

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA SALUD



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO Y BIENESTAR
PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON
CÁNCER DE MAMA

Tesis para optar el título de Magister en Psicología Clínica de la Salud que presentan
las alumnas:

ILIANA BECERRA LOAYZA
SOPHIE OTERO FRANCIERE

ASESORA:
MÓNICA CASSARETTO BARDALES

Lima Perú

2013

Si no está en tus manos cambiar una situación que te produce dolor, siempre podrás escoger la actitud con la que afrontes ese sufrimiento.

Viktor Frankl

AGRADECIMIENTOS

A Elvi, la mamá de Iliana, quien nos recordó la vulnerabilidad de nuestra forma humana, pero lo invencible del amor. Ella nos dejó su fortaleza para continuar este proyecto.

A nuestros esposos y familia quienes nos acompañaron en este proceso con paciencia y cariño.

A Lourdes Ruda, quien nos dio el impulso para iniciar este proyecto y nos acompañó en momentos difíciles mostrando gran sensibilidad y cariño.

A Mónica Cassaretto, por ser un modelo de inspiración, motivación y perseverancia.

A nuestros compañeros de maestría, por apoyarnos siempre, compartiendo nuestras dificultades y aciertos. En especial a Vane por su desprendimiento y ayuda incondicional.

A Charito y Doraliza, que nos abrieron las puertas y nos dieron todas las facilidades para evaluar a las participantes de esta investigación.

Un especial agradecimiento a las pacientes que nos dedicaron su tiempo y nos abrieron su corazón. Ellas son el por qué y el para qué de esta investigación.

Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama

RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue conocer la relación existente entre los estilos y las estrategias de afrontamiento, y el bienestar psicológico en una muestra de 46 pacientes con cáncer de mama, con un tiempo de diagnóstico no menor a seis meses, en estadio clínico del I a III, que asisten a una clínica oncológica privada de la ciudad de Lima. Para ello, se empleó el inventario de estimación del afrontamiento *COPE* (Carver, Scheier y Weintraub, 1989) y la escala de bienestar psicológico de Carol Ryff (1989). Entre los resultados más importantes se hallan relaciones significativas e inversas entre el bienestar psicológico global y el estilo evitativo ($r=-.34, p<.05$); y entre la estrategia, liberación de emociones y las dimensiones del bienestar psicológico: autonomía ($r=-.44, p<.01$), dominio del entorno ($r=-.46, p<.01$) y auto aceptación ($r=-.30, p<.01$). Los resultados del estudio dan cuenta de una relación relevante entre los constructos investigados, lo que contribuye al conocimiento del bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama y podría orientar la intervención psicológica promoviendo las estrategias de afrontamiento que más lo favorezcan.

Palabras clave: *Afrontamiento, bienestar psicológico, cáncer de mama.*

ABSTRACT

The main objective of this research was to know the relationship between coping styles and strategies, and the psychological well-being of a patient in a sample of 46 patients diagnosed with breast cancer. The time of diagnosis was not less than six months, with a clinical stage of I to III and treatment received in a private cancer clinic in the city of Lima. To achieve this, the *COPE* Inventory (Carver, Scheier y Weintraub, 1989) and the Riff Scales of Psychological Well-Being, Carol Ryff (1989), were used. Among the most important results, significant and inverse relationships between overall psychological well-being and avoidance style ($r=-.34, p<.05$) were found; the same significant and inverse relationship was found between the releasing emotions strategy and the dimensions of psychological well-being: autonomy ($r=-.44, p<.01$), control of the environment ($r=-.46, p<.01$) and self-acceptance ($r=-.30, p<.01$). Study results account for a significant relationship between the concepts investigated, which contributes to an understanding of the psychological well-being of breast cancer patients and could lead to a psychological intervention to promote most favourable coping strategies.

Key words: *Coping, psychological well-being, breast cancer*

Tabla de Contenido

	Pág.
Introducción:	1
Método:	11
Participantes:	11
Medición:	12
Procedimiento:	14
Resultados:	17
Discusión:	23
Referencias Bibliográficas:	35
Anexos	
Anexo A 1: Consentimiento Informado	
Anexo A 2: Ficha Sociodemográfica	

Introducción

A pesar de los avances de la ciencia, el cáncer es la primera causa de muerte en nuestro país, siendo específicamente el cáncer de mama el que ocupa el segundo lugar de prevalencia. Representa el 27.3% entre todos los tipos de cáncer que afectan a las mujeres y datos recientes refieren un incremento de su incidencia a 26.5 casos por 100,000 en los últimos 30 años. Estas cifras dan cuenta de la magnitud de este diagnóstico en el Perú (Minsa, 2010).

Solana (2005) plantea que la persona con un diagnóstico de cáncer se ve confrontada con la posibilidad de muerte, lo que supone una verdadera crisis que pone en cuestionamiento toda la adaptación del individuo (Taylor, 2003), a nivel biológico, psicológico y social (Ferrero, 1993). Este tipo de diagnóstico enfrenta al ser humano con su vulnerabilidad corporal, hecho que puede llegar a desestructurarlo si no logra elaborar estrategias de afrontamiento adecuadas o adaptativas que le permitan continuar con el tratamiento y con su vida (Bayés, 1985; Crespo y Cruzado, 1997; Solana, 2005; Stanton, Danoff-Burg & Huggins, 2002; Vidal & López, 1999).

En el caso del cáncer de mama, las situaciones que movilizan a las pacientes son inicialmente las circunstancias previas y posteriores al diagnóstico definitivo de cáncer, tales como las pruebas exploratorias o la comunicación del diagnóstico. Posteriormente, se encuentran las características propias del tratamiento, que están en relación a las posibles experiencias de dolor, hospitalización, deformidad, deudas e incapacidad para cuidar de uno mismo o de la familia (Die Trill, 1987 en Martin, Matellanes & Pérez, 2007; Pocino et al., 2007). Así, las pacientes deben poner en marcha, una serie de mecanismos que les permitan disminuir el probable impacto producido por el estrés de sobrellevar la enfermedad, dichos mecanismos han sido llamados estilos o estrategias de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984; Moos & Schaefer, 1993).

Desde el modelo transaccional del estrés Lazarus & Folkman (1986), han definido al afrontamiento como un proceso dinámico que cambia constantemente en función de las actitudes y las circunstancias de cada persona. En este sentido, es considerado como la respuesta del individuo ante la situación estresante y se define, como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986).



Esta definición se relaciona estrechamente con la evaluación cognitiva que el individuo realiza de la situación (Kleinke, 2007; Lazarus y Folkman, 1986; Sandín, 1995). Es un proceso dinámico que requiere transacciones permanentes entre la persona y el ambiente, donde ambos se influyen mutuamente (Barroilhet, Forjaz & Garrido, 2005; Taylor, 2003) aunque la puesta en marcha de este proceso no siempre garantice su éxito. Según Fernández-Abascal (1997), mediante el ensayo y error el individuo intentará solucionar el evento estresante al que se ve confrontado, y en caso de tener éxito, desarrollará la tendencia a utilizar nuevamente la estrategia elegida.

Para la mejor comprensión del proceso de afrontamiento, Fernández-Abascal (1997) señala la necesidad de diferenciar los *estilos* de afrontamiento de las *estrategias* de afrontamiento y plantea que mientras los *estilos* son las formas habituales relativamente estables que tiene una persona para manejar el estrés, las *estrategias* se establecen en función de la situación y están influidas por los estilos que tiene un sujeto para afrontar los problemas de la vida diaria. Diversos estudios han combinado las perspectivas disposicional y contextual y han apoyado la vinculación de ambas (Bouchard, Guillemette & Landry-Léger, 2004; Holland & Holahan, 2003; Pelechano, 2000).

Lazarus y Folkman (1986) dan cuenta de dos estilos: uno, centrado en el *problema*, en el que la persona evalúa el evento dentro de un contexto de posible cambio y busca disminuir el impacto de la amenaza percibida y el otro, orientado a la *emoción*, en el que los esfuerzos se dirigen a atenuar el malestar emocional generado a partir del estresor cuando se evalúa que las condiciones no son susceptibles de cambio (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Lazarus & Folkman, 1986).

El primer estilo es de tipo funcional y está dirigido a resolver el problema, mientras que el segundo se centra en reducir el grado de sufrimiento emocional asociado al estrés psicológico (Carver et al. 1989; Lazarus & Folkman, 1986). Tanto el afrontamiento centrado en el *problema* como el centrado en la *emoción* están interrelacionados, ya sea para complementarse propiciando una mejor solución al problema o para interferirse mutuamente (Kleinke, 2007). Posteriormente, estudios empíricos con medidas de afrontamiento como el *COPE Estimation*, llevaron a plantear la existencia de un tercer estilo denominado afrontamiento *evitativo*; en el que el individuo asumiría un rol pasivo y eludiría acciones que lo confronten con la situación amenazante (Fickova, 2001).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, diversos autores coinciden en que se trata de procesos más concretos, específicos y cambiantes que se entienden como el grupo de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) empleadas por un individuo para solucionar situaciones problemáticas y disminuir las tensiones que éstas le producen (Barroilhet, Forjaz & Garrido, 2005; Casullo & Fernández Liporace, 2001; Folkman, 1984; Taylor, 2003). Dependen por lo tanto, de la relación entre aspectos personales y de experiencias individuales, por un lado, y por el otro, de las exigencias del medio ambiente. En esa línea, diversas investigaciones relacionadas a las estrategias de afrontamiento utilizadas en pacientes oncológicos, hallan divergencias y similitudes respecto de la funcionalidad del uso de determinada estrategia o estilo de afrontamiento (Chau et al., 2002; Franks & Roesch, 2006; Lazarus, 2000; Solano, 2001).

Al respecto, la investigación científica pretende dilucidar cuáles son aquellas estrategias y estilos que resultan más funcionales o disfuncionales para enfrentar una situación adversa como el cáncer. En el caso de las mujeres con cáncer de mama esta búsqueda es prioritaria ya que diversas investigaciones refieren que esta población experimenta niveles significativos de estrés psicológico, ansiedad, hostilidad y depresión (Matthews & Cook, 2009; Oblitas & Palacios, 2009; Robles, Morales, Jiménez, & Morales, 2009; Zabora, Brintzentofeszock, Curbow, Hooker & Piant, 2001) que interrumpen su vida diaria y disminuyen su calidad de vida (Brannon & Feist, 2001; Carver, Meyer & Antoni, 2000; Gelinas & Fillion, 2004; Matthews & Cook, 2009; Solana, 2005; Oblitas, 2006; Wengstrom, Haggmark & Forsberg, 2001).

En un estudio con 189 pacientes con cáncer de mama avanzado, Kershaw et al. (2004) encuentran que aquellas pacientes que utilizan mayormente un afrontamiento *activo* y centrado en el *problema* en oposición a uno *evitativo*, reportan mayores niveles de calidad de vida; esto ha sido apoyado por investigaciones similares (Avis, Crawford & Manuel, 2005; Manuel et al., 2007). Asimismo, otros estudios reportan que en esta población el afrontamiento centrado en el *problema* se asocia con cambios positivos como una mayor adaptación a su situación de salud o un menor malestar psicológico (Stanton et al., 2002); mientras que el afrontamiento *evitativo*, se asocia a cambios negativos como la presencia de sintomatología depresiva o ansiosa (Arrarás, 2002; Hack & Degner, 2004; Schnoll, Knowles & Harlow, 2002).

