

La Relación del Optimismo y las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama

The Relationship of Optimism and Coping Strategies with the Quality of Life of Women with Breast Cancer

Paulina C. Mera

Universidad de La Frontera, Chile.

Manuel Ortiz

Universidad de La Frontera, Chile.

University of California, USA.

(Rec: 14 de diciembre de 2011 / Acept: 14 de agosto de 2012)

Resumen

En el presente estudio se indagó la relación entre calidad de vida (CV) de mujeres con cáncer de mama, optimismo y estrategias de afrontamiento. Veinticinco mujeres con cáncer de mama respondieron una serie de instrumentos: WHOQOL- BREF, LOT-R, CSI y un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y de salud. Se encontraron correlaciones entre cada una de las variables independientes (optimismo y estrategias de afrontamiento) con CV, y entre las variables independientes. Un análisis de regresión múltiple mostró que la variable que mejor predice la CV es el afrontamiento, específicamente dos estrategias de afrontamiento, el apoyo social y la autocrítica, que en conjunto explican un 50.7% de la varianza de la CV. Se discuten las implicaciones teóricas y prácticas de estos resultados en el desarrollo de intervenciones multidisciplinarias, así como también las limitaciones de este estudio y sugerencias de futuras líneas de investigación.

Palabras clave: calidad de vida, optimismo, afrontamiento, cáncer de mama.

Abstract

In the present study we investigated the relationship between quality of life (QOL) of women with breast cancer, optimism and coping strategies. Twenty-five women with breast cancer were asked to answer a series of instruments: WHOQOL-BREF, LOT-R, CSI and a questionnaire to collect sociodemographic and health data. Correlations were found between each of the independent variables (optimism and coping strategies) with QOL and between the independent variables. A multiple regression analysis showed that the strongest predictor of QOL is the coping, specifically two coping strategies, social support and self-criticism, which together account for a 50.7% of the variance of the QOL. We discuss the theoretical and practical implications of these results in the development of multidisciplinary interventions, as well as the limitations of this study and suggestions for future research.

Keywords: quality of life, optimism, coping behavior, breast cancer.

Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad crónica que a nivel mundial constituye la principal causa de muerte por cáncer en la mujer (GLOBOCAN, 2008). En Chile, el año 2009 presentó una tasa de mortalidad de alrededor de 15.7 x 100.000 mujeres, con un total de 1338 fallecimientos (DEIS, 2011).

Los tratamientos asociados a esta enfermedad tienen un fuerte impacto físico y psicológico en las mujeres que los reciben. El diagnóstico, tratamiento y consecuencias de un cáncer afectan a la mujer, especialmente en aquellos casos en que se deben someter a una mastectomía, pues se altera la simetría corporal, su función reproductiva y materna (Gómez, 2005; Haber, 2000). La deformidad física asociada a la mastectomía, a su vez, afecta el establecimiento de

relaciones íntimas y la sexualidad, pues genera un sentimiento de vergüenza; la mujer evita o se siente rechazada en las relaciones íntimas y aparecen trastornos sexuales (Sánchez, Galecio, Villanueva, Colchado y Antón, 2001; Suárez, 2004). El sentirse deformada afecta además su vida social, pues evitan determinadas situaciones y presentan un estado permanente de alerta respecto del plano personal (Die y Die, 2003; Flórez, 1994). Por otra parte, pacientes sometidas a quimioterapia sufren distintos tipos de efectos secundarios, donde los más comunes son alopecia, náuseas, vómito y vómito anticipatorio que las debilitan y aíslan de sus familiares y actividades sociales habituales (Gómez, 2005; Montgomery & Bovjerg, 2003). Además de esas reacciones físicas, la quimioterapia provoca una serie de reacciones emocionales, tales como aumento de los niveles de ansiedad, depresión y miedo (Ganz, Polinsky, Schag & Heinrich, 1989). Estudios demuestran que las mujeres con cáncer de mama experimentan depresión y altos niveles de ansiedad producidos por el diagnóstico, reacciones desadaptativas, inhibición afectiva, y en general, altos niveles de estrés psicológico e ira (Grassi & Capellari, 1988; Grassi & Molinari, 1988; Grassi, Rosti, Albieri & Fiorentini, 1987; Ward, Leventhal & Love, 1988). Por lo tanto, estudios que examinen o evalúen la calidad de vida de estas pacientes pueden ayudar a obtener información para comprender mejor la situación de estas mujeres y desarrollar intervenciones más adecuadas.

Cáncer de mama y calidad de vida

La calidad de vida es definida por la OMS como la percepción de un individuo del lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones (OMS, 1996). Todo ello matizado por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (OMS, 1996). Actualmente no existe consenso general entre los autores para definir calidad de vida, pero hay una cierta aceptación en considerarla como un constructo multidimensional (Carreras y González, 2002), incluyente de todos los factores que impactan sobre la vida del individuo (Hernández y Grau, 2005) considerando factores físicos, sociales, psicológicos y la subjetividad o percepción que el propio paciente tiene de estos (Broadhead, Robinson & Atkinson, 1998; Weitzner y Meyers, 1997; Winer, 1994).

Existe acuerdo entre los investigadores y clínicos en considerar al cáncer de mama como una enfermedad crónica que impacta de modo importante la calidad de vida de las pacientes. Es por esto que se vuelve muy necesario aprender a adaptarse a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que de esta patología se derivan (Urzúa y Jarne, 2008). Existen una serie de variables psicológicas que se asocian a una buena calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, dos de las más importantes son el optimismo

y el afrontamiento. Estas dos variables son el foco de la presente investigación.

