



FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**AFRONTAMIENTO Y OPTIMISMO DISPOSICIONAL EN PACIENTES MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica que presenta la Bachiller:

MARIA-PAZ MEDINA OLANO

ASESORA: ROCÍO SOTO

LIMA, 2017

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mis papás por la confianza, el esfuerzo, el cariño, la tolerancia y la libertad. Gracias por permitirme crecer todos los días y por enseñarme que los sueños se logran con pasión y perseverancia.

A Paulo, por ser mi ejemplo a seguir, mi cable a tierra y mi inspiración.

Gracias familia por la fortaleza y el respeto invaluable, por nunca dejarme dudar de mí misma.

A Rocío, por el apoyo incondicional y por acompañarme estos años. Gracias por la paciencia, la constancia y el tiempo, ambas sabemos que no fue un camino fácil. Gracias por la confianza en cada etapa del proceso y por tu contención en mis momentos de angustia.

Al INEN, en especial al servicio de Psicología y al departamento de Mamas, por la acogida y la apertura al aceptar mi tema de tesis. Gracias a cada uno de mis supervisores durante mi año de prácticas por su interés y por cada aprendizaje.

A mis compañeras de internado: a Meli, por compartir este proceso juntas; a Chiara, pieza clave, gracias por la seguridad y el cariño, hermana; a Sara, por la sabiduría y la complicidad; a Vale, por la escucha y la empatía; a Jany, por las ocurrencias y las risas; a Caro, por el sarcasmo en los momentos precisos. Sin duda, nada hubiera sido lo mismo sin ustedes.

A mis amigos incondicionales, en especial a Macla, Analú, Palo y Manu, por su constancia y motivación a lo largo de este proceso. Gracias por enseñarme a celebrar los logros y a abrazar los momentos de inquietud.

Finalmente, gracias a cada uno de los pacientes que tuve la oportunidad de conocer durante mi año de internado, gracias por permitirme acompañarlos y ser parte de experiencias desalentadoras como gratificantes. En especial, gracias a las mujeres que conocí durante esta investigación, por su fortaleza, su lucha y su esperanza. Gracias por su tiempo y su paciencia, por las grandes enseñanzas de la vida. Ustedes son y seguirán siendo ejemplo de perseverancia e inspiración para muchas de nosotras.

Gracias a cada uno de ustedes por darme las alas para cumplir todo lo que me proponga.

AFRONTAMIENTO Y OPTIMISMO DISPOSICIONAL EN PACIENTES MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

El objetivo principal de esta investigación fue conocer la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y el Optimismo Disposicional en una muestra de 51 pacientes mujeres con cáncer mama, con edades entre los 30 y 65 años de edad ($M=53.25$, $DE=8.60$) que recibían atención ambulatoria en un Instituto público especializado en cáncer de Lima Metropolitana. Para medir el Afrontamiento se utilizó el cuestionario multidimensional de estimación del afrontamiento COPE, creado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) y adaptado por Cassaretto y Chau (2016); para el Optimismo se utilizó el Test de Orientación Vital-Revisado (LOT-R), creado por Scheier, Carver y Bridges (1994), en la versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998) y adaptada por Oviden (2013) en contexto peruano. Los resultados evidencian una correlación significativa y directa entre el optimismo y las estrategias de afrontamiento *negación* ($r=.37$, $p=.01$), y *enfocar y liberar emociones* ($r=.28$, $p=.04$). Asimismo, se halló una relación significativa y directa entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y la estrategia de afrontamiento *planificación* ($r=.32$, $p=.02$). La investigación analiza las posibles explicaciones de los hallazgos, contribuyendo a la importancia de estudiar los factores psicológicos involucrados en la manera como las mujeres con cáncer de mama enfrentan la enfermedad.

Palabras clave: Afrontamiento, optimismo, cáncer de mama

ABSTRACT

The purpose of the study was to describe the correlations between coping strategies and dispositional optimism in a sample of 51 women patients with breast cancer, between the ages of 30 and 65 years ($M=53.25$, $SD=8.60$) who received ambulatory attention in a specialized oncological public Institution in Lima. The instruments used included the COPE Inventory, created by Carver, Scheier and Weintraub (1989) and adapted by Cassaretto and Chau (2016); and the Life Orientation Test-Revised (LOT-R) inventory of Scheier, Carver and Bridges (1994), in the Spanish version of Otero, Luengo, Romero, Gómez and Castro (1998) and adapted by Oviden (2013) in Peruvian context. The results show significant and direct correlation between optimism and coping strategies *denial* ($r=.37$, $p=.01$), and *focus and release emotions* ($r=.28$, $p=.04$). Likewise,

we found a significant and direct correlation between the time elapsed since diagnosis and the coping strategy *planning* ($r=.32$, $p=.02$). This research analyzes the possible explanations for the findings, contributing to the importance of studying psychological factors involved in the ways women with breast cancer deal with the disease.

Key words: Coping, dispositional optimism, breast cancer

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	13
Participantes	13
Medición	13
Procedimiento	17
Análisis de datos	18
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	21
REFERENCIAS	27
APÉNDICES	
Apéndice A: Consentimiento informado	37
Apéndice B: Ficha sociodemográfica	38
Apéndice C: Características sociodemográficas de la muestra	39
Apéndice D: Análisis de Confiabilidad Escala COPE 60	41
Apéndice E: Análisis de Confiabilidad Escala LOT-R	43
Apéndice F: Correlaciones entre tiempo de enfermedad y las variables de estudio	44
Apéndice G: Comparación de medianas en las variables según estadio clínico	45

En la actualidad, el cáncer es considerado como una de las patologías más temidas debido a la complejidad de sus tratamientos y a la estigmatización que se presenta en la sociedad, donde dicha enfermedad se suele asociar directamente a la muerte. Asimismo, su carácter crónico la vincula con algo incurable, poniendo en vulnerabilidad tanto a la persona que la padece como a su familia.

Si bien de los más de 50 tipos de cáncer que existen, más del 30% de estos pueden prevenirse a través de estilos de vida saludables o mediante inmunización contra infecciones que los causan, la mortalidad por cáncer continúa incrementándose. Apenas en el año 2012, 8,2 millones de personas fallecieron a causa de esta enfermedad (OMS, 2014).

Ese mismo año, en la región de las Américas se registraron 2,8 millones de casos nuevos de cáncer y 1,3 millones de muertes. El 47% de estas muertes se produjeron en América Latina y el Caribe, por lo que las proyecciones apuntan a que hacia el año 2030 se diagnosticarán 1,8 millones de casos nuevos de cáncer en estas zonas (OPS, 2012).

Específicamente, el cáncer de mama representa el tipo de cáncer más común en mujeres a nivel mundial, presentando una mayor incidencia en países desarrollados (OMS, 2014). Este tipo de cáncer se puede presentar en mujeres entre los 30 y 60 años de edad, incrementándose el riesgo desde los 40 años en adelante (American Cancer Society, 2013). En América Latina y el Caribe, el cáncer de mama representa el 12% de los tumores malignos (Gómez, Lewis, Torres & López, 2009). En el Perú es el tipo de cáncer más frecuente en la capital; presenta una mortalidad de 10,8 por cada 100,000 casos y en los últimos 30 años se ha visto incrementada su incidencia a 34 casos por cada 100,000 mujeres (Ramos & Venegas, 2013). El 12% de las pacientes que asisten a consulta se encuentran en estadio I; el 46%, en estadio II; el 33%, en estadio III; y el 8%, en estadio IV. De esta manera, se concluye que en nuestro contexto, la mayoría de pacientes acude a consulta en estadios clínicos II y III (INEN, 2011).

Entre los principales tratamientos para curar el cáncer de mama se encuentran la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía. Al respecto, la cirugía es el tratamiento al cual la mayor cantidad de pacientes se somete con el objetivo de remover el tumor de la mama. Así, el 57% de las pacientes diagnosticadas en un estadio temprano (I o II) suelen recibir cirugía para preservar la mama, mientras que el 36% suelen ser sometidas a una mastectomía. Asimismo, el 13% de las mujeres diagnosticadas en un estadio tardío (III o IV) reciben una cirugía para preservar la mama, y el 60%, una mastectomía (American Cancer Society, 2013). De esto se puede concluir que las pacientes que son

diagnosticadas en un estadio temprano tienen mayor probabilidad de ser sometidas a una cirugía que permita preservar la mama; mientras que esta probabilidad disminuye en las pacientes que son diagnosticadas en un estadio tardío.

Enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad que pone a prueba la vida y al largo proceso que ésta implica, requiere del despliegue de una serie de estrategias de ajuste y adaptación. El impacto del diagnóstico y los diversos factores de los que dependerá el pronóstico, como el tipo de cáncer, el estadio clínico, el grado de agresividad del tumor, la efectividad del tratamiento, y el estado de salud del paciente, pueden afectar la calidad de vida del mismo, el cual puede experimentar desequilibrios psicosociales a causa de la presencia de estrés, ansiedad y depresión (Franks & Roesch, 2006).

Es decir, a las consecuencias físicas y psicológicas involucradas en la enfermedad, como pueden ser el cambio en los estilos de vida del paciente y las irrupciones del tratamiento en el trabajo, el hogar y el ámbito social, se puede sumar a esta población en particular con cáncer de mama, el que el diagnóstico también pueda representar una amenaza directa al sentido de feminidad, al atractivo y a la apariencia física, como también a la función sexual, la maternidad y a la integridad de la mujer (Karademas, Karvelis, & Argyropoulou; 2007, Valderrama, 2003; Wimberly, Carver & Antoni; 2008). Un ejemplo de esto son las desfiguraciones causadas por la intervención quirúrgica, las cuales pueden ser un desencadenante para diversas dificultades como la alteración de la imagen corporal, mayor presencia de emociones negativas, auto-percepciones desfavorables como autoestima baja, y patrones de conducta negativos como la evitación social (Rumsey & Harcourt, 2003).

No obstante, las reacciones psicológicas ante la enfermedad y tratamientos no son igual de estresantes o perturbadoras para todas las personas. En este sentido, las respuestas favorables o desfavorables no se encuentran directamente relacionadas a la enfermedad en sí, sino más bien, son el resultado de la transacción entre los aspectos personales, experiencias individuales y las exigencias del medio ambiente (Lozano-Arrazola, Cupil-Rodríguez, Alvarado-Aguilar, & Granados-García, 2011).

Tomando esto en cuenta, se puede decir que el hecho de que una situación sea considerada como estresante o no, va a depender de la evaluación y valoración que cada individuo le atribuya a las demandas de su entorno; es decir, el estrés viene a ser una interacción entre la persona y el ambiente, en la cual el sujeto percibe en qué medida las

demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, identificando si éstos exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas (Lazarus & Folkman, 1984).