En nuestro contexto, se ha encontrado mayor tendencia al uso del estilo de afrontamiento centrado en la *emoción* y en menor medida el *evitativo* en muestras de pacientes con enfermedades

crónicas (Cassaretto & Paredes, 2006; Chau, et al., 2002; Solano, 2001; Soto, 2010). En esta población se encuentran correlaciones positivas y moderadas entre el uso de estrategias *evitativas* y las fases más avanzadas de la enfermedad (Chau, et al., 2002). Asimismo, se halla una relación entre este estilo y sus estrategias *enfocar y liberar emociones y desentendimiento conductual* con los niveles de sintomatología depresiva en las pacientes (Soto, 2010); pudiendo evidenciar un comportamiento disfuncional generado por este tipo de afrontamiento.

Sobre el rol del afrontamiento emocional, Danhauer, Crawford, Farmer y Avis (2009) observaron que en un grupo de 267 mujeres con cáncer de mama, aquellas que utilizaron un estilo de afrontamiento centrado en la *emoción* reportaron mayores índices de calidad de vida (Filazoglu & Griva 2008). También, en otras investigaciones en pacientes con cáncer de mama, de colon y de pulmón se ha hallado una asociación positiva y significativa entre la depresión y la tendencia a utilizar estilos de afrontamiento dirigidos a la *emoción* y al estilo *evitativo* (Jiang & Liu, 2007; Rodríguez et al., 2007).

Por otro lado, también se hallaron mayores índices de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que reportaban un empleo más frecuente del afrontamiento centrado en la *emoción* en general y de estrategias relacionadas con la religión en particular; encontrándose una correlación directa y significativa entre la calidad de vida y el apoyo en la religión, así como una actitud positiva hacia la enfermedad (Atef-Vahid et al., 2011; Filazoglu & Griva 2008; Kershaw et al., 2004; Tarakeshwar et al., 2006). También se reporta que las estrategias de afrontamiento relacionadas con creencias religiosas pueden predecir cambios positivos en el bienestar a largo plazo (Stefanek, McDonald & Hess, 2005). Asimismo, se sabe que el uso frecuente de estrategias de *búsqueda de apoyo social, solución de problemas, distanciamiento y reevaluación positiva* se asocia a menores niveles de ansiedad y depresión, y funcionan como mecanismos protectores contra el estrés propio de la enfermedad (Danhauer et al., 2009; Del Mar González et al., 2001 en García-Viniegras & González, 2007).

En relación a los estilos de afrontamiento y sus estrategias, en un estudio sobre cómo reaccionan las pacientes con cáncer de mama frente a su enfermedad, Font & Cardoso (2009) analizaron la posible existencia de relaciones entre diferentes formas de afrontamiento: *cogniciones, conductas y respuestas emocionales*. En un estudio con 189 pacientes sobre lo que hacen, piensan y sienten frente a sus problemas de salud, se encontró que se enfrentan a ellos

utilizando más de una estrategia de manera simultánea, y que difícilmente son totalmente excluyentes entre sí (Ríos, Polo & Toledo, 2010). En ese sentido, investigaciones en nuestro medio realizadas en pacientes con enfermedades crónicas, dan cuenta que el afrontamiento que emplea estrategias mixtas tendría mayores beneficios (Cassaretto & Paredes, 2006; Chau, Morales, & Wetzell, 2002). De acuerdo a la literatura, un afrontamiento efectivo dependería de una mayor amplitud del repertorio de estilos y estrategias (Kleinke, 2007; Taylor, 2003).

Por estos motivos el afrontamiento del cáncer constituye un proceso complejo, que se puede estudiar a lo largo de sus distintas etapas o fases cuya duración es variable y en las cuales se manifiestan una diversidad de respuestas emocionales en el paciente y en su contexto familiar (Rowland, 1989, citado en Báñez, 2002). Por lo tanto, el afrontamiento resulta un elemento estabilizador que favorece la adaptación psicosocial en periodos de estrés (Cassaretto & Paredes, 2006; Holahan, Moos & Schaefer, 1996).

La adaptación a la enfermedad podría definirse entonces, en relación a un modelo que contemple aquellos aspectos positivos del ser humano, en el que el tradicional enfoque centrado en el síntoma y la enfermedad, ha sido cambiado por un concepto de salud que contempla aspectos del funcionamiento óptimo de la persona (Cohen et al., 2006; Oramas-Viera et al., 2007; Vázquez et al., 2009). Las personas con un sentimiento positivo acerca de sí mismas, una sensación de control personal y una visión optimista del futuro contarían con una reserva psicológica para afrontar la adversidad (Taylor et al., 2000).

Esta perspectiva de la salud más positiva se hace explícita en la definición de la OMS (1948) que la presenta como “*un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía*” (World Health Organization, 1948). Esta definición marca de manera importante los nuevos paradigmas de la psicología que buscan comprender la influencia que pueden tener los estados positivos en la aparición de enfermedades, así como en los procesos de recuperación.

Esta concepción está enmarcada dentro de la psicología positiva y plantea como objetivo principal de estudio: las cualidades positivas del ser humano como la resiliencia, la fortaleza y la virtud, el descubrimiento de capacidades que ayuden a superar los eventos estresores y a lograr un cambio para una mejor calidad de vida (Fredrickson, 2009; Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Es dentro de esta nueva concepción de la salud que se desarrolla el

concepto de bienestar; expresando el pensar constructivo y positivo del ser humano, vinculado con aspectos del funcionamiento físico, psíquico y social (García-Viniegra & Gonzales, 2000).

El bienestar psicológico ha centrado su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidos ambos como los principales indicadores del funcionamiento positivo. Para Carol Ryff (1989), una de las autoras más importantes dentro de la tradición eudaimónica del bienestar, la tarea central de las personas en la vida sería reconocer y realizar al máximo todos sus talentos. La autora plantea, que es responsabilidad del individuo encontrar el significado de su existencia (Ryan & Deci, 2001; Ryan, Huta & Deci, 2008; Ryff, 1989, 1995; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 1998).

El bienestar psicológico estaría relacionado con mecanismos de regulación afectiva a mediano y largo plazo que implicarían la búsqueda de conductas de supervivencia y ajuste a las exigencias del medio. Asimismo, parece tener un papel importante en la prevención y en la recuperación de enfermedades físicas (Vázquez & Castilla, 2007; Vázquez et al., 2009). En esta misma línea, la adaptación a la enfermedad estaría asociada con la capacidad de las personas para experimentar emociones negativas logrando hacerles frente, otorgándole un significado y un sentido a lo que les sucede (Casullo, 2002). Esto parece servir como un elemento protector de la salud frente a los efectos de experiencias negativas (Fredrickson, 2009).

Por lo tanto, para los objetivos de este estudio revisaremos el modelo multidimensional de Ryff, el cual distingue seis dimensiones en las que se expresa el bienestar psicológico (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008).

La autoaceptación o aceptación de sí, entendida como la apreciación positiva de uno mismo estando consciente de las propias limitaciones.

Las relaciones positivas con otras personas están en función la capacidad para mantener relaciones estables y significativas, confianza en las amistades y la capacidad de amar. Desde este enfoque se considera que el aislamiento social, la soledad y la pérdida del apoyo de otras personas afectan negativamente la salud física y el tiempo de vida.

La autonomía es una cualidad esencial para sostener la propia individualidad en diferentes contextos sociales, basándose en las propias convicciones y en el mantenimiento de la propia independencia y autoridad personal en el transcurso del tiempo.

El Dominio del entorno es la capacidad de manejar la propia vida y el medio que nos rodea. Es la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables y satisfacer los propios deseos y necesidades. Cuando las personas logran un alto dominio del entorno experimentan una sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir a su alrededor.

El Propósito en la vida constituye lo que se considera como una vida con sentido con objetivos claros y metas realistas que doten de significado a las experiencias de la vida.

El Crecimiento personal está en relación a sentimientos positivos dirigidos hacia la búsqueda del desarrollo del propio potencial y el fortalecimiento de las capacidades.

Las dimensiones del bienestar psicológico antes descritas, podrían evaluar entonces, el funcionamiento positivo frente a la enfermedad (Ryff, 1989) asociado con la reducción del riesgo biológico (Ryff, Singer & Love, 2004). Sin embargo, cabe resaltar que el énfasis de la investigación hasta la llegada de la psicología positiva, ha sido puesto en el impacto negativo de tener cáncer sobre el bienestar de los pacientes (Mathews & Cook, 2009).

En este sentido, se ha encontrado la presencia de indicadores de sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes con cáncer de mama. Algunos estudios sugieren que factores psicosociales como la imagen corporal, los niveles de autoestima, la calidad de las relaciones interpersonales y el nivel de atractivo/feminidad, percibidos por estas pacientes se relacionan con el desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos; existiría una correlación negativa con la calidad de vida en dicho grupo de pacientes (Begovic-Juhan et al., 2012; Kim et al., 2012; Rodríguez et al., 2011; Saleh Baqutayan, 2012).

Asimismo, en un estudio longitudinal de 13 meses en 225 pacientes con cáncer de mama que buscó conocer predictores de salud psicológica, Schlegel et al. (2012) hallaron que los síntomas depresivos se presentaban con mayor frecuencia en mujeres que no estaban casadas pero tenían niños viviendo en casa, tenían que recorrer trayectos largos para recibir su tratamiento y percibían bajos ingresos económicos. Por otro lado, Costanzo, Ryff, y Singer (2009) en un estudio longitudinal previo y posterior al diagnóstico de cáncer, que compara una muestra de 398 sobrevivientes con un grupo equiparable de 796 mujeres sin historia de cáncer, encontraron que si bien la salud mental disminuyó después del diagnóstico, las sobrevivientes se muestran resilientes en cuanto al bienestar social, la espiritualidad y el crecimiento personal. El impacto de la

enfermedad en la vida emocional, física y social de las pacientes con cáncer es una realidad. Sin embargo, la presencia de síntomas depresivos y ansiosos parecen no excluir las experiencias positivas relacionadas al cáncer de mama, sino que formarían parte del proceso de adaptación a la enfermedad (Boot, Holcombe & Salmon, 2010; Costanzo et al., 2009).

En este sentido, Ryff y Keyes (1995) han presentado evidencia que el bienestar psicológico puede influir en sistemas fisiológicos específicos relacionados con el funcionamiento inmunológico y en la promoción de la salud. Costanzo et al. (2009) refieren estudios que dan cuenta de una relación entre menores niveles de cortisol con el bienestar psicológico. Las personas con altos niveles en *relaciones positivas con otros* y en *propósito en la vida* presentan menores niveles de interleucina 6 (IL-6) y su receptor soluble (sIL-6r), las cuales juegan un papel importante en la aparición de enfermedades como la diabetes, la arterosclerosis, el lupus, el cáncer, entre otros.

Estos hallazgos dan cuenta de como los cambios positivos también son comunes después de un diagnóstico de cáncer (Danhauser et al., 2009; Lechner et al., 2003; Schroevers, Vivian & Garnefski, 2011; Sears et al., 2003; Stanton et al., 2002; Urcuyo et al., 2004), en el que a pesar de lo penoso de la experiencia, muchos de los pacientes reportan una mejora de sus recursos personales y un fortalecimiento de su sentido de propósito (Bower et al., 2005).

En esa misma línea, un estudio realizado por Li y Lambert (2007) en 100 mujeres en la República Popular de China recientemente diagnosticadas con cáncer de mama, se evaluaron las estrategias de supervivencia (ligadas indirectamente con el afrontamiento) como predictoras de bienestar general. Se encontró, que las más utilizadas fueron *la planificación, la reformulación positiva y la auto-distracción*. Asimismo, Scrignaró, Barni y Magrin (2011), en un estudio con 41 pacientes con cáncer, encontraron que el afrontamiento centrado en el problema predice un alto crecimiento post-traumático con un mayor bienestar a nivel global y *crecimiento personal* de manera específica. Sin embargo, dichos resultados requieren de mayor evidencia empírica.