Optimismo y calidad de vida

El optimismo ha sido abordado desde dos perspectivas teóricas diferentes y complementarias: la del optimismo disposicional propuesta por Scheier & Carver (1985) y la del estilo explicativo pesimista-optimista de Peterson & Seligman (1984). El concepto de optimismo disposicional propuesto por Scheier & Carver (1985) hace referencia a una creencia o expectativa generalizada y estable de que ocurrirán sucesos positivos. Cuando surgen dificultades, las expectativas positivas aumentan los esfuerzos por alcanzar las metas, promoviendo un afrontamiento activo y persistente, mientras que las expectativas negativas tienen el efecto opuesto (Ferrando, Chico y Tous, 2002). Este planteamiento fue confirmado mediante los resultados de un estudio realizado por Scheier, Weintraub & Carver (1986), donde el pesimismo se vinculó con la negación, distanciamiento de los eventos y una tendencia a centrarse en sentimientos estresantes; mientras que el optimismo se asoció con un enfoque centrado en el problema, la búsqueda de apoyo social y un énfasis en los aspectos positivos de la situación estresante.

Por otra parte, Peterson & Seligman (1984) proponen la existencia del estilo explicativo, entendido como una forma más bien estable en que las personas se explican por qué suceden ciertos eventos. Así, se plantea la existencia de un Estilo Explicativo Pesimista (EEP), definido como la tendencia a atribuir las causas de los eventos negativos a una causa interna, estable en el tiempo y con un efecto global, es decir, que afecta a todos los ámbitos de la vida. Se plantea además un Estilo Explicativo Optimista (EEO), definido como la tendencia a atribuir los eventos negativos a una causa externa a uno mismo, inestable en el tiempo y relacionada a un ámbito concreto (Seligman, 1998). Existen entonces, tres dimensiones que definen las pautas explicativas: (a) permanencia: mantenimiento en el tiempo que se le atribuye a las causas de las situaciones, permanente versus transitoria, (b) amplitud: alcance de la causa de lo que ocurre, global versus específica, y (c) personalización: lugar donde se sitúa la causa de la situación, interna o autotulparse versus externa o culpar a los demás (Seligman, 1998), donde la más importante es la permanencia, pues si se cree que la causa de las adversidades estará siempre presente, no se realizarán esfuerzos por modificar la situación, independientemente si se considera que es interna o externa, global o específica (Seligman, 1998). Esta propuesta teórica también ha sido respaldada con evidencia empírica, pues se ha demostrado que el EEO predice una mejor salud general y menor vulnerabilidad a las enfermedades, mejor funcionamiento del sistema inmunológico y menor tasa de mortalidad en relación con el EEP (e.g., Kamen, Rodin & Seligman, 1987; Peterson & Ávila, 1995; Peterson, Seligman, Yurko, Martin & Friedman, 1998).

Además de las investigaciones mencionadas, existen estudios que respaldan la existencia de una estrecha relación entre optimismo y sistema inmune, demostrando que frente a situaciones de estrés, el organismo de los más optimistas genera respuestas de inmunocompetencia mejores que las de los pesimistas (Carver et al., 1993). El optimismo mejora el funcionamiento del sistema inmunológico, al aumentar la actividad citotóxica de células asesinas y el número de células T colaboradoras (Segerstrom, Taylor, Kemeny & Fahey, 1998), mientras que el pesimismo se asocia al efecto opuesto (Kamen-Siegel, Rodin, Seligman & Dwyer, 1991). Por otro lado, la evaluación positiva de la propia situación ha sido asociada con un estado de ánimo positivo y un crecimiento post traumático en mujeres con cáncer de mama (Sears, Stanon & Danoff-Burg, 2003). Y el uso de una pauta explicativa optimista se ha relacionado con una mayor longevidad en mujeres que habían sufrido un cáncer de mama por segunda vez (Seligman, 1998). Por su parte, el pesimismo en mujeres con cáncer de mama se encuentra asociado a la disrupción en actividades sociales y de diversión (Carver, Lehman & Antoni, 2003) y a dificultades para adaptarse al diagnóstico y tratamiento, aumentando el riesgo de reacciones psicológicas desfavorables (Carver et al., 1993). Además, se ha demostrado que el pesimismo eleva la secreción de cortisol y la actividad adenocortical (Van Eck, Berkhof, Nicolson & Sulon, 1996), se vincula con la tendencia a la depresión en la mitad de la vida y a la mortalidad por cáncer en personas mayores (Bromberger & Matthews, 1996; Schulz, Bookwala, Knapp, Scheier & Williamson, 1996).

Afrontamiento y calidad de vida

El afrontamiento también ha sido asociado a la calidad de vida; las estrategias de afrontamiento han sido definidas como formas específicas que utilizan las personas para manejar los estresores (Pelechano, 2000). Existe una clasificación de las estrategias de afrontamiento, de acuerdo al foco, en formas activas (aproximación) y pasivas (evitación). Las primeras corresponden a esfuerzos cognitivos o conductuales para manejar directamente el evento estresante, mientras que las segundas implican reducir la tensión escapando (Moos, 1998). Haber (2000) considera que el mejor indicador sobre cómo sobrellevará el cáncer de mama una mujer, es su modo de afrontar las situaciones traumáticas. El afrontamiento activo de una enfermedad grave se asocia a una reducción en la tensión asociada a la patología (Fawzy et al., 1993). Por otra parte, se ha demostrado que el afrontamiento pasivo se traduce en un deterioro en la calidad de vida de pacientes con cáncer (Martín, Zanier y García, 2003), pues se asocia a un progreso acelerado de la enfermedad (Epping-Jordan, Compas & Howell, 1994) y a un aumento en la tensión emocional (Heim, Valach & Schafner, 1997; Manne, Classman & Du Hamel, 2000).

Afrontamiento y optimismo

Es preciso señalar que además existe una estrecha relación teórica entre afrontamiento y optimismo, pues este último surge para dar explicación a las respuestas de afrontamiento que tienen las personas cuando deben enfrentar sucesos negativos (Anadón, 2006). Hay evidencia empírica de que el optimismo favorece el afrontamiento exitoso de situaciones estresantes (Scheier & Carver, 1993), siendo un predictor fiable de la adaptación al cáncer de mama (Epping-Jordan, Compas, Osowiecki, Oppedisano, Gerhardt & Primo, 1999; Stanton & Snider, 1993), pues se relaciona de modo positivo con estrategias de afrontamiento favorables y de manera negativa con estrategias desadaptativas (Chico, 2002). De este modo, el optimismo ayuda a las personas a afrontar el estrés de forma más efectiva y además reduce el riesgo de enfermedades (Scheier & Carver, 1985).

