



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL ANTE EL DIAGNOSTICO
RECIENTE DE CÁNCER DE MAMA**

**Tesis para optar al grado de Licenciada en Psicología con mención en
Clínica que presenta la Bachillera:**

GLORIA CAROLINA GONZALEZ CASTILLO

Asesora: ROCIO SOTO BUSTAMANTE

Lima, 2018

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	13
Participantes	13
Medición	13
Procedimiento	16
Análisis de datos	17
Resultados	19
Discusión	23
Referencias bibliográficas	33
Apéndices	47
Apéndice A: Ficha de datos	49
Apéndice B: Participantes	51
Apéndice C: Consentimiento informado	52
Apéndice D: Tabla 4: Análisis de ítems y confiabilidad del COPE	53
Apéndice E: Tabla 5: Análisis de ítems y confiabilidad del MOS	56
Apéndice F: Dictamen del Comité de Ética PUCP	57
Apéndice G: Análisis no significativos	58

Afrontamiento y Apoyo Social ante el diagnóstico reciente de cáncer de mama

Resumen

Se propone conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido en la etapa de diagnóstico reciente. La muestra estuvo conformada por 56 mujeres con cáncer de mama, cuyas edades fluctúan entre 27 y 80 años ($M=53.71$, $DE=12.87$). El tiempo de diagnóstico oscila entre 1 y 8 meses y fueron atendidas en un centro de prevención en Lima Metropolitana. Se empleó el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE) (Crespo & Cruzado, 1997) y el cuestionario MOS de Apoyo Social en Atención Primaria (De la Revilla et al., 2005). Los resultados evidencian relaciones significativas y directas entre los índices de apoyo percibido y las estrategias: *reinterpretación positiva, planificación, acudir a la religión; uso del humor* y, una relación inversa con *negación*. *Apoyo emocional/informacional* y *apoyo afectivo* se relacionan directamente con las estrategias *búsqueda de apoyo por razones emocionales* y *aceptación*. El *apoyo afectivo* se relaciona con *búsqueda de apoyo instrumental*. La edad se relaciona positivamente con *acudir a la religión* y el *apoyo instrumental*; y, tener pareja presenta una relación positiva con *apoyo afectivo*. Se concluye que, en la fase de diagnóstico reciente, se evidencia una relación entre el apoyo social percibido y las estrategias centradas en la emoción; las pacientes hacen uso de diversas estrategias; y, que el apoyo social incide en el uso de estrategias consideradas como adaptativas. Esta información podría ser usada en propuestas de intervención en el diagnóstico reciente con fin de lograr un mejor ajuste al cáncer.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento, Apoyo social percibido, Cáncer de mama.

ABSTRACT

The aim of this paper was to explore the relationship between the coping strategies and the perceived social support in the recent diagnosis stage. In a group of 56 women with breast cancer, whose ages fluctuate between 27 and 80 ($M=53.71$, $DE= 12.87$). The diagnosis time ranges from 1 to 8 months and they were treated in a prevention centre in Lima. The Questionnaire for Estimating Coping (COPE) (Crespo & Cruzado, 1997) and the MOS Questionnaire for Social Support in Primary Care (De la Revilla et al., 2005) were used. The results evidence the significant and direct relationships between the perceived support indices and the strategies: *positive reinterpretation, planning, becoming religious; humor using* and an inverse relationship with *denial*. *Emotional/Informational support* and *affective support* are directly related to the strategies *search for support for emotional reasons* and *acceptance*. *Affective support* is directly related to the strategies *search for support for instrumental reasons*. Age is positively related to *becoming religious* and the *instrumental support*; and, having a partner has a positive relationship with *affective support*. In conclusion: in the recent diagnosis phase, there is a relationship between perceived social support and strategies focused on emotion; the patients make use of different strategies; and, social support affects the use of strategies considered as adaptive. This information could be used in intervention for the recently diagnosis in order to achieve a better adjustment to cancer.

Key words: Coping strategies, Perceived social support, Breast cancer.

A pesar de los permanentes esfuerzos a favor de la prevención, el cáncer está creciendo a un ritmo alarmante. La Organización Mundial de la Salud (2018), indica que en el año 2015 el número de muertes por cáncer se elevó a 8.8 millones, y a 14,1 millones los casos diagnosticados; asimismo, estima que para el año 2025 los casos nuevos de cáncer excedan los 20 millones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

En el 2012, el segundo cáncer diagnosticado con más frecuencia a nivel mundial fue el de mama (1,7 millones, esto es, el 25% de todos los cánceres) (World Cancer Research Fund International [WCRFI], 2015). Este se ubica como la quinta causa de muerte por cáncer en general (International Agency for Research of Cancer [IARC], 2015) y ocupa el primer lugar en las Américas en cuanto a casos nuevos, y el segundo en cuanto a muertes por cáncer en mujeres (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2012). Se estima que en el año 2030 se presentarán más de 596.000 nuevos casos y más de 142.100 muertes por cáncer de mama.

En nuestro país, se ha observado (2002 al 2012) un incremento del 25.96% de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2014); y en cuanto al sexo, en el reporte más reciente se encuentra que entre los años 2010 y 2012 se presentaron 21 casos en hombres y 6,030 casos en mujeres. De esta manera, el cáncer de mama representa el 18.3% de todas las neoplasias malignas en mujeres y es la primera causa de muerte por cáncer para las mismas en Lima Metropolitana (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2016).

Como consecuencia de las estadísticas de mortandad y prevalencia generadas por el cáncer de mama, resulta una prioridad trabajar en la detección temprana. Del mismo modo, es relevante generar y difundir información que proporcione mayor bienestar a las pacientes que sufren la enfermedad (American Cancer Society [AMC], 2014).

Este interés cobra relevancia ya que, al recibir el diagnóstico positivo de la enfermedad, la persona se enfrenta a una situación estresante que en muchos casos puede excederla; pues, representa el inicio de un proceso en el que la paciente debe afrontar múltiples desequilibrios. Debido a esta desorganización experimentada por la paciente, tanto el diagnóstico como las primeras fases del tratamiento suelen asociarse a pérdidas importantes desde el punto de vista físico, emocional, mental y social (Leyva, Solano, Labrador, Gallegos, & Ochoa, 2011; Martínez, Camarero, López, & Moré, 2014; Ojeda & Martínez, 2012).

Los efectos psicológicos que se presentan a partir de recibir el diagnóstico suelen ser: preocupación por la enfermedad; sensación de minusvalía, sentimientos de inferioridad, ansiedad, hostilidad, ira, frustración, pánico y desesperanza (Guerra & Pino, 2014; Londoño, 2009; Malik & Kiran, 2013; Matthews & Cook, 2009; Ojeda & Martínez, 2012; Reich &

Remor, 2010; Shapiro et al., 2001), temor y tristeza (De Haro et al., 2014). Además, suelen experimentar incertidumbre; sensación de inadecuación personal; dependencia hacia otras personas; miedo a la muerte y depresión, que interfieren con el desarrollo normal de su vida (Leal et al., 2015; Mehrabi, Hajian, Simbär, Hoshyari, & Zayeri, 2015). Estos efectos asociados a la enfermedad repercuten en la percepción que la mujer tiene de sí misma, llegando en algunos casos a generar trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Blow et al., 2011; Jiang & Liu, 2007; Kwan et al., 2010; Londoño, 2009; Malik & Kiran, 2013; Martínez et al., 2014; Valle Rivadeneyra et al., 2006).

Frente a una valoración relacionada con una amenaza o pérdida en relación a la salud, el bienestar y la esperanza de vida, la respuesta emocional puede intensificarse en la medida en que la paciente considere que no cuenta con los recursos suficientes para manejar las consecuencias asociadas. Esto concuerda con diversas investigaciones que señalan, que durante el primer año después del diagnóstico y más aún durante el primer mes, el bienestar emocional es el más afectado, presentando posteriormente una mejora gradual (Bárez, Blasco, Fernández, & Viladrich, 2007; Henselmans, Sanderman, Baas, Smink, & Ranchor, 2009; Stanton, Danoff-Burg, & Huggins, 2002). Por esta razón, el cáncer no solo afecta al paciente, sino también a su entorno familiar y social (Leal et al., 2015; Ojeda & Martínez, 2012), pues perturba su desenvolvimiento laboral, su nivel económico, los espacios recreativos y sobretudo las relaciones familiares. Por tanto, el cáncer es visto como una amenaza al bienestar y una considerable fuente de daño personal (ACS, 2014; IARC, 2015; Kwan et al., 2010).

Asimismo, surgen en la persona una serie de cuestionamientos en relación a su futuro, que la inducen a evaluar el impacto que tendrá la enfermedad en su calidad de vida, en los roles que desempeña y en su entorno más cercano (Hajian et al., 2017). Esta situación demanda de la paciente un proceso de adaptación (Fernández, 2004; Martínez et al., 2014). En este sentido, cabe señalar que la capacidad de respuesta y afrontamiento frente al diagnóstico varía según las características individuales de cada persona (Reich & Remor, 2010), las que podrían favorecer o dificultar su adaptación a este proceso (Fernández, 2004; Leyva et al., 2011; Scheffold et al., 2014).

En esta misma línea, algunos autores consideran que, las consecuencias psicológicas del cáncer, en algunos casos pueden ser positivas (Danhauer et al., 2013); basándose en la capacidad de reestructuración cognitiva que permitiría a la paciente obtener aspectos positivos del evento traumático (Leyva et al., 2011; Londoño, 2009). Argumentan que aceptar y adaptarse a la enfermedad tienen como motivación el apego a la vida y se logra a través del fortalecimiento emocional y la mentalidad positiva. De cara a este proceso, las personas hacen uso de sus

propios recursos internos y aceptan el apoyo ofrecido por el entorno (Schroevers, Helgeson, Sanderman, & Ranchor, 2010), lo que les permite elaborar un reordenamiento de sus valores y cambiar su actitud hacia la vida llegando a adaptarse de manera positiva a la enfermedad. Este planteamiento es reforzado por los resultados hallados en algunas mujeres supervivientes, quienes refirieron que el haber tenido la enfermedad había cambiado sus vidas dotándolas de significado (Danhauer et al., 2013; Hajian et al., 2017; Reich & Remor, 2010).

En efecto, ante el diagnóstico de la enfermedad, se presenta para la paciente la urgencia de hacer uso de mecanismos que le permitan una reconstitución psíquica que le proporcione una respuesta adaptativa (Leibovich, Schmidt, & Marro, 2002; Londoño, 2009; Silva, Crespo, & Canavarró, 2012; Stefanic, Caputi, Lane, & Iverson, 2015; Yoo et al., 2013). Así, en la búsqueda de cierta estabilidad, la paciente hace uso de las estrategias de afrontamiento (De Haro et al., 2014; Vargas, 2009).

Lazarus y Folkman, (1984) establecen en sus bases teóricas que el afrontamiento hace referencia a dos momentos evaluativos. En el primero, se realiza la valoración primaria en la cual la persona se centra en las consecuencias que determinada situación tiene para ella. Posteriormente, se realiza la valoración secundaria en la que, a partir de un resultado inicial relacionado con una amenaza o desafío, la persona evalúa los recursos con que cuenta para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación. De esta manera, conceptualizan al afrontamiento como un proceso por el que se realizan esfuerzos cognitivos y conductuales con el objetivo de modificar las condiciones externas y/o internas consideradas como desbordantes respecto a los propios recursos y cuyo fin es la adaptación de la persona al contexto o situación. En este sentido, varía de acuerdo al tipo de problema a resolver y a la tendencia personal predominante (Lazarus & Folkman, 1984).

El constructo afrontamiento está compuesto por estilos y estrategias; los estilos, se refieren a las características disposicionales, estables y duraderas (rasgo), que una persona muestra en diferentes situaciones. Las estrategias, se refieren a una gran variedad de respuestas cognitivas, conductuales e instrumentales (estado) diseñadas para resolver problemas específicos y así aliviar condiciones estresantes específicas (Moos & Schaefer, 1993). Mediante el uso de estas estrategias se busca modificar la situación y disminuir la percepción de amenaza (enfocadas en el problema) o regular la respuesta emocional generada por dicha amenaza (enfocadas en la emoción) (Lazarus & Folkman, 1984; Rowland, 1989). Se debe considerar que las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas (logran reducir el estrés, así como promover la salud a largo plazo) o no adaptativas (efecto a corto plazo, por lo que a la larga son nocivas para la salud) (Girdano & Everly, 1986; Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus y Folkman (1986) refieren que la respuesta de afrontamiento tiene mayor relación con el contexto que con una disposición personal; por tanto, las variables situacionales desempeñan un rol fundamental. En este sentido encontramos que, en cuanto al cáncer, el afrontamiento hace referencia a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone dicha enfermedad). Es decir, la interacción entre el paciente y los recursos con los que cuenta para afrontar la enfermedad y ajustarse a la misma (Nicholas & Veach, 2000).

En relación a la eficacia de las estrategias de afrontamiento, los investigadores refieren resultados divergentes (Franks & Roesch, 2006; Ojeda & Martínez, 2012); sin embargo, las estrategias focalizadas en el problema estarían asociadas con un buen ajuste y una mejor calidad de vida (Cousson-Gélie, Bruchon-Schweitzer, & Atzeni, 2011; Manuel et al., 2007; Stanton et al., 2002). Las estrategias enfocadas en la emoción conllevarían sentimientos de impotencia y desesperanza, la creencia de que nada se puede hacer contra la enfermedad, lo que resulta en un incremento de la morbilidad psicológica (Carver et al., 1993; Cousson-Gélie, Irachabal, Bruchon-Schweitzer, Dilhuydy, & Lakdja, 2005; Manuel et al., 2007). Por otro lado, la evitación estaría más asociada con el empeoramiento de la enfermedad y el temor de recurrencia (Li & Lambert, 2007; Stanton et al., 2002).

En esta línea, algunos autores refieren que la eficacia del afrontamiento enfocado en el problema presenta mayores resultados positivos cuando la enfermedad es percibida como un evento que puede ser controlado por la paciente; y, el afrontamiento centrado en la emoción sería más efectivo cuando la enfermedad es percibida como incontrolable (Martin & Brantley, 2002). Adicionalmente, De Haro et al. (2014) concuerdan con Font y Cardoso (2009) y con Leyva et al. (2011) en señalar que las pacientes con cáncer de mama utilizan varias estrategias simultáneamente; y que, difícilmente las estrategias son excluyentes.

En este sentido, el uso de estrategias mixtas permitiría a la paciente una mayor flexibilidad para adecuarse a las continuas y diversas demandas en relación a la enfermedad (Cassaretto, Chau, Oblitas, & Valdez, 2003). Sin embargo, Martin y Brantley (2002), hacen referencia a que en algunos casos las personas enfermas tienden a ser menos flexibles en el uso de sus estrategias, lo que las llevaría a respuestas de afrontamiento menos adaptativas.

Entre las investigaciones realizadas al respecto, se encuentra que De Haro et al. (2014) evaluaron a 98 pacientes mexicanas recién diagnosticadas con cáncer de mama (entre 6 y 12 meses), encontrando que estas tendieron a un mayor uso de las estrategias enfocadas en el problema, el apoyo social y el pensamiento desiderativo. En Brasil, Alves, Lavinias y Carvalho

(2012) realizaron un estudio con 21 mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama; sus resultados evidenciaron que la estrategia predominante se enfocaba en lo religioso. Para estos investigadores, el papel de la fe en el afrontamiento es positivo pues permite respuestas adaptativas frente a la enfermedad.

Al realizar una revisión minuciosa de la evidencia empírica, se encuentra muy poca información que haga referencia a la etapa de diagnóstico reciente; por lo que, se presentan resultados obtenidos en distintas fases de la enfermedad.

En un estudio, llevado a cabo en Irán, realizado en 80 pacientes en distintas etapas post diagnóstico, encontraron que quienes padecen de cáncer de mama utilizaron principalmente las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y las de escape/evitación; además, que las pacientes tienden más al uso del apoyo social en relación a las evaluadas saludables (Ahadi, Delavar, & Masoud Rostami, 2014).

Por otro lado, en investigaciones realizadas en Perú en un grupo de pacientes con cáncer de mama, se encontró una proporción similar en el mayor uso de las estrategias enfocadas en el problema y en la emoción (Becerra & Otero, 2013). Análogos resultados fueron obtenidos por Ojeda y Martínez (2012) quienes encontraron en su investigación que solo un 25% de las pacientes evaluadas presentó un afrontamiento vinculado a buscar información sobre la enfermedad y tratamiento, buscar apoyo, disminuir la incertidumbre, aumentar la sensación de control y evitar confrontaciones haciendo uso de la negación. De esta manera reportaron que las estrategias más utilizadas fueron el reordenamiento de prioridades y la aproximación dirigida al problema; y, las menos usadas fueron la evitación y las conductas autodestructivas. Asimismo, encontraron que el afrontamiento evitativo establece una relación significativa e inversa con el bienestar psicológico y correlaciones positivas con los estadios más avanzados de la enfermedad. Por su parte, el estudio llevado a cabo por Soto (2010) señaló que las estrategias evitativas de afrontamiento se vinculan a un mayor nivel de depresión y una percepción más negativa del futuro.

Es necesario tener en cuenta que el afrontamiento de las pacientes puede ser afectado por ciertas variables sociodemográficas, como por ejemplo la edad. En relación a la variable edad, las investigaciones no hacen referencia a resultados concluyentes respecto a la relación entre esta y las estrategias de afrontamiento más usadas. Algunos estudios señalan que las mujeres jóvenes se verían más afectadas que aquellas de mayor edad (Steffens, Wright, Hester, & Andrykowski, 2011). Esto se relacionaría con una mayor perturbación en su vida en relación a la sexualidad y sus roles laborales, económicos y familiares; del mismo modo, puede ser la primera vez que se vea ante una enfermedad grave, contrariamente a lo que ocurre con mujeres

de más edad, en quienes las enfermedades crónicas son más frecuentes. Asimismo, refieren que las más jóvenes presentaron menor calidad de vida en el momento del diagnóstico reciente, entre 0 y 6 meses de ser diagnosticadas; lo que estuvo asociado con un menor uso de las estrategias de afrontamiento: reestructuración cognitiva positiva y hacer cambios (Avis, Crawford, & Manuel., 2005; Kwan et al., 2010; Valle Rivadeneyra et al., 2006).

Por otro lado, se encontró que la edad correlacionaba negativamente con la resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva y postergación. Y, positivamente con la evitación de problemas y retirada social (Becerra & Otero, 2013; De Haro et al., 2014; Lehto, Ojanen, Dyba, Aromaa, & Kellokumpu-Lehtinen, 2006). Otros resultados indican que las mujeres de mayor edad poseen más recursos sociales y tienden a hacer uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, que le permiten una buena adaptación y evolución frente al cáncer de mama (Vargas, 2009).

Un factor psicosocial importante en el proceso de enfermedad del cáncer de mama son las relaciones interpersonales, en referencia a aquellos vínculos de pareja, familia y de trabajo, así como los grupos de apoyo y el personal de salud que posee el paciente (Costa-Requena, 2014). El poder expresar a alguien sus preocupaciones, molestias y sentimientos negativos, así como el ser escuchado, entendido, animado y cuidado colaboran con el bienestar psicológico de la persona (Fernandes, Cruz, Moreira, Santos, & Silva, 2014); lo cual podría repercutir positivamente en mejorar el pronóstico de salud (Hughes et al., 2014), así como en el incremento de la confianza y visión positiva de la propia situación. Waters, Ying, Schootman y Jeffe (2013) y Fernandes et al. (2014) encuentran que las personas que mantienen un mayor nivel de relaciones interpersonales tienen mayor probabilidad de recibir apoyo en sus distintas formas, lo que está asociado con una mejor calidad de vida. Esta condición se evidencia aún más en las mujeres con un diagnóstico reciente de cáncer de mama.

En este sentido, el apoyo social es definido como un concepto multidimensional que hace referencia a tener acceso a personas que facilitan la idea de sentirse amado, apreciado, valorado y cuidado por otros; a pertenecer a una red social de comunicación y obligación mutua basada en lazos de confianza (Barrón, 1996; Sarason, Sarason, & Pierce, 1990; Taylor, 2003). Asimismo, denota la posibilidad de contar con provisiones instrumentales o expresivas reales, a las que Caplan (1974, como se citó en Rodríguez & Enrique, 2007) distingue como apoyo social objetivo; o con recursos que la persona evalúa que puede percibir (de naturaleza subjetiva), y que provendrían de la comunidad y amigos (Lin, Dean, & Ensel, 1986; Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983). En esta línea teórica, el apoyo social percibido queda

definido como la confianza de la disponibilidad del apoyo social en caso de ser requerido (Barrón, 1996; Lazarus & Folkman, 1984; Norris & Kaniasty, 1996).

La relevancia que adquiere el apoyo social percibido reside en el efecto “amortiguador”, (Lazarus & Folkman, 1986), el cual modera la influencia potencialmente patógena de los acontecimientos estresantes sobre el bienestar (Cohen, 1992; Cohen & Wills, 1985). Por su parte House (1981, como se citó en Baca, 2013) refiere que el apoyo social actuaría reduciendo la evaluación negativa que la persona hace de la situación como estresante y facilitaría la adopción de conductas adaptativas. Además, amortigua los impactos psicológicos dañinos de los principales acontecimientos de la vida y de los acontecimientos estresantes crónicos (Costa-Requena, 2014; Jiménez, Musitu, & Murgui, 2006; Londoño, 2009; Rodrigo & Byrne, 2011); de esta manera, se favorece la adaptación personal y está asociado con una mejor salud física y psicológica (Costa-Requena, Ballester, & Gil, 2015).

Desde una perspectiva funcional, el apoyo social es clasificado en emocional, tangible o instrumental e informacional (Barrón, 1996; Helgeson & Cohen, 1996; Rodríguez & Cohen, 1998; Seeman & Berkman, 1998). Sin embargo, desde una perspectiva evaluativa, el apoyo social está compuesto por el apoyo emocional, que hace referencia a la comprensión, cuidado, amor, comunicación y empatía; el instrumental, que se refiere al apoyo tangible o material; el apoyo informacional, que comprende la orientación e información útil para definir y entender los eventos estresantes así como reconocer los recursos relevantes y planes de acción alternativos para solucionar problemas; el apoyo valorativo, que implica la información pertinente para la autoevaluación; y, el apoyo social o compañerismo que hace referencia a pasar tiempo con otras personas en actividades recreativas y ocio (Sherbourne & Stewart, 1991). Aun cuando los tipos de apoyo están relacionados con el bienestar, su efectividad depende de las necesidades vinculadas a la situación que los demande (Cohen & Wills, 1985).

A la luz de estas consideraciones y tal como reportan consistentemente las investigaciones, el apoyo social percibido es útil en relación a todas las etapas del cáncer. En este sentido, refieren que el apoyo social adecuado al momento del diagnóstico, tuvo un impacto positivo en la calidad de vida en los sobrevivientes de cáncer (Howren, Christensen, Karnell, Van Liew, & Funk, 2013).

Se encuentra que la red de apoyo social es vital para el afrontamiento a la enfermedad y para la mejora de la calidad de vida de la paciente (Fernández, 2004), sustentada en una reducción de los niveles de angustia psicológica (Fernandes et al., 2014; Fernández, 2004). Es funcional en la medida que facilita la adaptación a la enfermedad (Arora, Finney, Gustafson, Moser, & Hawkins, 2006; Font & Cardoso, 2009; Hughes et al., 2014; Leyva et al., 2011) y la

resignificación de la situación (Danhauer et al., 2013; Schroevers et al., 2010). El meta-análisis llevado a cabo con investigaciones provenientes de Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Holanda e Israel evidencia que las principales fuentes de apoyo incluyen a los cónyuges (instrumental), familiares y amigos (emocional). Además, que el apoyo emocional contribuye en gran medida al continuo salud-enfermedad, favoreciendo la adherencia al tratamiento (Fernandes et al., 2014).

Diversos autores señalan que la valoración que realiza la paciente del apoyo social con el que cuenta, puede mitigar el impacto de una enfermedad crónica como el cáncer de mama (Arora et al., 2006; Boinon et al., 2014). Además, refieren que el apoyo emocional percibido es el más efectivo; el más potente predictor de la reducción de los trastornos psicológicos (Cohen & McKay, 1984; House, 1981; Thoits, 1995; Thompson, Rodebaugh, Pérez, Schootman, & Jeffe, 2013); el mejor amortiguador de los eventos incontrolables y que es una función útil a nivel mundial (Cohen & Wills, 1985).

En las investigaciones realizadas en Estados Unidos, Australia y Francia, se reportó que aquellas pacientes con un alto grado de apoyo social reportaban menor presencia de pensamientos intrusivos y preocupación sobre el cáncer y mejor calidad de vida, siendo el apoyo social un adecuado predictor de la misma (Eom et al., 2013; Leung, Pachana, & McLaughlin, 2014; Waters et al., 2013). Además, se encontró una relación directa entre el apoyo social percibido y las puntuaciones de calidad de vida en relación a la salud general (Hughes et al., 2014), el bienestar emocional, limitaciones del rol por problemas emocionales y el funcionamiento social. Igualmente, que la ayuda concreta en los aspectos cotidianos, así como el mantenimiento de los vínculos familiares y sociales ayudan a un mejor procesamiento cognitivo (Boinon et al., 2014); asimismo, propician la elaboración de representaciones asociadas a la enfermedad en base a perspectivas más positivas (Arora et al., 2006; Boinon et al., 2014; Leung et al., 2014; Waters et al., 2013).

En este sentido, la investigación realizada por Hughes et al. (2014), en 164 norteamericanas a las 3 semanas de haber recibido el diagnóstico de cáncer de mama, reportó que bajos niveles de apoyo social, antes del tratamiento, se asocian posteriormente con mayores niveles de dolor y síntomas depresivos en el tiempo. En el mismo contexto, una investigación longitudinal reportó que, luego del diagnóstico (aproximadamente 51 días), las pacientes que recibieron apoyo emocional útil informaron un mayor bienestar; el cual se relacionó con las áreas social y familiar, con una mayor funcionalidad, una percepción más positiva de la salud y una mayor autoeficacia en su cuidado (Arora et al., 2006). Un hallazgo importante fue que con el tiempo las mujeres adquieren habilidades para hacer frente a la enfermedad, por lo que

sus necesidades de apoyo social varían. Los autores refieren que su necesidad de apoyo no se reduce con el tiempo, sino que evoluciona y cambia en su enfoque y contenido; asimismo, tanto el acceso como la calidad del apoyo recibido van reduciéndose (Arora et al., 2006; Costa-Requena et al., 2015).

En relación al apoyo social en la etapa de diagnóstico reciente se encuentra muy poca información; por lo que, se presentan estudios realizados en distintas fases de la enfermedad. Resultados como los obtenidos por los norteamericanos Ginossar, Larkey, Howe y Goel (2009) y los franceses Cousson-Gélie et al. (2011), quienes señalan la importancia percibida por las pacientes con cáncer de mama, respecto a la información y el apoyo emocional de parte del personal de salud. Estos resultados son complementados por Costa-Requena (2014) cuya investigación hecha en España concluyó que la percepción de apoyo social favorece estrategias activas de afrontamiento ante la enfermedad oncológica, menor sentimiento de desesperanza, actitud fatalista y resignación.

A nivel de Latinoamérica, en Colombia, la investigación de Londoño (2009) evidenció que el apoyo emocional fue el más sobresaliente, pues ayudó a las pacientes a salir de las crisis emocionales. Por otro lado, las participantes que percibieron una mala atención por parte del personal de salud, se sintieron afectadas emocionalmente, lo que influyó negativamente en su proceso de adaptación. En el mismo contexto, Salas y Romero (2010) encontraron que el apoyo social es uno de los factores predominantes para la calidad de vida.

En nuestro país, Torres (2011) realizó una investigación con 58 mujeres con cáncer de mama, entre los 30 y 65 años; encontrando una relación positiva entre la satisfacción con el apoyo social y la calidad de vida relacionada con la salud en el aspecto físico; del mismo modo entre el apoyo emocional y la salud mental; finalmente, entre el apoyo instrumental y los niveles de energía.