La investigación sugiere que el mayor ajuste a la enfermedad se daría cuando las pacientes son capaces de reconocer los cambios positivos y negativos en sus vidas; enfrentando las situaciones difíciles a las que se ven expuestas, logrando encontrar un sentido positivo a la experiencia y metas significativas alternativas (Rottman et al., 2010; Schroevers et al., 2011). En ese sentido, los cambios positivos frente a la experiencia del cáncer están fuertemente relacionados

con el afrontamiento centrado en el problema y las estrategias de *aceptación*, y en particular, con la *reevaluación positiva* (Widows, Jacobsen, Booth-Jones & Fields, 2005; Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006; Schroevers & Teo 2008; Thornton & Pérez 2006); mientras que los cambios negativos se han asociado con un afrontamiento *evitativo* (Schnoll, Knowles & Harlow, 2002; Park et al., 2008).

La revisión de la literatura científica refiere diversos estudios entre cáncer y variables mediadoras como el afrontamiento, pero son pocos los que lo relacionan con constructos positivos como el bienestar psicológico (Ryff & Keyes, 1995). Al respecto, se reportan estudios que relacionan el afrontamiento con variables afines al bienestar psicológico, como calidad de vida (Atef-Vahid et al., 2011; Danhauer et al., 2009; Novoa et al., 2010; Schou et al., 2005), espiritualidad (Gall, Charbonneau & Florack, 2011; Herbert et al., 2009; Yáñez et al., 2009), relaciones más cercanas con los otros y un reordenamiento de prioridades (Silva, Crespo & Canavaro, 2012; Trigoso, 2012), crecimiento personal (Holahan, Moos & Schaefer, 1996), crecimiento postraumático (Scrignaro et al., 2011; Silva et al., 2012), soporte social (Dukes & Holahan, 2003; Scrignaro et al., 2011) o ajuste psicológico (Costanzo et al., 2009; Rottmann et al., 2010) entre los constructos más estudiados.

El panorama es similar en nuestro medio, son escasas las investigaciones que relacionan el afrontamiento con el bienestar psicológico, tanto en pacientes con cáncer de mama como con otras enfermedades. En un estudio reciente con pacientes con artritis reumatoidea, Solano (2012) encuentra que el dolor no se relaciona con ninguna de las dimensiones del bienestar psicológico, que tiene una correlación positiva con síntomas depresivos y con estrategias de afrontamiento centrado en el problema pero correlaciona de manera negativa con la estrategia evitativa *enfocar y liberar emociones*. Por otro lado, la investigación de Trigoso (2012), es la primera que utiliza el constructo de bienestar en población oncológica y encuentra una correlación significativa entre las subescalas que mostraron mejor funcionamiento: *relaciones positivas con otros* y *propósito de vida*, y de estas con la escala global.

No obstante, en población no afectada por enfermedad alguna, se pueden hallar mayores esfuerzos por determinar la relación entre el bienestar psicológico y los estilos o estrategias de afrontamiento. En ese sentido, encontramos diversos estudios en adolescentes (Contini, Coronel & Estevez, 2003; Figueroa et al., 2005; González et al., 2002; Salotti, 2006), que coinciden en

hallazgos que vinculan el bienestar psicológico con estrategias activas de afrontamiento (dirigidas al problema). En el Perú, encontramos que se han llevado a cabo estudios sobre el bienestar psicológico con internas de un penal que realizan ejercicio físico (Guimet, 2011); en alumnos de danza moderna (Meza, 2010); en integrantes de un MBA (Pardo, 2010); en alumnas de yoga (Chávez, 2008), entre otros realizados. Sin embargo, ninguno de ellos da cuenta de vinculaciones directas con el bienestar psicológico.

De acuerdo a lo revisado, el cáncer de mama es la segunda neoplasia más prevalente en nuestro país y resulta alarmante el incremento de su incidencia en los últimos años (Minsa, 2010). Estamos ante a un problema de salud pública de gran envergadura, que no solo necesita de investigaciones para mejorar el tratamiento de la enfermedad física, sino de estudios cuyos resultados puedan dar luces de cómo promover el bienestar psicológico en este tipo de pacientes.

La tendencia actual en investigación plantea que si bien el individuo con cáncer está frente a una crisis vital dolorosa, la experiencia de la enfermedad puede abrir paso a un proceso de crecimiento y transformación personal (Carver et al., 2004; Fredrickson, 2009; Scrignaro et al., 2011). Sin embargo, no se cuenta con suficientes investigaciones que permitan identificar cuáles son los estilos o estrategias de afrontamiento que se asocian con dicho bienestar en mujeres con cáncer de mama.

Por ello, es pertinente plantear como propósito de esta investigación, conocer la relación entre el afrontamiento y el bienestar psicológico mediante la aplicación de instrumentos que midan estas variables en una única ocasión en un grupo de pacientes con cáncer de mama. Asimismo, se pretende analizar, como objetivo específico, las posibles diferencias entre el afrontamiento y el bienestar psicológico en función a las variables sociodemográficas y de enfermedad/tratamiento. Consideramos que los resultados del estudio podrían ofrecer algunos lineamientos para la intervención psicológica, promoviendo aquellas estrategias que favorezcan el bienestar psicológico.



Método

Participantes

La muestra está compuesta por 46 mujeres con cáncer de mama con un tiempo de diagnóstico de por lo menos seis meses, en estadio clínico del I a III, que asisten a una clínica oncológica privada de la ciudad de Lima.

La participación fue voluntaria y todas las integrantes de la muestra firmaron un consentimiento informado (anexo A1). Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: (a) haber sido diagnosticada por un médico al menos 6 meses antes de participar de la investigación; (b) no tener un diagnóstico de cáncer previo; (c) no haber presentado una metástasis; (d) ser mayor de edad; (e) no tener un diagnóstico psiquiátrico previo a la enfermedad.

Las pacientes evaluadas contaban con estudios superiores completos (63%), solamente secundaria completa (17,4%) técnico completo (10,9%) y superior incompleto (8,7%). En relación a la ocupación, el 67,4% trabajaban, mientras que el 32,6% eran amas de casa. En cuanto al estado civil el 63% de las participantes contaban con una pareja (casadas o convivientes), el 19,6% eran solteras y el 17,4% eran separadas o divorciadas. El 28,3%, no tenía hijos, mientras que el 50% tenía entre uno y dos hijos y 21,7% entre 3 y 5 hijos.

La muestra estuvo compuesta por 40 mujeres que profesan la religión católica, lo que representa el 87% de las participantes. En cuanto a un tratamiento psicológico antes o después del diagnóstico, tan solo el 13% de las pacientes lo había recibido.

En relación al tiempo de diagnóstico previo al momento de la investigación se tiene que el 23,9% había sido diagnosticada de 6 a 12 meses antes, de 1 a 3 años (45,7%) y de 3 años en adelante (30,4%). En cuanto a la fase o estadio de la enfermedad, el 10,9% se encontraba en la fase I, en la fase II (47,8%) y en la fase III (41,3%).

Las variables médicas tomadas en cuenta para este estudio fueron el tipo de cirugía y el tipo de tratamiento recibido por las pacientes. Se encontró que el 39,1% sufrió de mastectomía radical, mastectomía parcial (21,7%), de conservación (21,7%) mientras que al 17,4% no se le practicó cirugía alguna.



En cuanto al tratamiento seguido por las pacientes al momento de la investigación, el 52,2% de ellas recibían quimioterapia, el 34,8% quimio + radioterapia, el 8,7% terapia hormonal y solo el 4,3% quimio + radio + terapia hormonal.

Medición

El afrontamiento se evaluó mediante el *Inventario de Estimación del Afrontamiento COPE* (Coping Estimation Test) en su versión disposicional. La prueba fue creada en el año 1989 por Carver, Scheier y Weintraub. Esta medida basa sus fundamentos conceptuales en el modelo teórico de Lazarus y en el modelo de autorregulación conductual de Bandura. La prueba busca evaluar las formas de afrontamiento que despliegan las personas al enfrentarse a diversas situaciones estresantes (Carver et al., 1989).

El **COPE** consta de 52 ítems en formato tipo likert de 4 puntos de calificación que va de “casi nunca hago eso” hasta “hago esto con mucha frecuencia”. Es una escala multidimensional que puede ser administrada individual o colectivamente, consta de 13 escalas que se corresponden a los trece estilos desarrollados por Carver y colaboradores, (1989). Cada escala está conformada por 4 ítems que se califican según el valor de su respuesta y la suma de los puntajes, genera un total de trece puntajes que definen un perfil de afrontamiento. Se establece entonces, una jerarquía de los estilos (centrado en el *problema*, en la *emoción* y otros estilos o *evitativos*) y de las estrategias más utilizadas.

Los autores del **COPE** respaldaron la confiabilidad del inventario mediante dos indicadores: el coeficiente alfa de Cronbach (encontrando que varían entre .45 y .92 para las escalas) y el procedimiento test-retest, con un intervalo de 8 semanas entre ambas aplicaciones y hallaron valores que van de .46 a .86 para las escalas (Carver et al., 1989). La versión española ha sido desarrollada y validada por Crespo y Cruzado (1997), quienes encontraron un coeficiente de alfa de Cronbach por encima de .60 para casi todas las escalas. En cuanto a la fiabilidad test-retest se hallaron valores superiores a .70 en todas las escalas a excepción de Escape Conductual (.58). Sin embargo, todas las correlaciones obtuvieron significación estadística.

En el Perú, el **COPE** en su versión disposicional fue adaptado por Casuso (1996) quien trabajó con una muestra de 817 estudiantes universitarios, observando que el alfa de cronbach para cada escala, estaba por debajo de los valores hallados por Carver, et al. (1989) variando éstos

entre .40 y .86. El nivel de validez mediante un análisis de rotación varimax fue superior a 1.1. Frente a estos resultados, Casuso (1996) propone una reorganización de la escala original. Sin embargo, los estudios posteriores con el **COPE** en nuestro medio, mantienen la estructura original de la prueba utilizando la adaptación lingüística de Casuso (1996) y muestran en términos generales adecuados niveles de consistencia interna (Cassaretto, Chau, Oblitas, & Valdés, 2003; Chau, 1999; Flores, 1999; Rojas, 1997). Asimismo, otras investigaciones realizadas en nuestro medio en poblaciones con enfermedades oncológicas han apoyado su confiabilidad (Chau et al., 2002; Soto, 2010).

En la presente investigación el análisis estadístico arrojó una adecuada consistencia interna. En cuanto a los estilos de afrontamiento, se hallaron puntajes alfa de Cronbach de .78, .80 y .73 (dirigido al *problema*, dirigido a la *emoción* y *evitativo* respectivamente). Sin embargo, se encontró que el ítem 50 (*Me digo a mí mismo(a) “esto no es real”*) que pertenece al estilo dirigido a la *emoción*, presenta problemas en su capacidad discriminativa (correlación ítem-test -0.04). Podría deberse a que la totalidad de pacientes asisten en la actualidad a un centro de atención oncológica y se ven confrontadas con la realidad de su enfermedad. Por tal motivo, se decidió mantener el ítem en la escala dado que su eliminación no hubiese contribuido al alfa de Cronbach en la prueba y por el contrario podría haber alterado su estructura.

En cuanto a las trece escalas que conforman el **COPE** podemos afirmar que existen adecuados niveles de consistencia interna con valores que exceden el .54. Pese a ello, las estrategias: *afrontamiento activo* y *postergación* presentan índices más bajos (.46 y .41 respectivamente) debido a la baja capacidad discriminativa de los ítems 01, 04, 17 (correlaciones ítem-test entre .1 y .2). Hecho que coincide con estudios realizados en nuestro medio (Alcalde, 1998; Casuso, 1996; Chau, 2004) y que podría estar en relación al pequeño tamaño de la muestra.