Dichos recursos pueden ser comprendidos desde el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1986), quienes señalan que el afrontamiento es definido como todos aquellos esfuerzos, ya sean actos o procesos, cognitivos y comportamentales, constantemente cambiantes y flexibles para manejar las demandas específicas externas o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. En este sentido, el afrontamiento corresponde a un proceso dinámico que cambia constantemente a raíz de las actitudes y las circunstancias de cada persona, el cual puede ser dividido en estilos y estrategias.

Por un lado, Lazarus y Folkman (1986) agruparon las estrategias de afrontamiento en dos estilos, los cuales representan las tendencias consistentes y habituales de las que una persona hace uso para lidiar con las demandas del ambiente, y se encuentran relacionados con la disposición general y personalidad de cada uno (Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005). Se puede acudir a dos estilos principales: el estilo centrado en la emoción y el estilo centrado en el problema. El primero ayuda a regular el grado de sufrimiento emocional que causa el evento estresante y aparece cuando se evalúa que no se pueden cambiar sus condiciones; mientras que el segundo implica manejar el problema específico modificando la causa del sufrimiento y las condiciones responsables de la amenaza: definiendo el problema, generando alternativas de solución, comparando costos y beneficios, y actuando para cambiar la situación (Barroilhet et al., 2005; Lazarus & Folkman, 1986; Londoño et al., 2006).

Años más tarde, Carver, Scheier y Weintraub (1989) reevalúan la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman, y analizan que tanto el estilo centrado en la emoción como el centrado en el problema comprenden estrategias muy distintas entre sí y pueden presentar diferencias en el éxito con el que la persona afronta los eventos estresantes. Bajo esta premisa, dichos autores aceptan la categorización de los estilos según Lazarus y Folkman, sin embargo, plantean la existencia de un tercer estilo de afrontamiento conocido como evitativo. Este último suele presentarse como un desentendimiento de la situación amenazante, asumiendo un rol pasivo y anulando las conductas que podrían hacer frente al problema.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son aquellos intentos cognitivos o conductuales específicos, concretos y cambiantes que son empleados por una persona para hacer frente al evento estresante, tomando en cuenta las características de dicho

evento y las consecuencias que éste tiene sobre el ambiente, así como aspectos personales y experiencias individuales (Barroilhet et al., 2005; Lazarus & Folkman, 1986).

Según la clasificación de Carver et al. (1989), en primer lugar, el estilo focalizado en la emoción comprende estrategias como la búsqueda de apoyo social por razones emocionales, refiriéndose a la búsqueda de apoyo moral, empatía y comprensión en las demás personas; la reinterpretación positiva y crecimiento, la cual busca rescatar lo favorable de la situación adversa; la aceptación, reconociendo la existencia del evento estresante y aceptando su realidad; la negación, la cual consiste en rehusarse a creer que el estresor existe; y el acudir a la religión, la cual tiene la intencionalidad de reducir la tensión existente.

En segundo lugar, el estilo focalizado en el problema se encuentra compuesto por estrategias como el afrontamiento activo, cuyo objetivo es realizar conductas orientadas a minimizar los efectos negativos del estresor; la planificación, que consiste en organizar estrategias de acción para manejar el problema; la supresión de actividades competentes, con la intencionalidad de evitar ser distraído por actividades distintas al manejo del estresor; la postergación del afrontamiento, cuyo objetivo es impedir realizar alguna acción prematuramente; y la búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, refiriéndose a la búsqueda de personas que puedan brindar consejo, orientación e información para solucionar el problema.

En relación al estilo de afrontamiento adicional denominado evitativo, Carver et al. (1989) identifican tres estrategias: el enfocar y liberar emociones, que se da cuando la persona se focaliza en las consecuencias desagradables del evento y las emociones se expresan abiertamente; el desentendimiento conductual, referido a la disminución del esfuerzo conductual y cognitivo dirigido al estresor; y el desentendimiento mental, el cual ocurre cuando la persona permite que diversas actividades lo distraigan de su evaluación de los aspectos asociados al problema. Adicionalmente, se agregan las estrategias del uso del humor y el uso de sustancias (alcohol/drogas). No obstante, existen controversias con respecto a la organización en estilos de afrontamiento, encontrándose una falta de acuerdo sobre la cantidad de factores, la cual suele variar entre tres y cuatro, evidenciándose una ambigüedad en este tipo de clasificación (Carver et al., 1989; Cassaretto & Chau, 2014).

Las mujeres con cáncer de mama, frente al desequilibrio emocional que un evento estresante como éste les puede generar, pueden poner en práctica diversas

estrategias de afrontamiento que les permitan salvaguardar su integridad emocional (Meza, Espíndola, Mota, Rodríguez, & Díaz, 2005). En esa línea, los resultados del meta-análisis de Franks y Roesch (2006) sugieren que los pacientes con cáncer que evalúan la enfermedad como un daño o pérdida presentan mayor tendencia hacia un afrontamiento evitativo, cuyo objetivo es evadir lo que causa dicho daño; quienes la evalúan como una amenaza suelen hacer uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema; y aquellos que la evalúan como un reto hacen uso tanto de estrategias enfocadas en el problema como en la emoción, contando así con un repertorio amplio de estrategias adaptativas que se aproximan al evento estresor.

Diversas investigaciones han demostrado la relación positiva entre estrategias de afrontamiento adaptativas, que se aproximan al evento estresor, y un mejor bienestar físico y mental, mayores niveles de calidad de vida relacionada a la salud, mejor funcionamiento social, y menores niveles de afectividad negativa y estrés en pacientes con cáncer de mama (Donovan-Kicken & Cauglin, 2011; Filazoglu & Griva, 2008; Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou, & Koutri, 2007). Al respecto, Filazoglu y Griva (2008) identificaron que las mujeres que hacen uso de estrategias de afrontamiento que se aproximan al evento estresor, ya sean focalizadas en el problema o en la emoción, sobrellevan de una manera más adaptativa el proceso post-operatorio y las demandas del proceso de enfermedad, que las mujeres que hacen uso de estrategias evitativas.

Adicionalmente, Roussi et al. (2007) en su estudio con 72 mujeres griegas recientemente diagnosticadas con cáncer de mama, entre 28 y 75 años de edad, encontraron que el uso de estrategias como la aceptación y el humor se relacionan negativamente con la presencia de estrés en cualquier etapa, previa a la intervención quirúrgica, tres días después y tres meses después de ésta. Mientras que el uso de la reinterpretación positiva y crecimiento se relaciona negativamente con el estrés tres meses después de haber sido intervenida quirúrgicamente. Por el contrario, el uso de la liberación de emociones y la negación, luego de la cirugía y tres meses después de ésta, se relacionan positivamente con niveles altos de estrés, con lo que se observa que no todas las estrategias del estilo focalizado en la emoción resultan adaptativas.

Por su parte, Franks y Roesch (2006) identifican al tiempo transcurrido desde haber recibido el diagnóstico, como una variable mediadora entre la evaluación del evento y las estrategias de afrontamiento. Señalan que a mayor tiempo de haber sido diagnosticado, mayor es la presencia de estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema, en pacientes que evalúan la enfermedad como una amenaza, y es también

mayor el uso de estrategias que se aproximan al evento en pacientes que la evalúan como un reto. Esto debido a que los pacientes pueden percibir que ya han sobrepasado la enfermedad y que pueden sobrevivir al cáncer a largo plazo.

En el contexto peruano, diversos autores (Becerra & Otero, 2013; Cassaretto & Paredes, 2006; Lostaunau & Torrejón, 2013; Soto, 2010; Valderrama, 2003) nos recuerdan la importancia del afrontamiento en el paciente crónico, pudiendo mediar y amortiguar los efectos del estrés que puede causar la enfermedad. Al respecto, se ha encontrado que tanto el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción como el estilo de afrontamiento enfocado en el problema son utilizados por las mujeres limeñas con cáncer de mama que fueron evaluadas, siendo el primero cuyo empleo se reporta con mayor frecuencia. Por el contrario, el estilo evitativo sería el menos utilizado por las pacientes (Becerra & Otero, 2013; Lostaunau & Torrejón, 2013; Soto, 2010).

En relación a las estrategias de afrontamiento, el acudir a la religión resulta ser la más utilizada, seguida de la reinterpretación positiva y crecimiento, la aceptación, y la búsqueda de apoyo social por razones emocionales. Mientras que la menos utilizada es el desentendimiento conductual (Becerra & Otero, 2013; Soto, 2010; Valderrama, 2003).

Por otro lado, en el contexto peruano, Soto (2010) evidencia que la supresión de actividades competentes, la postergación del afrontamiento y la búsqueda de apoyo social por razones instrumentales resultan ser las estrategias más empleadas por las pacientes con cáncer de mama en estadio clínico (EC) III, en comparación con las de EC II. Esto difiere de lo encontrado por Filazoglu y Griva (2008) en Inglaterra, quienes concluyen que las pacientes en EC III y IV tienden a acudir más a la religión y a utilizar menos estrategias enfocadas en el problema que pacientes en EC más tempranos.

En cuanto al tiempo transcurrido desde el diagnóstico, Becerra y Otero (2013) encontraron que las pacientes con más de tres años de diagnóstico emplean con mayor frecuencia la estrategia desentendimiento conductual, en comparación de las pacientes con menos de tres años de haber sido diagnosticadas. Si bien estos resultados difieren de lo obtenido en el meta-análisis de Franks y Roesch (2006), Becerra y Otero (2013) infieren que con el transcurso del tiempo, la percepción de amenaza de la enfermedad disminuye, la enfermedad se puede encontrar más controlada, y las pacientes pueden retornar a su vida cotidiana sin que la ésta sea la protagonista.

Si bien algunas estrategias de afrontamiento pueden presentar resultados positivos, lo más útil es contar con un repertorio amplio de estrategias y estilos que sean

utilizados de manera flexible y permitan que el paciente se adapte mejor a la enfermedad y presente menores niveles de estrés (Cassaretto & Paredes, 2006; Roussi et al., 2007). Precisamente, los resultados obtenidos por Font y Cardoso (2009) y Franks y Roesch (2006) sugieren que las pacientes con cáncer de mama tienden a utilizar múltiples estrategias de afrontamiento de manera simultánea para manejar el estrés, y difícilmente dichas estrategias son totalmente excluyentes.

En relación a lo anterior, diversos estudios han encontrado que frente al cáncer de mama, las pacientes pueden hacer uso de diversas estrategias de afrontamiento para sobrellevar la enfermedad, evidenciándose que aquellas que se aproximan al evento estresor utilizando la planificación, la aceptación, la reinterpretación positiva y crecimiento, y/o la búsqueda de apoyo social, generan mayor bienestar psicológico, mejor calidad de vida y funcionamiento social, así como menores niveles de afectividad negativa y de estrés durante el proceso de enfermedad y tratamientos (Donovan-Kicken & Cauglin, 2011; Filazoglu & Griva, 2008; Meza et al., 2005; Roussi et al., 2007). Por el contrario, se ha encontrado que las estrategias evitativas llevan a una adaptación desfavorable durante el proceso de enfermedad (Filazoglu & Griva, 2008).