Considerando las variables sociodemográficas, el tener pareja juega un rol importante como fuente de apoyo en el proceso de recuperación (Costa-Requena et al., 2015; Fernandes et al., 2014; Hasson-Ohayon, Goldzweig, Dorfman, & Uziely, 2014), mientras que las pacientes sin compañeros pueden ser más vulnerables a mayores niveles de angustia, incrementándose el riesgo de mortalidad (Ford, Lewis, & Fallowfield, 1995; Kroenke, Kubzansky, Schernhammer, Holmes, & Kawachi; 2006). Contrariamente, Torres (2011) encontró que las pacientes solteras, separadas o viudas, mostraban mayor satisfacción con el soporte instrumental diario que recibían, en comparación con las mujeres que eran casadas o convivían con sus parejas. Desde otro ángulo, Fernandes et al. (2014) refieren que, ante disgustos al interior de la pareja, el soporte brindado por el cónyuge o conviviente puede resultar ineficiente y dejar de ser un factor

protector frente a la angustia vivida por la paciente. Por su parte, Costa-Requena et al. (2015) encuentran que tener pareja se relaciona significativamente con el apoyo instrumental y con el emocional/informacional; además, permitiría a la paciente fortalecer su red social, no perderla y apoyarse en ella para afrontar la situación (Vargas, 2009).

En relación a la edad, Lehto et al. (2006) encontró en mujeres finlandesas recién diagnosticadas (3-4 meses post diagnóstico), que la cantidad de apoyo emocional/informacional correlacionó inversamente con la edad de las pacientes. Por su parte, Kwan et al. (2010) evaluaron a 950 mujeres a los 2 meses de recibido el diagnóstico de cáncer de mama. Sus resultados señalaron que las pacientes con menor edad y con un estadio más avanzado de cáncer, que contaban con un adecuado apoyo social evidenciaban un menor impacto en sus vidas luego del diagnóstico.

De acuerdo con la evidencia presentada, tanto las estrategias de afrontamiento como el apoyo social percibido intervienen como variables moderadoras frente a los efectos y en el proceso de adecuación luego del diagnóstico de cáncer de mama, resguardando la salud física y psicológica (Danhauser et al., 2013; Holahan & Moos, 1985; McCrae, 1984; Thoits, 1995). Por tanto, es necesario conocer la interacción entre ambos constructos específicamente en dicha población; ya que, la efectividad de las respuestas que se generen frente a la enfermedad depende no sólo de los esfuerzos individuales que la paciente realiza, sino también de la manera en la que su entorno social responde a dichos esfuerzos. En este sentido, la correlación de ambos constructos puede incidir en su acción protectora frente al evento estresante, debido a su influencia en el manejo del estado físico y emocional; ayudando a las pacientes a mantener una perspectiva positiva sobre sí mismas y sus condiciones; lo que, generaría cambios orientados hacia comportamientos de salud positivos.

En la investigación realizada en un grupo de 56 mujeres, con un tiempo de diagnóstico entre 1 y 26 meses, reportó que niveles más altos de apoyo social percibido se asocian con un mayor uso de las estrategias enfocadas en el problema y con un menor uso de estrategias de evitación. Asimismo, los resultados mostraron que el apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento de aproximación al problema se asociaron con un ajuste positivo a la enfermedad (Dukes & Holahan, 2003).

Kim, Han, Shaw, Mctavish y Gustafson (2010), estudiaron ambos constructos en un grupo de 231 participantes, encontrando correlaciones positivas entre el apoyo social y el replanteamiento positivo. Los investigadores concluyeron que, la elección de las estrategias dependió de la cantidad de apoyo percibido por las pacientes.

La investigación llevada a cabo por Drageset (2012) en Noruega con 21 pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama señaló que, frente al diagnóstico, la interacción social puede ayudar dando apoyo informacional y emocional. Otros resultados refirieron que las pacientes que lograban disminuir sus niveles de ansiedad y tenían un buen nivel de instrucción, recibieron el apoyo social de relaciones caracterizadas por la unión. Por otro lado, las mujeres que utilizaron un estilo de afrontamiento hostil defensivo tendían a recibir menos apoyo social.

El estudio realizado por Nikanfar, Yousefi, Ebrahimzadeh y Parniyanfard (2015) en 168 mujeres iraníes con cáncer, reportó una correlación positiva significativa entre el apoyo social percibido y las estrategias orientadas al problema. En la misma línea de investigación se encuentra un resultado distinto en una investigación realizada en España; la que reportó que, el afrontamiento pasivo tiene una muy débil relación negativa con el apoyo social percibido; y que, el afrontamiento activo no estableció una relación significativa con la percepción de apoyo en la muestra utilizada (López, Esteve, & Ramírez, 2008).

En base a la revisión bibliográfica realizada es necesario puntualizar dos observaciones. La primera, se refiere a que las investigaciones sobre el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento suelen relacionarlos a otros constructos para explicar sus efectos, por lo que ofrecen muy poca información sobre la relación entre ambos conceptos. En segundo lugar, es necesario señalar que el diagnóstico reciente, etapa del continuo de la enfermedad caracterizado por el malestar emocional y el desequilibrio, ha sido poco investigada e incluso no delimitada teóricamente por las instituciones de salud normativas; por esta razón, en base a la evidencia empírica se asumirá como el periodo comprendido entre el momento de recibir el diagnóstico y los ocho meses posteriores al mismo.

La importancia de esta investigación se sustenta en la ausencia de información desarrollada en nuestro contexto que vincule ambos constructos en la población de pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama; así como, la urgencia de contar con información que elicite respuestas adaptativas desde el momento del diagnóstico. Por lo que se pretende identificar los tipos de recursos individuales y sociales disponibles y comprender el modo en que estos pueden interactuar en la búsqueda de una respuesta más adaptativa frente a la enfermedad; con lo que se intenta contribuir con información pertinente para futuras intervenciones orientadas a la protección de la calidad de vida y el bienestar de las pacientes.

Desde esta perspectiva, el presente trabajo tiene como objetivo general identificar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido en un grupo de mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama, que asisten a una institución de salud en Lima Metropolitana. Además, se propone comparar las estrategias de afrontamiento en relación

a la variable sociodemográfica edad; y, el apoyo social percibido respecto a las variables edad y tener pareja. Finalmente, se realizarán análisis estadísticos exploratorios con otras variables sociodemográficas relevantes.

Con este fin, se diseñó una investigación cuantitativa que permita observar la relación entre los constructos, para lo cual se recoge datos en un único momento a partir de la aplicación de cuestionarios.



Método

Participantes

El universo de estudio estuvo compuesto por mujeres que han sido atendidas en una institución que brinda servicios de prevención y detección de cáncer en Lima Metropolitana y que por primera vez han recibido el diagnóstico de cáncer de mama (ver apéndice A). La muestra estuvo conformada por 56 mujeres, entre 27 y 80 años de edad ($M = 53.71$, $DE = 12.87$) y que se encuentran en el período comprendido entre 1 y 8 meses ($M = 4.07$, $DE = 2.21$) posteriores al diagnóstico de la enfermedad. El 60.7% de las encuestadas tiene pareja y el 39.3% refiere no tenerla. Ninguna de las participantes presenta discapacidad cognitiva ni una evidente perturbación psicológica; no se encuentran en el estadio IV de la enfermedad, no han recibido atención psicológica previa ni están atravesando por un periodo de duelo por la pérdida de un familiar o persona cercana (ver apéndice B).

Las pacientes que colaboraron con el presente estudio manifestaron su participación voluntaria a través de un Consentimiento Informado (ver apéndice C), en el cual se explicó el motivo del estudio y se garantizó la confidencialidad y anonimato de la información que proporcionaron. Con la finalidad de brindar el cuidado necesario, se realizaron las coordinaciones pertinentes para que una profesional psicooncológica asista a la institución para brindar a las participantes un espacio de contención y acompañamiento adecuado, en caso de que las evaluadas lo requirieran. Sin embargo, no fue necesario hacer efectivo este servicio debido a que no se presentó ningún caso en el cual las asistentes manifestaran labilidad emocional como consecuencia de su participación, ni solicitaron hacer efectivo el acompañamiento.

Medición

Para medir las estrategias de afrontamiento se utilizó el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE). La versión original de este instrumento fue desarrollada por Carver, Scheier y Weintraub (1989), en base a la teoría del estrés planteada por Lazarus y en el modelo de autorregulación conductual de Carver y Scheier; fue construido con la finalidad de estimar las estrategias de afrontamiento ante determinadas situaciones estresantes (Carver et al., 1989). El COPE tiene dos versiones, la situacional orientada a obtener respuestas en situaciones específicas y la disposicional, dirigida a evaluar respuestas típicas del sujeto (Carver et al., 1989).

El COPE, en su versión inicial, estuvo conformado por 52 ítems y 13 escalas, las cuales son: *afrontamiento activo*, *planificación*, *supresión de actividades en competencia*, *restricción del afrontamiento*, *búsqueda de apoyo social por razones instrumentales*, *búsqueda de apoyo*

social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, acudir a la religión, enfocar y liberar emociones, negación, desentendimiento conductual y desentendimiento mental. Esta escala multidimensional puede ser administrada individual o colectivamente; y presenta un formato de respuesta de escala tipo Likert de cuatro escalas de frecuencia (1 = nunca; 4 = siempre). Los autores encontraron una confiabilidad entre .45 y .92 para la versión disposicional; y, para la situacional, valores entre .65 y .90 (Carver et al., 1989).

Más adelante, los autores adicionaron 1 ítem, *uso de alcohol y drogas* quedando el cuestionario formado por 53 ítems y 14 escalas. Finalmente, una tercera versión del instrumento queda conformada al agregarse 7 ítems, 3 para *alcohol/drogas* y 4 para *uso del humor*, quedando el cuestionario constituido por 60 ítems y 15 escalas (Carver et al., 1989; Carver, 2004).

La versión que se aplicó en la presente investigación es la adaptación al español del COPE situacional realizada por Crespo y Cruzado (1997) en una muestra de 401 estudiantes universitarios. Los autores mostraron evidencia sobre la validez del instrumento a través del análisis factorial; así, obtuvieron una estructura similar a la prueba original, en la que el 61% de la varianza total era explicada por 15 factores; entre estos se observó que el *afrontamiento activo* y la *planificación* se unieron en un solo factor; del mismo modo, ocurrió con la *búsqueda de apoyo emocional* y *apoyo instrumental*; mientras que la *reinterpretación* y *crecimiento personal* formaron dos factores distintos. Como resultado del análisis factorial de segundo orden, los autores obtuvieron 6 factores los que constituirían estilos de afrontamiento, centrado en el problema (conductual y cognitivo), estilo evitación (conductual y cognitivo), centrado en las emociones y uso de alcohol y drogas (Crespo & Cruzado, 1997).

Adicionalmente, Crespo y Cruzado (1997) realizaron una validación multirrasgo-multimétodo con otras escalas de afrontamiento y medidas de personalidad; así, obtuvieron evidencia de validez convergente entre las estrategias de *afrontamiento activo*, *planificación*, *reinterpretación positiva* y *crecimiento personal* con variables como optimismo, control de la situación, autoestima y hardiness. Además, encontraron que el afrontamiento activo presenta una relación convergente con la personalidad tipo A. Por otro lado, obtuvieron evidencia de validez divergente entre el afrontamiento activo y la variable ansiedad-rasgo, así como entre las estrategias *negación* y *desconexión conductual* y las variables de comparación optimismo, control de la situación, autoestima y hardiness. La fiabilidad test-retest reportó valores superiores a .70 en todas las escalas, excepto en escape conductual (.58) (Crespo & Cruzado, 1997).

Además, para la versión del COPE situacional se cuenta con la validación de la consigna realizada por Uribe (2008); quien, con la finalidad de aplicarlo en una población de pacientes con cáncer, contó con la intervención de seis jueces expertos en el COPE, en cáncer y en Psicología de la Salud.

En el Perú, el COPE en su versión situacional fue utilizado por Uribe (2008), en una muestra de 46 pacientes de cáncer, obteniendo una confiabilidad entre .65 (*postergación*) y .85 (*uso del humor*); obtuvo una baja confiabilidad para las estrategias *afrontamiento activo*, *enfocar y liberar emociones*, *desentendimiento conductual* y *desconexión cognitiva*; y, nula confiabilidad en *aceptación y uso de drogas*. La investigadora reportó que no se realizaron análisis con la finalidad de obtener evidencias de validez del cuestionario, debido al tamaño de la muestra.

Otro estudio es el presentado por Valderrama (2003), quien usando la versión del COPE situacional en una muestra de 52 mujeres mastectomizadas, encontró una confiabilidad entre .54 y .96 que correspondió a las estrategias *refrenar el afrontamiento* y *uso de sustancias* respectivamente, la confiabilidad más baja fue para la estrategia *desenganche mental* (.54).

En el presente estudio se realizó el análisis por consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach, y se obtuvo un índice de confiabilidad que osciló entre .20 (*supresión de actividades distractoras*) y .86 (*acudir a la religión*) (ver apéndice D). Las estrategias (*afrontamiento activo*, *supresión de actividades distractoras*, *desconexión cognitiva*, *postergación*, *enfocar y liberar emociones*, y *desconexión conductual*) que obtuvieron valores inferiores a .50 no se tomaron en cuenta para el análisis de los resultados, al no resultar confiables.

Si bien la estrategia *uso de drogas* obtuvo una confiabilidad estadística de .67, se optó por excluirla de los análisis; debido a que durante la aplicación se pudo observar que la población en estudio al mantener actualmente una relación cercana con el personal de salud podrían haber dado una interpretación adicional al ítem, al asociar el término “drogas” a los medicamentos y no a las sustancias psicoactivas a las que el autor hace referencia; esta confusión afectaría la confiabilidad de la estrategia. Debido al reducido tamaño de la población en estudio, no se dejará evidencia del análisis factorial.

La medición del apoyo social percibido se realizó utilizando el cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. La versión original de la escala Medical Outcomes Study Social Support Survey fue creada en Estados Unidos por Sherbourne y Stewart (1991), quienes trabajaron con 2987 pacientes con enfermedades crónicas obteniendo un análisis factorial de cuatro escalas funcionales; la emocional/informativa, tangible, afectuosa y de interacción social

positiva; y un índice de apoyo social funcional global. Este cuestionario consta de una medida estructural de apoyo (el número de amigos cercanos y familiares) y de 19 ítems de apoyo social funcional. Cada dimensión del cuestionario presenta una alta confiabilidad: apoyo emocional/informacional (.96), apoyo tangible (.92), interacción positiva (.94), y afectivo (.91). A partir de su análisis factorial, concluyeron que además de las cuatro subescalas, se podía hacer referencia a un índice general de apoyo que presentó un alfa de Cronbach de .97.