El constructo de bienestar psicológico se evaluó mediante la **Escala de Bienestar Psicológico** desarrollada por Ryff (1989). La escala consta de 84 ítems con respuestas de tipo likert del 1 al 6 que van de “*totalmente de acuerdo*” a “*totalmente en desacuerdo*” y la mitad de los ítems se puntúan de manera inversa. Está formada por seis subescalas que reflejan las áreas del bienestar psicológico: *autoaceptación*, *relación con otros*, *autonomía*, *manejo del ambiente*, *sentido de vida* y *crecimiento personal*.

La validación inicial de la escala (Ryff, 1989) se realizó con 20 ítems para cada subescala y presentó una alta consistencia interna (alfa de Cronbach entre .86 y .93). Posteriormente la autora realizó una versión de 84 ítems (14 por sub-escala) empleada en la presente investigación, los coeficientes alfa de Cronbach fluctuaron entre .82 y .90 en las subescalas (Ryff & Keyes, 1995), mostrando una adecuada confiabilidad.

En cuanto al análisis de validez, se establecieron correlaciones con medidas existentes de funcionamiento positivo (satisfacción con la vida, autoestima, locus control interno y moral), encontrando correlaciones positivas y significativas, que iban de .25 a .73. Se hallaron también correlaciones negativas (coeficientes entre -.30 a -.60) con mediciones de funcionamiento psicológico como el locus de control externo y la depresión, dando cuenta de la validez discriminante de la escala. (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008).

En el Perú la versión de 84 ítems ha sido validada por Cubas (2003) con estudiantes universitarios entre los 18 y 31 años de edad que se encuentran cursando el 5to semestre o niveles superiores de su carrera universitaria. La escala fue traducida y validada semánticamente, la confiabilidad se obtuvo mediante un coeficiente alfa de Cronbach y fue de .89 para toda la prueba y entre .78 y .87 para las sub-escalas. El análisis de ítem-test arrojó una correlación superior a .50 correspondiente a las seis sub-escalas de la prueba, lo que implica una estructura jerárquica a modo de pirámide que explica el 64.1% de la varianza.

En nuestro medio, dicha adaptación de la escala de bienestar psicológico ha sido utilizada en diversas investigaciones: con practicantes de yoga (Chávez, 2008), con practicantes de danza moderna (Meza, 2010), con alumnos de un MBA (Master in Business Administration) (Pardo, 2010) y con pacientes con artritis reumatoidea (Solano, 2012). En todos los casos se reportó una alta confiabilidad.

En la presente investigación, se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de .92 para la escala total; en las sub-escalas, se hallaron correlaciones que oscilan entre .68 y .82, siendo la subescala de *dominio del ambiente* la más baja y la de *autoaceptación* la más alta.

Procedimiento

La administración de las pruebas a las participantes se realizó en una clínica privada en la ciudad de Lima encargada de la atención de pacientes con cáncer. Las pacientes fueron evaluadas individualmente, el día que acudían a su control con el oncólogo.

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 21. Inicialmente, se identificó la consistencia interna de cada instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach, así como la correlación ítem-test para ver el funcionamiento de los ítems en la muestra de estudio. Luego se realizaron los análisis descriptivos considerando frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones estándar y medianas, para reportar los resultados independientes obtenidos de los constructos estudiados.

Posteriormente, se realizaron los análisis de normalidad con el estadístico Shapiro-Wilk y se identificó que ambos instrumentos responden a distribuciones no normales. Los análisis de comparación de medias se realizaron con los estadísticos U de Mann-Whitney, para dar a conocer las diferencias que se presentan entre las variables sociodemográficas y de enfermedad con los constructos estudiados.

Finalmente se realizaron las correlaciones de Pearson con el objetivo de describir el grado de relación entre las estrategias y estilos de afrontamiento y el bienestar psicológico y las variables socio demográficas y de enfermedad.





Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos. En primer lugar, se describen los hallazgos del cuestionario de estimación de afrontamiento (COPE). Se detallan los datos descriptivos a nivel global para cada uno de los estilos y estrategias, así como las comparaciones pertinentes de los resultados del instrumento en función a las variables sociodemográficas y de enfermedad.

En segundo lugar, se procede con la presentación de los resultados de la escala de bienestar psicológico, detallando primero los datos descriptivos y luego los análisis comparativos pertinentes. Finalmente, se muestran las correlaciones entre ambos constructos: los puntajes para cada estilo y cada estrategia de afrontamiento con cada una de las dimensiones de la escala de bienestar psicológico y el puntaje global.

En lo que se refiere al afrontamiento, tomando en cuenta el puntaje promedio de las estrategias que lo conforman se encontró que los estilos más utilizados fueron los enfocados en la emoción y el problema en similar proporción mientras que el menos usado fue el afrontamiento evitativo (tabla 1).

Tabla 1

Descripción de los estilos de afrontamiento

	<i>Me/número de estrategias</i>	<i>M/número de estrategias</i>	<i>D. E.</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Centrado en el problema	11.2	10.88	1.55	7.2	13.2
Centrado en la emoción	11.2	11.02	1.50	7.8	13.4
Evitativo	7.83	8.19	1.75	4.6	12.6

N= 46



Las participantes identificaron como las estrategias de afrontamiento de mayor uso: *reinterpretación positiva*, *acudir a la religión* y *aceptación*; las estrategias menos utilizadas fueron: *desentendimiento conductual* y *negación* respectivamente (tabla 2).

Tabla 2

Descripción de las estrategias de afrontamiento

	<i>ME</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Activo	12	11.57	2.17	8	16
Planificación	12	12.24	2.14	7	16
Supresión	9	9.15	2.56	5.00	15
Postergación	10	10.28	2.18	6.00	14
Soporte Instrumental	12	11.15	2.91	5.00	16
Soporte Emocional	11	10.80	2.7	6.00	16
Reinterpretación	13	12.80	2.19	8.00	16
Aceptación	12.5	12.89	2.36	8.00	16
Acudir a la Religión	13	12.63	3.32	4.00	16
Negación	5.5	6.00	1.96	4.00	11
Liberación de Emociones	9	9.67	2.81	5.00	16
Desentendimiento Conductual	5	5.50	1.91	4.00	11
Desentendimiento Mental	9.5	9.39	2.46	5.00	15

N=46

En relación a las variables sociodemográficas y de enfermedad, se observan diferencias significativas para las variables: edad, número de hijos, tiempo de diagnóstico y tipo de cirugía. No se presentan diferencias para las variables: ocupación, religión, tipo de tratamiento, tratamiento psicológico, estado civil y grado de instrucción.

En cuanto a la edad, se encuentra una relación significativa e inversa con la estrategia de *postergación* ($r=-.29$, $p=.05$). Es decir, que a mayor edad menores intentos de posponer el afrontamiento.

En cuanto al tiempo de diagnóstico transcurrido, se hallaron diferencias significativas con la estrategia de *desentendimiento conductual* ($H=8.16$, $p=.017$). El grupo de pacientes con más de 3 años (37 meses) de diagnóstico, emplea con mayor frecuencia dicha estrategia en comparación con los otros dos grupos de tiempo de diagnóstico (tabla 3).

Tabla 3

Comparación de medianas para la estrategia de afrontamiento desentendimiento conductual y tiempo de diagnóstico

Tiempo de diagnóstico	<i>N</i>	<i>Me</i>	<i>DE</i>
6-12 meses	12	4	2.10
13-36 meses	20	4	1.15
37 meses a más	14	6	2.17

N=46

Respecto al tipo de cirugía realizada, ésta presenta diferencias significativas en el uso de la estrategia de *liberación de emoción* ($U=133$, $p=.01$). Se encuentra diferencias significativas entre el grupo de pacientes que no han sido sometidas a una cirugía o se les ha realizado una cirugía de conservación, en comparación, con aquellas pacientes que han sido sometidas a una mastectomía (con/sin reconstrucción). Las pacientes que han sido sometidas a una cirugía de conservación emplean con más frecuencia la estrategia centrada en expresar sus emociones (tabla 4).

Tabla 4

Comparación de medianas para la estrategia de afrontamiento liberación de emociones, según el tipo de cirugía

Tipo de cirugía	<i>N</i>	<i>Me</i>	<i>DE</i>
Sin cirugía o con cirugía de conservación	18	11	2.89
Mastectomía s/r * y c/r**	28	8	2.36

N=46

Finalmente, en cuanto a los estilos de afrontamiento se halló una correlación directa y significativa entre el estilo centrado en el *problema* y el centrado en la *emoción* ($r=.31, p<0.05$). Adicionalmente, también se encontró una relación directa y altamente significativa entre el afrontamiento centrado en la *emoción* y el afrontamiento *evitativo* ($r=.50, p<0.01$).

En cuanto al bienestar psicológico, a nivel descriptivo se encontró que las dimensiones obtienen puntajes muy similares, siendo las de mayor puntaje las *relaciones positivas*, *autoaceptación* y *dominio del entorno*. Las de menor puntaje fueron la *autonomía*, *propósito en la vida* y *crecimiento personal* (tabla 5).

Tabla 5

Descripción de las dimensiones de bienestar psicológico

	<i>M/ítemes</i>	<i>Me/ítemes</i>	<i>D. E.</i>	<i>Mín/ítemes</i>	<i>Máx/ítemes</i>
Autoaceptación	4.75	4.92	0.64	2.93	5.71
Autonomía	4.65	4.70	0.60	3.07	5.80
Dominio del entorno	4.71	4.86	0.51	2.71	5.36
Crecimiento personal	4.75	4.80	0.71	3.43	5.92
Relaciones positivas	4.86	4.92	0.64	3.14	5.80
Propósito en la vida	4.71	4.71	0.55	3.28	5.71

N=46

En relación a las variables sociodemográficas y de enfermedad, se observan diferencias significativas solo para el tratamiento psicológico en la dimensiones de *propósito en la vida* y *crecimiento personal* ($U=58$, $p=.043$), entre aquellas pacientes que sí reciben el tratamiento psicológico y las que no lo reciben (tabla 6).

Tabla 6

Comparación de medianas según tratamiento psicológico en las dimensiones de propósito en la vida y crecimiento personal

Tratamiento Psicológico	N	Propósito en la vida		Crecimiento personal	
		Me	DE	Me	DE
Con tratamiento	6	5.21	0.54	5.21	0.39
Sin tratamiento	40	4.68	0.52	4.64	0.71

N=46

En cuanto al objetivo principal de esta investigación se encontró una relación significativa e inversa entre el bienestar psicológico global y el estilo evitativo; a mayor uso del estilo *evitativo*, menor bienestar psicológico. En relación a los estilos de afrontamiento y las dimensiones del bienestar psicológico encontramos que existe una correlación significativa e inversa entre el estilo *evitativo* y las dimensiones de *autonomía* y *dominio del entorno* (tabla 7).

Tabla 7

Correlación entre estilos de afrontamiento y dimensiones de bienestar psicológico

	Autonomía	Dominio del entorno	Bienestar psicológico global
Estilo evitativo	-.40**	-.33*	-.34*

N=46, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

En relación al *bienestar psicológico global* y las estrategias de afrontamiento encontramos que existe una correlación inversa estadísticamente significativa entre la estrategia *enfocar y liberar emociones* y el *bienestar psicológico global*. Asimismo se hallaron relaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de bienestar psicológico. Se encontró una relación directa y altamente significativa entre la estrategia de *reinterpretación positiva* y la dimensión de *autoaceptación*, lo mismo sucede entre la estrategia de *supresión de actividades* y la dimensión *dominio del ambiente*.