Como se ha venido tratando, el afrontamiento juega un rol importante en la adaptación al cáncer de mama. Éste se suele considerar una de las razones por las cuales el optimismo disposicional resulta ser un recurso para ajustarse a la enfermedad, mantener un adecuado bienestar, y reducir los niveles de malestar emocional en las pacientes con diferentes tipos de cáncer (Carver, Lehman & Antoni, 2003; Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskivaara, Lipsanen, & Hietanen, 2012; Solberg & Sergerstrom, 2006), por lo que resulta relevante estudiar su relación.

El optimismo disposicional es un rasgo de personalidad estable, consistente en el tiempo e independiente de las situaciones (Schou, Ekeberg, Sandvik, & Ruland, 2005), y se ha sugerido que representa una combinación de los rasgos de personalidad neuroticismo y extraversión (Carver & Scheier, 2014). Si bien existe controversia con respecto a si el constructo asume una dimensión bipolar, encontrándose investigaciones que defienden la idea de que una persona podría tender a presentar una expectativa optimista en general, y al mismo tiempo, presentar una perspectiva más pesimista para situaciones específicas (Oliden, 2013; Vera-Villaruel, Córdova-Rubio, & Celis-Atenas, 2009), Carver y Scheier (2014) proponen tratar el optimismo-pesimismo como una única dimensión, evidenciando que trabajar con la bidimensionalidad del constructo muchas veces no genera mayor beneficio al estudiarlo.

Las personas optimistas no suelen hacer atribuciones internas, estables y globales de los eventos negativos en sus vidas, de tal manera que es más probable que valoren el estrés como algo posible de cambiar, que es específico y que proviene de factores externos que pueden modificarse (Morales et al., 2011). De manera general, las principales diferencias entre optimistas y pesimistas se basan en la manera como las personas afrontan los retos en sus vidas. Las personas optimistas se mantienen enfocadas en sus esfuerzos para lograr sus objetivos, presentando un afrontamiento más activo que las personas pesimistas (Scheier & Carver, 1985; Scheier, Carver, & Bridges, 1994); asimismo, tienden a afrontar enfermedades y tratamientos específicos de manera más adaptativa (Carver, et al., 1989).

Al respecto, se ha encontrado que los optimistas suelen hacer un mayor uso de estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema, más que las personas pesimistas. Sin embargo, cuando este tipo de afrontamiento no es una posibilidad, los optimistas suelen utilizar estrategias enfocadas en la emoción, tales como la aceptación y la reinterpretación positiva y crecimiento. Mientras que los pesimistas tienden a afrontar los eventos estresantes distanciándose de los objetivos planteados con los cuales interfieren dichos eventos (Matthews & Cook, 2009; Scheier et al., 1994). En este sentido, el optimismo se encuentra relacionado a estrategias que se aproximan al evento estresante, ya sean enfocadas en el problema o en la emoción, mientras que el pesimismo se asocia a estrategias evitativas como el desentendimiento conductual y mental (Solberg & Segerstrom, 2006).

Cabe resaltar que el optimismo disposicional es una variable altamente asociada al bienestar psicológico (Al-Azri, Al-Awisi, Al-Rasbi, & Al-Moundhri, 2013; Vilhena, 2014) y a la salud mental en general durante el proceso de una enfermedad como el cáncer (Dunn, Occhipinti, Campbell, Ferguson, & Chambers, 2011; Gallagher & Lopez, 2009; Matthews & Cook 2009), esto debido a que las expectativas positivas con respecto al futuro son una fuente importante de sentimientos positivos (Pinquart, Fröhlich, & Silbereisen, 2007). Asimismo, se ha evidenciado que mayores niveles de optimismo se asocian a menores niveles de estrés, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer (Scheier, Carver, & Bridges, 2001; Sohl, et al., 2012).

En esa línea, Gustavsson-Lilius et al. (2012) estudian el rol del optimismo sobre los niveles de estrés en 81 mujeres y 66 hombres con cáncer, y sus respectivas parejas, observando que los pacientes y las parejas que se muestran más optimistas a la hora de recibir el diagnóstico, reportan menores síntomas de estrés y ansiedad ocho meses

después, a diferencia de los pacientes y parejas menos optimistas. De esta manera, se concluye que el optimismo parece actuar como un factor amortiguador del estrés ante el diagnóstico de cáncer y el proceso de enfermedad.

Adicionalmente, el estudio realizado por Sohl et al. (2012) con 106 pacientes con cáncer de mama en Estados Unidos concluye que las mujeres más optimistas experimentan emociones más positivas al iniciar radioterapia, a diferencia de las mujeres más pesimistas. Asimismo, se encuentra que las pacientes latinoamericanas, en estadio II o III, que han sido sometidas a una mastectomía, y que son altamente pesimistas, tienden a presentar mayores niveles de estrés y menor bienestar previamente a la radioterapia.

Por su parte, Karademas, Karvelis y Argyropoulou (2007) en su estudio con 92 mujeres griegas entre 35 y 68 años, han evidenciado, por un lado, que cuanto mayor es el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer de mama, se pueden presentar mayores niveles de estrés y menor optimismo; esto debido al miedo que causa la posibilidad de recurrencia del cáncer o de metástasis del tumor primario. Por otro lado, se concluye que cuanto mayor es el tiempo transcurrido desde la mastectomía, se presentan menores niveles de estrés y mayor optimismo; esto probablemente asociado a que la mastectomía puede representar una experiencia estresante ante la cual se genera gran aversión. Esto evidencia que no hay un acuerdo con respecto a la relación entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y los niveles de optimismo, debido a diversos factores asociados a la enfermedad que pueden estar involucrados.

Finalmente, Wimberly, Carver y Antoni (2008) investigaron la relación entre el optimismo y el bienestar psicosexual en 136 pacientes con cáncer de mama (29 y 79 años), que han sido intervenidas quirúrgicamente. Se evidenció que las pacientes más optimistas presentan un mayor bienestar psicosexual, debido a que perciben mayor soporte social durante la enfermedad y luego de la cirugía. También se encontró que las pacientes con una orientación optimista hacia la vida presentan mayor bienestar psicosexual, debido a que experimentan menor estrés emocional asociado a la enfermedad.

Se evidencia entonces que, frente a enfermedades crónicas como el cáncer, el optimismo puede actuar como un facilitador de comportamientos favorables, que permite al paciente adecuarse a las condiciones médicas y a los hábitos de salud, adherirse a los tratamientos, y sobrellevar la enfermedad de una manera adaptativa (Oliden, 2013). Asimismo, los estudios han encontrado una relación positiva entre

optimismo, bienestar psicológico y la salud tanto física como psicológica (Dunn et al., 2011; Gallagher & Lopez, 2009; Karademas, 2006; Matthews & Cook, 2009; Sanjuán & Magallanes, 2006), así como una relación negativa entre optimismo y sintomatología depresiva y ansiosa durante el proceso de una enfermedad como el cáncer de mama (Scheier et al., 2001; Sohl et al., 2012). De esta manera, se puede concluir que frente a situaciones adversas, el optimismo tiende a actuar como un elemento amortiguador del estrés, llevando a que se presenten menores consecuencias emocionales negativas durante el diagnóstico y tratamiento (Bozo, Gündogdu, & Büyükasik-Colak, 2009; Gustavsson-Liluis et al., 2012).

En vista de lo expuesto se puede argumentar, entonces, una posible relación entre las estrategias de afrontamiento y el optimismo disposicional, donde el optimismo puede ser un factor relevante en el despliegue de un repertorio flexible de estrategias adaptativas frente a un determinado estresor. Al respecto, el meta-análisis de Solberg y Segerstrom (2006) y el estudio de Chico (2002) concluyen que el optimismo disposicional se encuentra positivamente asociado a estrategias de afrontamiento activas como la planificación y la reinterpretación positiva y crecimiento, las cuales se aproximan al evento estresor con el objetivo de manejarlo, reducirlo o eliminarlo; y negativamente asociado a estrategias evitativas como el desentendimiento conductual y mental, cuyos objetivos son alejarse, ignorar y esquivar los estresores.

Mientras que las pacientes más optimistas cuentan con un amplio repertorio de estrategias con las cuales se aproximan al evento estresor para afrontarlo, las pacientes más pesimistas hacen mayor uso de estrategias evitativas, tendiendo a presentar mayor afectividad negativa como ansiedad y desesperanza cuando se encuentran en fases avanzadas, corriendo el riesgo de que su estado de salud empeore (Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León, & González-Jareño, 2006).

Tomando en cuenta lo mencionado, se puede decir que el optimismo actúa como factor clave en la adaptación del paciente a una enfermedad crónica como es el cáncer de mama, en tanto promueve la utilización de un repertorio de estrategias de afrontamiento adaptativas, y dichas expectativas positivas con respecto al futuro pueden generarles mayor bienestar emocional en el presente. Bajo esta mirada, los resultados encontrados en esta investigación podrían ser utilizados para promover estrategias de afrontamiento adaptativas, así como trabajar con el paciente a través del abordaje terapéutico, la imaginación y la búsqueda de explicaciones más optimistas a eventos adversos. Todo esto con el objetivo de fomentar hábitos de salud favorables, la adherencia al

tratamiento médico prescrito, y la mejora de la calidad de vida del paciente que sobrevive y convive con el cáncer.

Por ello, la presente investigación tiene como propósito estudiar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el optimismo disposicional, en un grupo de pacientes mujeres con cáncer de mama. Asimismo, se tiene como objetivos específicos presentar ambas variables a nivel descriptivo; analizar las posibles diferencias en el afrontamiento y el optimismo según el estadio clínico; y describir la posible relación entre los constructos y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Se busca estudiar la relación entre las variables mencionadas en un momento único del tiempo.





Método

Participantes

La muestra está compuesta por 51 pacientes mujeres que padecen por primera vez el cáncer de mama, con un tiempo de diagnóstico entre los 12 y 180 meses ($M=58.49$, $DE=42.03$), que asisten al servicio de consulta externa de su departamento médico en un Instituto público especializado en cáncer en la ciudad de Lima. El rango de edades de las pacientes fluctúa entre los 30 y 65 años de edad ($M=53.25$, $DE=8.60$).

El 39.2% de las pacientes vive en la ciudad de Lima, mientras que el 60.8% ha migrado de provincia. En cuanto al nivel de instrucción, el 17.6% cuenta con primaria completa y el 37.3% con secundaria completa. En relación a la ocupación actual, el 66.7% de las pacientes no trabaja, mientras que el 33.3%, sí cuenta con un trabajo. En relación a la religión, el 74.5% de las pacientes profesa la religión católica. En cuanto al estadio clínico (EC) de la enfermedad, el 13.7% de las pacientes se encuentra en EC I; el 47.1%, en EC II; y el 39.2%, en EC III. Por último, el tratamiento recibido por el 60.8% de las pacientes está compuesto por cirugía, quimioterapia y radioterapia (ver Apéndice C).