A partir de esta escala, surgió la versión traducida y validada por De la Revilla, Luna, Bailón y Medina (2005), la cual se utilizó para la presente investigación. En la validación realizada en Granada (España) con 301 pacientes con enfermedades crónicas, De la Revilla et al. (2005) reportaron que el cuestionario estaba conformado por los mismos ítems de la versión original. Las respuestas se cuantifican con una escala tipo Likert de 5 puntos, en donde 1 es “Nunca” y 5 es “Siempre”; y, se considera que a mayor puntaje hay un mayor apoyo social percibido.

En esta validación, los autores encontraron una confiabilidad adecuada; así, reportaron que el *apoyo emocional/informacional* obtuvo un índice alfa de Cronbach de .94; asimismo, el *apoyo afectivo* y el *apoyo instrumental* obtuvieron valores de .86 y .87 respectivamente. El factor *Interacción social positivo* quedó incluido dentro de los factores *emocional/informacional* y *apoyo afectivo*. Estos factores explicaban el 68.72% de la varianza global, correspondiéndoles el 29.97%, 29.49% y 18.26% respectivamente. Los investigadores no reportaron los resultados del KMO ni de la prueba de esfericidad de Bartlett de su validación.

En nuestro contexto, Sierralta (2015) utilizó el cuestionario MOS en la versión de De la Revilla et al. (2005), en un grupo de 85 pacientes oncológicos de la ciudad de Lima, obteniendo índices de confiabilidad aceptables; correspondiendo el mayor valor al apoyo emocional/informacional (.92) y el menor índice al apoyo instrumental (.77).

En la presente investigación, se encontró un índice de confiabilidad de .87 para el *apoyo afectivo* y .90 para el *apoyo emocional/informacional* y para el *instrumental* (ver apéndice E). Respecto al análisis factorial, este no se realizó debido al reducido tamaño de la muestra en el presente estudio.

Procedimiento

En primer lugar, se realizaron las coordinaciones para contar con la autorización de acceso a la institución de salud. Luego, de conformidad con los acuerdos previos, se cumplió con los siguientes requisitos: se presentó ante el Comité Científico de la Institución el planteamiento teórico y procedimental de la presente investigación para su aprobación. Se realizó la validación del protocolo a través del Comité de Ética de la PUCP, quienes

confirmaron el cumplimiento de las normas éticas correspondientes a este tipo de investigación (ver apéndice F); y, se obtuvo la certificación de National Institutes of Health en “Protección de los participantes humanos de la investigación”.

A través de llamadas telefónicas se invitó a las personas a participar del estudio; y, a partir de este contacto inicial se realizó el control de los criterios de exclusión. Luego de obtener su aceptación voluntaria para colaborar, se convocó a las pacientes a asistir en las fechas previamente coordinadas, realizándose la aplicación individual de los instrumentos en las instalaciones del Centro de Salud. En primer lugar, se hizo entrega a cada participante del Consentimiento informado seguido de la Ficha sociodemográfica; posteriormente se le entregó el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE) y finalmente del cuestionario MOS de Apoyo Social en Atención Primaria. Se les brindó las indicaciones necesarias para evitar alguna dificultad durante la resolución de los cuestionarios; además, se leyó con ellas las instrucciones y se les indicó que durante la aplicación estarían acompañadas por la evaluadora. Concluida la aplicación, se les brindó un espacio de escucha con la finalidad de evaluar su estado emocional a partir de su participación, así como la posibilidad de brindarles contención en caso de que experimentaran ciertas reacciones emocionales.

Análisis de datos

La información recogida se organizó en una base de datos para ser analizada por el programa estadístico SPSS (versión 22). En primer lugar, se efectuaron los análisis descriptivos y de frecuencias para las variables sociodemográficas y de estudio. Asimismo, se procedió a realizar el análisis de confiabilidad para los constructos de estudio. Los análisis estadísticos posteriores se llevaron a cabo tomando en cuenta las estrategias de afrontamiento que resultaron confiables para la muestra trabajada; por lo que, se obviaron las estrategias *afrontamiento activo, supresión de actividades distractoras, desconexión cognitiva, postergación, enfocar y liberar emociones, desconexión conductual y uso de drogas*. Respecto a los tipos de apoyo social percibido, fueron considerados en su totalidad, ya que evidenciaron una alta confiabilidad.

Se realizó la prueba de normalidad utilizando el estadístico Kolmogorov-Smirnov, debido a que el tamaño de la muestra superaba los 50 participantes (N=56). Se encontró que la estrategia *búsqueda de apoyo por razones instrumentales* y el área *apoyo emocional/informacional* del apoyo social percibido, eran las únicas que presentaban una distribución normal.

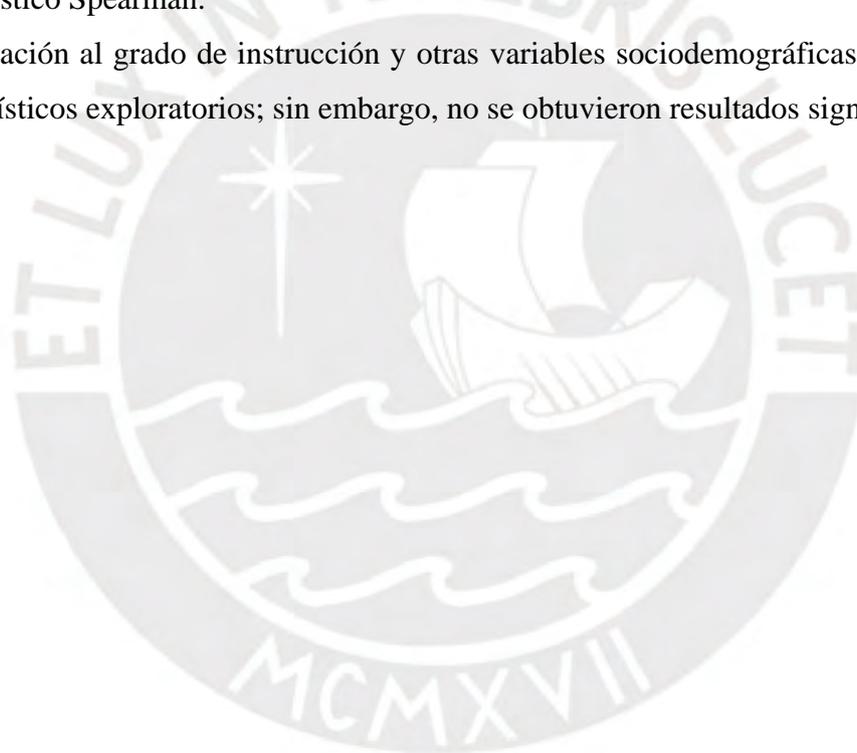
Con el fin de cumplir con el objetivo general de medir la asociación entre las estrategias de afrontamiento y las áreas del apoyo social percibido, se hizo uso del coeficiente Spearman

para la correlación entre las estrategias y los tipos de apoyo percibido con distribución normal; y, el coeficiente Pearson, para el análisis de los que presentan distribución normal.

Con respecto al primer objetivo específico: comparar las estrategias de afrontamiento respecto a la variable edad; se consideró a la edad como variable continua por lo que se correlacionó con las estrategias de afrontamiento utilizando el estadístico Spearman.

Respecto al segundo objetivo específico: comparar las áreas del apoyo social percibido con la variable tener pareja y con la edad; se realizó la comparación de medias entre el apoyo *emocional/informacional* y la variable tener pareja a través del estadístico paramétrico T-Student para dos grupos; y, las otras áreas del apoyo social percibido fueron analizadas con el estadístico no paramétrico U de Mann Whitney. Respecto a la variable edad, se analizó realizando una correlación entre esta y las distintas áreas del apoyo social percibido haciendo uso del estadístico Spearman.

En relación al grado de instrucción y otras variables sociodemográficas, se realizaron análisis estadísticos exploratorios; sin embargo, no se obtuvieron resultados significativos.



Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de los análisis que se realizaron para dar respuesta a los objetivos de la presente investigación.

Para cada uno de los constructos psicológicos evaluados se muestran los estadísticos descriptivos; luego, se presentan los resultados en relación a las variables sociodemográficas que responderán a los objetivos específicos. Finalmente se presentarán los resultados que responden al objetivo general.

Acercas de las estrategias de afrontamiento utilizadas por el grupo de mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama, se obtuvo que la estrategia *acudir a la religión* fue la que destacó a un nivel descriptivo; mientras que *uso del humor* fue la menos reportada (ver tabla 1).

Tabla 1

Resultados descriptivos de Estrategias de Afrontamiento

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Planificación	3.18	0.66	2.00	4.00
Apoyo social instrumental	2.79	0.77	1.00	4.00
Apoyo social emocional	2.89	0.70	2.00	4.00
Reinterpretación y crecimiento personal	2.99	0.78	1.00	4.00
Aceptación	3.42	0.60	1.00	4.00
Acudir a la religión	3.54	0.71	1.00	4.00
Negación	1.99	0.60	1.00	4.00
Uso del humor	1.31	0.62	1.00	4.00

N = 56

Respecto a los objetivos específicos, al analizar las estrategias de afrontamiento con respecto a la variable sociodemográfica edad, se encontró una correlación directa entre esta variable y la estrategia *acudir a la religión* ($r_s = .36, p < .01$). Respecto a las otras estrategias, no se encontró resultados significativos respecto a esta variable (ver apéndice G).

En relación a los tipos de apoyo social percibido, el análisis de los descriptivos evidenció las medidas de tendencia central de esta variable (ver tabla 2).

Tabla 2*Resultados descriptivos de los tipos de Apoyo Social Percibido*

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Emocional/Informacional	3.66	0.87	1.00	5.00
Afectivo	4.10	0.83	2.00	5.00
Instrumental	3.93	1.16	1.00	5.00

N = 56

En cuanto a los objetivos específicos, al analizar los diferentes tipos de apoyo con la variable edad, se encontró una correlación directa entre el *apoyo instrumental* y esta variable ($r_s = .32, p < .05$). Las otras áreas del apoyo percibido, *apoyo emocional/informacional* y *apoyo afectivo*, no registraron resultados estadísticos significativos (ver apéndice G).

Por otro lado, se encontró que quienes tienen pareja presentan una mayor puntuación en *apoyo afectivo* ($n = 34, Mdn = 4.34, U = 217.00, p = .01$) que las participantes que no cuentan con pareja ($n = 22, Mdn = 3.72$). No se encontró diferencias significativas respecto a los otros tipos de apoyo percibido (ver apéndice G).

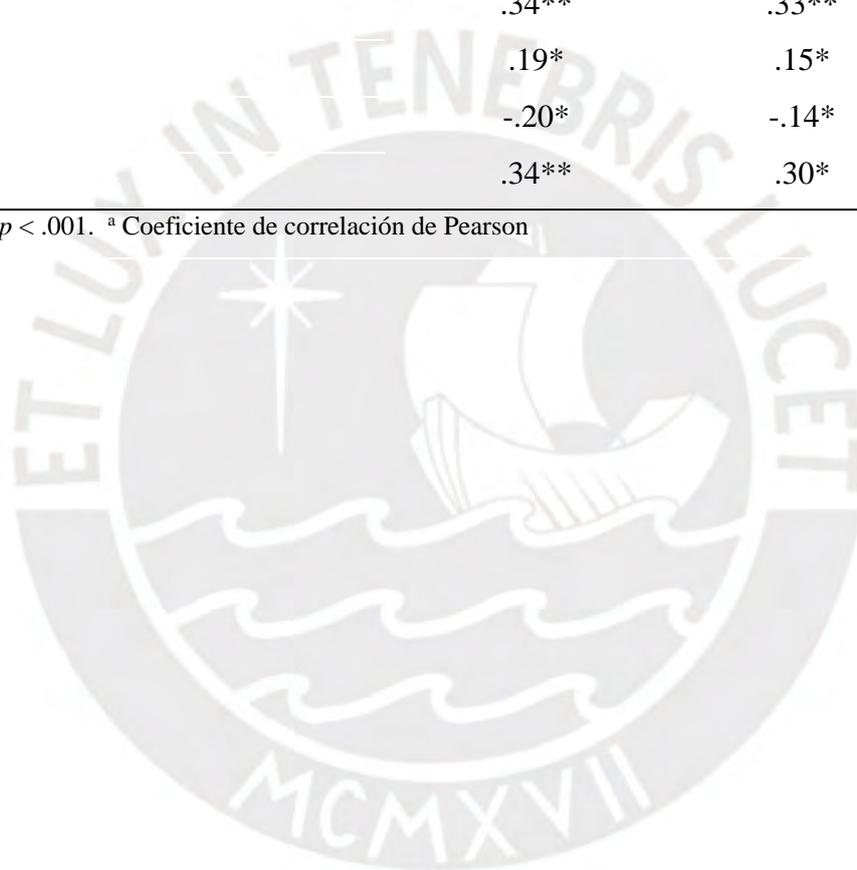
Respecto al objetivo principal de la investigación, se establecieron relaciones significativas y directas entre las áreas del apoyo social percibido y las estrategias *planificación*, *reinterpretación positiva* y *crecimiento personal*, *acudir a la religión* y *uso del humor*. Por su parte, la estrategia *negación* presenta una relación inversa con las tres áreas del apoyo social,

Las áreas *apoyo emocional/informacional* y *apoyo afectivo* muestran una relación directa con las estrategias *búsqueda de apoyo social emocional* y *aceptación*.

Finalmente, se obtuvo que el *apoyo afectivo* tiene una relación directa con la estrategia *búsqueda de apoyo social instrumental* (ver tabla 3).

Tabla 3*Correlaciones entre Estrategias de Afrontamiento y los tipos de Apoyo Social Percibido*

	Apoyo Emocional Informativo	Apoyo Afectivo	Apoyo Instrumental
Planificación	.36**	.39***	.22**
Apoyo social instrumental	.18 ^a	.26*	.06
Apoyo social emocional	.38***	.29*	.02
Reinterpretación positiva y crecimiento personal	.43***	.37**	.36**
Aceptación	.34**	.33**	.08
Acudir a la religión	.19*	.15*	.31*
Negación	-.20*	-.14*	-.31*
Uso del humor	.34**	.30*	.09*

* $p < .05$, ** $p < .01$ *** $p < .001$. ^a Coeficiente de correlación de Pearson



Discusión

En esta sección se presenta el análisis y la discusión de los resultados obtenidos en la presente investigación, tanto a nivel conceptual como empírico. En primer lugar, se analizan los hallazgos relacionados con el objetivo principal; en segundo lugar, se discuten los correspondientes a los objetivos específicos; en ambos casos se compararán los resultados obtenidos con los reportados en investigaciones referidas a otras fases de la enfermedad. Finalmente, se presentarán los alcances y limitaciones que se pudieron encontrar, así como propuestas para futuras investigaciones.

Como respuesta al objetivo principal de esta investigación, los resultados reportan que existen relaciones significativas entre los índices de apoyo social percibido y algunas estrategias de afrontamiento.

Como refieren el cuerpo teórico (Cohen, 1992; Cohen & Wills, 1985; Lazarus & Folkman, 1986) y algunas investigaciones (Boinon et al., 2014; Fernandes et al., 2014; Hughes et al., 2014; Waters et al., 2013), el apoyo social tendría un efecto amortiguador frente al estrés; y, promovería la adaptación psicológica y el bienestar de las personas con cáncer (Howren et al., 2013; Usta, 2012). Este efecto protector sustentaría la relación hallada entre las áreas del apoyo social y las estrategias *reinterpretación positiva* y *crecimiento personal y planificación*, consideradas como adaptativas.

En este sentido, ante la posibilidad de contar con ayuda concreta en su rutina diaria, así como las muestras de afecto provenientes de los vínculos interpersonales (Applebaum et al., 2014; Ojeda & Martínez, 2012); al recibir consejo e información relacionada con la enfermedad, y que además le proporcione cierto alivio y percepción de control sobre la situación estresante, se lograría disminuir la sensación de pérdida que se origina al recibir el diagnóstico (Boinon et al., 2014; Irem, 2011). De esta manera, el apoyo percibido ayudaría a las pacientes a centrarse en los pasos a seguir para iniciar su tratamiento; participar en la toma de decisiones; y, enfocarse en los aspectos positivos de la situación por la que atraviesan.

Teniendo en consideración que, a partir de recibir el diagnóstico las redes sociales con las que cuenta la persona pueden variar (por ejemplo, se retrae en el área laboral y se expande en el área de salud); es el nivel de intercambio que la paciente logra establecer, el que cobra relevancia como factor protector frente al estrés (Chou, Stewart, Wild, & Bloom, 2012). De esta manera, la percepción de contar con apoyo social le permitiría a la paciente consolidar la idea de disponer de un entorno cercano que representa para ella un respaldo ante la enfermedad (Torres, 2011). Esto permitiría a las personas asumir que cuentan con capacidades personales

suficientes para hacer frente a la situación estresante; o, de contar con otros para ayudarlo (Cohen & Mckay, 1984; Gremore et al., 2011).

De esta manera se podría inferir que contar con un entorno social adecuado facilitaría una evaluación más efectiva de la situación centrándose en los temas importantes y acentuando los aspectos positivos. Este resultado concuerda con quienes refieren que el entorno familiar motiva a la resignificación de las experiencias vividas generando razones para vivir en el proceso de adaptación a la enfermedad (Leyva et al., 2011; Londoño, 2009; Sánchez, 2015).

Holland y Holahan (2003) obtuvieron como resultado de su investigación que, los pacientes que percibieron altos niveles de apoyo social hicieron un mayor uso de la *reinterpretación positiva* y de la *planificación*; lo que posteriormente resultó en un nivel más alto de bienestar emocional. Del mismo modo, investigaciones cuyos resultados señalan el establecimiento de nuevas prioridades, una mayor valoración de la salud, minimización de las dificultades triviales y un nuevo significado de la propia vida (Danhauer et al., 2013; Inan, Günüşen, & Üstün, 2014; Reich & Remor, 2010); sustentan la importancia de la relación de estas estrategias con el apoyo percibido, a lo largo del continuo de la enfermedad. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la relación entre las estrategias y el apoyo social percibido es afectada por el transcurso del tiempo; esto se debería al agotamiento de los familiares y a la variación respecto a las necesidades de la paciente en otras fases de la enfermedad (Arora et al., 2006). Esta información cobra relevancia al considerar su influencia en la decisión de adherirse al tratamiento, así como a los controles post tratamiento (Fernandes et al., 2014).

Otro resultado obtenido presenta una relación directa entre los distintos índices del apoyo social percibido y las estrategias *acudir a la religión, uso del humor*; e, inversa con la estrategia *negación*.

La relación directa entre el apoyo social y *acudir a la religión* se explicaría al considerar que, la práctica religiosa proporcionaría un significado a la propia vida y facilitaría el vínculo con otras personas (Becerra & Otero, 2013; Laos, 2010; Suwankhong & Liamputtong, 2015). Asimismo, que proveería la compañía de los miembros de la comunidad religiosa y un espacio para la elaboración y apoyo emocional (Harris et al., 2013); de esta manera, acudir a la religión podría generar un impacto que permitiría mitigar los efectos de la situación estresante. Por otro lado, la estrategia *acudir a la religión*, favorecería la satisfacción de ciertas necesidades personales al proporcionarle esperanza y consuelo, así como la posibilidad de asignarle un significado al padecimiento de la enfermedad.

Según refiere el Instituto Nacional del Cáncer [INC] (2017), en España, diversos estudios han demostrado que la religión y la espiritualidad se relacionan significativamente con

medidas de adaptación y adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos. Asimismo, *acudir a la religión* se ha relacionado con índices inferiores de incomodidad, con menos hostilidad, ansiedad y aislamiento social tanto en pacientes como en sus familiares (INC, 2017). Este resultado coincide con otras investigaciones (Becerra & Otero, 2013; Laos, 2010; Medina, 2017; Pérez, González, Miele, & Uribe, 2017; Sánchez, 2015; Suwankhong & Liamputtong, 2015), que señalan que la religiosidad influye en las cogniciones y emociones de la persona, determinando en muchas ocasiones su actitud y la conducta frente a la enfermedad. De esta manera, al recurrir a sus creencias religiosas, la paciente podría encontrarle sentido a la enfermedad y reforzar su expectativa de curación (Harris, Allen, Dunn, & Parmelee, 2013).

La relación entre las áreas del apoyo social percibido y la estrategia *uso del humor*, podría entenderse si consideramos que el humor es utilizado por las personas que buscan aliviar el impacto de la enfermedad en sí mismas y en su red social (Enríquez, 2010; Inan et al., 2014), así como la necesidad de aliviar la tensión disminuyendo la intensidad de las emociones que experimenta. Esto coincide con lo observado en la presente investigación; pues, algunas participantes refirieron que mediante las bromas e ironías lograban crear un ambiente con más apertura para expresar sus propios temores e incertidumbre respecto al futuro. Así, haciendo uso del humor lograban un entorno con menos resistencias para hablar respecto al cáncer y sus consecuencias (Demjén, 2016). Asimismo, la percepción de contar con el respaldo profesional y familiar, induciría a la persona a recurrir al humor con la finalidad de mantener una actitud positiva dentro de la mayor normalidad posible (Enríquez, 2010). Esto le permitiría mayor comunicación, acceso a información y asesoramiento respecto a su salud (Fernandes et al., 2014; Tanay, Wiseman, Roberts, & Ream, 2014). En consecuencia, es posible entender que el *uso del humor* sea considerada una estrategia positiva durante la etapa inicial de la enfermedad (Urra, 2010). Sin embargo, para las participantes esta estrategia no representa una alternativa usual. Esto podría vincularse a que, en el contexto de la enfermedad, la mayoría de las participantes lo considerarían inapropiado o perjudicial (Demjén, 2016).

Respecto al hallazgo que evidencia una relación inversa entre la estrategia *negación* y las áreas del apoyo social percibido, así como su interpretación son tomados con prudencia; en consideración a la confiabilidad reportada por la estrategia. Este resultado podría analizarse a la luz del proceso de valoración cognitiva que la persona hace sobre la situación (Barroilhet, Forjaz & Garrido, 2005). Y, de la información teórica que señala, que el apoyo social puede influir en el comportamiento de afrontamiento y fomentar la adaptación frente a las crisis de la vida (Schaefer & Moos, 1998). Es decir, ante el efecto desestabilizador del diagnóstico, la paciente tendería a negar los efectos y/o las emociones negativas asociadas al cáncer. Sin

embargo, la percepción de contar con los distintos tipos de apoyo, le proporcionaría el soporte necesario para hacer una evaluación menos negativa de la situación (Baca, 2013).

En esta línea, algunas investigaciones señalan que, ante el diagnóstico de una enfermedad crónica, las personas pueden responder inicialmente utilizando la *negación* con la finalidad de mantener el equilibrio emocional; pero, que esta estrategia suele ser de uso temporal observándose una reducción gradual sobre el curso de la enfermedad (Becerra & Otero, 2013; Enríquez, 2010). Según refiere la literatura, la *negación* se plantea solo como una estrategia potencialmente disfuncional (Enríquez, 2010; Hajian et al., 2017), pero de mantenerse a largo plazo tendría efectos adversos en la paciente; puesto que, el cáncer requiere cuidados específicos que se basan en un buen nivel de conciencia respecto a su situación actual (Enríquez, 2010). Por esta razón, es importante considerar la relación entre esta estrategia y el apoyo social percibido. En este sentido, Usta (2012), señala que las personas que no cuentan con una red de soporte presentan conductas relacionadas a una mayor vulnerabilidad a través del cáncer.

Como otro resultado en esta investigación se encontró una relación entre el *apoyo emocional/informacional* y *apoyo afectivo* con la estrategia *búsqueda de apoyo social por razones emocionales*. Como ya se ha mencionado, recibir el diagnóstico representa para la persona un fuerte shock (Reich & Remor, 2010); que en algunos casos genera fragilidad emocional. Este impacto emocional llevaría a la paciente a experimentar la necesidad de expresar sus emociones y de recibir el reconocimiento, consuelo y afecto como una forma de aliviar el efecto del estrés (Vargas, 2009). En este sentido, contar con un entorno familiar y profesional que le provea contención incrementaría su sensación de seguridad y bienestar (Hughes et al., 2014). Del mismo modo, al mostrar apertura hacia su entorno, se facilitaría para la persona la recepción de atención, consejo, información y comprensión (Robert, Álvarez, & Valdivieso, 2013).

Este resultado concuerda con la revisión empírica que sugiere que ante un evento que genera distrés psicológico, las personas tenderían al uso de estrategias centradas en la emoción (Reich & Remor, 2010; Robert et al., 2013), y que el apoyo afectivo proveniente de la familia es relevante para lidiar con la enfermedad (Sánchez, 2015; Suwankhong & Liamputtong, 2015). En otras etapas de la enfermedad las investigaciones sugieren que las mujeres que requieren información y consejo como un modo de afrontar la mastectomía, tienden a buscar apoyo emocional de las personas de su entorno (Howren et al., 2013). Además, investigaciones reportan que la relación entre el apoyo social y la estrategia de afrontamiento emocional, tendría un efecto positivo. Así, en pacientes post-cirugía, se relaciona con una mejor calidad de vida

(Reich & Remor, 2010); y en pacientes luego de 1 año de ser operadas se vinculó a una mejor supervivencia (Brandão, Tavares, Schulz, & Mena, 2016).

Otro hallazgo en la población estudiada, es la relación directa entre la estrategia *aceptación* y el *apoyo social emocional/informacional* y el *apoyo afectivo*. Esta vinculación podría entenderse debido al interés que la persona tiene de recibir apoyo para aclarar o reafirmar lo que le está ocurriendo; y, en este caso el apoyo que percibe podría resultarle útil para evaluar el momento del diagnóstico como menos amenazante o perjudicial (Abdollahzadeh et al., 2014), proporcionándole confianza en su efectividad para enfrentar el riesgo que implica la enfermedad; y, motivándola a comprometerse en las actividades relacionadas con su salud y con otras metas significativas (Czerw, Religioni, & Deptała, 2016; Drageset, 2012).

Esto tendría su base en que la discusión de los factores de estrés, la información recibida, la simpatía, el cuidado y la atención especial pueden facilitar el procesamiento cognitivo y la adaptación a la situación; incrementando sus esperanzas, motivación y fuerza para vivir con la enfermedad (Applebaum et al., 2014; Ascencio, 2015; Suwankhong & Liamputtong, 2015). De esta forma, indirectamente se incrementa su autoestima y su sensación de control facilitando la *aceptación* y la puesta en marcha de otras estrategias de afrontamiento.

Sin embargo, algunas veces la familia o compañeros pueden ser fuente de estrés y de ansiedad; esto se originaría al brindar a la paciente información errónea o inadecuada (Rodríguez, Pastor, & López, 1993) o al responder a las demandas de la paciente con una actitud excesivamente protectora o limitadora de sus iniciativas para enfrentarse a la enfermedad, lo que afectará su proceso de afrontamiento y su adaptación (Ballón, 2011; Drageset, 2012). Algunos investigadores indican que la *aceptación* es una consecuencia del paso del tiempo y que implica un intento activo por adaptarse a la enfermedad (Elsheshtawy et al., 2014); esto sería confirmado parcialmente por nuestros hallazgos, ya que las participantes si muestran la disposición para adecuarse a la situación marcada por el cáncer, pero no se encuentra evidencia de que la *aceptación* esté ligada al tiempo transcurrido.

Otro resultado muestra una relación directa entre la percepción de *apoyo afectivo* y la estrategia *búsqueda de apoyo instrumental*. Esto podría sustentarse en la interpretación que dan las pacientes con cáncer a la ayuda efectiva que perciben de sus familiares y cónyuges. Como sostienen Suwankhong y Liamputtong (2015), para las mujeres el observar que su entorno le provee de muestras palpables de cuidados, cambios en los roles y tareas domésticas, así como la redistribución de responsabilidades, sería la evidencia de su afecto, por lo que se sienten más seguras respecto al apoyo con que cuentan frente a la enfermedad. Asimismo, ante el impacto del diagnóstico, es posible que la paciente vea afectada su capacidad cognitiva lo que

obstaculiza su capacidad para asimilar y retener la información que el profesional le brinda; lo que resultaría en cierto grado de inestabilidad ante la cual se requiere del acompañamiento de un familiar o amistad cercana que se encargue de recibir la información necesaria respecto a los pasos a seguir (Leal et al., 2015).

Como conclusión respecto al objetivo general de investigación se encuentra que en la etapa de diagnóstico reciente el apoyo social percibido presenta una mayor vinculación con las estrategias cuya función es el control de la emoción; la mayoría de las cuales, teóricamente, estarían asociadas a bajos niveles de distrés (Carver et al., 1989). Por otro lado, si bien se hallaron relaciones inversas entre el apoyo social percibido y algunas estrategias evitativas, estas son irrelevantes.

Estos resultados, en el contexto de la población en estudio, sugieren que el vínculo entre algunas estrategias de afrontamiento (*acudir a la religión, reinterpretación positiva y crecimiento personal, aceptación, búsqueda de apoyo por razones emocionales, planificación y uso del humor*) y el apoyo social percibido podrían contribuir a reducir el impacto desestabilizador generado por el diagnóstico reciente. Este vínculo puede considerarse adaptativo si se tiene en cuenta que luego de recibir el diagnóstico y antes de iniciar el tratamiento, las pacientes se encuentran en una etapa de transición marcada por la incertidumbre respecto a lo que va a suceder en el proceso de la enfermedad (Sharif, Ahadzadeh, & Perdamen, 2017). Finalmente, se observa que las pacientes, en este estudio, evidencian hacer uso de una variedad de estrategias activas con el propósito de mantener el equilibrio; por lo que lograrían cierto nivel de adaptación a las demandas del proceso de enfermedad.

Respecto al primer objetivo específico que propone describir y comparar las estrategias de afrontamiento en relación a la variable sociodemográfica edad, el resultado permite evidenciar que, el afrontamiento en la etapa de diagnóstico, se vincularía a características particulares de las participantes y a su experiencia subjetiva. En este sentido, los análisis muestran que existe una relación directa entre la edad y la estrategia *acudir a la religión*. Teniendo en consideración que el Perú tiene una larga tradición religiosa; y que, en el ámbito de quienes profesan una fe el 95.5% refiere estar comprometido con sus creencias (Compañía Peruana de Estudios de Mercados y Opinión Pública [CPI], 2014); se podría entender que sean las adultas mayores quienes muestren una mayor vinculación a la religión. Como refieren algunos investigadores (Quiceno & Vinaccia, 2011; Valiente & García, 2011), se observaría una relación directa entre la edad y la prevalencia de la religiosidad; por lo que en una situación como el diagnóstico reciente y ante la incertidumbre, las pacientes mayores tenderían a buscar consuelo y seguridad en su fe.

Por otro lado, se debe considerar que es durante la etapa de vejez que las personas adquieren una mayor conciencia del significado de la propia muerte. Es aquí donde la religiosidad permite a los adultos mayores sobrellevar de forma más positiva el envejecimiento, las pérdidas que conlleva y el sentido de trascendencia (Harris et al., 2013; Valiente & García, 2011). En esta línea podríamos inferir que, las adultas mayores recurren en mayor medida a la religión como una forma de aferrarse a sus creencias, encontrarle sentido a la enfermedad y reforzar su esperanza de recuperación (Enríquez, 2010); con lo que incrementaría su tolerancia al sufrimiento y reduciría su angustia ante la muerte (Harris et al., 2013; INC, 2017; Quiceno & Vinaccia, 2011; Valiente & García, 2011).

En la búsqueda de responder al objetivo específico que propone describir y comparar el apoyo social percibido respecto a las variables edad y tener pareja, los resultados evidencian que la edad presenta una relación directa con el *apoyo instrumental*; por lo que serían las mujeres adultas mayores quienes reporten una mayor puntuación de este tipo de apoyo.

Considerando el estadio de desarrollo, es posible entender que a mayor edad sea necesario contar con personas que puedan proporcionar *apoyo instrumental*. Es decir, un entorno que proporcione asistencia en finanzas, provisión de transporte a las citas médicas, cuidados, atención y acompañamiento relacionados con las tareas domésticas (Chirico, Lucidi, Mallia, D' Aiuto & Merluzzi, 2014). Además del desgaste físico natural asociado a la edad, en la muestra estudiada se observa que un porcentaje considerable de las participantes padece de otras enfermedades, aunque se encuentran bajo control; por tanto, es posible que su condición física demande un mayor nivel de ayuda la cual provendría de su entorno familiar. Frente a esta necesidad, la percepción de disponer de apoyo instrumental incidiría en la eficacia de los tratamientos, al generar perspectivas positivas sobre el estado de su salud y el mejor tratamiento para su enfermedad (Dumrongpanapakorn & Liamputtong, 2015).

Por otro lado, los resultados obtenidos muestran que, las pacientes que manifiestan tener pareja reportan un mayor puntaje en *apoyo afectivo*; es decir la disponibilidad de una persona con la que puede intercambiar demostraciones de amor y afecto. Este resultado concuerda con los hallazgos de otras investigaciones, las mismas que aportan evidencia sólida respecto a la importancia del *apoyo afectivo* proveniente de la pareja frente al cáncer de mama (Alqaisi & Dickerson, 2010; Enríquez, 2010; Salonen, Rantanen, Kellokumpu-Lehtine, Huhtala, & Kaunonen, 2014; Suwankhong & Liamputtong, 2015).

Como sugieren Chou et al. (2012), luego del diagnóstico de cáncer las relaciones de la persona tienden a disminuir, posiblemente porque algunos miembros de su red social buscarían alejarse al no poder manejar sus propias angustias frente a la enfermedad. Sin embargo, con

quienes permanecen a su lado, la paciente tendería a estrechar los vínculos (Chou et al., 2012; Drageset, Lindstrøm, & Underlid, 2015). Este fortalecimiento en sus relaciones sociales explicaría que, para algunas participantes, el vínculo con un compañero podría suponer disponer de una fuente de afecto; además, de la oportunidad de expresar sus sentimientos. Así mismo, la evidencia empírica señala que, frente al diagnóstico de la enfermedad, tener a alguien con quien compartir lazos íntimos (esposo o pareja), es un aspecto beneficioso para el ajuste de las mujeres con cáncer de mama (Enríquez, 2010); ya que, puede influir o facilitar las decisiones relativas a la adherencia al tratamiento y la atención post-tratamiento, contribuyendo a la promoción de la salud (Fernandes et al., 2014).

En la realización del presente estudio se encontraron algunas limitaciones, siendo la principal el acceso a la población objetivo. Debido a que las pacientes se encontraban en el proceso de gestionar su tratamiento, contaban con poca disponibilidad; por esta razón, el tamaño de la población trabajada se vio restringido. Por otro lado, como ya se ha señalado, es escasa la información respecto a la etapa de diagnóstico reciente; por lo que, a nivel teórico y en la discusión de resultados se recurrió a información relacionada con otras etapas de la enfermedad.

Teniendo en cuenta estas condiciones, se recomienda realizar investigaciones que cuenten con un número mayor de participantes, a fin de obtener resultados más representativos. Asimismo, se plantea la necesidad de cierto ajuste en la traducción de los ítems de la escala de estrategias de afrontamiento. Específicamente en la estrategia *uso de drogas*; pues, las participantes podrían asociar el término “drogas” a los medicamentos y no a las sustancias psicotrópicas a las que el autor hace referencia. Del mismo modo, es necesario considerar que algunos ítems hayan planteado más de una alternativa en su proposición; y que, en otros casos podría ser que las participantes evidenciaran características bastante homogéneas por lo que se pudo observar cierto sesgo en las respuestas. Esta podría ser la razón por la que algunas estrategias de afrontamiento resultaron menos confiables de lo esperado.

Por otro lado, se recomienda considerar una evaluación cualitativa que permita una mirada más puntual sobre la vivencia que tienen las pacientes en la etapa del diagnóstico reciente, ya que su procesamiento de la enfermedad sustenta en gran medida el tipo de respuesta que la paciente expondrá durante las siguientes fases del tratamiento. Otro planteamiento implica una investigación de tipo longitudinal en la que los constructos en estudio puedan ser examinados para profundizar en sus efectos y la variabilidad que muestran en las distintas fases de la enfermedad.

Finalmente, con este estudio se pretende aportar evidencia respecto a una fase de la enfermedad poco estudiada o que se ha trabajado de manera retrospectiva en nuestro contexto. Asimismo, vincula dos constructos cuya relevancia radica en que ambos buscan, desde sus bases teóricas, el fortalecimiento emocional para dar respuesta a un momento de crisis intensa; aportando información respecto a la interacción entre ambos.

De esta manera, se propone que las intervenciones psicológicas en pacientes con diagnóstico reciente se estructuren desde una mirada biopsicosocial; al integrar los aspectos relacionados con su salud, su propia interpretación de la enfermedad y el entorno con el que cuentan. Asimismo, donde se fomente la variedad en el uso de estrategias, incentivando aquellas orientadas a la búsqueda de apoyo social y la reinterpretación positiva que faciliten el manejo emocional y permitan acciones para enfocarse en el problema. Y, donde se promueva la participación activa del personal de salud y los familiares; cuya contribución consolida, para la paciente, la idea de contar con recursos suficientes para atravesar el proceso de enfermedad de manera más equilibrada. Específicamente, se plantea reforzar el *apoyo emocional/informacional*, de modo que la paciente exprese no solo lo que le afecta de manera individual sino su preocupación por los cambios en su vida familiar y su futuro; poniendo especial atención en aquellas personas que evidencian bajos niveles de apoyo social y que podrían ser más afectadas en el proceso de la enfermedad.



Referencias

- Abdollahzadeh, F., Moradi, N., Pakpour, V., Rahmani, A., Zamanzadeh, V., Mohammadpoorasl, A., & Howard, F. (2014). Un-met supportive care needs of Iranian breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *15*(9), 3933-3938.
- Ahadi, H., Delavar, A., & Masoud Rostami, A. (2014). Comparing coping styles in cancer patients and healthy subjects. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *116*, 3467-3470.
- Alqaissi, N., & Dickerson, S. (2010). Exploring common meanings of social support as experienced by Jordanian women with breast cancer. *Cancer Nursing*, *33*(5), 353-361. doi:10.1097/NCC.0b013e3181d55d33
- Alves, P., Lavinhas, M., & Carvalho, A. (2012). Stress and coping strategies for women diagnosed with breast cancer: a transversal study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, *11*(2), 305-318.
- American Cancer Society. (2014). *Breast cancer facts & figures*, 2013-2014.
- Applebaum, A., Stein, E., Señor-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2014). El optimismo, el apoyo social y resultados de salud mental en pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, *23*(3), 299-306. doi: 10.1002 / pon.3418
- Arora, N., Finney, L., Gustafson D., Moser R., & Hawkins, R. (2006). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psicooncología*, *16*(5), 474-486.
- Ascencio, A. (2015). *Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo 2013* (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo. Recuperado de <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/336>
- Avis, N., Crawford, S., & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *23*(15), 3322-3330.
- Baca, D. (2013). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3575>
- Ballón, A. (2011). *Estrategias y estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata en un grupo de hombres del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2010* (Tesis de licenciatura, inédita). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

- Bárez, M., Blasco, T., Fernández, J., & Viladrich, C. (2007). A structural model of the relationships between perceived control and adaptation to illness in women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25, 21-43.
- Barroilhet, S., Forjaz, M., & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Especiales de Psiquiatría*, 33(6), 390-397.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Becerra, I., & Otero, S. (2013). *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de maestría). Recuperada de Repositorio Digital de Tesis de Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Blow, A., Swiecicki P., Haan P., Osuch J., Symonds, L., Smith, S., Walsh K., & Boivin M. (2011). The emotional journey of women experiencing a breast abnormality. *Qualitative Health Research*, 21(10), 1316-1334.
- Boinon, D., Sultan, S., Charles, C., Stulz, A., Guillemeau, C., Delalogue, S., & Dauchy, S. (2014). Changes in psychological adjustment over the course of treatment for breast cancer: the predictive role of social sharing and social support. *Psycho-Oncology*, (23), 291-298.
- Brandão, T., Tavares, R., Schulz, M., & Mena, P. (2016). Measuring emotion regulation and emotional expression in breast cancer patients: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 114-127.
- Carver, C. (2004). *COPE: Complete version*. College of Arts and Science. University of Miami. Recuperado de <http://daemonite.psy.miami.edu/faculty/ccarver>.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F., & Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 21(2), 365-392.
- Cassaretto, M., & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología*, 24(1), 109-142.

- Chirico, A., Lucidi, F., Mallia, L., D'Aiuto, M., & Merluzzi, T. (2014). *Indicators of distress in newly diagnosed breast cancer patients*. doi: 10.7717/peerj.1107
- Chou, A., Stewart, S., Wild, R., & Bloom, J. (2012). Social Support and Survival in young women with Breast Carcinoma. *Psicooncología*, 21(2), 125-133.
- Cohen, S. (1992). Stress, social support and disorder. En H.O.F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The Meaning and Measurement of Social Support*. New York: Hemisphere Press.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. En A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 253-267). New Jersey: Hillsdale.
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Social support, stress and the buffering hypothesis: An empirical review. *Psychological Bulletin*, (98), 310-357.
- Compañía Peruana de Estudios de mercados y Opinión Pública (2014). *Estudio de opinión pública sobre religión*. Recuperado de http://cpi.pe/images/upload/paginaweb/archivo/23/OPNAC201407_01.pdf
- Costa-Requena, G. (2014). *Apoyo social percibido en pacientes con cáncer* (Tesis doctoral, Universitat Jaume I de Castellón, España). Recuperado de [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/contenidovol12\(1\)/tesisapoyosocial.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/contenidovol12(1)/tesisapoyosocial.pdf)
- Costa-Requena, G., Ballester, R., & Gil, F. (2015). The influence of demographic and clinical variables on perceived social support in cancer patients. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 25-32. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14404
- Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., & Atzeni, T. (2011). Evaluation of a psychosocial intervention on social support, perceived control, coping strategies, emotional distress, and quality of life of breast cancer patients. *Psychological Reports*, 108(3), 923-942. doi: 10.2466/02.07.15.20.PR0.108.3.923-942.
- Cousson-Gélie, F., Irachabal, S., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J., & Lakdja, F. (2005). Dimensions of Cancer Locus of Control Scale as predictors of psychological adjustment and survival in breast cancer patients. *Psychological Reports*, 97, 699-711.
- 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(92), 797-830.
- Czerw, A., Religioni, U., & Deptała, A. (2016). Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer*, 23(4), 654-661.

- Danhauer, S., Case, L., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., ... & Avis, N. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psicooncología*, 22(12), 2676-2683.
- Demjén, Z. (2016). Laughing at cancer: Humour, empowerment, solidarity and coping online. *Journal of Pragmatics* 101(8), 18-30
- De Haro, M., Gallardo, L., Martínez, M., Camacho, N., Velázquez, J., & Paredes, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, 11(1), 87-99. doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44919
- De la Revilla, L., Luna, J., Bailón, E., & Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de la Familia*, 6(1), 10-18.
- Drageset, S. (2012). *Psychological distress, coping and social support in the diagnostic and preoperative phase of breast cancer*. Recuperado de https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/6139/Dr%20thesis_Sigrunn%20Drageset.pdf?sequence=1
- Drageset, S., Lindstrøm, T., & Underlid, K. (2015). "I just have to move on": Women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*, 4(21), 205-211.
- Dukes, K., & Holahan, C. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18(1), 15-29.
- Dumrongpanapakorn, P., & Liamputtong, P. (2015). Social support and coping means: the lived experiences of Northeastern Thai women with breast cancer. *Health Promotion International*, 1-10. doi: 10.1093/heapro/dav023
- Elsheshtawy, E., Abo-Elez, W., Ashour, H., Farouk, O., & Esmael El zaafarany, M. (2014). Coping Strategies in Egyptian ladies with breast cancer. *Breast Cancer (Auckland)*, 8(6), 97-102.
- Enríquez, M. (2010). Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno. *Revista Centro De Estudios En Salud*, 1(12), 7-19.
- Eom, C., Shin, D., Kim, S., Yang, H., Jo, H., Kweon, S., Kang, Y., Kim, J., Cho, B., & Parque, J. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psychooncology*, 22(6), 1283-90. doi: 10.1002/pon.3133.

- Fernandes, A., Cruz, A., Moreira, C., Santos, M., & Silva, T. (2014). Social support provided to women undergoing breast cancer treatment: A study review. *Advances in Breast Cancer Research*, 3, 47-53.
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Revista de Psicooncología*, 1(2-3), 169-180.
- Ford, S., Lewis, S., & Fallowfield, L. (1995). Psychological morbidity in newly referred patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(2), 193-202.
- 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 metaanalysis. *Psycho-Oncology*, 15(12), 1027-1037. doi: 10.1002/PON.1043.
- Ginossar, T., Larkey, L., Howe, N., & Goel, N., (mayo-2009). *Coping with women's cancer: patients: type of cancer, coping styles, and perceived importance of information and emotional support from physicians and from nurses*. Paper presented at the Annual Meeting of the International Communication Association, Marriott, Chicago, IL. Recuperado de http://citation.allacademic.com/meta/p300458_index.html
- Girdano, D., & Everly, G. (1986). *Controlling stress and tension*. (2ª ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Gremore, T., Baucom, D., Porter, L., Kirby, J., Atkins, D., & Keefe, F. (2011). Stress buffering effects of daily spousal support on women's daily emotional and physical experiences in the context of breast cancer concerns. *Health Psychology*, 30(1), 20-30.
- Guerra, L., & Pino, E. (2014). *Influencia de la autoeficacia, las emociones negativas, la espiritualidad y el apoyo social sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama* (Tesis de maestría). Recuperada de Repositorio Digital de Tesis de Universidad Santo Tomás, Colombia.
- Hajian, S., Mehrabi, E., Simbar, M., & Houshyari, M. (2017). Coping Strategies and experiences in women with a primary breast cancer diagnosis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(1), 215 - 224.
- Harris, G., Allen, R., Dunn, L., & Parmelee, P. (2013). "Trouble Won't Last Always". Religious coping and meaning in the stress process. *Qualitative Health Research*, 23(6), 773-781.
- Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Dorfman, C., & Uziely, B. (2014). Hope and social support utilization among different age groups of women with breast cancer and their spouses. *Psychology & Health*, 29(11), 1303-1319.

- Helgeson, V., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology, 15*, 135-148.
- Henselmans, I., Sanderman, R., Baas, P., Smink, A., & Ranchor, A. (2009). Personal control after a breast cancer diagnosis: Stability and adaptive value. *Psycho-Oncology, 18*, 104-108.
- Holahan, C., & Moos, R. (1985). Life stress and health: Personality, coping and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology, 49*(3), 739-747.
- Holland, K., & Holahan, C. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health, 18*, 15-29.
- House J. (1981). *Work, stress and social support*. Addison-Wesley Longman Educational Publishers Inc. Michigan, USA.
- Howren, M., Christensen A., Karnell, H., Van Liew, J., & Funk, G. (2013). Influence of pretreatment social support on health-related quality of life in head and neck cancer survivors: results from a prospective study. *Head Neck, 35*(6), 779-877. doi: 10.1002/hed.23029.
- Hughes, S., Jaremka, L., Alfano, C., Glaser, R., Povoski, S., Lipari, A., Agnese, D., Farrar, W., Yee, L., Carson, W., Malarkey, W., & Kiecolt-Glaser, J. (2014). Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: Longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology, 42*, 38-44. doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.12.016
- Inan, F., Günüşen, N., & Üstün, B. (2014). Experiences of newly diagnosed breast cancer patients in Turkey. *Journal of Transcultural Nursing*. doi: 10.1177/1043659614550488
- Instituto Nacional del Cáncer. (2017). *La espiritualidad en el tratamiento del cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/dia-a-dia/fe-y-espiritualidad/espiritualidad-pro-pdq>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Atenciones en salud: Personas atendidas con diagnóstico de cáncer, según órgano comprometido*. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2016). *Registro de cáncer de Lima Metropolitana 2004 – 2005*. Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer. Recuperado de

http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/Febrero/25022014_Libro_RCLM_CD.pdf

- International Agency for Research of Cancer. (2015). *Breast cancer estimated incidence, mortality and prevalence Worldwide in 2012*. Recuperado de http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx?cancer=breast
- Irem, Y. (2011). *The mediating roles of coping styles and perceived social support between dispositional hope and posttraumatic growth/ptsd relationships among postoperative breast cancer patients: a longitudinal study* (Tesis de licenciatura inédita). Middle East Technical University, Turquía.
- 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.
- Jiménez, T., Musitu, G., & Murgui, S. (2006). Funcionamiento y comunicación familiar y consumo de sustancias en la adolescencia: el rol mediador del apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 21(1), 21-34.
- Kim, J., Han, J., Shaw, B., McTavish, F., & Gustafson, D. (mayo, 2010). The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being: Testing mediation and moderation models. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 543-552. doi: 10.1177/1359105309355338.
- Kroenke, C., Kubzansky, L., Schernhammer, E., Holmes, M., & Kawachi, I. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 1105-1111.
- Kwan, M., Ergas, I., Somkin, C., Quesenberry, Ch., Neugut, A., Hershman, D., Mandelblatt, J., Pelayo, M., Timperi, A., Miles, S., & Kushi, L. (2010). Quality of life among women recently diagnosed with invasive breast cancer: The pathways study. *Breast Cancer Research and Treatment Journal*, 123(2), 507-524. doi: 10.1007/s10549-010-0764-8
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de licenciatura). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis de Pontificia Universidad Católica del 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: Martínez Roca S.A.

- Leal, I., Engebretson, J., Cohen, L., Rodríguez, A., Wangyal, T., López, G., & Chaoul, A. (2015). Experiences of paradox: a qualitative analysis of living with cancer using a framework approach. *Psychooncology*, 24(2), 138-146.
- Lehto, U., Ojanen, M., Dyba, T., Aromaa, A., & Kellokumpu-Lehtinen, P. (2006). Baseline psychosocial predictors of survival in localised breast cancer. *British Journal of Cancer*, 94, 1245-1252.
- Leibovich, N., Schmidt, V., & Marro, C. (2002). Afrontamiento. En Nora B. Leibovich de Figueroa (Ed.), *El "malestar" y su evaluación en diferentes contextos* (pp. 45-62). Buenos Aires: Eudeba.
- Leyva, Y., Solano, G., Labrador, L., Gallegos, M., & Ochoa, M. (2011). Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. *Revista Cuidarte*, 2(1), 96-104.
- Leung, J., Pachana, N., & McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23(9), 1014-1020. doi: org/10.1002/pon.3523.
- 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(3), 199-204.
- Lin, N., Dean, A., & Ensel W. (1986). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.
- Londoño, Y. (marzo, 2009). El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1), 70-77.
- López, A., Esteve, R., & Ramírez, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain*, 9(4), 373-379.
- Malik, A., & Kiran, T. (2013). Psychological problems in breast cancer patients: A review. *Chemotherapy* 2, 115. doi:10.4172/2167-7700.1000115
- 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, P., & Brantley, P. (2002). Stress, coping and social support in health and behavior. En T. Boll, J. Raczynski & L. Levinson (Eds.), *Handbook of clinical health psychology*, (pp. 233-267). Washington, DC: American Psychological Association.

- Martínez, O., Camarero, O., López, I., & Moré, Y. (2014). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Revista de Ciencias Médicas. La Habana*, 20(3), 390-400.
- Matthews, E., & Cook, P. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psicooncología*, 18(7), 716-26. doi: 10.1002 / pon.1461.
- McCrae, R. (1984). Situational determinants of coping responses: Lost, threat and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 919-928.
- Medina, M. (2017). *Afrontamiento y optimismo disposicional en pacientes mujeres con cáncer de mama* (Tesis de licenciatura). Recuperado del Repositorio Digital de Tesis de Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Mehrabi, E., Hajian, S., Simbär, M., Hoshyari, M., & Zayeri, F. (2015). Coping response following a diagnosis of breast cancer. *Electronic Physician*, 7(8), 1575-1583. doi: 10.19082 / 1575.
- Moos, R., & Schaefer, J. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. En L. Goldberger & B. Schomo (Eds), *Handbook of Stress. Theoretical and clinical aspects*, (pp.234-257). Nueva York: Free Press.
- Nicholas, D., & Veach, T. (2000). The psychosocial assessment of the adult cancer patient. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(2), 206-215.
- Nikanfar, R., Yousefi, B., Ebrahimzadeh, V., & Parniyanfard, N. (2015). *Social support and coping styles of breast cancer patients*. Recuperado de http://nastaransymposium.com/proceeding2015/files/file_323.pdf
- Norris, F., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498-511.
- Ojeda, S., & Martinez, C. (2012). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Revista de Enfermería Herediana*, 5(2), 89-96.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Datos y cifras sobre el cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *El cáncer en la región de las Américas*. Recuperado de <file:///C:/Users/User/Downloads/OPS-Nota-Informativa-Cancer-Mama-2014.pdf>

- Pérez, P., González, A., Mieles, I., & Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 41-54.
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2011). Creencias-Prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 5(1), 25-36.
- Reich, M., & Remor, E. (2010). Variables psicosociales asociadas con calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama post-cirugía: una revisión sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), 177-221.
- Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). Psycho-oncology: A psychosocial support and intervention model. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684.
- Rodrigo, M., & Byrne, S. (2011). Social support and personal agency in At-Risk mothers. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 13-24.
- Rodríguez, M., & Cohen, S. (1998). *Social support*. En H. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health*, (pp. 535-544). New York: Academic Press.
- Rodríguez, S., & Enrique, H. (2007). Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 7, 155-168.
- Rodríguez, J., Pastor, M., & López S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rowland, J. (1989). *Interpersonal resources: Social support*. En J. Holland & J. Rowland, (Eds.), *Handbook of Psycho-oncology: Psychological care of the Patient with cancer*, (pp 58-71). New York: Oxford University Press.
- Salas, C., & Romero, G. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(1), 9-18.
- Salonen, P., Rantanen, A., Kellokumpu-Lehtine, P-L., Huhtala, H., & Kaunonen, M. (2014). The quality of life and social support in significant others of patients with breast cancer: A longitudinal study. *European Journal of Cancer Care*, 23(2), 274-283. doi:10.1111/ecc.12153.
- Sánchez, A. (2015). *Reacciones emocionales en mujeres con cáncer de cuello uterino* (Tesis de licenciatura). Recuperado del Repositorio Digital de Tesis de Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Sarason, B., Sarason, I., & Pierce, G. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. En: B. R., Sarason, I.G. Sarason & G.R. Pierce (Eds), *Social Support: An Interactional View*, (pp. 9-25). New York: John Wiley and Sons.

- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Schaefer, J., & Moos, R. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. En R. Tedeschi, C. Park, & L. Calhoun (Eds), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, (pp. 99-126). Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Scheffold, K., Mehnert, A., Muller, V., Koch, U., Harter, M., & Vehling, S., (2014). Sources of meaning in cancer patients – influences on global meaning, anxiety and depression in a longitudinal study. *European Journal Cancer Care*, 23, 472-480.
- Schroevers, M., Helgeson, V., Sanderman, R., & Ranchor, A. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psicooncología*, 19(1), 46-53.
- Seeman, T., & Berkman, L. (1998). Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support?. *Social, Science and Medicine*, 23, 737-749.
- Shapiro, S., López, A., Schwartz, G., Bootzin, R., Figueredo, A., Braden, C., & Kurker, S. (2001). Quality of life and breast cancer: Relationship to psychosocial variables. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 501-519.
- Sharif, S., Ahadzadeh, A., & Perdamen, H. (2017). Uncertainty and quality of life of Malaysian women with breast cancer: Mediating role of coping styles and mood states. *Applied Nursing Research*, 38(12), 88-94.
- Sherbourne, C., & Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. *Social, Science and Medicine*, 32(6), 705-714.
- Sierralta, M. (2015). *Ajuste mental y apoyo social percibido en pacientes con cáncer de tiroides* (Tesis de licenciatura). Recuperado del Repositorio Digital de Tesis de Pontificia Universidad Católica del Perú.
- 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*, 11(27), 1323-1341.
- 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. Special Issue: Survivorship*, 11(2), 93-102.