La relación es directa y significativa entre estrategia de *aceptación* y la dimensión de *autoaceptación*, así como, entre la estrategia de *afrontamiento activo* y la estrategia de *planificación* con la dimensión de *propósito en la vida*.

Se hallaron diferencias inversas y altamente significativas entre la estrategia de *enfocar y liberar emociones* y las dimensiones de *autonomía*, de *autoaceptación* y *dominio del ambiente* (tabla 8).

Tabla 8

Correlación entre estrategias de afrontamiento y dimensiones de bienestar psicológico

	Autonomía	Dominio del entorno	Autoaceptación	Propósito en la vida	Bienestar psicológico global
Activo				.36*	
Planificación				.35*	
Supresión de actividades		.39**			
Reinterpretación positiva			.39**		
Aceptación			.30**		
Liberación de emociones	-.44**	-.46**	-.30**		-0.41**

N=46, *p<0.05, **p<0.01



Discusión

El objetivo de la presente investigación fue analizar y conocer en qué medida se relacionan los estilos y las estrategias de afrontamiento con el bienestar psicológico, en pacientes con cáncer de mama. Para profundizar el análisis se identificaron además, diferencias significativas con variables sociodemográficas y de enfermedad. Finalmente, se señalaron las limitaciones y se sugirieron recomendaciones para futuras investigaciones.

Un diagnóstico de cáncer puede suponer la posibilidad de muerte para la persona que lo padece (Solana, 2005; Taylor 2003). Si no se elaboran estrategias de afrontamiento adecuadas para seguir adelante con todo lo que la enfermedad conlleva y esta situación estresante, puede desestructurar a la persona (Bayés, 1985; Crespo & Cruzado, 1997; Solana, 2005; Stanton, Danoff-Burg & Huggins, 2002; Vidal & López, 1999). Para Lazarus (2000), el afrontamiento es elemental para la salud y frente a una posible crisis a nivel biológico psicológico y social (Ferrero, 1993) es considerado un factor regulador (Cassaretto & Paredes, 2006; Crespo & Cruzado, 1997; Holahan, Moos & Schaefer, 1996).

En relación al afrontamiento, se debe considerar que si bien el instrumento utilizado describe los estilos disposicionales de afrontamiento usados con mayor frecuencia por las participantes, inferimos que también son los que podrían activarse frente al cáncer de mama. Fernández-Abascal (1997), refiere que las formas habituales con que cada persona enfrenta eventos estresores suele expresarse también en situaciones de enfermedad.

En tal sentido, se encontró que los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la emoción son empleados con igual frecuencia. Esto sugiere que las mujeres examinadas emplearían más de una estrategia de afrontamiento de manera simultánea y que además, podrían combinar dichos estilos. Este resultado se apoya en la correlación que se encontró entre ambos estilos y con lo hallado en investigaciones realizadas en nuestro medio en pacientes oncológicos (Chau et al., 2002; Solano, 2001; Soto, 2010) y con enfermedades crónicas (Cassaretto & Paredes, 2006). Asimismo, coincide con diversos estudios que refrendan su vinculación, tanto para complementarse como para interferirse (Kleinke, 2007).

El responder a las necesidades funcionales de la situación cuando se perciben los eventos



como manejables (del estilo orientado al problema) (Lazarus & Folkman, 1986) junto a los esfuerzos para atenuar el malestar emocional que conlleva la enfermedad (del estilo orientado a la emoción), estaría relacionado con las características de la mayoría de las participantes de este estudio. Estas fueron diagnosticadas en fases tempranas de la enfermedad, la mayoría cuentan con un tiempo de diagnóstico superior al año y son pacientes que asisten a un centro privado de atención oncológica para su consulta ambulatoria; todos aspectos que favorecerían una adaptación a la enfermedad.

Asimismo, existen investigaciones que dan cuenta de cambios positivos en pacientes con cáncer que utilizan el estilo centrado en el problema (Hack & Degner, 2004; Schnoll et al., 2002) y también se reportan mayores índices de adaptación a la enfermedad y satisfacción global en el estilo centrado en la emoción (Danhauser et al., 2009; Filazoglu & Griva 2008; Rodríguez, et al., 2007). Ambos actuarían como un mecanismo protector frente al estrés propio de la enfermedad.

En este sentido, Font y Cardoso (2009), también encontraron que las pacientes con cáncer de mama utilizaban más de una estrategia al mismo tiempo, y que difícilmente estas se excluyen totalmente entre sí. Hallaron por ejemplo, correlaciones significativas entre estrategias de tipo activo (estrategia más orientada al problema) con *reinterpretación positiva* (estrategia más orientada a la emoción), entre otras combinaciones. Si bien este tipo de respuesta no garantiza resultados positivos, ya que el afrontamiento es un proceso independiente de sus resultados (Lazarus & Folkman, 1986) podríamos afirmar que disponer de un mayor repertorio de estrategias auspicia un afrontamiento más efectivo (Kleinke, 2007; Taylor, 2003).

Al respecto, encontramos que las estrategias más empleadas corresponden al estilo orientado a la emoción: *aceptación*, *reinterpretación positiva* y *acudir a la religión*. Cabe señalar que al momento del estudio la mayoría de pacientes tenían un diagnóstico de más de un año, tiempo que explicaría la aceptación de su situación actual de salud y las circunstancias que esta implica. Ya que, ante el diagnóstico de una enfermedad crónica, la negación suele ser una respuesta inicial pero temporal que por lo general remite a las pocas semanas (Taylor, 2003).

El uso de la estrategia *reinterpretación positiva* estaría en relación a una mirada más optimista y favorable de la situación adversa. Las pacientes se centrarían en los aspectos positivos que el evento estresante puede desencadenar (Lazarus & Folkman, 1986) y en la oportunidad de crecimiento y transformación personal que esta estrategia entraña (Carver et

al., 2004; Fredrickson, 2009; Scrignaro et al., 2011). Esto podría resultar en el desarrollo posterior de estrategias dirigidas a afrontar el problema (Carver et al, 1989).

En cuanto a la estrategia de *acudir a la religión*, se debe tener en cuenta que el instrumento empleado explora prácticas religiosas individuales y que, a excepción de dos participantes todas profesan una religión. Por ello, es de esperar que las pacientes acudan a sus credos como un medio natural que les brinde un soporte para enfrentar su enfermedad. En nuestro país, se encontró que la práctica religiosa se asocia a un mayor nivel de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, y se sugiere que estas prácticas ayudan a tener una perspectiva de salud positiva y optimista frente al futuro (Laos, 2010). En esa línea, otros estudios reportan que la espiritualidad funciona como factor predictor importante del bienestar psicológico (Gall, Charbonneau & Florack, 2011; Herbert et al., 2009; Yáñez et al., 2009; Kershaw et al., 2004; Stefanek et al., 2005; Taylor, 2003).

Las estrategias emocionales reportadas se vinculan a respuestas adaptativas que propician una visión más optimista de la situación de enfermedad y por ende, vislumbran un posible impacto positivo en el bienestar. Lo mismo sucede con las estrategias orientadas al problema más empleadas: *afrontamiento activo*, *planificación* y *soporte instrumental*. Podríamos presumir entonces, que la capacidad de resolver situaciones difíciles sin dejar de atender las emociones que estas generan, resulten en una combinación positiva para hacerle frente la enfermedad. Según Kleinke (2007), los buenos afrontadores son personas que tienen numerosas estrategias de afrontamiento, responden al evento estresor aproximándose a ellos y los evalúan como una oportunidad de crecimiento personal.

En relación al análisis de las variables sociodemográficas, solo encontramos diferencias significativas e inversas entre la edad y la estrategia de *postergación*, perteneciente al estilo centrado en el problema. Es decir, que a mayor edad menor es el intento de posponer y afrontar pasivamente la situación aguardando el momento idóneo o viceversa, a menor edad se mantiene una actitud mayor de espera hasta encontrar la oportunidad para actuar apropiadamente sobre el problema. Ello podría deberse a que el afrontamiento es un proceso, en el que confluyen las experiencias de vida, la forma como se han enfrentado eventos estresores en general y enfermedades anteriores en particular (Ferrero, 1993; Stone & Porter 1995); así como, los niveles de ansiedad, percepción de riesgo, recursos personales, acceso a la información y otros factores que, en función de la

circunstancia, pueden influir en el afrontamiento de cada una de las pacientes frente a la enfermedad (Lazarus & Folkman 1986).

Los estilos centrados en la emoción y el problema se revelan entonces como elementos positivos para afrontar el cáncer, en contraposición con el estilo evitativo que al igual que los hallazgos de Soto (2009), es el menos utilizado por las participantes de este estudio. Podríamos presumir entonces, que las pacientes evaluadas ante una situación de enfermedad no tenderían a asumir un rol pasivo ni de resignación (Hack & Degner, 2004). Por el contrario, las participantes de este estudio asisten a un centro oncológico en donde se ven confrontadas con su enfermedad en lugar de evitarla, por lo que estos resultados adquieren mucho sentido.

A nivel de las estrategias, la menos empleada del estilo evitativo es la del *desentendimiento conductual* y está asociada con cambios desfavorables en las pacientes (Arrarás, 2002; Hack & Degner, 2004; Schnoll et al., 2002). Por su naturaleza, dicha estrategia contribuye poco con la adaptación a la enfermedad y dificulta su adaptación a la misma. Podemos inferir, que una minoría de participantes tienden a suprimir esfuerzos para lidiar con la enfermedad descuidando el malestar emocional que ésta les pueda generar (Cassaretto & Paredes, 2006). Sin embargo, se encontraron diferencias significativas entre dicha estrategia y un tiempo de diagnóstico superior a los 3 años, etapa en la que se espera que la enfermedad se encuentre más controlada y posiblemente en un periodo de remisión, con controles médicos más esporádicos. Podríamos inferir entonces, que con el transcurso del tiempo la percepción de amenaza disminuye, las personas retornan a su vida cotidiana en la que la enfermedad no es la protagonista y ya no es necesario tener un rol activo frente al estresor.

La variable cirugía presenta diferencias significativas con la segunda estrategia menos usada dentro del estilo evitativo, *liberación de emociones*. Se encontró que las pacientes que no han sido sometidas a cirugía o ésta ha sido realizada sin remoción de mama, tienden a expresar con mayor frecuencia sus emociones en comparación con aquellas que han sido sometidas a una experiencia quirúrgica radical (con o sin reconstrucción). Al respecto es posible que esta vivencia sea percibida como una mutilación, generando temor al rechazo de otros y al rechazo propio, por lo que se tendería a no exteriorizar las emociones. En nuestro medio, Valderrama (2003) encontró que en un intento por conservar su equilibrio emocional,

las pacientes que no perciben aspectos beneficiosos en su cirugía son proclives a negar dicho evento.

Finalmente, llama la atención que en este estudio el estilo *evitativo* correlacione directa y significativamente con el afrontamiento centrado en la *emoción*. Si bien no se encuentra esta relación en la literatura revisada, puede que el dirigir la mayor parte de esfuerzos a atenuar el malestar emocional, estaría asociado en algunos casos con distraer la atención destinada a resolver los problemas y por lo tanto, asumir un rol pasivo frente al estresor. A la luz de estos datos se puede presumir, que esta combinación de estilos de afrontamiento no es adaptativa, ya que se relaciona con evitar y negar los problemas, no encararlos con esperanza, dominio o control personal; características propias de los malos afrontadores (Kleinke, 2007). Estudios posteriores que permitan establecer perfiles más diferenciados en el afrontamiento, podrían aclarar la forma dinámica en que la combinación de estos estilos podría afectar el ajuste de las participantes a su enfermedad.

