie de frases que hacen referencia a cómo la gente considera su vida en general. Después de leer cada una de estas frases da tu opinión. Indica si estás de acuerdo o en desacuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas; solo queremos conocer tu opinión. Cumplimenta este inventario de acuerdo con tus propios sentimientos, no en función de cómo tú crees que la mayoría de la gente lo haría. En concreto, utiliza la siguiente escala de valoración:

- 0 = Estoy totalmente en desacuerdo.
- 1 = Generalmente estoy en desacuerdo.
- 2 = No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 3 = Normalmente estoy de acuerdo.
- 4 = Prácticamente estoy siempre de acuerdo.

Ítems del cuestionario LOT-R

1	En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	0	1	2	3	4
2	Me resulta fácil relajarme	0	1	2	3	4
3	Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro que me pesará	0	1	2	3	4
4	Siempre soy optimista en cuanto al futuro	0	1	2	3	4
5	Disfruto un montón con mis amistades	0	1	2	3	4
6	Para mí es importante estar siempre ocupado	0	1	2	3	4
7	Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	0	1	2	3	4
8	No me disgusta fácilmente	0	1	2	3	4
9	Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	0	1	2	3	4
10	En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas.	0	1	2	3	4

06 DIC 2016





UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA

Código del participante, C.C. _____

ESCALA DE RESILIENCIA DE AGNILD Y YOUNG (versión traducida final)

Ítems	En De acuerdo						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuando planeo algo lo realizo	1	2	3	4	5	6	7
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
3. Dependo más de mí mismo que de otras personas	1	2	3	4	5	6	7
4. Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy amigo de mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7
10. Soy decidida	1	2	3	4	5	6	7
11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	1	2	3	4	5	6	7
12. Tomo las cosas una por una	1	2	3	4	5	6	7
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo autodisciplina	1	2	3	4	5	6	7
15. Me mantengo interesado en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
16. Por lo general, encuentro algo de qué reírme	1	2	3	4	5	6	7
17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
18. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	1	2	3	4	5	6	7
20. Algunas veces me obligo a hacer cosas que no quiero	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5	6	7
22. No me lamenta de las cosas por las que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7
23. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida	1	2	3	4	5	6	7
24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que tengo que hacer	1	2	3	4	5	6	7
25. Acepto que hay personas a las que no les agrado	1	2	3	4	5	6	7

06 DIC 2016

Grupos de Investigación

 Cataly Reyes