- Stefanic, N., Caputi, P., Lane, I., & Iverson, D. (2015). Exploring the nature of situational goal-based coping in early-stage breast cancer patients: a contextual approach. *European Journal Oncology Nurse, 19*(6), 604-611.
- Steffens, R., Wright H., Hester M., & Andrykowski, M. (2011). Clinical, demographic, and situational factors linked to distress associated with benign breast biopsy. *Journal of Psychosocial Oncology, 29*(1), 35-50.
- Soto, R. (2010). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de licenciatura). Recuperado del Repositorio Digital de Tesis de Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Suwankhong, D., & Liamputtong, P. (2015). *Social support and women living with breast cancer in the South of Thailand*. doi: 10.1111/jnu.12179.
- Tanay, M., Wiseman, T., Roberts, J., & Ream, E. (2014). A time to weep and a time to laugh: Humour in the nurse-patient relationship in an adult cancer setting. *Supportive Care in Cancer, 22*(5), 1295-1301.
- Taylor, S. (2003). *Health Psychology*. 5ed. Boston: McGraw-Hill International Editions.
- Thoits, P.A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, 53*-79.
- Thompson, T., Rodebaugh, T., Pérez, M., Schootman, M., & Jeffe, D. (2013). Perceived social support change in patients with early stage breast cancer and controls. *Psicología de la Salud, 32*(8), 886-895.
- Torres, J. (2011). *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de licenciatura). Recuperado del Repositorio Digital de Tesis de Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Uribe, M. (2008). *Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino* (Tesis de maestría inédita). Universidad Complutense de Madrid. España.
- Urra, J. (2010). *Estudio sobre fortalezas para afrontar las adversidades de la vida*. Recuperado de <https://principiosdepsicoterapia.files.wordpress.com/2013/12/fortalezasparaafrentarlasadversidadesdelavida.pdf>
- Usta, Y. (2012). Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 13*, 3569-3572.
- Valderrama, E. (2003). *Relación entre la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento en mujeres mastectomizadas* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Recuperado de

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/71/browse?value=Valderrama+Torres%2C+Elizabeth&type=author>

- Valiente, C., & García, E. (2011). La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriatrica. *Psicogeriatría*, 2(3), 153-165.
- Valle Rivadeneyra, R., Zúñiga, M., Tuzet, C., Martínez, C., De la Jara, J., Aliaga, R., & Whittembury, A. (2006). Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. *Anales de la Facultad de Medicina*, 67(4), 327-332.
- Vargas, S. (2009). *Confiabilidad del instrumento Brief Cope Inventory en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana. Cali. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145216903002.pdf>
- Waters, E., Ying, L., Schootman, M., & Jeffe, D. (2013). Worry about cancer progression and low perceived social support: Implications for quality of life among early-stage breast cancer patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 45, 57-68. doi: 10.1007/s12160-012-9406-1.
- World Cancer Research Fund International. (2015). *Hechos y cifras sobre el cáncer - Datos mundiales*. Recuperado de <https://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/worldwide-data>.
- Yoo, W., Ghih, M., Kwon, M., Yang, Y., Cho, E., & McLaughlin, B. (2013). Predictors of the change in the expression of emotional support within an online breast cancer support group: a longitudinal study. *Patient Education and Counseling*, 90, 88-95. doi: 10.1016/j.pec.2012.10.001.





APÉNDICES



Apéndice A

Ficha de Datos

1. Edad: _____

2. Lugar de origen: Lima () Provincia ()

Especifique el lugar: _____

3. Sobre su residencia:

Siempre he vivido en Lima ()

Vivo en Lima desde antes de mi enfermedad ()

Vivo en Lima desde que recibí el diagnóstico ()

No vivo en Lima, solo vengo para mi tratamiento ()

4. Si es de provincia, ¿cuánto tiempo lleva viviendo en Lima? _____

5. ¿Con quién vive?

Con padres () Con la pareja ()

Con hijos () Con hijos y pareja ()

Sola ()

Con otros familiares () Especifique: _____

6. Si vive en Lima por la enfermedad, ¿con quién vive?

Con padres () Con la pareja ()

Con hijos () Con hijos y pareja ()

Sola ()

Con otros familiares () Especifique: _____

7. Grado de instrucción:

Primaria incompleta () Primaria completa ()

Secundaria incompleta () Secundaria completa ()

Técnica incompleta () Técnica completa ()

Superior incompleta () Superior completa ()

8. ¿Tiene pareja actualmente? Si () No ()
9. ¿Profesa alguna creencia religiosa? Si () No ()
- | | | | |
|------------|-----|-------------|-------|
| Católica | () | Judía | () |
| Mormona | () | Protestante | () |
| Evangélica | () | Otra | _____ |
10. ¿Hace cuánto tiempo recibió su diagnóstico? _____ (meses)
11. ¿Actualmente trabaja? Si () No ()
12. Si dejó de trabajar, ¿fue por la enfermedad? Si () No ()
13. ¿Ha sido diagnosticada con alguna otra enfermedad crónica? Si () No ()
14. Si su respuesta en la 13 fue Si ¿Con cuál de estas enfermedades ha sido diagnosticada?
- | | |
|--------------|-------|
| Diabetes | () |
| Hipertensión | () |
| Otra | _____ |

Apéndice B

Participantes

Características sociodemográficas

		f	%
Lugar de origen	Lima	26	46.4
	Provincia	30	53.6
Sobre su residencia	En Lima desde antes de la enfermedad	44	78.6
	En Lima desde el diagnóstico	12	21.4
¿Con quién vive?	Con padres	3	6.9
	Con pareja	9	20.5
	Con hijos	12	27.2
	Con hijos y pareja	13	29.5
	Con otros familiares	7	15.9
¿Con quién vive? (Viven en Lima desde diagnóstico)	Con padres	2	16.7
	Con pareja	2	16.7
	Con hijos	3	25.0
	Con hijos y pareja	2	16.7
	Con otros familiares	3	25.0
Grado de instrucción	Primaria completa	5	8.9
	Secundaria incompleta	5	8.9
	Secundaria completa	19	33.9
	Técnica incompleta	4	7.1
	Técnica completa	7	12.5
	Superior incompleta	5	8.9
	Superior completa	11	19.6
¿Tiene pareja actualmente?	Si	34	60.7
	No	22	39.3
Creencia religiosa	Católica	38	67.9
	Mormona	2	3.6
	Evangélica	13	23.2
	Otras	3	5.4
¿Actualmente trabaja?	Si	14	25.0
	No	42	75.0
¿Dejó de trabajar por la enfermedad?	Si	24	42.9
	No	32	57.1
Enfermedad crónica	Si	23	41.1
	No	33	58.9

Apéndice C

Consentimiento Informado

Ud. está siendo invitada a participar en una investigación cuyo objetivo es el de conocer sus respuestas frente al diagnóstico de cáncer de mama y el apoyo que ha recibido de su entorno. Este estudio es realizado por Carolina González Castillo, de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Si usted acepta ser parte de este estudio, se le solicitará contestar una ficha de datos personales y dos cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo. En caso tenga alguna duda puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Asimismo, considerando que su participación es voluntaria, tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente. Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación. Le aseguramos confidencialidad, ya que la información será usada exclusivamente para los propósitos de esta investigación, por lo que nadie ajeno a ella tendrá acceso a la misma. Existe la probabilidad de que experimente ciertas reacciones emocionales a raíz de recordar su experiencia; por ello, tendrá la oportunidad de recibir apoyo psicológico en sesiones individuales posteriores a su participación.

Para cualquier información adicional que desee puede obtenerla contactándose al correo ggonzalez@pucp.pe. Además, puede comunicarse con la Lic. Rocío Soto Bustamante, profesora de la Pontificia Universidad Católica del Perú y asesora de la presente investigación a quien puede contactar en la dirección de correo rocio.sotob@pucp.pe.

Le manifestamos nuestro agradecimiento pues la información que nos brinde es muy valiosa ya que contribuirá a generar conocimiento que puede ser útil en el desarrollo de futuras intervenciones psicológicas.

Firma de la Investigadora

Firma de la Participante

Fecha: _____

Apéndice D

Tabla 4

Análisis de ítems y Confiabilidad del Instrumento COPE

Estrategia	Alfa de Cronbach de estrategia	Item	Correlación ítem-test	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
Afrontamiento activo	0.28	C05	0.548	0.175
		C25	0.538	0.539
		C47	0.608	-0.068
		C58	0.492	0.197
Planificación	0.65	C19	0.702	0.612
		C32	0.718	0.606
		C39	0.602	0.64
		C56	0.791	0.474
Postergación	0.49	C10	0.377	0.529
		C22	0.76	0.218
		C41	0.643	0.462
		C49	0.68	0.403
Supresión actividades	0.2	C15	0.96	0.62
		C33	0.744	-0.334
		C42	0.576	0.093
		C55	0.699	-0.217
Apoyo social instrumental	0.78	C04	0.774	0.732
		C14	0.823	0.673
		C30	0.707	0.786
		C45	0.786	0.711
Apoyo social emocional	0.74	C11	0.745	0.677
		C23	0.687	0.737
		C34	0.756	0.712
		C52	0.854	0.592

Estrategia	Alfa de Cronbach de estrategia	Item	Correlación ítem-test	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
Reinterpretación positiva	0.8	C01	0.741	0.813
		C29	0.82	0.723
		C38	0.726	0.751
		C59	0.743	0.721
Aceptación	0.7	C13	0.742	0.59
		C21	0.681	0.744
		C44	0.569	0.654
		C54	0.766	0.551
Negación	0.55	C06	0.664	0.439
		C27	0.703	0.436
		C40	0.631	0.401
		C57	0.598	0.638
Acudir a la religión	0.86	C07	0.651	0.829
		C18	0.784	0.787
		C48	0.798	0.795
		C60	0.85	0.882
Enfocar y liberar emociones	0.45	C03	0.657	0.277
		C17	0.184	0.66
		C28	0.774	0.105
		C46	0.712	0.273
Desconexión conductual	0.47	C09	0.569	0.659
		C24	0.801	0.67
		C37	0.63	0.719
		C51	0.625	0.634
Desconexión cognitiva	0.25	C02	0.577	0.135
		C16	0.491	0.216
		C31	0.439	0.393
		C43	0.669	0.003

Estrategia	Alfa de Cronbach de estrategia	Item	Correlación ítem-test	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
Uso del humor	0.83	C08	0.613	0.883
		C20	0.88	0.76
		C36	0.79	0.674
		C50	0.701	0.752
Uso de drogas	0.67	C12	0.857	0.532
		C26	0.873	0.854
		C35	0.713	0.50
		C53	0.514	0.623

* $p < .05$



Apéndice E

Tabla 5

Análisis de ítems y Confiabilidad del Instrumento MOS

Tipo de apoyo social	Alfa de Cronbach de apoyo	Item	Correlación ítem-test	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
Apoyo emocional/ informativa	0.897	M03	0.76	0.885
		M04	0.786	0.882
		M08	0.58	0.896
		M09	0.792	0.88
		M11	0.724	0.887
		M13	0.696	0.889
		M14	0.752	0.881
		M16	0.765	0.883
		M17	0.612	0.898
		M19	0.735	0.886
Apoyo afectivo	0.87	M06	0.812	0.841
		M07	0.859	0.838
		M10	0.761	0.845
		M18	0.895	0.844
		M20	0.782	0.842
Apoyo instrumental	0.904	M02	0.845	0.894
		M05	0.798	0.886
		M12	0.846	0.869
		M15	0.868	0.854

Apéndice F

VICERRECTORADO DE
INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN



DICTAMEN

El Comité de Ética de la Investigación informa que, en la sesión de 28 de abril del 2016, ha revisado la documentación presentada sobre la investigación titulada *“Estrategias de afrontamiento y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico reciente con cáncer de mama”* y ha emitido el dictamen N° 0002-2016/CEI-PUCP (Antecedente: Consulta N° 0007-2016).

Los documentos revisados pertenecientes a esta investigación fueron los siguientes:

- Carta dirigida al Comité de Ética de la Investigación solicitando la emisión de dictamen
- Protocolo de investigación (proyecto de tesis)
- Protocolo de Consentimiento Informado
- Instrumentos de recojo de información (dos cuestionarios).

Luego de la revisión de la información detallada en líneas anteriores, el Comité por unanimidad emitió el dictamen de APROBADO. Ello, al amparo de su mandato que señala tienen el deber de: “asegurar el compromiso ético de los investigadores, así como certificar y supervisar que las investigaciones cumplan con los principios éticos de la investigación”¹.

Agradeceremos que para las comunicaciones futuras aluda al número de dictamen aquí asignado. Se emite este dictamen para los fines que se consideren pertinentes.

Lima, 28 de abril de 2016.

Atentamente,

María Isabel la Rosa Cormack
Presidente
Comité de Ética de la Investigación

¹ Artículo 1° del Reglamento del Comité de Ética de la Investigación de la PUCP

Apéndice G
Análisis no significativos

Tabla 6

Coefficiente de correlación entre las estrategias de afrontamiento y la variable edad

	Edad	P
Planificación	.01	.95
Apoyo Instrumental	-.22	.11
Apoyo emocional	-.02	.87
Reinterpretación positiva	.05	.73
Aceptación	.13	.35
Negación	-.10	.46
Uso del humor	-.10	.46
Coeficiente de correlación de Spearman		

Tabla 7

Coefficiente de correlación entre los tipos de apoyo social percibido y la variable edad

	Edad	P
Apoyo emocional/informacional	.12	.40
Apoyo afectivo	.05	.74
Coeficiente de correlación de Spearman		

Tabla 8

Comparación de medias y medianas de los tipos de apoyo social según la variable tener pareja

	Tener pareja							U/(54)	p
	Si (n = 34)			No (n = 22)					
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE			
Emocional Informacional	3.77		0.79	3.48		0.97	1.22	.23	
Instrumental		4.50			4.13		344.50	.62	

Tabla 9*Comparación de medias de la estrategia apoyo instrumental según la variable grado de instrucción*

	Grado de instrucción														F	p
	Primaria completa (n = 5)		Secundaria incompleta (n = 5)		Secundaria completa (n = 19)		Técnica incompleta (n = 4)		Técnica completa (n = 7)		Superior incompleta (n = 5)		Superior completa (n = 11)			
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE		
Instru mental	2.75	0.98	2.45	0.51	2.54	0.71	3.25	0.35	2.50	1.02	2.70	0.74	3.30	0.67	1.58	.17

Tabla 10*Comparación de medianas de las estrategias de afrontamiento según la variable grado de instrucción*

	Grado de instrucción							X ²	p
	Primaria completa (n = 5)	Secundaria incompleta (n = 5)	Secundaria completa (n = 19)	Técnica incompleta (n = 4)	Técnica completa (n = 7)	Superior incompleta (n = 5)	Superior completa (n = 11)		
	Mdn	Mdn	Mdn	Mdn	Mdn	Mdn	Mdn		
Planificación	3.50	3.00	2.75	3.38	3.25	3.25	3.50	7.51	.28
Apoyo Emocional	3.25	3.00	2.75	2.75	2.25	3.00	3.00	3.67	.72
Reinterpretación positiva	2.75	3.25	3.25	3.38	3.25	3.00	3.25	2.92	.81
Aceptación	3.25	3.50	3.50	3.88	3.75	3.25	3.75	3.35	.76
Acudir a la religión	3.50	4.00	3.75	3.50	3.50	3.75	4.00	9.75	.14
Negación	2.00	2.25	2.00	1.50	2.00	2.00	1.75	2.85	.83
Humor	1.00	1.00	1.00	1.50	1.25	1.00	1.00	6.88	.33