De acuerdo a lo presentado, el afrontamiento del cáncer supone entonces un proceso en el que los pacientes presentan diferentes respuestas. Si bien la mayoría de las investigaciones se han enfocado en el impacto negativo del cáncer sobre el bienestar psicológico de los pacientes (Mathews & Cook, 2009; Schlegel et al., 2012), este estudio buscó conocer aspectos positivos que también pueden encontrarse en personas con este tipo de diagnóstico (Danhauer, Crawford, Farmer & Avis, 2009; Lechner et al., 2003; Schroevers et al., 2011). Las investigaciones refieren que el bienestar psicológico podría servir como un elemento protector frente a la adversidad (Fredrickson, 2009).

Es importante señalar que no se puede hablar de cantidades o niveles de bienestar porque no existen baremos para la medición del instrumento en nuestra población. Los resultados hallados en la presente investigación, solo dan cuenta de las puntuaciones en las dimensiones de la escala de bienestar de la relación que se establece con el afrontamiento.

En relación a las variables sociodemográficas y de enfermedad llama la atención no hallar diferencias significativas con las dimensiones del bienestar psicológico. Estos resultados podrían deberse por un lado al pequeño tamaño de la muestra y por el otro a su homogeneidad, en la que más del 60% de las participantes tienen una ocupación, estudios superiores, están con pareja, tienen hijos, profesan una religión y están en la fase I y II de la enfermedad. Los resultados hallados aquí, sugerirían que estas variables parecen no influir significativamente en la percepción del bienestar de las pacientes.

La única variable en la que sí encontramos diferencias en términos de bienestar está en relación al tratamiento psicológico a raíz del diagnóstico. Solo el 13% de las participantes recibe dicho tratamiento, hecho que apoyaría los datos revelados por la psicología positiva: alrededor de un 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática sigue un proceso de recuperación natural y no desarrolla ningún tipo de trastorno (Bonanno, 2004; Poseck, Baquero & Vecina, 2006).

Sin embargo, cabe resaltar que las pacientes que recibieron tratamiento psicológico presentan un mayor *propósito en la vida*, parecen desarrollar objetivos más claros y metas más realistas que dotan de mayor significado a las experiencias ya vividas y por vivir. Asimismo, obtienen un mayor *crecimiento personal*, lo que podría relacionarse con sentimientos más positivos orientados a la búsqueda del desarrollo del propio potencial y el fortalecimiento de las capacidades (Ryff & Singer, 2008). En este sentido, es posible que la intervención psicológica haya contribuido a otorgarle un sentido a la experiencia de tener cáncer.

Si bien no se conoce el tipo de tratamiento psicológico que recibieron las pacientes, en líneas generales, las estrategias utilizadas para la intervención psicológica incluyen: por un lado, el apoyo emocional que implica el poder hablar con alguien sobre el sufrimiento que ocasiona la enfermedad, supone ser escuchado, entendido, animado y se considera que contribuye a mejorar o restablecer la autoestima; por otro lado, implica el apoyo informacional-educacional referido a poder obtener la información relevante respecto a la enfermedad y su tratamiento, y a la manera de hacerle frente (Bárez, Blasco & Fernández, 2003).

En cuanto al objetivo principal de este estudio, se realizó un análisis de las correlaciones entre el afrontamiento y el bienestar psicológico. Por un lado, se hallaron correlaciones directas y significativas solo a nivel de estrategias orientadas al problema y a la emoción, con las dimensiones del bienestar psicológico. Por otro lado, se encontraron correlaciones significativas e inversas entre el estilo evitativo y sus estrategias con el bienestar psicológico.

En relación a las estrategias centradas en el problema, se encontró una relación significativa y moderada entre la estrategia *supresión de actividades competentes* y la dimensión *dominio del entorno*. Esto podría deberse a que las pacientes altamente

concentradas en el estresor, manejarían de forma más efectiva su vida y tenderían a experimentar una sensación de mayor control sobre su entorno. Además, un mayor *dominio del entorno* favorecería el control de diversas actividades complejas (Ryff & Keyes, 1995), contribuyendo con el manejo de la presión a la que están sometidas las pacientes, tanto en momentos previos como posteriores al diagnóstico y tratamiento (Pocino et al. 2007).

Asimismo, se halló una correlación directa y significativa entre las estrategias de afrontamiento *activo* y de *planificación* con la dimensión de *propósito en la vida*. Existiría una tendencia a planificar esfuerzos y a llevar a cabo acciones que disminuyan el estresor, que estarían relacionados con objetivos claros y metas realistas que le otorguen sentido a la vida. Este hallazgo resulta congruente ya que dichas estrategias se relacionan con darle una direccionalidad a las acciones y estarían asociadas a un aspecto organizativo. En este sentido Ryff y Keyes (1995) plantean que la dimensión de *propósito en la vida* se caracteriza por dar una clara dirección y objetivo de vida. Retomando lo dicho, es posible sugerir que estas subescalas se complementan entre sí, lo que explicaría la relación hallada.

Por otro lado, las estrategias del estilo emocional, *aceptación* y *reinterpretación positiva*, correlacionaron de forma directa y significativa con la dimensión *autoaceptación*. Ello implicaría que aceptar la realidad de la situación estresante buscando el lado positivo y favorable de la experiencia, estaría vinculado con la apreciación positiva que estas pacientes tienen de sí mismas junto a la conciencia de sus propias limitaciones. Parecería que la capacidad de aceptar los cambios positivos y negativos de la vida, permite enfrentar mejor las situaciones adversas y encontrar metas significativas alternativas. Schroevers, Vivian & Garnefski (2011) afirman que dichos cambios estarían altamente relacionados con el bienestar de los pacientes con cáncer. Así también, la literatura científica reporta que el crecimiento postraumático en pacientes con cáncer estaría vinculado a las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: *aceptación* y en particular *reinterpretación positiva* (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006; Schroevers & Teo 2008; Thornton & Pérez 2006; Widows, Jacobsen, Booth-Jones & Fields, 2005).

Sin embargo, las relaciones más evidentes se dan entre el estilo evitativo y el bienestar psicológico global, relación inversa y significativa, en la que ambos se contraponen. Por un lado, el estilo evitativo considerado como la tendencia a asumir un rol pasivo ante una situación amenazante y por el otro, el bienestar psicológico global, apreciado desde el enfoque multidimensional de Ryff, pero básicamente ligado a la capacidad de otorgarle

sentido y significado a las experiencias dolorosas (Casullo, 2002; Ryff, 1989). Este resultado es relevante para la presente investigación pues señala una correspondencia con la literatura revisada, ya que, el bienestar psicológico referido a la salud estaría relacionado con el ajuste a las demandas de la enfermedad (Vásquez & Castilla, 2007) y se contrastaría con el estilo evitativo, que como se sabe, se relaciona con dificultades en la adaptación a la enfermedad, niveles altos de ansiedad, depresión, malestar psicológico e incluso un peor estado psíquico (Schroevers et al., 2011; Schnoll et al., 2002).

A nivel de estilos y dimensiones, se hallaron correlaciones inversas y significativas entre el estilo *evitativo* y las dimensiones *autonomía* y *dominio del entorno*. Un afrontamiento que no aborda las consecuencias, funcionales y emocionales del problema, mellará aspectos personales referidos a la autodeterminación y el control del entorno inmediato del paciente. En este sentido, Costanzo, Ryff, & Singer (2009), encontraron que en las pacientes con cáncer que mostraban mayor sintomatología ansiosa y depresiva, se veían afectadas las dimensiones de *autoaceptación* y *dominio del entorno*. Esto implicaría también un menoscabo en la capacidad para percibirse autónomas y contribuiría a una percepción mellada de su posibilidad de influir en el medio que las rodea, afectando la percepción de bienestar. Por el contrario, si las pacientes denotan mayor convicción, independencia y autoridad, asociada a un manejo efectivo de su vida y entorno, afrontarán de forma más exitosa la situación adversa de enfermedad.

En cuanto al bienestar psicológico global y las estrategias de afrontamiento, se halla una correlación inversa y significativa con la estrategia *enfocar y liberar emociones*. Un análisis más específico a nivel de dimensiones reveló asociaciones inversas particularmente con *autonomía*, *autoaceptación* y *dominio del entorno*. Es posible inferir, que una estrategia de afrontamiento evitativa, caracterizada por una tendencia a expresar los sentimientos de manera desregulada, aumentaría la conciencia de malestar emocional (Carver et al., 1989), aspecto contradictorio con dimensiones del bienestar psicológico, muy ligadas a la esfera cognitiva (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Oramas-Viera et al., 2007). Esta disposición para hacerle frente a la enfermedad podría dificultar la capacidad de las personas para aceptarse y tener una apreciación positiva de sí mismas, contribuyendo a una percepción mellada de la posibilidad de influir en el medio que las rodea, afectando la percepción de bienestar en general.

En síntesis, este estudio apoya de manera general la idea de una relación negativa entre el afrontamiento de estilo evitativo y el bienestar psicológico global, y de manera específica, entre dicho estilo y las dimensiones *dominio del entorno* y *autonomía*. Asimismo, la estrategia evitativa de *enfocar y liberar emociones*, se relaciona de forma negativa con tres dimensiones del bienestar (*autonomía, dominio del entorno y autoaceptación*) y con el bienestar psicológico global. Por otro lado, no se encontró vinculación entre otros estilos de afrontamiento y el bienestar psicológico global o con sus dimensiones, pero sí a nivel de estrategias de los estilos centrados en el problema y la emoción. En este contexto, consideramos que el profundizar las correlaciones halladas, permitiría obtener resultados que generen líneas de trabajo orientadas a promover el bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama.

La intervención psicológica estaría por un lado, orientada a que las pacientes fortalezcan su habilidad para manejar su propia vida y sentirse capaces de influir en su entorno y por otro lado, reforzar su sentido de autodeterminación y puedan tomar decisiones propias que sostengan su individualidad en el transcurso del tiempo. Asimismo resultaría esencial que la mujer que atraviesa por una experiencia de enfermedad como el cáncer de mama, busque desarrollar el propio potencial y mejore sus capacidades (Seligman, 2011). El psicólogo tendría que ser capaz de descubrir e identificar las distintas señales del despertar de este crecimiento para encauzarlas y ayudar en su desarrollo (Calhoun & Tedeschi, 1999). Sin embargo, se debe tener en cuenta que no todas las personas son capaces de aprender de su experiencia traumática; en la práctica clínica se debe ser muy cauteloso, pues la presión hacia la percepción de beneficio puede conllevar sentimientos de frustración en personas que son incapaces de encontrarlo (Poseck et al., 2006).

Pese a ello, la creación de un espacio psicoterapéutico podría ayudar a transformar esta dolorosa experiencia de enfermedad en una oportunidad de crecimiento personal (Gall & Cornblat, 2002; Rottmann et al., 2010; Silva, Crespo & Canavarro, 2012). En este sentido, la literatura científica reporta cómo la intervención psicológica desde el modelo biopsicosocial, convierte al individuo en un agente activo y comprometido con el manejo de su salud lo que repercute en su bienestar (Sánchez, 2003). Asimismo, el trabajo psicoeducativo respecto a la sintomatología o el proceso de la enfermedad podría ser de utilidad para prevenir episodios depresivos o de ansiedad (Báñez, et al., 2003).

Por otro lado, el conocer la relación positiva que existe entre las estrategias dirigidas al problema y la emoción con las dimensiones del bienestar nos daría pautas de cómo promover el bienestar psicológico y sus dimensiones en caso de experiencias de enfermedad. Lo anterior se relaciona con una mejor evolución, una percepción positiva del estado de salud general y una aproximación favorable del paciente hacia su rehabilitación. Sin embargo, cabe resaltar que las participantes llevan en su mayoría más de 1 año con el diagnóstico, y como se reporta en la literatura científica, el bienestar es relativamente estable en el tiempo; es decir, al poco tiempo de aparecer los acontecimientos difíciles, la persona tiende a regresar a su estado anterior (Díaz, et al., 2006, Fredrickson, 2009; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2002). Finalmente, es posible presumir que una tendencia a tener una visión racional de los eventos adversos, a asumir actitudes positivas acerca de uno mismo, resistir la presión social y autorregular el comportamiento, puede promover experiencias positivas a pesar del sufrimiento ocasionado por la enfermedad.