En consecuencia, en la literatura internacional existe acuerdo en considerar que el optimismo y afrontamiento se asocian de manera positiva con la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Sin embargo, dado que existen pocos estudios en nuestro país que aborden el tema de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, el propósito general de esta investigación fue determinar la relación existente entre la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama, su optimismo y el tipo de estrategia de afrontamiento utilizada, mientras que los objetivos específicos planteados fueron: (a) identificar la relación existente entre calidad de vida y optimismo, (b) identificar la relación que existe entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento y (c) determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y el optimismo. Consistentemente con los resultados de estudios anteriores, se espera encontrar que las relaciones entre estas tres variables sean significativas y que una mejor calidad de vida se asocie a un mayor optimismo y al uso de estrategias de afrontamiento activo.

La presente investigación pretende brindar información relevante que permita orientar y adecuar de mejor manera los abordajes terapéuticos empleados en esta enfermedad, considerando dos variables psicológicas modificables: optimismo y estrategias de afrontamiento, como factores que pueden ayudar a potenciar una mejor calidad de vida en estas pacientes.

Método

Participantes

Se seleccionó una muestra por conveniencia de 25 mujeres de la ciudad de Santiago, que se encontraban asistiendo a la corporación contra el cáncer de mama Yo Mujer, sin fines de lucro, conformada por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud y ex pacientes de cáncer mamario (Yo Mujer, 2009). Se invitó a participar a mujeres que tuvieran cáncer de mama y que se encontraran recibiendo algún tratamiento.

Por medio del software G Power 3, se realizó un cálculo post-hoc de la potencia del diseño, considerando un tamaño de efecto de .5, un nivel de significación .05 y un $N=25$, obteniéndose un $(1-\beta)$ de .87.

Instrumentos

WHOQOL-BREF. Instrumento desarrollado por la OMS para evaluar la calidad de vida, compuesto por 26 preguntas con respuesta tipo Likert entre 1 y 5 puntos, considerando 1 como una peor calidad de vida. Una pregunta indaga sobre la calidad de vida general, otra sobre satisfacción con la salud y las otras 24 se agrupan en cuatro dominios: físico (7), psicológico (6), social (3) y ambiental (8). El dominio físico incluye: energía y fatiga, dolor y malestar, sueño y descanso. El dominio psicológico incluye: imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración. El dominio social incluye: relaciones sociales, apoyo social y actividad sexual. Y finalmente, el dominio ambiental incluye: recursos económicos, libertad y seguridad física, accesibilidad y calidad del sistema sanitario, ambiente del hogar, oportunidades de adquirir información y habilidades nuevas, actividades de ocio, medio ambiente y transporte. Los puntajes de los dominios fueron convertidos según una tabla de corrección de puntajes (World Health Organization, 1996). Los alfa de Cronbach para los diferentes dominios fueron: físico (.80), psicológico (.82), social (.76) y ambiental (.61). La consistencia inicial del factor ambiental fue .59, pero se eliminó el ítem 25 por su baja confiabilidad, pues su correlación puntaje ítem-total fue $\alpha = -.40$.

LOT-R. En su versión española (Otero, Luengo, Romero, Gómez-Fraguela y Castro, 1998) mide el optimismo disposicional como constructo unidimensional y polar, está compuesto por 10 ítems (3 positivos, 3 negativos y 4 distractores) con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos que va desde 0 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo). De los 6 ítems de contenido, los ítems redactados en sentido negativo se revirtieron y se obtuvo una puntuación total orientada hacia el optimismo. La consistencia interna evaluada mediante el estadístico alfa de Cronbach fue de .57.

CSI. En la versión en español de Otero et al., (1998), formado por 40 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, desde 0 a 4, evalúa el grado de utilización de estrategias de afrontamiento activo y de afrontamiento pasivo al estrés. Está compuesto por 8 escalas primarias, de las cuales 4 corresponden a estrategias de afrontamiento activas y 4 a estrategias de afrontamiento pasivas. Las estrategias del primer grupo son: resolución de problemas (estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce), reestructuración cognitiva (modificar el significado de la situación estresante), apoyo social (búsqueda de apoyo emocional) y expresión emocional (liberación de las emociones que

acontecen en el proceso de estrés). Mientras que las estrategias de afrontamiento pasivas que mide son: evitación de problemas (negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante), pensamiento desiderativo (deseo de que la realidad no fuera estresante), retirada social (retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas, asociada con la reacción emocional en el proceso estresante) y autocrítica (autoinculpación y autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo). La confiabilidad para cada una de sus escalas en este estudio fueron: resolución de problemas (.69), expresión emocional (.70), apoyo social (.77), reestructuración cognitiva (.77), autocrítica (.84), pensamiento desiderativo (.80), evitación de problemas (.60) y retirada social (.64). Además, se estimó la confiabilidad existente entre las cuatro estrategias activas (.85) y las cuatro estrategias pasivas (.75).

Además, se aplicó un cuestionario de construcción ad hoc, para recoger datos sociodemográficos (edad, ocupación, nivel de estudios, estado civil, número de hijos y edad de éstos, nivel socioeconómico y personas con quien vive) y de salud (tratamiento/s recibido/s en el pasado, tratamiento/s recibido/s actualmente, tiempo con la enfermedad, ganglios extraídos, otras enfermedades, presencia de menopausia, presencia de mastectomía, sistema de salud).