Se excluyó a las pacientes en EC IV o que presentaban metástasis, a aquellas que habían presentado una recaída anteriormente, así como a quienes presentaban algún diagnóstico psiquiátrico previo o alguna enfermedad crónica adicional al cáncer.

Todas las participantes fueron informadas de los objetivos del estudio, del carácter voluntario de su participación, del anonimato de sus respuestas y de la confidencialidad de su identidad, a través del consentimiento informado que fue brindado por la investigadora al momento de la evaluación (ver Apéndices A y B). Asimismo, frente a la movilización emocional que podía producirse en las mujeres evaluadas al momento de responder a las escalas, se procedió a brindar un espacio de soporte y contención emocional.

Medición

El afrontamiento se evaluó a través del *Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE* en su versión disposicional (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) y en su adaptación lingüística realizada por Cassaretto y Chau (2014) en el Perú, la cual agrupa 46 ítems traducidos por Calvete, 9 ítems traducidos por Casuso (1996) y 5

nuevos ítems introducidos. El cuestionario busca evaluar las formas o estrategias de afrontamiento que utilizan las personas al enfrentarse a diversas situaciones estresantes. Luego, estas estrategias son organizadas en tres estilos hallados por las autoras luego de un análisis de las propiedades psicométricas de la prueba (*orientado a lo social/emocional, orientado a la evitación, y orientado a la tarea/aproximación*), además incluyen una agrupación de las estrategias que no pertenecen a estilos puros donde estarían ubicadas las estrategias de *afrontamiento religioso, uso del humor, y uso de sustancias*.

Este cuestionario está compuesto por 60 ítems con opciones de respuesta tipo Likert, con una puntuación que va de 1 al 4, donde 1 equivale a *casi nunca hago esto*, 2 a *algunas veces hago esto*, 3 *usualmente hago esto*, y 4 *hago esto con mucha frecuencia*. Algunos ejemplos de los ítems contenidos en la prueba son: “*Me niego a creer que haya sucedido*”, “*Intento encontrar consuelo en mi religión*”, “*Pienso profundamente acerca de qué pasos tomar*”. Todos los ítems de la escala se encuentran organizados alrededor de 15 escalas: *afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades, contención del afrontamiento, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, afrontamiento religioso, enfocar y liberar emociones, negación, uso del humor, desentendimiento mental, desentendimiento conductual y uso de sustancias (alcohol/drogas)*.

La investigación realizada por Cassaretto y Chau (2014) en 300 estudiantes universitarios utiliza la versión del *COPE 60* traducida al español. Los puntajes alfa de Cronbach obtenidos para las estrategias oscilan entre .53 (*desentendimiento mental*) y .91 (*uso del humor*). Los resultados del análisis factorial evidenciaron un KMO de .80 ($p < 0.01$) y una varianza de 65.15% que explica 15 factores, donde las estrategias de *afrontamiento activo y planificación* forman un solo factor, y las estrategias de *búsqueda de soporte social por razones instrumentales y búsqueda de soporte social por razones emocionales* otro factor. Con la finalidad de explorar una estructura superior para las escalas, se realizó un análisis factorial exploratorio del cual se obtuvo una estructura de 3 factores que explican el 55.92% de la varianza de la prueba con un KMO de .69 ($p < 0.01$), sin embargo, las autoras cuestionan la posibilidad de la organización en estilos debido a su débil evidencia, sugiriendo utilizar este modelo de manera prudente y optar por el estudio y análisis de las estrategias de afrontamiento.

Los autores originales del *COPE* (Carver et al., 1989) evaluaron la confiabilidad del inventario en su versión original (52 ítems) por un lado, a través de la consistencia interna encontrándose que los índices de confiabilidad variaban para las diferentes escalas entre .45 y .92, siendo el *desentendimiento mental* la que obtuvo la más baja confiabilidad y el *acudir a la religión*, la más alta. Por otro lado, a través del procedimiento test-retest, se hallaron valores que van de .46 a .86 para las escalas, donde la estrategia *supresión de actividades* obtuvo la más baja confiabilidad y el *afrontamiento religioso*, la más alta.

Con respecto a las confiabilidades encontradas en población con cáncer de mama en el Perú, Lostaunau y Becerra (2013) hallaron índices aceptables alfa de Cronbach para las estrategias que fluctuaban entre .56 y .85, a excepción de *afrontamiento activo* (.43), *postergación del afrontamiento* (.49), *desentendimiento mental* (.38), *afrontamiento religioso* (.23) y *uso de alcohol/drogas* (.00).

En el presente estudio, en cuanto a las confiabilidades de las estrategias, se evidenciaron índices aceptables que iban de .55 (*contención del afrontamiento*) a .84 (*uso del humor*), a excepción del *uso de sustancias* (-.05), *afrontamiento activo* (.15), *desentendimiento mental* (.41), *aceptación* (.46) y *desentendimiento conductual* (.49), cuyos resultados no se reportarán (ver Apéndice D).

Por otro lado, el constructo de optimismo disposicional se evaluó a través del *Test de Orientación Vital-Revisado (LOT-R)* (Scheier et al., 1994) en la versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998) utilizada por Oviden (2013), quien realizó un análisis de las propiedades psicométricas de la escala en población universitaria de Lima Metropolitana.

Ésta busca evaluar la tendencia constante de las personas a esperar resultados positivos o negativos en eventos futuros, y consta de 10 ítems con cinco opciones de respuesta en escala Likert, donde 1 significa *estoy completamente de acuerdo*, 2 *estoy parcialmente de acuerdo*, 3 *indeciso*, 4 *estoy parcialmente en desacuerdo*, y 5 *estoy completamente en desacuerdo*. De los 10 ítems que contiene la prueba, tres se encuentran en sentido positivo (1, 4 y 10), entre los cuales se encuentra “*Siempre soy optimista en cuanto al futuro*”, y tres en sentido negativo (3, 7 y 9), como el ítem “*Raramente espero que las cosas salgan a mi modo*”. Los cuatro ítems restantes (2, 5, 6 y 8) son de control y no poseen validez para el análisis del constructo.

La versión original del *Test de Orientación Vital-Revisado (LOT-R)* fue realizada por Scheier y Carver (1985) con 2055 estudiantes universitarios

estadounidenses, presentando un alfa de Cronbach de .78. Con respecto a la validez de constructo por análisis factorial, Scheier et al. (1994) plantearon que el LOT-R medía una variable unidimensional (*optimismo disposicional*) con dos polos (*optimismo* y *pesimismo*), la cual explicaba el 48.1% de la varianza total. Si bien, los autores propusieron la unidimensionalidad del constructo, en el contexto peruano, Oliden (2013) realizó una revisión de las propiedades psicométricas del LOT-R con 302 estudiantes de pregrado de dos universidades privadas de Lima, encontrando que dicha escala mide un constructo bidimensional conformado por el *optimismo* y el *pesimismo*.

Lo anterior es evidenciado a través de un análisis factorial en donde se obtuvo un coeficiente KMO de .63 y un coeficiente de $\chi^2=174.63$ ($p<.01$) en la prueba de esfericidad de Bartlett. De esta manera se indicó que estos dos factores explicarían el 53.92% de la varianza total. Al respecto, se encontró que el Factor 1 (*pesimismo*) explicaba el 27.15% de la variabilidad total de la prueba, y el Factor 2 (*optimismo*) explicaba el 26.77% (Oliden, 2013).

En cuanto a la confiabilidad, Oliden (2013) encontró que la escala presentaba un alfa de Cronbach global de .53 para la muestra evaluada. Las correlaciones ítem-test fluctuaron entre .15 y .40, donde el ítem 1 fue el que obtuvo el índice más bajo. Asimismo, el primer factor, el *pesimismo*, alcanzó un alfa de .55 y sus correlaciones ítem-test presentaban coeficientes entre .31 y .41. El segundo factor, el *optimismo*, obtuvo un alfa de .55, cuyos ítems presentaban correlaciones ítem-test entre .29 y .37 (Oliden, 2013).

En el contexto latinoamericano, destaca la adaptación brasileña de la escala realizada con 280 personas con esclerosis múltiple, evidenciándose la bidimensionalidad del constructo, explicando estos dos factores (*pesimismo* y *optimismo*) el 65.5% de la varianza total. En cuanto a la confiabilidad, se obtuvo un alfa de Cronbach global de .79 (Ribeiro, Pedro & Marques, 2012).

A manera de comparación, el estudio de Vera-Villaruel, Córdova-Rubio y Celis-Atenas (2009) con población normal en Chile, halla que la estructura factorial muestra una solución bidimensional explicando el 55.55% de la varianza total. El primer factor, considerado el *pesimismo*, explicó el 23.43% de la variabilidad de la prueba, mientras que el segundo factor, el *optimismo*, explicaba el 32.11%. En relación a la confiabilidad, se obtuvo un alfa de Cronbach global de .65; mientras que el factor *pesimismo* presentó un alfa de .45, y el factor *optimismo*, un índice de .65.

En la presente investigación, en un primer momento se obtuvo un alfa de Cronbach de .13, indicando una baja confiabilidad. Al realizar un primer análisis factorial para analizar cómo se estarían comportando los ítems de la escala en esta muestra, se evidenció que el ítem 3 (‘*Si algo malo me pueda pasar, estoy seguro(a) que me pasará*’) y el ítem 10 (‘*En general, yo pienso que más cosas buenas que malas me van a suceder*’) presentaban dificultad para pertenecer a una de las dos dimensiones planteadas teóricamente, y por el contrario se alinearían mejor en una tercera dimensión. Asimismo, se encontraron correlaciones ítem-test negativas en los ítems 3 y 10, observándose que la confiabilidad de la prueba tiende a aumentar al eliminar dichos ítems (ver Apéndice D). Por último, se halló que estos ítems estarían presentando una distribución similar en las respuestas brindadas por las pacientes de la muestra de esta investigación, generando un efecto techo y provocando que la escala pierda confiabilidad. A partir de estas evidencias se tomó la decisión de eliminar ambos ítems de manera ad hoc, obteniéndose una confiabilidad de .44 (ver Apéndice E).

Para lo que concierne en esta investigación, se trabajará con la variable Optimismo de manera global, utilizándola como una variable unidimensional con dos polos (*optimismo* y *pesimismo*), tomando en cuenta lo encontrado por los autores originales de la escala, quienes han evidenciado que trabajar con la bidimensionalidad del constructo por lo general no genera mayor beneficio al estudiarlo (Carver & Scheier, 2014).

Procedimiento

Se solicitó la autorización pertinente al Instituto especializado en enfermedades neoplásicas, a fin de poder acceder a la muestra de pacientes mujeres con cáncer de mama, a quienes se les brindó la información específica y relevante con respecto a los objetivos del presente estudio, así como en qué consistiría su participación.

Las pacientes fueron evaluadas de manera individual durante un aproximado de 30 minutos, y se accedió a ellas a través de visitas al servicio de consultorio externo del departamento de la especialidad correspondiente. Posteriormente, una vez aceptada su participación voluntaria, se procedió a la aplicación de los instrumentos en el siguiente orden: *Ficha sociodemográfica*, *Test de Orientación Vital-Revisado (LOT-R)* y el *Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE)*. En los casos en los que se produjo alguna movilización emocional por parte de las mujeres evaluadas, se procedió

a detener la evaluación para permitir la expresión de emociones y brindar soporte y contención.

Análisis de datos

Tras la recolección de los datos, estos fueron analizados con el programa estadístico SPSS (versión 23). En un primer momento, se obtuvo los datos descriptivos de la muestra en relación a las variables de optimismo y a las estrategias de afrontamiento, así como de las variables sociodemográficas y médicas. Luego, se realizaron los análisis de normalidad con el estadístico *Kolmogorov-Smirnov* para ambos constructos, obteniéndose muestras con distribuciones normales para las estrategias de re-interpretación positiva y crecimiento, enfocar y liberar emociones, búsqueda de soporte social por razones emocionales, y uso del humor; y muestras con distribuciones no normales para la escala optimismo, y las estrategias de planificación, contención del afrontamiento, supresión de actividades, búsqueda de soporte social por razones instrumentales, negación y afrontamiento religioso.

Además, para responder al objetivo general del estudio se realizó un análisis de correlación a través del estadístico r de *Spearman* con la variable optimismo y las estrategias de afrontamiento. Con respecto a los objetivos específicos, se realizaron los análisis pertinentes al interior de los constructos de optimismo y de las estrategias de afrontamiento según las variables médicas de estadio clínico y de tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Para el primer objetivo específico se realizó una comparación de medianas a través del estadístico *Kruskall-Wallis*, y para el segundo, se realizó un análisis de correlaciones a través del estadístico r de *Spearman*.

Resultados

A continuación, se procederá a presentar los resultados obtenidos en el presente estudio, de acuerdo a los objetivos de investigación. Primero se presentarán los análisis descriptivos de las estrategias de afrontamiento. Luego se presentarán los resultados obtenidos para el objetivo general y los objetivos específicos.

Cabe recordar que los resultados que se presentan para la escala de optimismo contemplan la eliminación ad hoc de los ítems 3 y 10, procedimiento que ha sido explicado previamente.

En relación a las estrategias de afrontamiento, los estadísticos descriptivos reportaron que las participantes tienden a hacer mayor uso del *afrontamiento religioso* y la *reinterpretación positiva y crecimiento*; mientras que las menos utilizadas fueron la *negación* y el *uso del humor* (ver Tabla 1).

Tabla 1

Descripción de las estrategias de afrontamiento

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Planificación	2.79	.63	1.50	4.00
Contención del afrontamiento	2.42	.63	1.25	4.00
Supresión de actividades	2.26	.72	1.25	4.00
Re-interpretación positiva y crecimiento	3.14	.58	1.75	4.00
Enfocar y liberar emociones	2.38	.78	1.00	4.00
Búsqueda de SS instrumental	2.52	.72	1.25	4.00
Búsqueda de SS emocional	2.39	.79	1.00	4.00
Negación	2.09	.75	1.00	3.50
Afrontamiento religioso	3.48	.64	1.50	4.00
Uso Humor	2.25	.97	1.00	4.00

n=51

En relación a la variable optimismo, los estadísticos descriptivos reportaron una media de 8.37 y una desviación estándar de 2.80.

En cuanto a los objetivos específicos planteados, se hallaron resultados significativos para la variable de tiempo de enfermedad, encontrándose una relación directa y de intensidad mediana entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y la estrategia de afrontamiento *planificación* ($r=.32, p=.02$).

No se obtuvo una relación significativa entre el tiempo de enfermedad y la variable optimismo y el resto de las estrategias de afrontamiento (ver Apéndice F). Tampoco se encontraron diferencias significativas en las variables de estudio, según el estadio clínico de la enfermedad (ver Apéndice G).

Adicionalmente, se realizaron análisis exploratorios post-hoc con las variables sociodemográficas edad y lugar de procedencia. Solo resultó significativa esta última, evidenciándose diferencias significativas en el uso de la estrategia de búsqueda de *soporte social por razones emocionales* ($Mdn_{Lima}=1.88$, $DE_{Lima}=.78$, $Mdn_{Provincia}=2.50$, $DE_{Provincia}=.73$, $U=183$, $p=.01$). En relación a ello, se encontró que las pacientes que provienen de provincia suelen hacer mayor uso de dicha estrategia que las pacientes que actualmente residen en Lima.

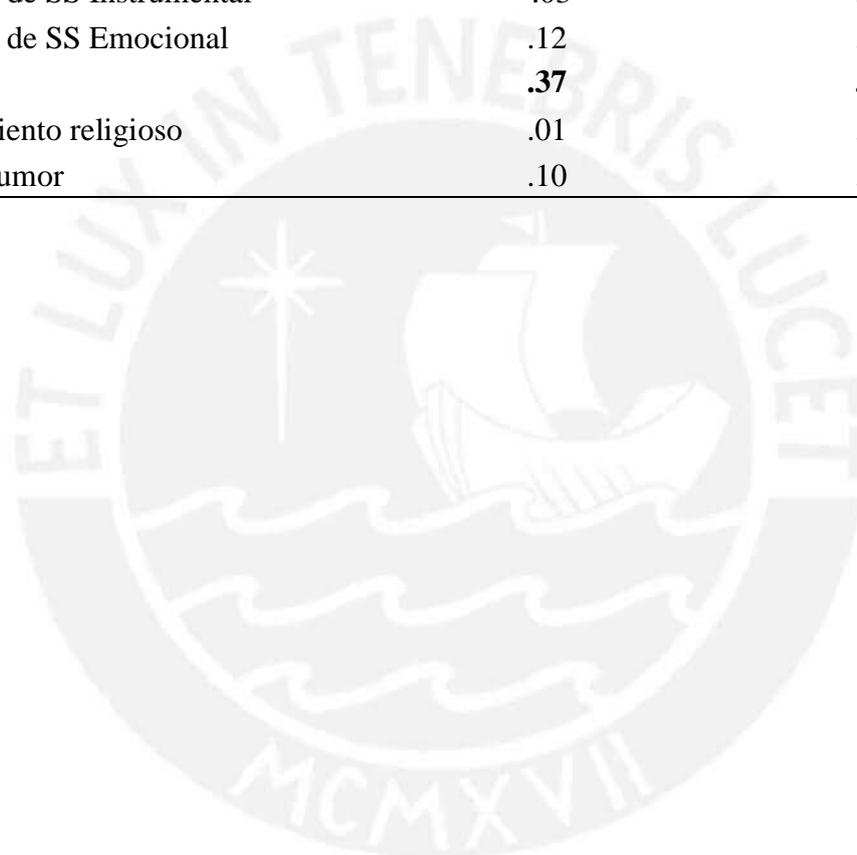
En cuanto al objetivo general planteado para esta investigación, se hallaron algunos resultados significativos al correlacionar el optimismo disposicional y las estrategias de afrontamiento.

Por un lado, se encontró una relación directa y de magnitud mediana entre el optimismo y la estrategia de afrontamiento *negación*. Por otro lado, se evidenció una relación directa y de intensidad baja entre el optimismo y la estrategia de afrontamiento *enfocar y liberar emociones* (ver Tabla 3).

Tabla 2

Correlaciones entre el optimismo y las estrategias de afrontamiento

	Optimismo	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Planificación	-.25	.08
Contención del afrontamiento	.04	.80
Supresión de actividades	.11	.44
Re-interpretación positiva	-.07	.61
Enfocar y liberar emociones	.28	.04
Búsqueda de SS Instrumental	-.03	.81
Búsqueda de SS Emocional	.12	.40
Negación	.37	.01
Afrontamiento religioso	.01	.96
Uso del humor	.10	.46

n=51



Discusión

En el presente capítulo se discuten los resultados obtenidos en esta investigación, según los hallazgos para el objetivo general y para los objetivos específicos. Por último, se presentarán los alcances y limitaciones del presente estudio, así como sugerencias para futuras investigaciones.

Cabe recordar que los resultados que se presentan a continuación se discutirán teniendo en cuenta la eliminación de los ítems 3 (“*Si algo malo me pueda pasar, estoy seguro(a) que me pasará*”) y 10 (“*En general, yo pienso que más cosas buenas que malas me van a suceder*”) de la escala LOT-R que mide el constructo Optimismo, realizada de manera ad hoc a partir de los análisis pertinentes de confiabilidad y método de extracción de factores analizados previamente.

En relación a lo mencionado y específicamente en las pacientes con cáncer de mama, se podría señalar que aún frente a esta enfermedad que genera vulnerabilidad y poco control percibido (Morales et al., 2012), las pacientes pueden contar con recursos de afronte para sobrellevarla; es decir, si bien puede existir un conocimiento con respecto al pronóstico y progreso de la enfermedad (Vos, Putter, van Houwelingen, & de Haes, 2010), lo cual puede considerarse como un evento que amenaza a la propia vida, generándoles sentimientos de vulnerabilidad, fatiga y disrupciones a nivel social (Carver, Lehman, & Antoni, 2003), estos factores no necesariamente representarían una visión totalmente negativa del futuro, ya que aún podría existir la posibilidad de tomar acciones directas y favorables frente al diagnóstico (Soto, 2010).

En cuanto a los estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento, las participantes reportaron hacer mayor uso del *afrontamiento religioso* y la *re-interpretación positiva y crecimiento*; mientras que la estrategia menos utilizada fue la *negación*.

En relación al *afrontamiento religioso*, Laos (2010) señala que ciertas actitudes y prácticas espirituales son factores importantes en el afrontamiento al cáncer, así como en el estado de salud general de los pacientes. Esto debido a que el uso de la religión tiende a incluir prácticas relacionadas a un sentimiento de fe y esperanza, a un pedido de ayuda y fortaleza para luchar contra la enfermedad, disminuyendo el sentido de amenaza propia de una enfermedad como el cáncer. Asimismo, el uso de la religión frente a una enfermedad tan impredecible e incontrolable, les brinda a las pacientes el

poder de adjudicarle un significado distinto a la enfermedad y a los tratamientos implicados, y encontrarle un sentido al evento adverso e inexplicable que les genera gran vulnerabilidad (Umezawa et al., 2012), lo que se relaciona a su vez con el alto uso de la estrategia de afrontamiento de *re-interpretación positiva y crecimiento* (Lostau nau & Torrejón, 2013). Igualmente, se ha encontrado que las pacientes del presente estudio tienden a mostrarse comprometidas con los tratamientos prescritos, indicaciones médicas y el autocuidado requerido para su bienestar, realizando esfuerzos por hacer frente al evento estresor y llevándolas a evidenciar un menor despliegue de la estrategia de *negación* frente al cáncer de mama (Lostau nau & Torrejón, 2013; Soto, 2010).

En cuanto al objetivo general de esta investigación, se hallaron resultados significativos que correlacionaron directamente el optimismo con las estrategias de afrontamiento de *negación y enfocar y liberar emociones*. Es importante señalar que estos resultados pueden verse influenciados tanto por factores asociados a la enfermedad como por características sociodemográficas de las participantes. Así, se tiene que el 47% de las pacientes se encuentra en estadio clínico II, el 67% no trabaja actualmente, y el 61% ha migrado desde provincia hacia la capital a partir del cáncer de mama, viéndose obligadas a enfrentar nuevos retos (además de la enfermedad), como es la adaptación a un nuevo contexto hospitalario, a una nueva vivienda, y a nuevas reglas de convivencia y patrones culturales (Caballero, Leyva-Flores, Ochoa-Marín, Zarco & Guerrero, 2008), lo que implica también una serie de duelos con respecto a abandonar su hogar y separarse de sus familias (Gil, Wagner, & Vega, 2000). Bajo este trasfondo, las capacidades de afrontamiento de las personas migrantes pueden verse opacadas al encontrarse en contextos distintos y desafiantes (Ferrer, Palacio, Hoyos & Madariaga, 2014), Rodríguez, 2016).

Como Solberg y Segerstrom (2006) señalan, el optimismo suele correlacionar de manera distinta con diversas estrategias de afrontamiento dependiendo del evento estresor. Por ejemplo, en personas que se enfrentan a traumas o a eventos relacionados a la salud como el cáncer, donde se evidencian desafíos con menos control por parte del paciente y se genera mayor incertidumbre, el optimismo suele relacionarse con estrategias de afrontamiento que se aproximan al evento desde un lado emocional, más que con las estrategias enfocadas al problema. Tomando en cuenta que la media del tiempo transcurrido desde el diagnóstico en la muestra evaluada es de 5 años, puede considerarse que la percepción de amenaza generada por el evento estresante habría ido disminuyendo con el paso de los años, llevando a las pacientes a retomar el control de

su vida cotidiana sin que la enfermedad sea la protagonista (Becerra & Otero, 2013), lo cual podría derivar en algunos casos, en una percepción de inexistencia o negación de la condición oncológica latente.

En esa línea, Jansen et al. (2016) hacen referencia a un optimismo irrealista ante los eventos estresores que se experimentan como negativos y que amenazan la integridad de la persona. Los autores señalan que, ante estas situaciones, las personas pueden procesar la información defensivamente, subestimando los riesgos y generando juicios irreales con respecto al mismo, llevándolos a negar la gravedad de la situación con el objetivo de ser beneficioso para su funcionamiento y ajuste psicológico (Vos et al., 2010). Algunos ítems de la escala LOT-R pueden darnos evidencia de lo mencionado: “*En momentos de incertidumbre o inseguridad, generalmente pienso que me va a ocurrir lo mejor*” y “*Siempre soy optimista en cuanto al futuro*”, donde se percibe un intento por esperar que cosas buenas ocurran; no obstante, la realidad del proceso de enfermedad por el cual están pasando, las consecuencias físicas y psicológicas que ésta conlleva, y la connotación negativa que el cáncer suele tener, puede llevar a las pacientes a presentar un optimismo irrealista al negar las experiencias dolorosas del evento que se encuentran vivenciando.

Cabe señalar que las pacientes con cáncer de mama, además de lidiar con los cambios que ocurren a nivel biológico, también sufren consecuencias a nivel emocional y psicológico que pueden llevarlas a presentar sentimientos negativos como pánico, culpa, ira, ansiedad, tristeza, confusión, temor e incertidumbre, generándoles vulnerabilidad en gran medida (Austrich & Gonzales, 2008). Bajo este contexto, el optimismo puede presentarse como una variable que promueve la expresión de emociones y sentimientos de manera asertiva, generando un espacio a través del cual las pacientes puedan manifestar su experiencia, aprendiendo a ser más conscientes de sus propias demandas y necesidades, resultando común en ellas la tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento para lidiar con las emociones presentadas durante el proceso de enfermedad (Lostanau & Torrejón, 2013).

Con respecto a los objetivos específicos de la presente investigación, se obtuvo una relación significativa entre el tiempo de enfermedad y la estrategia de afrontamiento *planificación*. Como Franks y Roesch (2006) señalan, a mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico, mayor es el uso de estrategias que se aproximan al evento estresor, esto debido a que los pacientes con cáncer pueden contar con mayor información sobre la enfermedad y/o tener mayor contacto con los médicos, lo cual les permitiría contar

con más herramientas para lidiar directamente sobre el problema, generándoles mayor percepción de control y disminuyéndoles la sensación de amenaza (Becerra & Otero, 2013). De esta manera, las pacientes con cáncer de mama pueden presentar mayores intentos por organizar estrategias de acción para manejar la enfermedad cuando el tiempo transcurrido es mayor, y viceversa.

En relación a los análisis exploratorios post-hoc, por un lado, se hallaron diferencias significativas según el lugar de procedencia del que provenían las pacientes en la estrategia búsqueda de soporte social por razones emocionales, obteniéndose que las pacientes que provienen de provincia suelen hacer mayor uso de dicha estrategia que las pacientes que viven en Lima. Se considera que la migración puede producir ciertos efectos y cambios sobre la salud y ámbitos psicosociales. Además de los padecimientos físicos propios de la enfermedad, se suma la falta de familiaridad con el nuevo lugar de residencia y con el sistema de salud, el distanciamiento del lugar de origen y ámbito familiar, la diferencia en las creencias y valores culturales, así como las barreras sociales y ambientales (Lim, Yi y Zebrack, 2008; Stephens, Stein y Landrine, 2010). Así pues, las pacientes migrantes pueden buscar apoyo moral, empatía y comprensión en otras personas, tal como podrían hacerlo si se encontraran en su lugar de origen, considerando que el soporte social en un ambiente desconocido puede aumentar los niveles de satisfacción con la vida y disminuir los niveles de estrés en las pacientes migrantes (Lim et al., 2008).

En conclusión, tomando en cuenta que el optimismo es una variable que ilustra la importancia de reconocer que los procesos cognitivos, emocionales y motivacionales se encuentran entrelazados (Carver & Scheier, 2014), se podría señalar que aún frente a esta enfermedad que genera gran vulnerabilidad y poco control percibido (Morales et al., 2012), las pacientes logran encontrar recursos de afronte que les genere mayor bienestar y les ayude a adaptarse a la experiencia estresante que están viviendo.

No obstante, la expectativa a obtener resultados positivos a futuro también se encuentra mediada por las experiencias pasadas (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010), y al encontrarse frente a una situación de enfermedad como el cáncer, se pueden evidenciar dificultades para afirmar que por lo general se espera que ocurran más cosas buenas que malas, ya que las pacientes pueden ser conscientes de la condición de la enfermedad, del pronóstico y de la connotación negativa que ésta suele tener. Considerando que el constructo optimismo se considera como la expectativa estable a través del tiempo y de los contextos para obtener resultados positivos a futuro y

congruentes con los objetivos que aspira la persona (Saboonchi et al., 2015), puede cuestionarse el hecho de que esta característica sea estable en una población con cáncer de mama, cuya vulnerabilidad se hace evidente día a día debido al factor impredecible propio de la enfermedad. Por lo tanto, si bien se puede ser optimista en cuanto a los resultados favorables de los eventos futuros, la realidad por la que se atraviesa en el presente no puede ignorarse (Carver & Scheier, 2014).

En relación a lo anterior, Forgeard y Seligman (2012), refieren que cuando se evidencian situaciones de peligro cercanas, un pesimismo realista y temporal suele ser más beneficioso que el optimismo. En este sentido, el pesimismo tiende a ser adaptativo cuando uno es consciente de que las metas anheladas no se podrán alcanzar debido a que no pueden ser controladas ni manipuladas por uno mismo, evitándose la desilusión y previniendo resultados adversos. De manera similar, ajustarse mentalmente al cáncer puede darse a través de un estilo fatalista, donde la paciente percibe el diagnóstico como una amenaza para su integridad, sin embargo, ésta no es vivida con angustia sino con resignación, llevándola a aceptar su pronóstico de manera pasiva. Éste tiende a manifestarse cuando se percibe poco control sobre la situación que se está experimentando, buscando la aceptación de las circunstancias de la vida sin que la persona se posicione como víctima (Trigoso, 2012).

Teniendo en cuenta lo mencionado, se podría hipotetizar que las pacientes evaluadas podrían inclinarse más hacia un pesimismo realista o a un estilo de ajuste fatalista, que al optimismo que la escala LOT-R pretende medir, partiendo de la premisa de que las pacientes, al ser conscientes de las limitaciones y vulnerabilidad que les genera la enfermedad y sus consecuencias, y de la poca probabilidad de cambio frente a ésta, recurren a un pesimismo realista o a un estilo fatalista en pos de su bienestar y calidad de vida. Como menciona Trigoso (2012), si bien no tenemos control sobre la muerte, sí lo tenemos sobre la transitoriedad de la vida y la manera como integramos los afectos que están relacionados a ella.

Tras el análisis y discusión de los resultados, se puede señalar su relevancia al ser la primera investigación en nuestro contexto que busca analizar si existe relación entre el nivel de optimismo y el uso de las estrategias de afrontamiento en una población donde se encuentra priorizada una situación de enfermedad de carácter impredecible y poco controlable, generando en las personas que la padecen sentimientos de angustia, ansiedad, tristeza, temor, incertidumbre, entre otras emociones que vulneran su integridad física y mental. De este modo, a través de esta investigación se

busca dar cabida a la importancia de estudiar los factores psicológicos involucrados en la manera como las mujeres con cáncer de mama enfrentan día a día la enfermedad. Tomando esto en consideración, se propone que las intervenciones psicológicas promuevan el uso flexible de las diferentes estrategias de afrontamiento y fortalezcan las más adaptativas para cada etapa de la enfermedad, se orienten a brindar una mayor percepción de control y a empoderar a las pacientes sobre aquello que sí pueden hacer frente al cáncer, brinden la información necesaria y relevante con respecto al diagnóstico y tratamientos, y fomenten los recursos internos y externos con los que cuenta la población.

En cuanto a las limitaciones, el tamaño de la muestra es pequeño como para poder analizar a profundidad los constructos de la presente investigación. Asimismo, tomando en cuenta que la mayor cantidad de investigaciones que han estudiado la relación entre optimismo y estrategias de afrontamiento se han realizado en Estados Unidos y en países cuyo idioma materno es el inglés, la interpretación y comprensión de los ítems de las escalas pueden haber representado una dificultad a nivel cultural para las participantes evaluadas en esta investigación.

A manera de sugerencias para próximas investigaciones, se recomienda realizar una revisión psicométrica de la escala LOT-R en población oncológica en el Perú, con el objetivo de validar la estructura del instrumento en este tipo de población. Asimismo, al haber observado que diversos factores sociodemográficos y culturales pueden verse involucrados en las respuestas brindadas por las pacientes en ambas escalas, sería adecuado indagar con profundidad en la variable migración y en las diversas etapas de la enfermedad. Por último, sería beneficioso realizar un análisis cualitativo para complementar los resultados hallados con respecto a las variables de optimismo y afrontamiento en pacientes con cáncer, así como continuar investigando sobre la

Referencias

- Al-Azri, M., Al-Awisi, H., Al-Rasbi, S., & Al-Moundhri, M. (2013). Coping with a diagnosis of breast cancer among Omani women. *Journal of Health Psychology*, 1 - 11. doi: 10.1177/1359105313479813
- American Cancer Society. (2013). *Breast Cancer facts & figures, 2013 - 2014*. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-040951.pdf>
- Austrich, S., & Gonzales, M. (2008). *Una oportunidad de vida, el papel del amor, la familia y la pareja en la lucha contra el cáncer de mama* (segunda edición). Colombia: Grupo editorial Norma.
- Barroilhet, S., Forjaz, M., & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), 390 - 397.
- Becerra, I., & Otero, S. (2013). *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de maestría). Recuperado de Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Bozo, Ö., Gündogdu, E., & Büyükasik-Colak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism-posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 1009 - 1020. doi: 10.1177/1359105309342295
- Caballero, M., Leyva-Flores, R., Ochoa-Marín, S., Zarco, A., & Guerrero, C. (2008). Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. *Salud Publica de México*, 50(3), 242-250
- Carver, C., Lehman, J. & Antoni, M. (2003). Dispositional pessimism predicts illness-related disruption of social and recreational activities among breast cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 813 - 821. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.813
- Carver, C. & Scheier, M. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293 - 299.

- Carver, C., Scheier, M., & Segerstrom, S. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*, 879 - 889. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267 - 283.
- Cassaretto, M., & Chau, C. (2014). *Afrontamiento al estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima*. Tesis doctoral en preparación.
- Cassaretto, M., & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP, 24*(1), 109–140.
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la Prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. (Tesis de licenciatura inédita), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psichotema, 14*(3), 544 - 550.
- Danhauer, S., Crawford, S., Farmer, D. y Avis, N. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of behavioral medicine, 32*, 371 - 379. doi: 10.1007/s10865-009-9211-x.
- Donovan-Kicken, E., & Cauglin, J. (2011). Breast cancer patients' topic avoidance and psychological distress: The mediating role of coping. *Journal of Health Psychology, 16*(4), 596 - 606.
- Dunn, J., Occhipinti, S., Campbell, A., Ferguson, M., & Chambers, S. (2011). Benefit finding after cancer: The role of optimism, intrusive thinking and social environment. *Journal of Health Psychology, 16*(1), 169 - 177. doi: 10.1177/1359105310371555
- Ferrer, R., Palacio, J., Hoyos, O., & Madariaga, C. (2014) Proceso de aculturación y adaptación del inmigrante: características individuales y redes sociales. *Psicología desde el Caribe, 31*(3), 557-576
- Filazoglu, G., & Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, Health and Medicine, 13*(5), 559 - 573.
- Font, A., & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: Pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología, 6*(1), 27 - 42.

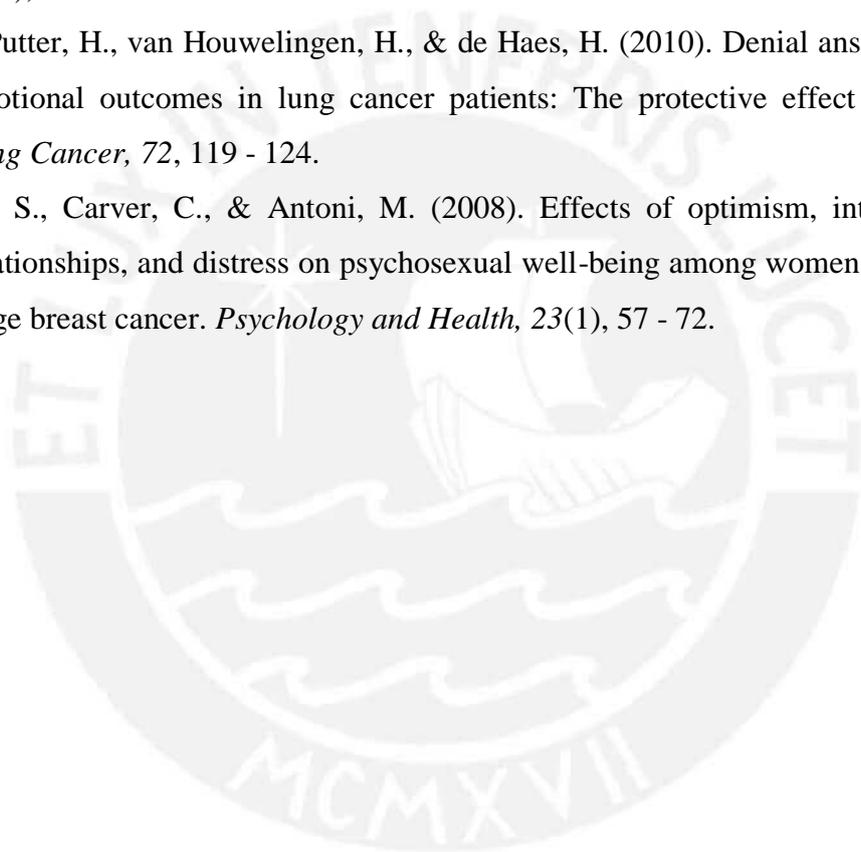
- Forgeard, M., & Seligman, M. (2012). Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. *Pratiques Psychologiques, 18*, 107 - 120.
- Franks, H., & Roesch, S. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: A meta-analysis. *Psycho-oncology, 15*, 1027 - 1037. doi: 10.1002/pon.1043
- Gallagher, M., & Lopez, S. (2009). Positive expectancies and mental health: Identifying the unique contributions of hope and optimism. *The Journal of Positive Psychology, 4*(6), 548 - 556
- Gil, A., Wagner, E., & Vega, W. (2000). Acculturation, familism and alcohol use among Latino adolescent males: Longitudinal relations. *Journal of Community Psychology 28*(4), 443-458
- Gómez, H., Lewis, S. Torres, L., & López, L. (2009). *El cáncer de mama en América Latina y el Caribe: morbilidad, mortalidad y carga de la enfermedad*. Recuperado de <http://www.tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/El%20cancer%20de%20mama%20en%20America%20Latina.pdf>
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., Lipsanen, J., & Hietanen, P. (2012). Predictors of distress in cancer patients and their partners: The role of optimism in the sense of coherent construct. *Psychology and Health, 27*(2), 178 - 195.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). (2011). *Guía de práctica clínica: Cáncer de mama*. Lima: Perú. Recuperado de www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/25042011_CAN CER_MAMA_19_04_11.pdf
- Jansen, L., Mahadevan, D., Appelbaum, P., Klein, W., Weinstein, N., Mori, M., Daffe, R., & Sulmasy, D. (2016). Dispositional Optimism and Therapeutic Expectations in Early-Phase Oncology Trials. *Cancer*, doi: 10.1002/cncr.29908
- Karademas, E. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences, 40*, 1281 - 1290.
- Karademas, E., Karvelis, S., & Argyropoulou, K. (2007). Short communication: Stress-related predictors of optimism in breast cancer survivors. *Stress and Health, 23*, 161 - 168. doi: 10.1002/smi.1132
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca S.A.

- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Lim, J., Yi, J. y Zebrack, B. (2008). Acculturation, social support, and quality of life for Korean immigrant breast and gynecological cancer survivors. *Ethnicity and Health, 13*(3), 243 - 260.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D., & Aguirre-Acevedo, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica Bogotá, 5*(2), 327 - 349.
- Lostanau, A., & Torrejón, C. (2013). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Lozano-Arrazola, A., Cupil-Rodríguez, A., Alvarado-Aguilar, S., & Granados-García, M. (2011). Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes. *GAMO, 10*(3), 156 - 161.
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G., García-León, A., & González-Jareño, M. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema, 18*(1), 66 - 72.
- Matthews, E., & Cook, P. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psychooncology, 18*(7), 716 - 726.
- Meza, M., Espíndola, J., Mota, C., Rodríguez, M., & Díaz, E. (2005). Factores que inciden en la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama. *Psicología Iberoamericana, 13*(1), 43 - 47.
- Morales, A., Arenas, M., Reig-Ferrer, A., Álvarez-Ude, F., Malek, T., Moledous, A., Gil, M., & Cotilla, A. (2011). Optimismo disposicional en pacientes en hemodiálisis y su influencia en el curso de la enfermedad. *Revista Nefrología, 31*(2), 199 - 205.
- Oliden, S. (2013). *Propiedades psicométricas del Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R) en un grupo de universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *10 datos sobre el cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/facts/es/>

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2012). *El cáncer en la región de las Américas*. Recuperado de <http://globocan.iarc.fr>
- Otero, J., Luengo, A., Romero, F., Gómez, J. A., & Castro, C. (1998). Psicología de la personalidad. *Manual de Prácticas*. Barcelona, España: Ariel Practicum.
- Pinquart, M., Fröhlich, C., & Silbereisen, R. (2007). Optimism, pessimism, and change of psychological well-being in cancer patients. *Psychology, Health and Medicine, 12*(4), 421 - 432.
- Prieto, M., Fernández, G., Rojo, F., Lardiés, R., Rodríguez, V., Ahmed, K. y Rojo, J. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública, 82*, 301-313.
- Ramos, W., & Venegas, D. (2013). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013*. Lima: Ministerio de Salud del Perú.
- Ribeiro, J., Pedro, L., & Marques, S. (2012). Dispositional optimism is unidimensional or bidimensional? The portuguese revised life orientation test. *Spanish Journal of Psychology, 15*(3).
- Rodríguez, C. (2016). *Afrontamiento y CVRS en pacientes migrantes con cáncer de mama*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C., & Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 97 - 109. doi: 10.1007/s10608-006-9110-1
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2003). *Body image and disfigurement: issues and interventions*. Inglaterra: University of the West of England.
- Saboonchi, F., Petersson, L., Alexanderson, K., Bränström, R., & Wennman-Larsen, A. (2015). Expecting the best and being prepared for the worst: structure, profiles, and 2-year temporal stability of dispositional optimism in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. doi: 10.1002/pon.4045
- Sanjuán, P., & Magallanes, A. (2006). La relación entre optimismo disposicional y estilo atribucional y su capacidad predictiva en un diseño longitudinal. *Revista de Psicología General y Aplicada, 59*, 71 - 89.

- Scheier, M., & Carver, C. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219 - 247.
- Scheier, M., Carver, C., & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(6), 1063 - 1078.
- Scheier, M., Carver, C., & Bridges, M. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 189 -216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., & Ruland, C. (2005). Stability in optimism-pessimism in relation to bad news: A study of women with breast cancer. *Journal of Personality Assessment, 84*(2), 148 - 154.
- Sohl, S., Schnur, J., Sucala, M., David, D., Winkel, G., & Montgomery, G. (2012). Distress and emotional well-being in breast cancer patients prior to radiotherapy: An expectancy-based model. *Psychology and Health, 27*(3), 347 - 361.
- Solberg, L., & Segerstrom, S. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review, 10*(3), 235 - 251.
- Soto, R. (2010). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Stephens, C., Stein, K. y Landrine, H. (2010). The role of acculturation in life satisfaction among Hispanic cancer survivors: Results of the American Cancer Society's study of cancer survivors. *Psycho-Oncology, 19*, 376 - 383. doi: 10.1002/pon.1566.
- Trigoso, V. (2012). *Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos*. (Tesis de maestría). Recuperado de Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Umezawa, Y., Lu, Q., You, J., Kagawa-Singer, M., Leake, B., & Maly, R. (2012). Belief in divine control, coping, and race/ethnicity among older women with breast cancer. *Journal of behavioral medicine, 44*, 21 - 32. doi: 10.1007/s12160-012-9358-5.

- Valderrama, E. (2003). *Relación entre la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento en mujeres mastectomizadas*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de Repositorio de Tesis Digitales Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Vera-Villaruel, P., Córdova-Rubio, N., & Celis-Atenas, K. (2009). Evaluación del optimismo: un análisis preliminar del Life Orientation Test versión revisada (LOT-R) en población chilena. *Universitas Psychologica Bogotá*, 8(1), 61 - 68.
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Martins da Silva, A., & Mendonça, D. (2014). Optimism on quality of life in Portuguese chronic patients: moderator/mediator? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 60(4), 373 - 380.
- Vos, M., Putter, H., van Houwelingen, H., & de Haes, H. (2010). Denial and social and emotional outcomes in lung cancer patients: The protective effect of denial. *Lung Cancer*, 72, 119 - 124.
- Wimberly, S., Carver, C., & Antoni, M. (2008). Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. *Psychology and Health*, 23(1), 57 - 72.





APÉNDICES

APÉNDICE A

Consentimiento informado

El presente estudio es conducido por María-Paz Medina Olano, de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de esta investigación es estudiar las maneras como las personas se enfrentan a los eventos estresantes.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar dos cuestionarios y una ficha de datos. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso la perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en este estudio, conducido por María-Paz Medina Olano. He sido informada de que la meta de esta investigación es estudiar la relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento y el optimismo disposicional en mujeres con cáncer de mama.

Me han indicado también que tendré que responder dos cuestionarios y una ficha de datos, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a María-Paz Medina Olano al correo mapaz.medina@gmail.com.

Por último, entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

Firma de la Investigadora

Firma del Participante

Fecha

APÉNDICE B

Ficha sociodemográfica

I. Datos de filiación:

Edad: _____

Lugar de procedencia: _____

Tiempo de residencia en Lima: _____

Grado de instrucción:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primaria completa | <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta |
| <input type="checkbox"/> Secundaria completa | <input type="checkbox"/> Técnico incompleto |
| <input type="checkbox"/> Técnico completo | <input type="checkbox"/> Superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> Superior completo | |

Ocupación actual: _____

Estado civil:

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soltera | <input type="checkbox"/> Conviviente | <input type="checkbox"/> Casada |
| <input type="checkbox"/> Divorciada | <input type="checkbox"/> Separada | <input type="checkbox"/> Viuda |

Número de hijos: _____

Personas con las que vive (Puede marcar más de una opción):

- Pareja Hijo(s) Padres Otros: _____

Religión que profesa:

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Católica | <input type="checkbox"/> Evangelista | <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová |
| <input type="checkbox"/> Mormona | <input type="checkbox"/> Adventista | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

II. Datos relacionados al cáncer:

Estadio clínico: _____

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico: _____

Tipo de tratamiento recibido (puede marcar más de una opción):

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Terapia hormonal |

Tiempo transcurrido desde que inició el tratamiento: _____

APÉNDICE C
Características sociodemográficas de la muestra

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra

		<i>f</i>	<i>%</i>
Lugar de procedencia	Lima	20	39.2
	Provincia	31	60.8
Nivel de instrucción	Primaria Completa	9	17.6
	Secundaria Incompleta	3	5.9
	Secundaria Completa	19	37.3
	Técnico Incompleto	4	7.8
	Técnico Completo	11	21.6
	Superior Completo	5	9.8
Ocupación actual	No trabaja	34	66.7
	Trabaja	17	33.3
Estado civil	Soltera	18	35.3
	Conviviente	4	7.8
	Casada	17	33.3
	Divorciada	2	3.9
	Separada	8	15.7
	Viuda	2	3.9
Número de hijos	0	12	23.5
	1	8	15.7
	2	15	29.4
	3	8	15.7
	4	5	9.8
	5	1	2.0
	6	2	3.9

Personas con las que vive	Pareja + hijos	12	23.5
	Solo hijos	12	23.5
	Solo pareja	6	11.8
	Familia nuclear	6	11.8
	Solo hermanos	4	7.8
	Hijos + familia extensa	1	2.0
	Familia extensa	3	5.9
	Familia nuclear + hijos	3	5.9
	Sola	3	5.9
Pareja + familia extensa	1	2.0	
Religión que profesa	Católica	38	74.5
	Evangelista	6	11.8
	Testigo de Jehová	1	2.0
	Otros	6	11.8
Estadio clínico	I	7	13.7
	II	24	47.1
	III	20	39.2
Tipo de tratamiento	Cirugía	1	2.0
	Quimioterapia	5	9.8
	Cirugía + QT	6	11.8
	Cirugía + RT	1	2.0
	QT + RT	2	3.9
	Cirugía + QT + RT	31	60.8
	Cirugía + QT + RT + Hormonal	2	3.9
	Cirugía + RT + Hormonal	1	2.0
	Cirugía + Qt + Hormonal	2	3.9

n=51

APÉNDICE D
Análisis de Confiabilidad Escala COPE 60

Tabla 2

Estadísticas de fiabilidad COPE 60

<i>Estrategia de afrontamiento</i>	<i>Ítem</i>	<i>Correlación elemento-total</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Afrontamiento activo	COPE5	.15	-.01
	COPE25	-.09	.34
	COPE47	.21	-.09
	COPE58	.04	.16
	Alfa total	.15	
Planificación	COPE19	.39	.54
	COPE32	.30	.61
	COPE39	.44	.50
	COPE56	.44	.50
	Alfa total	.61	
Contención del afrontamiento	COPE10	.18	.58
	COPE22	.49	.34
	COPE41	.29	.51
	COPE49	.39	.42
	Alfa total	.55	
Supresión de actividades	COPE15	.20	.63
	COPE33	.37	.49
	COPE42	.36	.51
	COPE55	.53	.34
	Alfa total	.57	
Re-interpretación positiva y crecimiento	COPE1	.21	.61
	COPE29	.37	.47
	COPE38	.35	.49
	COPE59	.52	.38
	Alfa total	.56	
Aceptación	COPE13	.26	.39
	COPE21	.30	.36
	COPE44	.22	.43
	COPE54	.27	.38
	Alfa total	.46	
Enfocar y liberar emociones	COPE3	.65	.60
	COPE17	.61	.63
	COPE28	.35	.77

	COPE46	.52	.68
	Alfa total	.74	
Búsqueda de SS razones instrumentales	COPE4	.30	.71
	COPE14	.52	.55
	COPE30	.64	.48
	COPE45	.39	.64
	Alfa total	.67	
Búsqueda de SS razones emocionales	COPE11	.48	.68
	COPE23	.58	.62
	COPE34	.33	.77
	COPE52	.69	.55
	Alfa total	.72	
Desentendimiento mental	COPE2	.24	.33
	COPE16	.32	.23
	COPE31	-.08	.58
	COPE43	.44	.06
	Alfa total	.41	
Desentendimiento conductual	COPE9	.26	.44
	COPE24	.42	.28
	COPE37	.37	.34
	COPE51	.11	.56
	Alfa total	.49	
Negación	COPE6	.34	.72
	COPE27	.44	.67
	COPE40	.58	.57
	COPE57	.61	.54
	Alfa total	.70	
Afrontamiento religioso	COPE7	.55	.66
	COPE18	.51	.66
	COPE48	.48	.68
	COPE60	.57	.62
	Alfa total	.72	
Uso del humor	COPE8	.37	.92
	COPE20	.79	.74
	COPE36	.76	.77
	COPE50	.84	.73
	Alfa total	.84	
Uso de sustancias	COPE12	-.03	-.02
	COPE26	-.03	-.04
	COPE35	-.03	-.02
	COPE53	.00	-.06
	Alfa total	-.05	

APÉNDICE E

Análisis de Confiabilidad Escala LOT-R

Tabla 3

Estadísticas de fiabilidad LOT-R

<i>Ítem</i>	<i>Correlación elemento-total</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Ítem 1	.17	.03
Ítem 4	.25	-.51
Ítem 10	-.08	.18
Ítem 3	-.18	.42
Ítem 7	.09	.07
Ítem 9	.21	-.07
Alfa total	.13	

Tabla 4

Estadísticas de fiabilidad LOT-R al eliminar Ítems 3 y 10

<i>Ítem</i>	<i>Correlación elemento-total</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Ítem 1	.24	.39
Ítem 4	.32	.32
Ítem 7	.27	.36
Ítem 9	.21	.43
Alfa Total	.44	

APÉNDICE F**Correlaciones no significativas entre tiempo de enfermedad y las variables de estudio**

Tabla 5

Correlaciones no significativas entre el tiempo de enfermedad, y el optimismo y las estrategias de afrontamiento

	Tiempo de enfermedad	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Optimismo	.08	.57
Contención del afrontamiento	-.04	.80
Supresión de actividades	-.03	.86
Re-interpretación positiva	.06	.66
Enfocar y liberar emociones	.05	.70
SS Instrumental	.20	.17
SS Emocional	-.10	.50
Negación	-.04	.78
Afrontamiento religioso	.01	.96
Uso del humor	.01	.94

n=51

APÉNDICE G**Comparación de medianas en las variables según estadio clínico**

Tabla 6

Diferencias de medianas no significativas en el optimismo y las estrategias de afrontamiento según el estadio clínico

	x^2	gl	p
Optimismo	.98	2	.61
Planificación	1.24	2	.54
Contención del afrontamiento	3.15	2	.21
Supresión de actividades	1.83	2	.40
Re-interpretación positiva y crecimiento	.23	2	.89
Enfocar y liberar emociones	1.28	2	.53
Búsqueda de SS por razones instrumentales	1.12	2	.57
Búsqueda de SS por razones emocionales	2.56	2	.28
Negación	5.05	2	.08
Afrontamiento religioso	2.34	2	.31
Uso del humor	1.24	2	.54

$n=51$