En cuanto a las limitaciones del estudio, éste es de tipo transversal por lo que la información recogida corresponde al momento de la evaluación, lo que no permite conocer si los resultados serían los mismos de haberse recabado previamente al diagnóstico ni lo que podría acontecer en los meses posteriores al tratamiento. Sería conveniente que estudios posteriores ahonden en esta asociación. Otro aspecto limitante está referido al tamaño, tipo y características de la muestra, que en relación a algunas variables resultó poco homogénea, sobre todo en variables sociodemográficas como ocupación, grado de instrucción, estado civil o número de hijos. Ello pudo afectar de alguna manera las comparaciones que se realizaron.

Asimismo, de cara a los resultados, cabe señalar que la ficha sociodemográfica podría explorar de manera más detallada aspectos relacionados con el tratamiento psicológico en cuanto al tiempo de duración y al tipo de intervención o si la participante tuvo algún tratamiento previo al diagnóstico. Del mismo modo, sería útil contar con baremos de la escala de bienestar psicológico en nuestro medio con el fin de hallar mayor precisión en los datos. Por último, la bibliografía que relaciona los constructos afrontamiento y bienestar psicológico con el cáncer de mama es escasa por lo que se recurrió a estudios afines.

El presente estudio pretende ser una contribución para la práctica de la psicología clínica de la salud, a pacientes que transitan por el difícil camino de padecer una enfermedad como el cáncer de mama, amenazando el transcurrir habitual sus vidas. En este intento, se hallaron correlaciones inversas entre el estilo evitativo, particularmente entre la estrategia

enfocar y liberar emociones, el bienestar psicológico y varias de sus dimensiones. Si bien estos resultados no pueden ni deben ser generalizados a toda paciente con cáncer de mama, abren una puerta a la intervención psicológica en diferentes niveles.

A nivel de intervención preventiva primaria, se puede incluir en los chequeos médicos anuales la aplicación de pruebas psicológicas dirigidas a identificar el estilo de afrontamiento que caracteriza a cada paciente.

En relación a la intervención psicológica secundaria, para pacientes diagnosticadas que hagan uso del estilo evitativo, desarrollar programas psicoeducativos y generar espacios dirigidos, a brindar herramientas para un mejor afrontamiento y regular la expresión de las emociones y sentimientos que les aquejan. Así como, fortalecer las habilidades relacionadas al bienestar psicológico que ayuden a las pacientes a establecer metas significativas que le otorguen un sentido más positivo a la experiencia de enfermedad.

Finalmente, en términos de investigación, se sugiere ahondar en el impacto de las correlaciones negativas del estilo evitativo, ya que un mayor conocimiento permitiría obtener resultados que orienten el diseño intervenciones psicológicas y permitan el desarrollo de líneas de trabajo orientadas a promover el bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama.

Por consiguiente, consideramos que esta investigación constituye un aporte a la psicología clínica de la salud, ya que logra un acercamiento entre los constructos ya mencionados y el cáncer; nos atrevemos a decir que los hallazgos encontrados podrían colaborar a orientar la intervención psicológica en nuestro medio. Sin embargo, se requiere estudios más profundos que contemplen las observaciones ya citadas a fin de alcanzar una mirada más general y representativa de las pacientes con cáncer de mama en el Perú.





Referencias Bibliográficas

- Alcalde, M. (1998). *Nivel de Autoeficacia percibida y estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de Lima*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Arrarás, J., Illarramendi, J. & Valerdi, J. (1996). El cuestionario de calidad de vida de la EORTC . Estudio estadístico con una muestra española. *Revista de Psicología y salud*, 7, 13-33.
- Atef-Vahid, M., Nasr-Esfahani, M., Saberi, M., Naji-Isfahani, H., Reza, M., Yasavoli, M. & Goushegir, S. (2011). Quality of life, religious attitude and cancer coping in a sample of Iranian patient with cancer. *J Res Med Sci*, 16, (7), 928-937.
- Avis, N., Crawford, S. & Manuel J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer, *Journal of clinical Oncology*, 23, 3322-3330.
- Bárez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Bárez, M., Blasco T. & Fernández, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de psicología*, 19(2), 235-246.
- Barroilhet, S., Forjaz, M. & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 390-397.
- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S. & Chapman, L. (2012). Impact of Body Image on Depression and Quality of Life Among Women with Breast Cancer. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 30(4), 446-460. doi: 10.1080/07347332.2012.684856.



- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Boot J., Holcombe C., Salmon P. (2010). Positive adjustment to breast cancer: development of a disease-specific measure and comparison of women diagnosed from 2 weeks to 5 years. *Psycho-Oncology* 19(11), 1187-94.
- Bouchard G., Guillemette A, Landry-Léger N. (2004). Situational and Dispositional Coping: an examination of their Relation to Personality, Cognitive Appraisals, and Psychological Distress. *European Journal of Personality*, 18, 221-238.
- Bower, J., Meyerowitz, B., Desmond, K., Bernaards, C., Rowland, J. & Ganz, P. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and out comes among long-term breast cancer survivors. *Anal of behavioral medicine*, 29(3), 236-245.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Editorial Thompson Learning Paraninfo.
- Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Carver, C., Meyer, B. & Antoni, M. (2000). Responsiveness to threats and incentives, expectancy of recurrence, and distress and disengagement: Moderator effects in early-stage breast cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 965-975.

- Carver, C. & Antoni, M. (2004). Finding Benefit in Breast Cancer During the Year After Diagnosis Predicts Better Adjustment 5 to 8 Years After Diagnosis. *Health Psychology*, 23(6), 595-598. doi: 10.1037/0278-6133.23.6.595.
- Cassaretto, M. & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP*, XXIV (1), 109-140.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdés, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, XXI (2), 363-392.
- Casullo, M. (2002) *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. & Fernández Liporace, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones*. 6(1), 25-49.
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la Prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Chau, C. (1999). *Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento*. Tesis de maestría no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Chávez, S. (2008). *Bienestar Psicológico en Practicantes de Yoga*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Chau, C. (2004). Determinants of alcohol use among university students: the rol of stress, coping and expectancies. Leuven: Katholicke Universiteit Leuven.
- Chau, C., Morales, H. & Wetzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la PUCP*, XX(1), 93-131.

- Chávez, S. (2008). *Bienestar psicológico en practicantes de yoga*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Cohen, J. & Michelli, N. (2006). Evaluating school climate: Promoting the skills, dispositions and a climate for democracy. *National Network for Educational Renewal News*, 6(1), 2-4.
- Contini, N., Coronel P., Levín M. & Estevez, A (2003). Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes escolarizados de Tucumán. *Revista de Psicología de la PUCP*, XXI (1), 180-200.
- Costanzo, E., Ryff, C. & Singer, B. (2009). Psychosocial adjustment among cancer survivors: Findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology*, 28(2), 147-156. doi:10.1037/a0013221.
- Crespo, M. & Cruzado, J. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23, 797-830.
- Cubas, M. (2003). *Bienestar y rendimiento académico en universitarios*. Lima: Universidad de Lima.
- Danhauer, S., Crawford, S., Farmer, D. & Avis, N. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Medicine Behavioral*, 32, 371-379. doi: 10.1007/s10865-009-9211-x.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Die Trill, M. Dimensiones psicosociales del cáncer en adultos (1987). *Jano*, 33, 43-48
- Martín, M., Matellanes, M. & Pérez J. (2007). El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre Medicina*, 18(2) 108-113.

- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403-425.
- Dukes Holland, K. (2003). The Relation of Social Support and Coping to Positive Adaptation to Breast Cancer. *Psychology & Health*, 18(1), 15-29.
- Endler, N. & Parker, J. (1990). Stress and Anxiety: Conceptual and Assessment Issues: Special Issues II-1. Advances in measuring live stress. *Stress Medicine*, 3, 243-248.
- Fernández-Abascal, E. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferrero, J. (1993). El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer. Valencia: Promolibro.
- Fickova, E. (2001). Personality regulators of coping behavior in adolescents. *Studio Psychological*, 43(4), 321- 329.
- Figuroa, M., Contini, N., Lacunza, A., Levín, M. & Estevez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de psicología*, 21(9), 66-72.
- Filazoglu, G. & Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, Health & Medicine*, 13(5), 559-573.
- Flores, P. (1999). *Ansiedad y Estilos de Afrontamiento en padres de niños recién diagnosticados con Leucemia o Linfoma No- Hodgkin*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.

- Folkman S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R. & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Font, A. & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42.
- Franks, H. & Roesch, S. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15(12), 1027-1037. doi: 10.1002/PON.1043.
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
- Gall, T. & Cornblat, M. (2002). Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho Oncology*, 11, 524-535.
- Gall T., Charbonneau C. & Florack P. (2011). The relationship between religious/spiritual factors and perceived growth following a diagnosis of breast cancer. *Psychology & Health*, 26(3), 287-305. doi:10.1080/08870440903411013.
- García-Viniegras, C. & González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 25(1), 72-80.
- Gélinas, C. & Fillion, L. (2004). Factors related to persistent fatigue after the termination of treatments for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(2), 269-278.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M. & Bernabéu, J., (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Guimet, M. (2011). *Bienestar psicológico en un grupo de mujeres privadas de su libertad que realizan ejercicio físico*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.

- Hack, T. & Degner, L. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13(4), 235-247. doi:10.1002/PON.739.
- Helgeson, V., Reynolds, K. & Tomich, P. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.
- Herbert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R. & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12(6), 537-545.
- Holahan, C., Moos, R. & Schaefer, J. (1996). Coping, stress resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning. En: Zeudberm N. & Endler N., (Eds.) *Handbook of coping: Theory, Research, Applications* (pp. 24-43). New York: John Wiley & Sons.
- Holland, K. & Holahan, C. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology & Health*, 18(1), 15-29. doi:10.1080/0887044031000080656.
- Jiang, L-h. & Liu, X-f. (2007). The relationship between depression and coping modes in patient with breast cancer. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 15(6), 652-653.
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A. & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology & Health*, 19(2), 139-155. doi: 10.1080/08870440310001652687.
- Kim, K., Chung, H., Lee, E., Kim, S. & Namkoong, K. (2012). Body image, sexual function and depression in Korean patients with breast cancer: modification by 5-HTT polymorphism. *Supportive Care In Cancer*, 20(9), 2177-2182. doi:10.1007/s00520-011-1329-z.

- Kleinke, C. (2007). Ch. 16: What does it mean to cope. En A. Monat, R. Lazarus y G. Reeve (ed). The Praeger handbook on stress and coping. Westport: Praeger.
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca S.A.
- Lazarus, R. (2000). Evolution of a model of stress, coping and discrete emotions. En: Rice, V. (2012), *Handbook of Stress, Coping, and Health* (pp.195-222). Los Angeles: Sage Publications, Inc.
- Lechner, S., Zakowski S., Antoni M., Greenhawt, M., Block, K. & Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psychooncology*, 12(5), 491-9.
- Li, J. & Lambert, V. (2007). Coping strategies and predictors of general well-being in women with breast cancer in the People's Republic of China. *Nursing and Health Sciences*, 9, 199–204. doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00325.x.
- Manuel, J., Burwell, S., Crawford, S., Lawrence, R., Farmer, D., Hege, A., Philips, K. & Avis, N. (2007). Younger women's perception of coping with breast cancer. *Cancer Nursing*, 30, 85-94. doi:10.1097/01.NCC.0000265001.72064.dd.
- Martin, M. J., Matellanes, M.A. & Pérez, J. (2007). El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre Medicina*, 18(2), 108-113.
- Matthews, E. & Cook, P. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social supporting women during treatment for breast

cancer *Psycho-Oncology*18, 716–726 doi: 10.1002/pon.1461.