Procedimiento

La recolección de datos se realizó en la Corporación Yo Mujer, con la ayuda de la secretaria, a quien se capacitó en el uso de los instrumentos a aplicar y el procedimiento a seguir, se solicitó a cada participante revisar y firmar un consentimiento informado, quedando una copia para ella y otra para la investigadora. En dicho consentimiento se explicitaban los objetivos del estudio y el carácter confidencial del tratamiento de los datos. Una vez obtenido este consentimiento, se les entregó un cuadernillo con los instrumentos, los cuales fueron autoadministrados de manera individual. La aplicación tomó 50 minutos, en una oficina de la corporación.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 25 mujeres, cuyo promedio de edad fue de 52.8 años, con un mínimo de 29 y un máximo de 67 años ($DT=10.1$); solo 10 de las participantes (41.7%) tenían menopausia. La mayoría era dueña de casa (41.7%) o desempeñaba un oficio (25%), el resto era jubilada (16.7%), profesional (8.3%) o realiza una actividad técnica (8.3%). La escolaridad fue heterogénea, el 36.8% contaba con educación universitaria completa, 37.5% con la enseñanza media completa, 16.7% con estudios universitarios incompletos o técnicos completos y 8.3% con la enseñanza media incompleta. El nivel socioeconómico del 71.4% de ellas era medio, 14.3% correspondía al nivel

Tabla 1. *Correlaciones parciales entre las diversas variables, controlando por número de hijos, total de tratamientos actuales y mastectomía.*

	Optimismo	Afrontamiento activo	Afrontamiento pasivo
Calidad de vida	.52*	.54*	-.42
Optimismo	-	.42	-.25
Afrontamiento activo		-	-.28
Afrontamiento pasivo			-

* $p < .05$; ** $p < .01$.

bajo y 14.3% al alto. De acuerdo al estado civil, el 60% eran casadas, 24% solteras, 12% separadas o divorciadas y 4% viudas. En cuanto al número de hijos, el promedio fue de un hijo, con un mínimo de cero y un máximo de tres. El sistema de salud de la mayoría de las participantes era Fonasa (72.7%), el resto de ellas estaba en alguna Isapre (22.7%) y una señala tener un sistema distinto (Dipreca). El promedio de tiempo con la enfermedad fue de 15.8 meses, con un mínimo de 2 y un máximo de 70 meses ($DT=18.6$). El promedio de ganglios extraídos fue de 10.7, con un mínimo de cero y un máximo de 36 ($DT=17.1$). A la mayoría de las participantes (45.5%) se les realizó una mastectomía parcial, un 36.4% tuvo una mastectomía radical y a un 18.2% no se le realizó esta intervención. En cuanto a los tratamientos recibidos anteriormente, el 60% recibió cirugía, 24% quimioterapia, 49% radioterapia, 12% hormonoterapia y 12% psicoterapia. Respecto a los tratamientos actuales, el 10% recibe cirugía, 30% quimioterapia, 15% radioterapia, 40% hormonoterapia, 15% psicoterapia y 5% tratamiento paliativo del dolor. En relación a las enfermedades actuales que padecen, en promedio cada participante presenta una enfermedad, la más frecuentes siendo depresión (18.2%), artrosis (13.6%), hipertensión (9.1%) e intolerancia a la glicemia (9.1%).

Relación entre calidad de vida, optimismo y afrontamiento.

En primer lugar, se calcularon correlaciones parciales entre estas tres variables principales, controlando estadísticamente el efecto de las variables que correlacionaron con optimismo (número de hijos; $r=.45$, $p < .05$), afrontamiento pasivo (total de tratamientos actuales; $r=.44$, $p < .05$) y afrontamiento activo (mastectomía; $\eta = .58$; $p < .05$). La variable calidad de vida se correlaciona de modo positivo con la variable optimismo y con la variable afrontamiento activo, siendo ambas relaciones de similar magnitud (ver Tabla 1).

Relación entre calidad de vida y optimismo.

En la Tabla 2 se presentan las correlaciones parciales encontradas entre los diferentes dominios de la calidad de vida y el optimismo, controlando estadísticamente el efecto de las variables que correlacionaron con optimismo (número de hijos; $r=.45$; $p < .05$), relaciones sociales (nivel de estudios; $\eta = .57$; $p < .05$) y ambiente (menopausia; $\eta = .46$; $p < .05$). Se observa que el optimismo correlaciona con tres de los cuatro dominios de la calidad de vida: salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.

Tabla 2. *Correlaciones parciales entre las dimensiones de la calidad y optimismo, controlando por número de hijos, nivel de estudios y menopausia.*

	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Ambiente
Optimismo	.30	.57**	.62**	.53**

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Relación entre calidad de vida y afrontamiento.

En la Tabla 3 se presentan las correlaciones parciales encontradas entre la calidad de vida y las diferentes estrategias de afrontamiento evaluadas, al controlar estadísticamente el efecto de las variables que correlacionaron con expresión emocional (mastectomía; $\eta = .73$; $p < .01$), apoyo social (nivel de estudios; $\eta = .63$; $p < .05$), evitación de problemas (ocupación; $\eta = .65$; $p < .05$) y autocrítica (total de tratamientos actuales; $r=.40$; $p < .05$). Es posible apreciar que la calidad de vida correlaciona de forma positiva con dos estrategias de afrontamiento activo; y de forma negativa con dos estrategias de afrontamiento pasivo. Las estrategias de afrontamiento activo son apoyo social y reestructuración

Tabla 3. *Correlaciones parciales entre calidad de vida y las diferentes estrategias de afrontamiento, controlando por mastectomía, nivel de estudios, ocupación y total de tratamientos actuales.*

	Resolución de problemas	Expresión emocional	Apoyo social	Reestructuración cognitiva	Retirada social	Evitación de problemas	Pensamiento desiderativo	Autocrítica
Calidad de vida	.40	.16	.56**	.50*	-.44*	.09	-.13	-.56**

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Tabla 4. *Correlaciones parciales entre optimismo y las diferentes estrategias de afrontamiento, controlando por número de hijos, mastectomía, nivel de estudios, ocupación y total de tratamientos actuales.*

	Resolución de problemas	Expresión emocional	Apoyo social	Reestructuración cognitiva	Retirada social	Evitación de problemas	Pensamiento desiderativo	Autocrítica
Optimismo	.33	.27	.44*	.30	-.39	.17	.15	-.47*

* $p < .05$; ** $p < .01$.

cognitiva. Mientras que las estrategias de afrontamiento pasivo son la autocrítica y retirada social.

Relación entre optimismo y afrontamiento: En la Tabla 4 se presentan las correlaciones parciales encontradas entre las diferentes estrategias de afrontamiento y el optimismo, al controlar estadísticamente el efecto de las variables que correlacionaron con optimismo (número de hijos; $r = .45$; $p < .05$), expresión emocional (mastectomía; $\eta = .73$; $p < .01$), apoyo social (nivel de estudios; $\eta = .63$; $p < .05$), evitación de problemas (ocupación; $\eta = .65$; $p < .05$) y autocrítica (total de tratamientos actuales; $r = .40$; $p < .05$). Se observan dos relaciones entre optimismo y estrategias de afrontamiento: una relación positiva entre optimismo y la estrategia de afrontamiento activo apoyo social y una relación negativa entre optimismo y la estrategia de afrontamiento pasivo autocrítica.

Modelo predictivo de la calidad de vida: En la tabla 5 se presenta el resultado del análisis de regresión múltiple realizado para predecir la calidad de vida. Las variables independientes fueron ingresadas por medio del método de pasos sucesivos. Solo dos variables resultaron estadísticamente significativas, específicamente dos estrategias de afrontamiento: apoyo social (afrontamiento activo) que explica un 37% de la varianza (R^2 corregida = .370) y autocrítica (afrontamiento pasivo) que da cuenta de un 13.7% de la varianza (R^2 corregida = .137), explicando en conjunto un 50.7% de la varianza de la variable calidad de vida.

Tabla 5. *Predictores de calidad de vida.*

Variable	Calidad de vida		
	Modelo 1B	B	Modelo 2 IC 95%
Constante	68.86**	75.50**	[64.26 86.73]
Apoyo social	1.69**	1.48**	[.67 2.29]
Autocrítica		-1.37**	[-2.42 -.32]
R ²	.37	.50	
F	15.11**	13.33**	
ΔR^2	.40	.15	
ΔF	15.11**	7.37**	

Nota. N=25. IC=Intervalo de confianza. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Discusión

Los resultados revelaron que en las mujeres con cáncer de mama evaluadas, una mejor calidad de vida se asoció con un mayor optimismo y con la utilización de estrategias de afrontamiento activo. Lo anterior es consistente con los resultados de otros estudios, donde aparece el optimismo como predictor de salud, bienestar y ajuste frente a situaciones estresantes (e.g., Carver y Gaines, 1987; Carver et al., 1993; Carver et al., 1994, Peterson, Seligman y Vaillant, 1988), y el afrontamiento activo como una variable asociada a una buena calidad de vida en personas que padecen enfermedades graves (Fawzy et al., 1993). Este resultado podría explicarse tomando en consideración que las personas optimistas tienen la creencia estable de que ocurrirán cosas positivas (Scheier & Carver, 1985) y son precisamente esas expectativas las que, a la hora de tener que enfrentar contratiempos, se traducen en esfuerzos por enfrentar el problema de modo activo y persistente (Ferrando et al., 2002). Al mismo tiempo, esto podría ayudar a minimizar el miedo y ansiedad asociados al diagnóstico y tratamiento del cáncer, con lo cual se favorece el logro de un ajuste exitoso a la enfermedad. Otra característica de las personas optimistas es que atribuyen las causas de los eventos negativos que les ocurren a causas externas, inestables en el tiempo y relacionadas a un ámbito concreto (Seligman, 1988). A partir de esto, se puede concluir que esta forma de explicarse lo que les sucede alejaría de ellos los sentimientos de culpa por estar enfermos y el miedo a experimentar una eventual reaparición de la enfermedad. Por su parte, la relación del afrontamiento activo con la calidad de vida, se explicaría gracias a que el afrontamiento activo ayuda a los pacientes a reducir la tensión psicológica (Fawzy et al., 1993), al sentir que tienen el control sobre la enfermedad (Affleck, Tennen, Pfeiffer & Fifield, 1987; Taylor, Hegelson, Reed & Skokan, 1991) y su tratamiento (Taylor, Lichtman & Wood 1984; Thompson, Nanni & Levine, 1994).

Al examinar la relación entre las diferentes dimensiones de la calidad de vida y el optimismo, se revela que a mayor nivel de optimismo, las mujeres presentaron una mejor salud psicológica, salud social y salud ambiental. Para una mejor comprensión de este resultado, conviene señalar que cada uno de estos dominios de la calidad de vida incluye diferentes aspectos. De este modo, la salud psicológica incluye otras

variables como imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración. El dominio social de la calidad de vida incluye a las relaciones sociales, el apoyo social y la actividad sexual. Por su parte, el dominio ambiental incluye los recursos económicos, la libertad y seguridad física, accesibilidad y la calidad del sistema sanitario, ambiente del hogar, oportunidades de adquirir información y habilidades nuevas, actividades de ocio, medio ambiente y transporte (World Health Organization, 1996). Por lo tanto, la relación entre optimismo y estos tres dominios se traduciría en una mejora sustancial en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama, pues impactaría en un conjunto amplio de variables, algunas de las cuales se han identificado como mediadoras de un mejor ajuste a la enfermedad, como el apoyo social (Meyerowitz, 1980), variables del ambiente físico y social (McDaniel, 1976; Schlossberg, 1981) y variables psicológicas (Meyerowitz, 1980), entre otras.

En lo que respecta a la relación entre calidad de vida y las diferentes estrategias de afrontamiento, los resultados muestran que en las mujeres evaluadas, enfrentar los estresores mediante la búsqueda activa de apoyo social y/o mediante la reestructuración cognitiva, entendida como cambiar el significado de la situación estresante, se asoció a una buena calidad de vida. Por otra parte, el enfrentar los estresores recurriendo a la autocrítica y/o a la retirada social aislándose de familiares y amigos, se asoció a una baja calidad de vida. Esto apoya la evidencia aportada por estudios realizados en personas que padecen enfermedades graves, según la cual el uso de estrategias activas permite el logro de una mejor calidad de vida, al actuar reduciendo la tensión psicológica que experimentan (Fawzy et al., 1993). Estos resultados además amplían el conocimiento existente hasta ahora, pues permiten identificar cuáles estrategias de afrontamiento son las que se relacionan significativamente con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama.

En cuanto a la asociación entre el optimismo y cada una de las estrategias de afrontamiento, los resultados revelan la existencia de una relación positiva entre optimismo y apoyo social y una relación negativa entre optimismo y autocrítica. Esto confirma la existencia de una estrecha relación entre afrontamiento y optimismo, relación que ya había sido sugerida por Scheier & Carver (1993) al señalar que el optimismo favorece el afrontamiento exitoso de situaciones estresantes. Además, estos resultados son coincidentes con los hallazgos de Chico (2002), respecto a la asociación positiva del optimismo con estrategias de afrontamiento adaptativas o activas y su asociación negativa con estrategias de afrontamiento desadaptativas o pasivas. Pero además, es preciso señalar que estos resultados permiten identificar específicamente cuáles estrategias de afrontamiento son las que presentan este tipo de relación con el optimismo. Estos hallazgos indican que el optimismo ayuda a lograr

una adecuada adaptación a la enfermedad y además reduce sufrir los riesgos que acarrea el pesimismo, pues estudios han demostrado que el pesimismo se vincula con la tendencia a la depresión en la mitad de la vida y a la mortalidad por cáncer en personas mayores (Bromberger & Matthews, 1996; Schulz et al., 1996). Por lo tanto, el optimismo además de ser un favorecedor de la adaptación a la enfermedad, actuaría como un factor protector, disminuyendo la vulnerabilidad frente a otro tipo de enfermedades de carácter emocional y físico asociadas al cáncer. Este impacto positivo del optimismo en la salud de las personas, guardaría relación con las creencias positivas respecto al futuro, como ya se mencionó, pero además con el efecto que tiene esta variable psicológica sobre el sistema inmunológico, pues se ha demostrado que el optimismo mejora su funcionamiento al aumentar la actividad citotóxica de las células asesinas y el número de células T colaboradoras (Sergestrom et al., 1998). El importante rol que desempeña el optimismo en la calidad de vida de mujeres debe ser tomado en cuenta a la hora de desarrollar acciones que permitan prevenir las consecuencias negativas que esta enfermedad y su tratamiento producen, así como también en las atenciones terapéuticas que se realicen.

Al analizar cuál de las variables independientes predicen la calidad de vida, aparecen dos predictores, el apoyo social (una estrategia de afrontamiento activo) y la autocrítica (una estrategia de afrontamiento pasivo), siendo el apoyo social la variable independiente que explica el mayor porcentaje de varianza. Esta estrategia hace referencia al soporte que brindan familiares y amigos, en cuanto a entregar apoyo emocional e información que ayudan a enfrentar los problemas (De Miguel y Hernández, 2004). La importancia del apoyo social en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama se había señalado en estudios previos, donde esta variable se asoció con una adecuada adaptación psicológica a la enfermedad (Lewis, Manne, Du & Hamel, Vicksburg, Bovjerg & Currie, 2001), a una mayor sobrevida en pacientes con metástasis (Spiegel, Bloom, Kraemer & Gotthel, 1989) y con bajos niveles de cortisol (Turner-Cobb, Rabinowitz, Terr, Sephton & Spiegel, 2004). El apoyo social permite por una parte prevenir el estrés, ayudando a minimizar la percepción de amenaza frente a situaciones peligrosas y además permite enfrentar el estrés una vez que aparece, pues ayuda a la persona a afrontar la situación estresora (Lazarus & Folkman, 1986). Sin embargo, este resultado sugiere además, que para favorecer una mejor calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, se debe intentar reducir la utilización de la autocrítica. El uso de esta estrategia se asocia a la autoinculpación y lleva a las personas a concluir que son las responsables de sus problemas (Lazarus & Folkman, 1986). Para el abordaje terapéutico de la culpa en mujeres con cáncer de mama, se recomienda: fomentar experiencias que la hagan sentir importante y favorecer que se acepten como seres falibles (Haber, 2000). Es preciso

señalar que si bien son las estrategias de afrontamiento las que aparecen como los mejores predictores de la calidad de vida del grupo de mujeres evaluadas, hay que tener presente que se encontró una asociación significativa entre optimismo y los predictores encontrados y que además, existe una asociación teórica, ya que el estilo explicativo pesimista incluye la tendencia a atribuir a una causa interna los sucesos negativos o fracasos. Por lo tanto, se puede concluir que existiría un tipo de relación entre optimismo y calidad de vida, que merece atención. Por consiguiente, un modo de potenciar un mayor uso del apoyo social y una menor utilización de la autocrítica, se puede encontrar en el desarrollo de un EPO, para lo cual es necesario que las personas adquieran nuevas habilidades cognitivas que les permitan explicarse las causas de los éxitos y los fracasos de un modo optimista, es decir, que tienen que ser capaces de atribuir una causa externa, inestable y focalizada a los fracasos y una causa interna, estable y general a los éxitos (Seligman, 1998). Para eso existen algunas técnicas surgidas desde la Psicología Cognitiva, que permiten el aprendizaje de un estilo explicativo optimista, tales como: reconocer los pensamientos automáticos, cuestionar los pensamientos automáticos, hacer diferentes atribuciones, distraer los pensamientos negativos y reconocer y cuestionar creencias (Seligman, 1998).

El principal aporte de esta investigación radica en demostrar la importante relación que tienen las variables psicológicas optimismo y estrategias de afrontamiento, con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. En consecuencia, resulta muy importante diseñar intervenciones efectivas que permitan modificar las estrategias de afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama, potenciando el uso de estrategias activas como el apoyo social y el abandono de estrategias de afrontamiento pasivo, como la autocrítica, así como el desarrollo de un EEO. Los grupos de apoyo pueden favorecer el logro de estos propósitos, ya que por una parte pueden transformarse en una importante fuente de apoyo social y además, permiten la utilización del aprendizaje social como medio para potenciar el logro de cambios al nivel del estilo explicativo. Estudios indican que los grupos de apoyo favorecen la adaptación psicológica al cáncer de mama, cuando brindan educación e información (Helgeson & Cohen, 1996) y cuentan con la participación de personas adaptadas que han tenido el mismo trastorno (Stanton, Danoff-Burg, Cameron, Snider & Kirk, 1999).

Este estudio presenta varias limitaciones que deben ser tomadas en consideración. Una de ellas radica en el hecho de que todas las medidas empleadas provienen de auto-reportes y son por lo tanto susceptibles a la influencia de sesgos de deseabilidad social. Esto además se puede ver exacerbado al tomar en cuenta que las pacientes respondieron los instrumentos en dependencias de la corporación que les brinda apoyo para enfrentar la enfermedad, a partir de lo cual se puede asumir que algunas participantes pudieron responder

de modo complaciente los instrumentos, con un afán de demostrar una adaptación mayor a la real. Otra limitación del estudio guarda relación con la moderada confiabilidad obtenida para el LOT-R (0.57), inferior a la reportada por Vera-Villarroel, Córdova-Rubio y Celis-Atenas (2009), quienes obtienen un 0.65, lo que evidentemente podría estar alterando la consistencia de los resultados de la evaluación del optimismo. Además, es preciso señalar que la muestra no es representativa, sin embargo, los resultados son consistentes con lo encontrado en estudios anteriores.

Además, es preciso mencionar que el optimismo y las estrategias de afrontamiento son solo algunos de muchos otros factores que influyen sobre la calidad de vida, por lo tanto, la magnitud de su impacto va a estar siendo influido por una serie de otras variables que están presentes de manera constante y dinámica en la persona, su contexto y su ambiente, como por ejemplo, variables culturales. Existe evidencia empírica respecto a la influencia causal que tiene el origen étnico en la aparición de creencias fatalistas o pesimistas asociadas al cáncer de mama y en comportamientos de detección precoz de la enfermedad (Flynn, Betancourt, Tucker, Garberoglio & Matt Riggs, 2007).

Para finalizar, se sugiere que investigaciones futuras profundicen en el análisis de la relación existente entre las variables optimismo y estrategias de afrontamiento, para determinar si alguna de ellas actúa modulando el efecto que tiene la otra sobre la calidad de vida, pues tanto la teoría como la evidencia empírica sugiere que el optimismo favorece el uso de estrategias de afrontamiento activo (Scheier & Carver, 1993). Esto permitirá clarificar cuál es el rol que tiene cada una de estas variables, en relación con la calidad de vida. Por otra parte, sería interesante la realización de estudios que contemplen variables culturales, por ejemplo, comparando grupos de mujeres mapuches y no mapuches con cáncer de mama, en relación al nivel de optimismo y el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas. Así como también el estudio del impacto que tienen el optimismo y las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida de personas con otros padecimientos crónicos.

Referencias

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., & Fifield, C. (1987). Appraisals of contextual and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273-279.
- Anadón, O. (2006). Inteligencia emocional percibida y optimismo disposicional en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 9, 1-13.
- Broadhead, J., Robinson, J., & Atkinson, M. (1998). A new quality of life measure for oncology. *Journal of psychosocial oncology*, 6, 21-35.
- Bromberger, J., & Matthews, K. (1996). A longitudinal study of the effects of pessimism, trait anxiety, and life stress on depressive symptoms in middle-aged women. *Psychology and aging*, 11, 207-213.
- Carreras, C., y Gonzáles, M. (2002). *Factores psicológicos y calidad de vida en cáncer*. México: Thomson.
- Carver, C., & Gaines, J. (1987). Optimism, pessimism and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 449-462.

- 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*, 813-821.
- 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., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F., & Clark, K. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, *73*, 1213-1220.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, *14*, 544-550.
- DEIS. (2011). *Mortalidad por causas, según sexo. Chile 2000-2009*. Extraído el 1 de septiembre de 2011 desde http://deis.minsal.cl/vitales/Mortalidad_causa/Chile.htm
- De Miguel, A., y Hernández, L. (2004). *Afrontamiento y personalidad en estudiantes universitarios*. Extraído el 21 de noviembre de 2009 desde <http://www.psicologia.ull.es/admiguel/mejico2004.pdf>
- Die, T., y Die, G. (2003). *El cáncer de mama*. Madrid, España: Ades.
- Epping-Jordan, J., Compas, B., & Howell, D. (1994). Predictors of cancer progression in young adult men and women: Avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms. *Health Psychology*, *13*, 539-547.
- Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowiecki, D., Oppedisano, G., Gerhardt, C., & Primo, K. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, *18*, 315-326.
- Fawzy, F., Fawzy, N., Hyun C., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J., & Morton, D. (1993). Malignant melanoma: Effects on early structure psychiatric intervention coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 681-689.
- Ferrando, P., Chico, E., y Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, *14*, 673-680.
- Flórez, I. (1994). *La mujer ante el cáncer de mama: Aspectos psicológicos*. Barcelona: Edika Med.
- Flynn, P., Betancourt, H., Tucker, J., Garberoglio, C., & Riggs, M. (2007). *Culture, Emotions, and Self-Breast Examinations among Culturally Diverse Women*. Extraído el 12 de diciembre de 2010 desde: <http://64.233.163.132/search?q=cache:H1f8JS0bScYJ:www.cultureandbehavior.org/files/APACultureEmotionsSBE.pdf+%22hector+betancourt%22+%22B+%22breast+cancer%22ycd=2yhl=esyct=clnkygl=cl>
- Ganz, P., Polinsky, M., Schang, C., & Heinrich, R. (1989). Rehabilitation of patients with primary breast cancer: Assessing the impact of adjuvant therapy. *Recent results in cancer research*, *115*, 244-254.
- GLOBOCAN. (2008). Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008. Extraído el 12 de diciembre de 2010 desde: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp#WOMEN>
- Gómez, R. (2005). *Cáncer de mama: Manejo quirúrgico del estadio I-II. Información al médico*. Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Grassi, L., & Cappellari, L. (1988). State and trait psychological characteristics of breast cancer patients. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, *4*, 99-109.
- Grassi, L., & Molinari, S. (1988). Pattern of emotional control and psychological reactions to breast cancer: A preliminary report. *Psychological Reports*, *62*, 727-732.
- Grassi, L., Rosti, G., Albieri, G., & Fiorrentini, G. (1987). Correlati psicopatologici della repressione emozionale in pazienti neoplastici. *Rivista di Psichiatria*, *22*, 297-303.
- Haber, S. (2000). *Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico*. España: Paidós.
- Heim, E., Valach, L., & Schafner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, *59*, 408-418.
- Helgeson, V., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, *15*, 135-148.
- Hernández, E., y Grau, J. (2005). *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara.
- Kamen, L., Rodin, J., & Seligman, M. (1987). *Explanatory style and immune functioning*. Unpublished manuscript. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M., & Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity in elderly men and women. *Health Psychology*, *10*, 229-235.
- Lazarus, R., & Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lewis, J., Manne, S., Du Hamel, K., Vicksburg, S., Bovjerg, D., & Currie, V. (2001). Social support, intrusive thoughts, and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, *24*, 231-245.
- Manne, S., Glassman, M., & Du Hamel, K. (2000). Intrusion, avoidance, and psychological distress among individuals with cancer. *Psychosomatic Medicine*, *63*, 658-667.
- Martín, D., Zanier, J., y García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, *8*, 175-182.
- Meyerowitz, B. (1980). Psychosocial correlates to breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*, *87*, 108-131.
- McDaniel, J. (1976). *Physical disability and human behavior*. (2nd ed.). New York: Pergamon Press.
- Montgomery, G., & Bovjerg, D. (2003). Expectations of chemotherapy-related nausea: Emotional and experiential predictors. *Annals of Behavioral Medicine*, *25*, 48-54.
- Moos, R. (1998). Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Psychological Assessment*, *4*, 133-158.
- OMS. (1996). Grupo sobre calidad de vida. ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*, *17*, 385-387.
- Otero, J., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J., y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Peterson, C., & Ávila, M. (1995). Optimistic explanatory style and the perception of health problems. *Journal of Clinical Psychology*, *51*, 128-132.
- Peterson, C., & Seligman, M. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, *91*, 347-374.
- Peterson, C., Seligman, M., & Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*, 23-27.
- Peterson, C., Seligman, M., Yurko, K., Martin, L., & Friedman, H. (1998). Catastrophizing and untimely death. *Psychological Science*, *9*, 49-52.
- Sánchez, C., Galecio, G., Villanueva, J., Colchado, J., y Antón, J. (2001). *Personalidad asociada. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama*. Perú. Universidad de Chiclayo y Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- 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. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, *2*, 26-30.
- Scheier, M., Weintraub, J., & Carver, C. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1257-1264.
- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J., Scheier, M., & Williamson, G. (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychology and aging*, *11*, 304-309.
- Sears, S., Stanon, A., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, *22*, 487-497.
- Segerstrom, S., Taylor, S., Kemeny, M., & Fahey, J. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 1646-1655.
- Seligman, M. (1998). *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona, España: Grijalbo.
- Spiegel, B., Bloom, J., Kraemer, H., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, *14*, 888-891.

- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Snider, P., & Kirk, S. (1999). Social comparison and adjustment to breast cancer: An experimental examination of upward affiliation and downward evaluation. *Health Psychology, 18*, 151-158.
- Stanton, A., & Snider, P. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology, 12*, 16-23.
- Suárez, V. (2004). *Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal*. Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.
- Taylor, S., Hegelson, V., Reed, G., & Skokan, L. (1991). Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. *Journal of Social Issues, 47*, 91-109.
- Taylor, S., Lichtman, R., & Wood, J. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 489-502.
- Thompson, C., Nanni, C., & Levine, A. (1994). Primary versus secondary and central versus consequence-related control in HIV-positive men. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 540-547.
- Turner-Cobb, J., Koopman, C., Rabinowitz, J., Terr, A., Sephton, S., & Spiegel, D. (2004). The interaction of social network size and stressful life events predict delayed-type hypersensitivity among women with metastatic breast cancer. *International Journal of Psychophysiology, 54*, 241-249.
- Urzúa, A., y Jarne, A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Revista Interamericana de Psicología, 42*, 151-160.
- Van Eck, M., Berkhof, H., Nicolson, N., & Sulon, J. (1996). The effects of perceived stress, traits, mood states, and stressful daily events on salivary cortisol. *Psychosomatic Medicine, 58*, 447-458.
- Vera-Villaruel, P., Córdova-Rubio, N., y Celis-Atenas, K. (2009). Evaluación del optimismo: Un análisis preliminar del Life Orientation Test versión revisada (LOT-R) en población chilena. *Universitas Psychologica, 8*, 61-68.
- Ward, S. E., Leventhal, H., & Love, R. (1988). Repression revisited: Tactics used in coping with a severe health threat. *Personality and Social Psychology Bulletin, 14*, 735-746.
- Weitzner, M., & Meyers, C. (1997). Cognitive functioning and quality of life in malignant glioma patients: A review of the literature. *Psycho-Oncology, 6*, 169-177.
- Winer, E. (1994). Quality of life research in patients with breast cancer. *Cancer Supplement, 74*, 410-415.
- World Health Organization. (1996). WHOQoL-BREF: *Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version*. Programme on Mental Health, WHO, Geneva, Switzerland. Extraído el 1 de septiembre de 2011 desde http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- Yo mujer. (2008). *Misión y visión*. Extraído el 15 de diciembre de 2009 desde <http://www.corporacionyomujer.cl/nuestra-corporacion/mision-y-vision/>