Meichenbaum, D. & Turk, D. (1982). *Stress, coping, and disease. Psychological Stress and Psychopathology*. New York: McGraw-Hill.

Meza, B. (2010). *Bienestar psicológico en practicantes de danza contemporánea*. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.

Ministerio de Salud (2010). Cáncer de mama. Recuperado desde www.minsa.gob.pe/portada/eseciales/2010/cancer/datos.asp.

Moos, R., & Schaefer, J. (1993). Coping resources and processes: current concepts and measures. En Golberger & Breznitz (Ed.) *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects* (pp. 234-25). New York: Kree Press.

Novoa, M., Vargas, S., Obispo, S., Pertuz, M. & Rivera, P. (2010). Evaluación de la calidad de vida y el bienestar psicológico en pacientes post-quirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (22), 315-329.

Oblitas, L. & Palacios, X. (2009). *Psicooncología: Intervención psicológica en el cáncer*. Bogotá: PSICOM Editores.

Oramas-Viera, A., Santana, S. & Vergara, A. (2007). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista cubana de salud y trabajo*, 7(1-2), 34-39.

Pardo, F. (2010). *Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en alumnos de un MBA de Lima Metropolitana*. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.

Park, C., Edmondson, D., Fenster, J. & Blank, T. (2008). Meaning making and psychological adjustment following cancer: The mediating roles of growth, life meaning, and restored just world beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 863-875. doi:10.1037/a0013348.

- Pelechano V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Peterson, M. & Webb, D. (2006). Religion and spirituality in quality of life studies. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 107-116. doi:10.1007/s11482-006-9006-y.
- Pocino, M., Luna, G., Canelones, P., Mendoza, A., Romero, G., Palacios, Rivas, L. & Castes, M. (2007). La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1), 59-73.
- Poseck, B., Baquero, B., & Vecina, M.L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento post-traumático. *Papeles del psicólogo*. 27(1), 40-49.
- Ríos, L., Polo, C., & Toledo, J. (2010). *Relación entre el nivel de depresión y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Cooperativa de Colombia. Cali-Colombia.
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L. & Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 191-201.
- Rodríguez, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora, F., & Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 4, 7-19.
- Rodríguez, C., Sánchez, C., Fernández, E., Vázquez, I., Martínez, R. & Fernández, I. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*, 23(3), 374-381.
- Rojas, R. (1997). *Ansiedad, cólera y estilos de afrontamiento en portadores de VIH*. Tesis de maestría no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima- Perú.

- Rottmann, N., Dalton, S., Christensen, J., Frederiksen, K. & Johansen, C. (2010). Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study. *Quality Of Life Research*, 19(6), 827-836. doi: 10.1007/s11136-010-9653-1.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review Of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryan, R., Huta, V. & Deci, E. (2008). Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9(1) 139-170. doi: 10.1007/S10902-006-9023-4.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychology Inquiry*, (1), 1-28.
- Ryff, C. & Marshall, V. (1999). *The self and society in aging processes*. New York: Springer Publishing Company.
- Ryff, C., Keyes, C. & Shmotkin, D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. doi: 10.1037/0022-3514.82.6.1007.
- Ryff, C., Singer, B. & Love, G. (2004). Positive Health: connecting well-being with biology. *The Royal Society*, 359, 1383-1394. doi:10.1098/rstb.2004.1521.
- Ryff, C. & Singer, B. (2006). Know thyself self and become what you are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. doi: 10.1007/s10902-006-9019-0.

- Ryff, C. & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: An eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. doi: 10.1007/s10902-006-9019-0.
- Saleh Baqutayan, S. (2012). The Effect of Anxiety on Breast Cancer Patients. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(2), 119-123. doi: 10.4103/0253-7176.101774.
- Sánchez, B. (2003). Abordaje teórico para comprender el dolor. *Aquichan Universidad de La Sabana Chía, Colombia*, 3(3), 32-41. En: Solano, M. (2013). *Relaciones entre el dolor por artritis reumatoide con el bienestar psicológico, afrontamiento y síntomas depresivos*. Tesis de maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Sandín, B. (1995). El estrés. *Manual de Psicopatología*, 2, 3-52.
- Schlegel, R., Manning, M., Molix, L., Talley, A. & Bettencourt, B. (2012). Predictors of depressive symptoms among breast cancer patients during the first year post diagnosis. *Psychology & Health*, 27(3), 277-293. doi: 10.1080/08870446.2011.559232.
- Schnoll R., Knowles J. & Harlow, L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, 37-59.
- Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., Hjerstad, M. & Ruland, C. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research*, 14(8), 1813-1823. doi: 10.1007/s11136-005-4344-z.
- Schroevers, M. J., Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology*, 17, 1239-1246. doi: 10.1002/pon.1366.
- Schroevers, M., Vivian, K. & Garnefski, N. (2011). Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being,

- coping, and goal reengagement. *Psycho-Oncology*, 20, 165–172. doi: 10.1002/pon.1718.
- Scrignaro, M., Barni, S. & Magrin, M. (2011). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psycho-Oncology*, 20, 823–831. doi: 10.1002/pon.1782.
- Sears, S. & Stanton, A. (2003). The Yellow Brick Road and the Emerald City: Benefit Finding, Positive Reappraisal Coping, and Posttraumatic Growth in Women with Early-Stage Breast Cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487-492. doi: 10.1037/0278-6133.22.5.487.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5.
- Seligman, M. (2002). Positive Psychology, Positive Prevention and Positive Therapy. En Snyder, C. & Lopez, S. (Ed). *Handbook of Positive Psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. (2011). *La vida que florece*. Buenos Aires: Ediciones B.
- Silva, S., Crespo, C. & Canavarro, M. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health*, 27(11), 1323-1341. doi:10.1080/08870446.2012.676644.
- Solana, A., (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 28 (3), 51-57. doi:10.4321/S0378-48352005000300009.
- Solano, M. (2001). *Atribución y afrontamiento en personas adultas diagnosticadas de leucemia en el INEN*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Solano, M. (2013). *Relaciones entre el dolor por artritis reumatoide con el bienestar psicológico, afrontamiento y síntomas depresivos*. Tesis de maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

- Soto, R. (2010). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Stanton, A., Danoff-burg, S. & Huggins, M. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93-102. doi:10. 1002/PON.574.
- Stefanek, M, Mc Donald, P. & Hess, S. (2005). Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology*. 14, 450-463.
- Stone, A. & Porter, L. (1995). Psychological coping: Its importance for treating medical problems. *Mind/Body Medicine*, 1(1): 46-53.
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L., Paulk, E., Pearce, M., Kasl, S. & Prigerson, H. (2006). Religious coping is associated whit the quality of life of patients whit advanced cancer. *J Palliat Med*, 9, (3): 646-57.
- Taylor, S., Kemeny, M., Reed, G., Bower, J. & Gruenewald, T. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55(1), 99-109.
- Taylor, S. (2003) *Health and psychology* (5ta Ed). Boston: McGraw Hill.
- Thornton, A., & Pérez, M. A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-Oncology*, 15, 285-296.
- Trigoso, V. (2012). *Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos*. Tesis de maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Urcuyo, K., Boyers, A., Carver, C. & Antoni, M. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent wellbeing. *Psychology and Health*, 20(2), 175-192. doi: 10.1080/08870440512331317634.

- Vázquez, C. & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 385-404.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. & Gómez D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5(1), 12-28.
- Vidal, M. C. & Lopez, J. (1999). La consulta psicooncológica. La depresión en cáncer de mama. *Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 8(2), 141-156.
- Wengström, Y., Häggmark, C. & Forsberg, C. (2001). Coping with radiation therapy: strategies used by women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 24(4) 264-71.
- Widows M.R., Jacobsen P., Booth-Jones, M. & Fields. K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, 24(3) 266–273. doi: 10.1037/0278-6133.24.3.266.
- World Health Organization (1948). Preamble to the constitution of the World Health Organization. *Official records of the World Health Organization*, 2(100).
- Yañez, B., Edmondson, D., Stanton, A., Park, C., Kwan, L. Ganz, P. & Blank, T. (2009). Facets of Spirituality as Predictors of Adjustment to Cancer: Relative Contributions of Having Faith and Finding Meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4) 730–741. doi: 10.1037/a0015820.
- Zabora, J., Brintzenhofeszc, B., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*. 10, 19-28.



ANEXO A

A1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de este documento expreso mi libre voluntad, sin coerción de por medio, de aceptar ser partícipe del proyecto de investigación que conducen las psicólogas, Iliana Becerra Loayza y Sophie Otero Franciere, el cual cuenta con el respaldo y la aprobación del comité de Ética e Investigación de Oncocare.

Así entiendo que la finalidad de dicha investigación, persigue comprender mejor los aspectos psicológicos relacionados al cáncer de mama, para que ello sea puesto al servicio de una mejoría de la calidad de vida de los pacientes que padecen este tipo de cáncer.

En tal sentido, tengo conocimiento de que si acepto ser participante, se me formularán preguntas relacionadas a cómo me siento, pienso y qué hago frente a la situaciones estresantes de la experiencia de tener cáncer, así como que mi colaboración es totalmente voluntaria, por lo que llegado el caso, si es que así lo considero, puedo retirarme del proyecto sin ningún tipo de amonestación.

Por otro lado, también se me ha dejado en claro que voy a contestar solo 3 cuestionarios, que la sesión durará un máximo 40 minutos, y que la información personal y respuestas proporcionadas, serán totalmente confidenciales, por lo que no se me podrá identificar al interior de la investigación más que a través de un código.

Finalmente, comprendo que los resultados del estudio solo serán presentados de manera grupal, más no individual, por lo que la información brindada a través de los cuestionarios, no podrá identificarme personalmente.

De acuerdo a lo descrito, y habiendo leído y entendido en su totalidad el contenido de este consentimiento informado, me dispongo a expresar mi acuerdo a través de mi firma.

En fecha: _____

Firma de las investigadoras

Firma del participante

Para cualquier información adicional y/o dificultad puede contactarse con la profesora Mónica Cassaretto, asesora de esta investigación, al teléfono de la Pontificia Universidad Católica (6262000 anexo 4565).

A2: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Código

Fecha de Aplicación: ____/____/____

Lugar de Aplicación: _____

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Edad: ____ Lugar y Fecha de Nacimiento ____/____/____

Distrito de Residencia: _____ Ocupación: _____

Religión que profesa:

Grado de Instrucción: _____ Estado Civil Actual: _____ Número de Hijos:

Secundaria Completa

Técnico Incompleto

Técnico Completo

Superior Incompleto

Soltera

Conviviente

Casada

Viuda

Edad del mayor:

Edad del menor:

II. DATOS RELACIONADOS AL CÁNCER SALUD:

Diagnóstico: _____ Estadío clínico: _____ Fecha de diagnóstico:(tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico) _____

Tipo de Cirugía: _____ Tipo de Tratamiento Recibido: _____

De Conservación

Mastectomía S/R

Mastectomía C/R

Inicio de Curso N° Dosis

Quimioterapia _____

Radioterapia _____

¿Ha recibido o recibe tratamiento psicológico y/o psiquiátrico desde que le diagnosticaron cáncer de mama?

() NO () Si

Enfermedad adicional al cáncer:

Observaciones:
