



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

TESIS DOCTORAL

"MECANISMOS COGNITIVOS DEL OPTIMISMO EN
CÁNCER DE MAMA: RELACIONES CON LA
CALIDAD DE VIDA"

Sílvia Pastells Pujol

Tesis doctoral dirigida por: Dr. Antoni Font Guiteras

Doctorat en Psicologia de la Salut i de l'Esport

Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

BARCELONA 2017

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer al Dr. Antoni Font su incansable insistencia en que se hiciera este trabajo, sin su tiempo y conocimientos esta Tesis no habría sido posible. Las horas de conversaciones, han convertido el espacio de investigación e intercambios de punto de vista, en un espacio también de amistad. ¡Muchas gracias Toni!

También quiero agradecer a todas las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama de la Asociación Española contra el Cáncer, y a todas las que se enfrentan cada día a un diagnóstico y una enfermedad que es todo un reto. Gracias por compartir vuestras impresiones personales y valoraciones en momentos realmente complicados. También a todos los/las pacientes que día a día confían en mí para que les ayude a tener una vida con un poco más de calidad. Gracias por confiar en mí, y colaborar con vuestras aportaciones y tiempo personal. ¡Muchas gracias a todas!

Gracias a mis amigos y colegas de profesión, que con su apoyo me han animado a seguir hasta el final. Gracias Montse, Josep M^o, Rouse, Anna, Toni, Bibi, Carme, Marta, y muchos más con los que además de profesión, compartimos las ganas de crecer y mejorar.

Gracias a mis padres, Jaume y Pilar, por llenar mi vida desde el inicio de amor, rigor y curiosidad.

Gracias a mis hermanos Mercè, Marta y Santi porque confían en mí, y eso te hace mejor.

Gracias a Agustí, compañero de viaje e incansable apoyo, ¡gracias por estar ahí siempre!

Y por último, ¡gracias a Gina y Rita, que hacen constantemente que quiera ser mejor persona!

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO.....	11
1. Introducción.....	12
2. Cáncer de mama.....	15
2.1 Concepto	15
2.2 Incidencia.....	18
2.3 Fases del cáncer de mama.....	19
2.4 Tratamiento del cáncer de mama	23
2.4.1 Cirugía	23
2.4.2 Quimioterapia	25
2.4.3 Radioterapia.....	27
2.4.4 Terapia hormonal	28
2.4.5 Terapia dirigida.....	29
2.5 Aspectos psicosociales del cáncer de mama.....	30
3. Calidad de vida.....	39
3.1 Calidad de vida relacionada con la salud.....	41
3.2 Calidad de vida y cáncer de mama	43
3.2.1 Proceso de adaptación en el cáncer de mama	43
3.3 Calidad de vida y situación médica en el cáncer de mama.....	48
3.3.1 Aspectos psicosociales en la Fase de Diagnóstico.....	48
3.3.2 Aspectos psicosociales en la Fase de Tratamiento	52

3.3.3 Aspectos psicosociales en la Fase de Intervalo Libre y Supervivencia	58
3.3.4 Aspectos psicosociales en la Fase de Recidiva del Cáncer de mama	61
3.3.5 Aspectos psicosociales en la Fase Terminal del Cáncer de mama	62
3.4 La medida de la calidad de vida en cáncer de mama	63
4. Optimismo.....	66
4.1 Antecedentes	66
4.2 Etiología del optimismo	68
4.3. Definición y tipos de optimismo.....	72
4.3.1 Optimismo disposicional	72
4.3.2 Optimismo como estilo atribucional o estilo explicativo	75
4.3.3 Posibilidades del Optimismo no realista.....	79
4.3.4 Pesimismo defensivo	83
4.3.5 Optimismo Situacional	85
4.4 Modelos de optimismo y salud	87
4.4.1 Modelo de autorregulación	87
4.4.2 Modelo de adaptación cognitiva de Taylor.....	89
4.4.3 Optimismo y Psicología Positiva.....	90
4.4.4 Optimismo y transdiagnóstico	91
4.4.5 Modelo de Avia y Vázquez	94
4.5 Mecanismos cognitivos del optimismo.....	96
4.5.1 Atribución o las causas de lo que nos pasa.....	97
4.5.2 Estimación positiva de probabilidades.....	102
4.5.3 Percepción de control.....	105

4.5.4	Recuerdos asimétricos	109
4.5.5	Sentido positivo de la experiencia	112
5.	Optimismo, cáncer de mama y calidad de vida	120
	PARTE EMPÍRICA	143
6.	Justificación del estudio	144
7.	Objetivos	146
7.1	Objetivo general.....	146
7.2	Objetivos específicos	147
8.	Hipótesis de trabajo	149
9.	Método.....	150
9.1	Sujetos.....	150
9.2	Instrumentos.....	152
9.2.1	Valoración de la Calidad de vida.....	152
9.2.2	Valoración del Optimismo Disposicional.....	153
9.2.3	Optimismo Estratégico	154
9.3	Procedimiento	156
10.	Resultados	158
10.1	Descripción de la muestra.....	158
10.2	Análisis de fiabilidad de los instrumentos	162
10.2.1	Cuestionario de Calidad de vida	162

10.2.2	Cuestionario de Optimismo Disposicional (LOT-R).....	163
10.2.3	Cuestionario de Optimismo Estratégico	165
10.3	Análisis relacional (bivariante).....	169
10.3.1	Objetivo 1: Describir y comparar la calidad de vida de las pacientes en tres situaciones de salud.	169
10.3.2	Objetivo 2: Describir y comparar el Optimismo Disposicional de las pacientes en cada situación de salud.....	188
10.3.3	Objetivo 3: Describir y comparar el Optimismo Estratégico de las pacientes en función de su situación de salud	190
10.3.4	Objetivo 4: Analizar la posible relación entre Optimismo Disposicional y Calidad de vida en el conjunto de pacientes de la muestra y en función de su situación médica.	203
10.3.5	Objetivo 5: Analizar la posible relación entre Optimismo Estratégico y Calidad de vida en el conjunto de pacientes y en función de su situación médica... ..	210
10.3.6	Objetivo 6: Analizar las posibles relaciones entre Optimismo Disposicional y Optimismo Estratégico en el conjunto de pacientes de la muestra y en función de la situación médica	219
10.3.7	Objetivo 7: Proponer un modelo explicativo del bienestar emocional y social de las pacientes en función de la situación médica y el optimismo.....	224
11.	Discusión.....	227
11.1	Objetivo 1: Describir y comparar la calidad de vida de las pacientes en tres situaciones de salud	230

11.2	Objetivo 2: Describir y comparar el Optimismo Disposicional de las pacientes en cada situación de salud.....	234
11.3	Objetivo 3: Describir y comparar el nivel de Optimismo Estratégico de las pacientes en función de su situación de salud.....	235
11.4.	Objetivo 4: Analizar la posible relación entre Optimismo Disposicional y Calidad de vida en el conjunto de pacientes de la muestra y en función de su situación médica.....	240
11.5.	Objetivo 5: Analizar la posible relación entre Optimismo Estratégico y Calidad de vida en el conjunto de pacientes de la muestra y en función de su situación médica.....	243
11.6.	Objetivo 6: Analizar las posibles relaciones entre el Optimismo Disposicional y el Optimismo Estratégico en el conjunto de pacientes de la muestra y en función de la situación médica.....	247
11.7.	Objetivo 7: Proponer un modelo explicativo del bienestar emocional y social de las pacientes en función de la situación médica y el optimismo.....	250
12.	Conclusiones.....	253
13.	Limitaciones del trabajo y propuestas de futuro.....	255
14.	Referencias bibliográficas.....	257
15.	Anexos.....	287
15.1.	Anexo 1.....	287
15.2	Anexo 2.....	288

15.3. Anexo 3.....	293
15.4. Anexo 4.....	295
16. Lista de tablas	296

MARCO TEÓRICO

1. Introducción

El cáncer de mama es la enfermedad neoplásica más diagnosticada en el mundo Occidental, en España y en Catalunya (Asociación Española contra el Cáncer, AECC, 2015). Su diagnóstico y tratamiento suponen una situación estresante que puede durar meses o incluso cronificarse cuando aparecen recidivas. Las diferentes fases de la enfermedad desencadenan distintas consecuencias físicas, emocionales y sociales que afectan a la vida diaria de las personas. Uno de los aspectos más significativos y que sufre un fuerte deterioro es el aspecto emocional, con la aparición de ansiedad, tristeza, miedo, rabia, pérdida de autoestima, dificultades de relación con el entorno, pérdida de sensación de control ante la situación, etc. Ante el tratamiento con quimioterapia y radioterapia además de la incertidumbre del proceso de la enfermedad, hay que añadir los efectos secundarios del tratamiento, efectos que generalmente sólo se pueden controlar de manera limitada. Y en cuanto finaliza el tratamiento, pueden aparecer otras inquietudes y dudas ante las pruebas de control y seguimiento.

La adaptación pues, a una situación de estrés como el cáncer de mama, las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales a los resultados, al dolor, a los tratamientos y a las pérdidas, se evalúan mediante la percepción subjetiva que la persona tiene de ella misma y de la situación. La calidad de vida es un importante concepto a considerar, para evaluar tanto el estado psicosocial de los enfermos como la eficacia de los tratamientos y la adaptación a la situación oncológica. Entre las características que podrían amortiguar el impacto del cáncer y su tratamiento en la vida de las pacientes, se halla el optimismo (Carver y Scheier, 2014).

El optimismo es una característica cognitiva de la especie humana seleccionada por sus ventajas en la supervivencia (Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000) que se vincula a un estado de ánimo positivo, a la perseverancia, al logro y a la salud física (Peterson, 2000) y se caracteriza por expectativas futuras de resultado positivo (Carver, Scheier y Segerstrom, 2010). La genética, la familia, las críticas, las experiencias vividas, y la experimentación de situaciones de control y dominio, serían algunos factores que explicarían el desarrollo del optimismo (Brewin y Andrews, 1996).

A pesar del interés científico del optimismo relacionado con la salud, se desconocen todavía los mecanismos que subyacen en él. El optimismo parecería proporcionar recursos cognitivos, de afrontamiento y sociales, que proporcionarían mejor salud mental (Carver et al., 2010).

El optimismo ha sido relacionado con muchos aspectos de la salud. Se hipotetiza que la visión que tengan las personas de sí mismas, del mundo, de los otros y del futuro puede predecir su vulnerabilidad a la enfermedad, y que las expectativas, tanto positivas como negativas, pueden explicar nuestras acciones ante una situación de salud. Se relaciona el optimismo y la salud a través de las estrategias de afrontamiento, la valoración más positiva de la situación y la búsqueda de apoyo social. Aspectos que tendrían un efecto positivo tanto en la situación como en el estado de ánimo y calidad de vida.

A pesar de que el optimismo ha resultado ser una variable importante en relación con la enfermedad, hay estudios que cuestionan su papel real cuando la situación se complica. Según Tennen y Affleck (1987), el papel del optimismo podría disminuir a medida que la situación es percibida como no controlable. Parecería que a medida que

decrece la percepción de control ante la situación menor es la influencia del optimismo en el estado emocional y la calidad de vida (Segerstrom, 2006). Algunas características psicológicas cognitivas como la percepción de control, la valoración de los aspectos positivos en situaciones difíciles y estresantes, la visión positiva del propio pasado, las atribuciones causales de la situación y tener expectativas positivas o valorar positivamente las probabilidades de éxito, podrían conformar la visión positiva ante la vida y ante situaciones estresantes como una enfermedad (Avia y Vázquez, 1998, 2011; Taylor, 1983; Taylor et al., 2000).

El cáncer de mama representa una situación de pérdida de salud, pero con un pronóstico generalmente favorable o de evolución como enfermedad crónica, por lo que puede ser adecuado analizar el papel del optimismo en la calidad de vida de las pacientes en diferentes situaciones de enfermedad. Estudios anteriores arrojan resultados no concluyentes (Härtl et al., 2010).

Cuando una paciente está bajo los efectos del tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia, las consecuencias físicas y psicológicas se suman al diagnóstico. Después del tratamiento activo la paciente se encuentra en un intervalo libre de la enfermedad; y a pesar de que, en algunos casos, aparece o persiste el miedo, la presencia de los efectos secundarios del tratamiento es menos intensa, por lo que la paciente puede percibir menos estrés subjetivo y mayor percepción de control. Ante estas diferentes situaciones nos planteamos observar si el papel del optimismo disposicional y situacional es el mismo y qué importancia tiene en cada situación, en relación con la calidad de vida que presentan las pacientes.

2. Cáncer de mama

2.1 Concepto

La palabra cáncer proviene del griego (kankros = cangrejo). Hipócrates en la antigua Grecia utilizó esta palabra para señalar el grupo de enfermedades que se mostraban como formaciones duras, con prolongaciones y que recordaban la forma de un cangrejo.

Las células de nuestro cuerpo están constantemente creciendo, para después dividirse y finalmente morir de forma ordenada. Para permitir el crecimiento en los primeros años de vida las células se dividen más rápidamente; en la edad adulta este ritmo se enlentece, y las células se dividen para sustituir las células desgastadas y para reparar lesiones. El cáncer se genera cuando el crecimiento de las células se descontrola, y en lugar de morir, siguen creciendo y formando nuevas células anormales. Las células están controladas por el ácido desoxirribonucleico (ADN), y en las células normales cuando el ADN se altera, la célula repara la alteración o muere. En las células cancerosas el ADN alterado no se repara y la célula no muere, sino que sigue produciendo nuevas células con el ADN alterado, células que el cuerpo no necesita y que tienen la capacidad de dañar o invadir otros órganos (Puente, 2015).

El cáncer de mama aparece cuando las células del tejido de la mama se transforman, empiezan a dividirse más rápido de lo normal, incontroladamente y formando un tumor. Se utiliza el término carcinoma para describir el cáncer que ha comenzado en la capa de revestimiento (células epiteliales) de órganos como la mama.

El cáncer de mama normalmente sigue un proceso largo, empezando por una célula maligna y necesitando unos 7-8 años para llegar a 1 cm de diámetro. Pero es una enfermedad muy heterogénea con niveles de agresividad biológica tumoral muy variables, desde los tumores con una evolución muy lenta, hasta los que evolucionan rápidamente y producen la muerte en poco tiempo. El pronóstico del cáncer de mama varía en función del grado de afectación de los ganglios axilares, el tamaño del tumor, el tipo histológico, la presencia de receptores hormonales (estrógenos y progesterona) y la edad de la paciente.

El cáncer de mama presenta las siguientes variantes diagnósticas (breastcancer.org, 2014):

1) Carcinoma ductal in situ: el más frecuente del cáncer de mama no invasivo, la tasa de curación es casi del 100%. Tal y como indica su nombre, el cáncer comienza dentro de los conductos lácteos, no se propaga más allá y, a pesar de que no supone peligro para la vida de la paciente, podría derivar más adelante en un cáncer de mama invasivo.

2) Carcinoma ductal infiltrante o invasivo: El más común de los cánceres de mama (alrededor del 80%). Comienza en un canal o conducto lácteo de la mama, penetra a través de la pared del conducto y crece en el tejido adiposo de la mama. En este momento y con el tiempo, puede tener la capacidad de propagarse hacia los ganglios linfáticos y a otras partes del cuerpo. A pesar de que puede afectar a mujeres de cualquier edad, es más frecuente a partir de los 55 años.

3) Carcinoma lobular invasivo: comienza en los lobulillos y se extiende hacia los tejidos que lo rodean. Tiene la capacidad de hacer metástasis y representa aproximadamente el

10% de los cánceres de mama. Es más frecuente entre mujeres mayores, aunque puede darse en mujeres de cualquier edad.

4) Carcinoma medular: representa entre un 3% y un 5% de los cánceres mamarios. Es un subtipo poco común de carcinoma ductal invasivo. Se denomina "medular" porque el tumor es una masa suave y pastosa como el bulbo raquídeo o médula. Generalmente afecta más frecuentemente a mujeres de entre 45 y 55 años, y a las que tienen una mutación del gen BRCA1. El carcinoma medular no crece rápidamente y generalmente no se propaga fuera de la mama hacia los ganglios linfáticos. Por este motivo tiene buen pronóstico y es más fácil de tratar que otros tipos de cáncer de mama.

5) Carcinoma mucinoso: Representa el 2-3% de todos los casos de cáncer de mama. También se le conoce como carcinoma coloideo, y es una forma poco habitual de carcinoma ductal invasivo. Está formado por células cancerosas que provocan una mucosidad que se convierte en la parte principal del tumor y rodea las células del cáncer de mama. Suele afectar a las mujeres postmenopáusicas y la edad promedio en el momento del diagnóstico es de 60 años o más.

6) Cáncer inflamatorio de la mama: en general empieza con una sensación de espesor y pesadez, enrojecimiento o inflamación de la mama. Las mamas se inflaman porque las células cancerosas obstruyen los vasos que transportan la linfa. Representa entre el 1 y el 3% del total de los cánceres de mama. Es difícil detectarlo en una mamografía porque no es una masa o tumor; los síntomas suelen ser cambios en la apariencia, dureza y sensibilidad de la mama.

2.2 Incidencia

En Catalunya, según datos del Departament de Salut de la Generalitat, una de cada nueve mujeres desarrollará un cáncer de mama a lo largo de su vida (Plà contra el càncer a Catalunya 2015-2020, 2015). Cada año se diagnostican alrededor 13.700 casos nuevos de cáncer de los cuales unos 4.000 son de cáncer de mama. El cáncer de mama es el cáncer con más incidencia entre mujeres, representado un 28,6% de todos los cánceres diagnosticados. De los aproximadamente 4.000 casos nuevos diagnosticados cada año, el 46% son diagnosticados en mujeres mayores de 65 años. Unas 46.000 mujeres catalanas conviven con un diagnóstico de cáncer de mama, con una tasa de incidencia de 83,9 casos/100.000 habitantes (AECC, 2015).

En España, se diagnostican unos 26.000 casos de cáncer de mama al año. Representan casi el 30% del total de tumores diagnosticados en las mujeres españolas. La mayoría de casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con una frecuencia mayor entre los 45 y los 65 años. La tasa de incidencia en España es de 50,9 casos/100.000 habitantes (AECC, 2015).

En el mundo, se diagnosticaron aproximadamente 1.380.000 casos nuevos de cáncer de mama en el año 2008 lo que representa el 16% de todos los cánceres femeninos. En Estados Unidos, la tasa normalizada se sitúa alrededor de 100 casos por cada 100.000 habitantes (Ferlay et al., 2013).

Se observa un incremento anual del cáncer de mama en Catalunya, España y en el mundo, probablemente debido al envejecimiento de la población y a un diagnóstico cada vez más precoz. En España la incidencia es parecida a otros países

mediterráneos e inferior a otros como EEUU, Canadá, Reino Unido, Países Bajos, Bélgica, Alemania, Francia y Suiza (AECC, 2015).

A pesar del aumento de la supervivencia, el cáncer de mama sigue siendo una importante causa de mortalidad femenina. En 2005 el cáncer de mama provocó 5.703 muertes en España, con una tasa de mortalidad estandarizada de 18,6 por 100.000 mujeres al año. El descenso de la mortalidad es del 2,4% anual, gracias a la detección precoz y el avance en los tratamientos. La supervivencia global a los 5 años en España es del 83%, por encima de la media europea que es del 79% y por debajo de los EEUU con una media del 90%.

2.3 Fases del cáncer de mama

El cáncer de mama se puede clasificar en función de la extensión y del momento en que se encuentra el proceso oncológico. Teniendo en cuenta el estado de la enfermedad y su tratamiento, cada paciente se encuentra en una de las siguientes fases:

Fase de diagnóstico inicial: momento en que se confirma el cáncer de mama ya que las pruebas médicas confirman el diagnóstico positivo. El principal método de diagnóstico es la mamografía realizada por el médico debido a la detección de alguna anomalía durante la exploración o control; o por la detección de un bulto por parte de la paciente de manera accidental o durante la autoexploración mamaria. La mortalidad por cáncer de mama se puede reducir hasta un 30% si el diagnóstico es precoz y se utilizan estos procedimientos de manera regular.

Fase de diagnóstico de extensión: una vez se ha establecido el diagnóstico inicial de cáncer de mama, se realiza la evaluación de la extensión de la enfermedad antes de decidir el tratamiento más conveniente. Esta evaluación se denomina "estudio de extensión" y permite establecer el estadio de la enfermedad. El sistema más común de clasificación del estadio del cáncer es el TNM (Burke, 2004) que representa las características determinadas de un tumor. La T hace referencia al tamaño del tumor primario, la N al grado de extensión local a los ganglios linfáticos regionales y la M indica la presencia de extensión a distancia o metástasis. El estadio I, en el extremo bajo de la escala, generalmente designa una enfermedad localizada, encapsulada o bien definida; mientras que el estadio IV, en el extremo alto, indica una enfermedad avanzada. Se mide la extensión del tumor local (en centímetros), la presencia o ausencia de metástasis en los ganglios regionales y el grado de afectación (número), y la presencia o ausencia de metástasis a distancia.

Las pruebas diagnósticas más utilizadas en el cáncer de mama son: la historia clínica, la exploración física, la biopsia, el hemograma, los marcadores tumorales, la radiografía, la ecografía, el TAC o tomografía computarizada, la resonancia magnética, la gammagrafía ósea y la Tomografía por emisión de positrones (PET).

Fase de tratamiento: se inicia en el momento en que se conoce la dimensión y extensión del cáncer y se decide la intervención más adecuada para erradicar la enfermedad. Los tratamientos más utilizados en el cáncer de mama son la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia y la hormonoterapia. Los objetivos del tratamiento son: conseguir la curación, mejorar la supervivencia o prolongar el tiempo sin enfermedad, y mejorar o mantener la calidad de vida.

Fase de intervalo libre de la enfermedad: la paciente entra en un periodo libre de enfermedad cuando ha finalizado los tratamientos oncológicos, la enfermedad ha sido controlada y las pruebas clínicas no detectan ningún signo de actividad tumoral. A partir de este momento se continúan realizando controles periódicos de la enfermedad. Hasta los dos años después del tratamiento se realizan cada cuatro o cinco meses; después, hasta los cinco años, cada seis meses, y a partir de los cinco años se realizan controles anuales. Las pruebas incluyen analítica, mamografía, radiografía de tórax, ecografía y gammagrafía ósea.

Otros conceptos afines serían: remisión completa (las pruebas médicas y exámenes muestran que los signos del cáncer han desaparecido) o también se puede utilizar el concepto "No hay evidencia de enfermedad".

Aunque no es un término médico sí se puede utilizar el término superviviente para definir cualquier persona que haya sido diagnosticada de cáncer y conviva con el cáncer; es decir, para algunos autores desde el momento del diagnóstico ya se es superviviente y así, hasta el final de la vida del paciente; para otros el concepto de superviviente se utiliza cuando el paciente ha finalizado el tratamiento; y para otros este concepto se utiliza cuando han pasado 5 años desde el diagnóstico y el tratamiento (Brozos, Vázquez, Cueva y Barón, 2012).

Fase de recaída o recidiva: se inicia cuando vuelve a aparecer la enfermedad. Se debe diferenciar la recaída que aparece en el lugar donde apareció por primera vez, o recaída que aparece en otro lugar distinto del tumor primario, en este último caso, se denomina metástasis. Generalmente una recaída representa una disminución de las

posibilidades de curación. En caso de presencia de metástasis estas posibilidades pueden ser más escasas, convirtiéndose en una enfermedad crónica-avanzada.

Fase de enfermedad avanzada: se produce cuando el cáncer se ha diseminado más allá del órgano en el que se originó, y se propaga por otras zonas del cuerpo. Sin embargo, a veces no se ha diseminado, pero se considera avanzado localmente porque afecta de forma amplia a un órgano vital y no se puede extirpar. Gracias a los avances logrados en el conocimiento de la enfermedad y la mejora conseguida en la eficacia de los tratamientos oncológicos, cada vez más podemos hablar de enfermedad crónica en el sentido de que, aunque no se puede curar la enfermedad, se puede controlar durante largos periodos de tiempo, en muchas ocasiones, manteniendo una buena calidad de vida de la paciente.

Por último, entramos en la **fase terminal de la enfermedad** cuando el cáncer no responde a los tratamientos y entra en una etapa progresiva e incurable (expectativa de vida igual o inferior a 6 meses). El tratamiento es paliativo y el objetivo es mantener una buena calidad de vida, disminuyendo en la medida de lo posible todo malestar o sufrimiento físico y emocional que puede representar esta situación como, por ejemplo, control del dolor y disminución de los miedos y preocupaciones (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003).

2.4 Tratamiento del cáncer de mama

2.4.1 Cirugía

Consiste en la extirpación del tumor mediante manipulación mecánica con el fin de mejorar el pronóstico. La mayor parte de las pacientes con cáncer de mama se someten a algún tipo de cirugía para extirpar el tumor de la mama. El tipo de intervención varía en función de la extensión y localización del tumor, tamaño de la mama, tipo histológico y edad. De la misma forma que el cáncer de mama ha pasado de una concepción histórica de enfermedad locorregional a la actualidad, donde se concibe el cáncer de mama como enfermedad sistémica, también ha evolucionado el tipo de cirugía con intervenciones cada vez menos agresivas, cuando es posible (Del Val, López, Rebollo, Utrillas y Minguillón, 2001). Las técnicas quirúrgicas se clasifican en mastectomía o extirpación total de la mama, y cirugía conservadora.

La mastectomía implica la extirpación de todo el tejido de la mama y según el tipo de mastectomía, también los tejidos colindantes. Existen varios tipos de mastectomía:

Mastectomía radical: es la extirpación total de la mama, los pectorales mayor y menor y vaciamiento axilar completo. Aunque fue muy común, actualmente se practica en ocasiones muy concretas, cuando el tumor es muy grande y ha invadido los músculos pectorales.

Mastectomía radical modificada: es una cirugía menos extensa donde se conservan los músculos pectorales, o como mínimo el músculo pectoral mayor. Se extirpan todo el seno incluyendo el pezón más los ganglios linfáticos axilares.

Mastectomía simple: se extirpa toda la mama incluida la piel, el pezón y la aureola, sin vaciamiento axilar y dejando los músculos pectorales intactos.

Mastectomía con conservación de piel: se extirpa la mama como en la mastectomía simple, pero se conserva la piel de la mama, cuando hay la posibilidad de hacer una reconstrucción inmediata de la mama.

La cirugía de los ganglios linfáticos se lleva a cabo para determinar si el cáncer de mama se ha extendido a los ganglios linfáticos de la axila. Cuando es necesario hacer la disección de los ganglios linfáticos, esta operación se puede realizar durante la mastectomía o bien, realizarla en una segunda intervención. Hay un 12% de mujeres operadas quirúrgicamente de mastectomía y disección de los ganglios linfáticos que desarrollan linfedema (inflamación del brazo operado, debido a la acumulación de líquidos). Para evitarlo, se utiliza el ganglio linfático centinela para determinar con más exactitud si hay o no afectación de los ganglios, y en caso de que los haya se extrae el resto de ganglios axilares. Si el ganglio centinela no tiene presencia de cáncer, no hace falta diseccionar el resto de los ganglios (Whitman y McDaniel, 1994).

La reconstrucción mamaria es una intervención opcional y personal; se puede llevar a cabo inmediatamente después de la mastectomía (reconstrucción inmediata) o después de los tratamientos oncológicos (reconstrucción demorada).

La cirugía conservadora de la mama se refiere a las intervenciones quirúrgicas en las que se extirpa el tumor y parte de la mama. Pueden ser:

Tumorectomía: Está indicado para tumores de tamaño pequeño y cuando se reúnen una serie de condiciones que garantizan unos determinados resultados clínicos. Se extrae el tumor más dos centímetros de margen de tejido sano, y sin extirpar la piel.

Cuadrantectomía: cuando se extirpa el tumor y el cuadrante de la mama en la que se encuentra, con la piel que la cubre y la glándula correspondiente.

2.4.2 Quimioterapia

Se entiende por quimioterapia la utilización de medicamentos para el tratamiento de las enfermedades neoplásicas. Se denominan medicamentos citostáticos o citotóxicos. Se dispone de diferentes medicamentos cuyo mecanismo de acción común es destruir las células cancerosas mediante la alteración en el ciclo y en la química celular. La quimioterapia es una terapia sistémica, es decir, se distribuye hacia el torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas que pueda haber en cualquier lugar del cuerpo. Se pueden administrar por vía intravenosa o por vía oral.

La quimioterapia adyuvante se realiza después de la cirugía para eliminar las posibles células cancerosas que hayan quedado en cantidades microscópicas e impedir su crecimiento. La duración del tratamiento varía en función de los factores de pronóstico (edad, tamaño del tumor, afectación ganglionar, etc.) pero oscila entre seis y nueve meses.

La quimioterapia neoadyuvante es aquella que se realiza antes de la cirugía. Su objetivo es reducir el tamaño del tumor y poder realizar una operación que permita conservar la mama, en mujeres para las que, en caso contrario, se debería realizar una mastectomía. Y también en aquellos casos en que el tumor es de gran tamaño para ser extraído (cáncer de mama localmente avanzado).

La combinación de fármacos en el tratamiento quimioterapéutico del cáncer de mama hace que éste sea más eficaz; generalmente incluye antraciclinas y taxanos. Los ciclos de quimioterapia se administran alternando con periodos de descanso. Los ciclos serán semanales, quincenales, cada tres semanas, en función del estadio del tumor y del tipo de fármaco que se administra (AECC, 2015).

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del tipo y la dosis de quimioterapia (existen protocolos de diferente intensidad en función del tipo de tumor) y de la susceptibilidad individual (algunos efectos secundarios aparecen siempre que se utiliza un fármaco concreto, pero varía la intensidad en función de la persona).

La mayoría de los fármacos de quimioterapia están diseñados para destruir las células mientras se dividen. Cuanto más rápido se multiplican, más sensibles son los tejidos a los efectos del tratamiento. Generalmente, las células tumorales proliferan muy rápidamente y por eso se ven afectadas por los fármacos. Tras su destrucción el tumor desaparece o disminuye de tamaño. Pero en el organismo existen células sanas que también se multiplican a gran velocidad como el tejido del interior del tubo digestivo, los folículos pilosos (donde nace el cabello) y la médula ósea (donde se forman células que luego circulan por la sangre). La agresión a estas células desencadena los efectos secundarios más frecuentes: náuseas y vómitos, dificultad para la alimentación y anorexia, caída del cabello, cansancio o astenia, y mayor sensibilidad a las infecciones.

Algunos medicamentos de quimioterapia alteran de forma importante el ciclo menstrual de las mujeres jóvenes, perjudicando a veces de forma irreversible, la fertilidad. Como suele ser un tratamiento largo los efectos se van acumulando en el

tiempo y puede producirse un deterioro físico importante con fatiga extrema y falta de energía.

2.4.3 Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento oncológico que consiste en la aplicación de radiación ionizante de alta energía para destruir las células cancerosas. Produce una ruptura de una o ambas bandas del ADN molecular de las células, alterando su capacidad de crecimiento y división. Suele administrarse después de la cirugía para disminuir la probabilidad de que queden células cancerosas. Si está planeado administrar quimioterapia, suele aplicarse la radioterapia después, para que cicatrice también la herida de la cirugía. El tratamiento de radioterapia propiamente dicho dura sólo unos minutos, se administra normalmente cinco días a la semana y durante 5 o 6 semanas. Es un tratamiento local y puede ser administrado de forma externa o interna:

Radioterapia externa: es el método más común. Se emite un rayo de radiación enfocado de manera muy precisa desde una máquina ubicada fuera del cuerpo. Generalmente se aplica después de la cirugía.

Radioterapia interna o braquiterapia. El tipo de braquiterapia que más se utiliza es la braquiterapia intracavitaria. Se colocan pequeñas pastillas (implante) que contienen materiales radiactivos a través de unos catéteres, cerca de donde estaba el tumor. La radiación que proviene del implante tiene un radio de efecto reducido, por lo que afecta menos a los tejidos sanos.

La radioterapia puede producir los siguientes efectos secundarios: cansancio, malestar general, pérdida de apetito, mareo, cefaleas, insomnio, náuseas, vómitos, diarrea y febrícula. Concretamente en el cáncer de mama, los más frecuentes son el cansancio, las reacciones cutáneas, la tirantez en la zona, los cambios en la sensación, color y textura de la piel y edema de la mama. Como a menudo la radioterapia se aplica simultáneamente o después de la quimioterapia, los efectos secundarios suelen ser acumulativos.

2.4.4 Terapia hormonal

El tratamiento hormonal se utiliza más frecuentemente como tratamiento adyuvante de los anteriores, aunque también puede ser un tratamiento neoadyuvante. Los estrógenos, producidos por los ovarios, pero también por las glándulas suprarrenales y el tejido adiposo del cuerpo de la mujer, hacen que algunos cánceres de mama, que son positivos para los receptores hormonales, presenten mayor actividad. La terapia hormonal consiste en bloquear los receptores de los estrógenos en la mama (por ej. el Tamoxifeno) o detener la producción de estrógeno de la mujer (como los inhibidores de la aromatasas). Los efectos secundarios son similares a algunos de los síntomas de la menopausia: sofocos y secreciones bruscas, picores, intolerancia gástrica, retención de líquidos, cefaleas, hemorragia vaginal, etc.

2.4.5 Terapia dirigida

El concepto de tratamiento o terapia dirigida se refiere a los tratamientos diseñados de forma específica para combatir algunos cambios genéticos que provocan el cáncer de mama. Por ejemplo, medicamentos como el Trastuzumab o Pertuzumab, actúan atacando la proteína HER2. Esta proteína está sobre-expresada en las células de aproximadamente el 20% de las pacientes de cáncer de mama; el funcionamiento incorrecto de la expresión del gen HER2, hace que las células mamarias crezcan y se dividan de forma incontrolable. A pesar de que las pacientes con este tipo de cáncer de mama suelen expresar la enfermedad de forma más agresiva, se han obtenido resultados positivos con medicamentos dirigidos como el Trastuzumab, consiguiendo la estabilidad de la enfermedad y supervivencia en mujeres con enfermedad avanzada (Espinosa, 2013).

Otros medicamentos diseñados para alterar proteínas involucradas en el crecimiento tumoral, se utilizan para fomentar el efecto de la terapia hormonal (como el Palbociclib o el Everolimus).

El análisis histológico y patológico de las células cancerígenas, indica si el tipo de cáncer de mama que se padece es dependiente hormonalmente para receptores de estrógeno, para receptores de progesterona y para la proteína HER2. Cuando el tipo de cáncer de mama que se sufre no es positivo para ninguno de los tres casos, se llama triple negativo y supone que el tratamiento contra el cáncer de mama no va a responder ni a los tratamientos hormonales ni al tratamiento dirigido a la proteína HER2.

2.5 Aspectos psicosociales del cáncer de mama

Los aspectos psicosociales hacen referencia a todos aquellos factores de personalidad, emocionales y sociales que, combinados con los aspectos biológicos y ambientales, influyen en la etiología, y/o progresión del cáncer de mama y / o intervienen en la calidad de vida de las pacientes. El cáncer de mama ha servido como enfermedad paradigmática para el desarrollo de modelos teóricos psicooncológicos, probablemente por su importancia epidemiológica, el carácter cada vez más crónico de la enfermedad, y por las connotaciones psicosociales que implica para la mujer afectada. Los aspectos psicosociales que podrían influir en el proceso oncológico se podrían resumir en cuatro grupos (Ruiz, Bermúdez, Olivares y Garde, 1999): 1) la personalidad premórbida relacionada con el cáncer de mama; 2) Influencia de las situaciones estresantes y algunas emociones relacionadas como la ira o la depresión; 3) Los estilos de afrontamiento y su influencia en la enfermedad; y 4) Las intervenciones psicológicas para reducir el malestar emocional y mejorar la calidad de vida relacionados con el cáncer de mama y su tratamiento.

1) Personalidad premórbida relacionada con el cáncer de mama: estudios que relacionan la tipología de personalidad C con el cáncer de mama. Esta personalidad se caracterizaría por un exceso de control emocional, sobre todo en lo referente a las emociones como la ira y la agresividad. Estas personas tendrían una gran tendencia al autosacrificio, y serían muy cooperadoras y evitadoras de conflictos, con el objetivo de tener relaciones armónicas con las personas del entorno (Bleiker, Hendriks, Otten, Verbeek y van der Ploeg, 2007). Sin embargo, en estudios longitudinales no se han

encontrado relaciones significativas entre los factores de personalidad y el incremento de probabilidad de sufrir un cáncer de mama. Bleiker et al. (2007) siguieron una cohorte de 9705 mujeres durante 13 años, de las cuales 217 desarrollaron un cáncer de mama a lo largo de estos años y 868 no lo desarrollaron. No se encontraron relaciones entre rasgos de personalidad y el desarrollo del cáncer de mama, y no había diferencias en este sentido con el grupo control. Los autores concluyen que no existe un "tipo" de personalidad relacionada con el desarrollo del cáncer de mama.

En un estudio más reciente llevado a cabo en Japón (Minami et al., 2015), no se han encontrado tampoco relaciones entre la personalidad y su impacto en el desarrollo y progresión del cáncer de mama. Ninguno de los aspectos de la personalidad que se estudiaron durante 17 años (neuroticismo, extraversión, psicoticismo y evitación) se relacionaron significativamente en los 250 casos de cáncer que se identificaron. Durante el seguimiento de los casos de cáncer de mama, el único factor que tuvo una correlación significativa con una tendencia mayor a la supervivencia, fue la característica de extroversión.

2) Influencia de las situaciones estresantes y de las emociones negativas como la ansiedad, la ira y la depresión. Cuando la respuesta de estrés ante una situación se cronifica, los daños que produce la activación del sistema nervioso simpático y la segregación de catecolaminas en la respuesta de "lucha o huida", se han relacionado con dolencias como la úlcera péptica o problemas cardiovasculares. Pero además algunos estudios epidemiológicos muestran que el estrés crónico lleva al deterioro del DNA, daño que promueve el envejecimiento celular, la génesis de tumores, algunos estados neuropsiquiátricos y otras dolencias (Hara et al., 2011).

Algunos estudios han demostrado la relación entre el estrés y una mayor facilidad para desarrollar enfermedades infecciosas o para influir en su severidad. El aumento de la producción de citocinas proinflamatorias como consecuencia del desequilibrio del sistema inmunológico ante el estrés prolongado, sería la vía a través de la cual se producirían algunos síndromes y enfermedades relacionados con la edad (Sirera, Sánchez y Camps, 2006).

Para Ayala (2009) el sistema inmunitario explora el cuerpo para descubrir si existe infección y/o traumas y transmite después el informe al sistema nervioso central que es el que produce mensajes de tipo endocrino y los neurotransmisores que van a regular la respuesta inmunitaria, sobretodo evitando la hiperactividad inmunitaria inflamatoria. Según esta autora, el estrés podría alterar el sistema inmunitario a través de varias vías: a) Facilitando las infecciones oportunistas debido a la inmunodeficiencia; b) Facilitando cuadros inflamatorios agudos, debido a la proliferación de citoquinas; c) Favoreciendo el desarrollo de enfermedades como el Alzheimer y enfermedades autoinmunitarias, cuya etiología está relacionada con el estrés y la consecuente alteración de las citoquinas; y d) Provocando reactivación viral.

Además, habría otros aspectos relacionados con el estrés psicológico, y sobretodo aspectos como la alteración del sueño, que podrían tener un papel importante en el inicio y mantenimiento de los estados depresivos. La depresión está relacionada con una disminución del sistema inmunitario, a través de la reducción de las células *natural killers* y en la respuesta ante factores que estimulan la proliferación celular (mitógenos).

3) Por otra parte, también se ha planteado la posibilidad de que los **estilos de afrontamiento podrían incidir en el curso de la enfermedad**. Algunos estudios relacionaron ciertas estrategias de afrontamiento como "el espíritu de lucha" con una mayor supervivencia (Greer, Morris y Pettingale, 1979). Sin embargo, la mayoría de resultados con pacientes de cáncer de mama y con pacientes diagnosticados con otros tipos de cáncer, no son consistentes (De Boer, Ryckman, Pruyn y Van den Borne, 1999; Faller, 1997; Geyer, Koch-Giesselmann y Noeres, 2015; Petticrew, Bell y Hunter, 2002).

En un estudio con 103 pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón se quiso comprobar, por una parte, si el afrontamiento depresivo así como el estrés emocional estaban asociados a una menor supervivencia; y por otra parte, si la esperanza y el afrontamiento activo se relacionaba con una mayor supervivencia (Faller, Bülzebruck, Schilling, Drings y Lang, 1997). Controlando aspectos como la clasificación histológica del tumor, el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento, el estado y calidad de vida valorado con la escala de Karnofsky, y la edad, los autores encontraron que el afrontamiento activo y la esperanza estaban asociados a una mayor supervivencia; mientras que el estrés emocional, la depresión y el estilo de afrontamiento depresivo a una supervivencia inferior. El factor que más predecía la supervivencia era el grado de afrontamiento activo. Sin embargo, también hubo evidencias de que el efecto de los factores psicológicos variaba en función del tipo de tratamiento que estaba recibiendo el paciente, por tanto, otros factores como el cumplimiento del tratamiento médico por parte del paciente y su estado físico, podrían estar interviniendo además de las estrategias.

Geyer et al. (2015) en un estudio longitudinal, entrevistaron en tres ocasiones durante los 10 años que duró el estudio a 254 pacientes de cáncer de mama. Se interesaron principalmente por estrategias como la indefensión, la negación, el control, y la esperanza/optimismo. Los autores concluyeron que no había relación entre este tipo de estrategias y una recaída del cáncer; además, las estrategias utilizadas por las pacientes resultaron ser inestables a lo largo del tiempo. Por tanto, los estudios que asocian determinadas estrategias de afrontamiento al proceso oncológico con una sola medida del tipo de estrategia, deberían tener en cuenta la no estabilidad de las estrategias a lo largo del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

4) Efectos psicosociales de la enfermedad e intervenciones para su reducción. Los principales problemas psicológicos a los que se va a enfrentar la mujer que cursa con un cáncer de mama tendrán que ver con la sensación de pérdida real o potencial que experimenta. Entre un 30 y un 50% de las pacientes sufren algún tipo de alteración psicológica, sobretodo altos niveles de estrés relacionado principalmente con el miedo y angustia, el estado de ánimo depresivo y la ansiedad. La paciente deberá además, afrontar otros cambios a parte de los producidos por la enfermedad y su tratamiento, como los cambios en su entorno social y familiar. El diagnóstico y tratamiento de la depresión podría ser crítico para el bienestar tanto físico como emocional de la paciente, y niveles elevados de angustia se asocian a menor adherencia terapéutica (Fertig, 1997; Robert, Álvarez y Valdivieso, 2013).

Las necesidades de la paciente con cáncer de mama variarán en función de la adaptación y de los contextos que se encuentre a lo largo del proceso. Para Cruzado, Olivares y Fernández (1993), la intervención debería proporcionar:

- Apoyo en el proceso de adaptación en cada etapa.
- Preparación para la intervención quirúrgica.
- Adaptación a los cambios en la imagen corporal provocados por los tratamientos.
- Reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas.
- Promover un sentido de control personal y una participación activa en todo el proceso.
- Proporcionar a la paciente información o asesorarle para obtenerla.
- Facilitar una buena comunicación con la familia y el equipo asistencial.
- Manejo de las emociones durante el intervalo libre de enfermedad, donde puede aparecer inseguridad y la percepción de que no se está controlando la enfermedad, ya que no se está recibiendo ningún tratamiento.
- Facilitar la vuelta y la adaptación a la "normalidad".
- Ayudar a la paciente a expresar y manejar sus miedos, revisar sus valores, el sentido de su vida, aprender a gestionar el sufrimiento y poder reflexionar sobre la vida y la muerte.

A pesar de que las intervenciones pueden variar mucho en cuanto a enfoques, tipos de estrategias y metodologías utilizadas, se han mostrado eficaces y muestran una influencia positiva sobre todo a nivel emocional (Andersen 2001; Johannsen, Farver, Beck y Zachariae, 2013; Matsuda A., Yamaoka, Tango, Matsuda T. y Nishimoto, 2014; Thompson et al., 2014).

Según Báñez, Blasco y Fernández Castro (2003), la mayoría de estrategias de intervención utilizan uno o más de los siguientes tipos de apoyo: el apoyo emocional, el apoyo informacional-educacional, y el apoyo instrumental. El apoyo emocional está relacionado con el proporcionar un ambiente de contención, empatía y afecto, para que

el proceso transcurra de la forma más tranquila y acogedora posible. Poder compartir lo que se siente, las preocupaciones, ser escuchado, animado y cuidado. El apoyo puede influir en la autoestima del paciente al sentirse valorado, apreciado y respetado, y puede darse desde el entorno familiar, social, por los profesionales de la salud o por personas que han pasado por la misma situación. Sería el tipo de soporte más eficaz. El apoyo informacional-educacional hace referencia a tener acceso a cualquier tipo de información que sea importante para la paciente acerca de la enfermedad, su tratamiento, en cómo solucionar dificultades y afrontar situaciones que se irán presentando. La comunicación con los especialistas y personal sanitario adquiere mucha importancia, ya que una comunicación e información correcta puede evitar confusiones y malestar. Y el apoyo instrumental se relaciona con todos aquellos aspectos más prácticos donde personas o instituciones del entorno ofrecen a través de acciones o material, recursos para que la adaptación y el funcionamiento sea lo más normalizado posible. Este tipo de apoyo cobra más importancia cuando el estado de la enfermedad es avanzado o el estado físico del paciente es más incapacitante.

En los inicios, la psicooncología se enfocaba a las etapas de tratamiento del cáncer. En la actualidad se ha extendido y abarca todas las fases de la enfermedad, desde la prevención hasta la adaptación a largo plazo y el acompañamiento en la fase final de vida (Robert et al., 2013).

En una revisión de las intervenciones psicológicas en grupos de pacientes con cáncer de mama no metastásico, se valoraron 28 estudios y 3940 pacientes (Jassim, Whitford, Hickey y Carter, 2015). Los resultados indican que la intervención psicológica, y principalmente la terapia cognitivo-conductual, tendría efectos positivos

en algunos aspectos psicológicos como en la depresión, la ansiedad y el malestar emocional.

En un estudio con 183 pacientes de cáncer de mama, se comparó el efecto de 5 sesiones con diferentes técnicas para disminuir el estrés (Gudenkauf et al., 2015). Se compararon tres grupos, en uno de ellos se entrenaba a las pacientes con técnicas de entrenamiento cognitivo-conductual, en el otro con técnicas de relajación; y en el grupo control, se daban instrucciones de educación en salud. Los resultados mostraron que tanto el grupo que había recibido entrenamiento con técnicas cognitivo-conductuales, como las que habían practicado el entrenamiento en relajación tenían menos niveles de depresión después de las 5 sesiones de entrenamiento; además las mujeres que practicaron técnicas cognitivo-conductuales elevaron su nivel de bienestar. En el grupo control no hubo cambios. Por tanto, las intervenciones breves en el manejo del estrés podrían promover la adaptación en pacientes de cáncer no metastásico.

Desde la Psicología positiva también se han propuesto estrategias para mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. En una revisión realizada por Casellas-Grau, Font y Vives (2014) sobre la intervención de la Psicología positiva en pacientes con cáncer de mama, se concluye que a pesar de que es necesario consensuar globalmente una clasificación de las terapias positivas para avanzar un poco más en el diseño de este tipo de intervención, hay evidencias de que este enfoque o metodología en pacientes y supervivientes de cáncer de mama es capaz de promover aspectos positivos en la calidad de vida de las pacientes. Existe una gran variedad de terapias y técnicas aplicadas desde la Psicología Positiva: psicoterapia positiva, terapia de la esperanza, terapia de bienestar, terapia de la Calidad de vida, mindfulness, terapias de

crecimiento postraumático, y terapias centradas en las fortalezas. Además, también se incluyen las terapias focalizadas en el desarrollo de las fortalezas personales, la búsqueda de significado, el ensalzamiento de las emociones positivas, el compromiso, las relaciones positivas con los demás, la satisfacción con la vida, el logro y el crecimiento y cambio personal (Vázquez, Hervás y Ho, 2006).

En general estas terapias reportan beneficios en la calidad de vida, el bienestar personal, la esperanza, etc., sin embargo, no todas las pacientes son capaces de desarrollar estrategias positivas de afrontamiento ni responden a estas intervenciones de la forma esperada; por tanto, ni la Psicología positiva es eficaz de forma universal, ni todas las pacientes son receptivas a este tipo de técnicas. Sin embargo, podría estimular y provocar respuestas positivas en aquellas pacientes que tienen el potencial para hacerlo (Casellas-Grau et al., 2014).

El impacto que el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama tendrá en la vida de la paciente y en su entorno, dependerá de varios factores de personalidad, emocionales y sociales, que combinados con los aspectos biológicos contribuirán a la calidad de vida de la paciente. De este modo, la calidad de vida es una de las vías principales para conocer en qué medida sufre la paciente con cáncer, y en qué medida su enfermedad ha afectado a su vida cotidiana. Conocer estos factores, puede ser un primer paso para restablecer en la medida de lo posible, dichas alteraciones.

3. Calidad de vida

La preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad. El término "calidad de vida", sin embargo, es mucho más actual que su historia. El desarrollo del concepto de la calidad de vida tiene según García Riaño y Ibáñez (1991), dos fases claramente diferenciadas:

- La primera surge de las primeras civilizaciones hasta finales del siglo XVIII, y se preocupa básicamente por la salud, tanto privada como pública. Ejemplos como las civilizaciones egipcias, griegas o romanas, que se preocupaban por la salud del sujeto atendiendo a factores como la higiene, alimentación, o ingeniería sanitaria.
- La segunda es a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX cuando se empiezan a regular aspectos como el trabajo, descanso, enfermedad, maternidad... relacionando el concepto de simple salud pública al área de bienestar social. En esta fase se vinculó la calidad de vida de forma sistemática al desarrollo económico y a los bienes materiales, hasta que se aprecia que ni la sociedad más opulenta y consumista es necesariamente la que tiene más calidad de vida, ni necesariamente el bienestar económico y material coincide con el bienestar subjetivo.

El desarrollo del concepto de calidad de vida se ha caracterizado por su continua ampliación. Si inicialmente se ocupaba del cuidado de la salud personal, posteriormente se extendió a los derechos humanos, laborales y ciudadanos; y después al acceso de los bienes económicos hasta que el concepto se convirtió en una preocupación más

compleja y rica, valorando la experiencia del sujeto en su dimensión social, en su actividad cotidiana y en su nivel de salud.

Es a partir de los años 60 cuando se populariza el término "calidad de vida". Los datos recogidos por los científicos sociales sobre el estatus socio-económico, la educación, la vivienda y el barrio, evidenciaron que la calidad de vida entendida como *"la satisfacción y bienestar de la sociedad valorada a través de datos objetivos"* no era suficiente. Se consideró desde la Psicología que los aspectos subjetivos podrían aportar parte de la variabilidad de la Calidad de vida no explicada por las medidas objetivas. En 1976, Campbell, Converse y Rodgers observaron que indicadores psicológicos como la felicidad o la satisfacción explicaban más del 50% de la variabilidad de la Calidad de vida. Por tanto, el concepto de calidad de vida se empieza a desarrollar a raíz de la preocupación que existía en occidente por el incremento de las patologías sociales, a pesar de los elevados niveles de "bienestar" económico.

Desde entonces el concepto de calidad de vida ha transcurrido entre dos amplios aspectos. Por un lado, cómo el individuo evoluciona en su entorno; para valorar este enfoque se debería contar con evaluaciones objetivas. Y por el otro, cómo el individuo valora y percibe un aspecto concreto de su vida, y por tanto hablaríamos de valoraciones subjetivas (Haas, 1999).

3.1 Calidad de vida relacionada con la salud

La Organización Mundial de la Salud (The WHOQOL Group, 1995) ha definido la calidad de vida como un "estado completo de bienestar físico, mental y social" y no meramente como la ausencia de trastornos o enfermedades.

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama pueden generar una serie de problemas que se prolongan durante meses e incluso cronificarse cuando aparecen recidivas y la enfermedad progresa, y que reducen el bienestar de las personas. Aunque la calidad de vida es un concepto que se ha utilizado en muchos ámbitos de la salud, es a partir de los años setenta cuando se empieza a aplicar en el ámbito del cáncer como valoración global de aspectos médicos y aspectos subjetivos. En 1949 apareció la primera escala para valorar el impacto que la quimioterapia tenía en los pacientes de cáncer: la Escala de Incapacidad de Karnofsky (Karnofsky y Burchenal, 1949). Sin embargo, esta primera escala no valoraba los efectos que la enfermedad producía en la salud psicológica y social (Martín-Ortiz, Sánchez y Sierra, 2005). El modelo biomédico tradicional excluía el hecho de que las enfermedades y la salud están vinculadas al estado de ánimo, al apoyo social o a los mecanismos de afrontamiento. Gracias al interés por el concepto y a la cantidad de estudios sobre aspectos psicológicos en los enfermos oncológicos, se ha llegado a un consenso sobre los principios básicos de lo que significa calidad de vida en personas enfermas de cáncer.

Actualmente, la mayoría de definiciones delimitan los ámbitos que constituyen la calidad de vida y hacen referencia a aspectos similares, como: aspectos físicos, cognitivos, afectivos, sociales y económicos. Además, el impacto que tiene el cáncer en

la vida del paciente se valora dentro de un espacio temporal concreto (por ejemplo, en las últimas 24 horas, o en la última semana).

Para Agra, Badía y Gil (1998), los instrumentos para valorar la calidad de vida en pacientes con cáncer, deberían tener estas 6 características para ser adecuadas:

- 1) Brevedad, fácil de entender y responder. Máximo 50 ítems.
- 2) Que sea autocumplimentado por el paciente para evitar subestimaciones si lo hace el profesional de la salud.
- 3) Multidimensional: que incluya subescalas para medir aspectos físicos, funcionales y psicosociales.
- 4) Incluir aspectos relacionados con el tipo de cáncer concreto.
- 5) Tener adecuadas propiedades psicométricas, en diferentes tipos de cáncer y en diferentes estadios.
- 6) Estar adaptados a la lengua y cultura de los enfermos a los que se va a evaluar.

Se han propuesto diversas definiciones de Calidad de vida:

- * Calidad de vida es el "sentido subjetivo de bienestar de cada persona derivado de la experiencia diaria de su vida" (Sanz-Ortiz, 1991).
- * Calidad de vida es "la valoración y la satisfacción de los pacientes con el nivel de funcionamiento actual comparado con lo que ellos perciben como posible o ideal" (Cella et al., 1993).
- * Calidad de vida es "la valoración que hace el paciente respecto a la medida en que cree que el estado de su salud ha afectado a su vida cotidiana (o a determinados aspectos de su vida cotidiana) en un periodo de tiempo concreto" (Font y Bayés, 1993).

- * Calidad de vida es "la diferencia, en un periodo de tiempo determinado, entre las esperanzas y expectativas de un individuo y su experiencia actual". Depende de la experiencia pasada, del estilo de vida presente y de las ambiciones y esperanzas personales de cara al futuro (Calman, 1984).
- * Calidad de vida relacionada con la salud se refiere al "grado en que el bienestar físico, emocional, social y espiritual habitual o esperado, se ve afectado por una condición médica o su tratamiento" (Brady, Peterman, Fitchett, Mo y Cella, 1999).
- * Calidad de vida de los pacientes de cáncer, entendida como "la medida en que se ha perdido calidad en diferentes aspectos y valorando la última semana: nivel físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, cognitivo y social" (EORTC, 2015).
- * Calidad de vida entendida como una "percepción global de la calidad de vida en la última semana" (Spitzer et al., 1981).

3.2 Calidad de vida y cáncer de mama

3.2.1 Proceso de adaptación en el cáncer de mama

La calidad de vida puede verse modificada en muchos de sus aspectos durante el proceso que supone el cáncer de mama. A pesar de los continuos avances médicos, el cáncer sigue siendo una de las enfermedades más temidas y difíciles de controlar. Contrada, Leventhal y Anderson (1994) resumen en cuatro temas principales las amenazas percibidas y asociadas al cáncer:

- 1) El daño físico inminente, como podría ser en el caso de la cirugía. Aparecen amenazas como la anestesia general, incisión, resección, reconstrucción....
- 2) Efectos secundarios de los estresores inmediatos: dolor, molestias, desorientación, fatiga y reducción de la capacidad para la actividad física.
- 3) Dificultades para desarrollar los roles sociales, tanto laborales como con la familia y amigos.
- 4) La gestión a largo plazo de aspectos médicos crónicos como el manejo de signos y síntomas de enfermedad, tomar medicación, continuar con el procedimiento de seguimiento y pruebas.

Elliot y Eisdorfen (1982) consideran que las situaciones estresantes que habrá que afrontar durante el proceso de diagnóstico y tratamiento se podrían clasificar en función del tiempo:

- * Estresores limitados en el tiempo, agudos, como es el caso de la cirugía, o algunas pruebas como la biopsia.
- * Secuencias de estresores como es el proceso de diagnóstico y el conjunto de pruebas médicas que le acompañan.
- * Estresores intermitentes como el tratamiento con quimioterapia o la espera de resultados en el proceso de seguimiento.
- * Estresores crónicos como la pérdida de la mama, la disminución de energía, miedo a la recaída, etc. y que pueden seguir afectando a la paciente a pesar de que no haya presencia de enfermedad.

La adaptación al cáncer de mama puede ser concebida como un proceso o como un resultado, es decir, el grado en que la persona consigue bienestar o ausencia de

malestar a pesar de la enfermedad. Para evaluar la adaptación como resultado, uno de los criterios es la presencia o ausencia de malestar psicológico, sobretodo niveles altos de ansiedad y depresión. Por ejemplo, en el estudio de Lindberg et al. (2015), las pacientes manifestaron que el malestar psicológico, y concretamente la ansiedad, ocupaban el primer lugar entre los peores aspectos relacionados con el cáncer. En segundo lugar, manifestaron que la quimioterapia y el propio diagnóstico de cáncer, era lo que les había parecido más difícil.

Así, un buen nivel de adaptación se caracterizaría por una menor presencia de emociones negativas y mayor presencia de emociones positivas, valoradas por el grado de satisfacción de las pacientes. Para Font (2000) la adaptación como resultado en el proceso del cáncer define dos tipos de malestar: el psicosocial y el corporal. Para el autor, existen dos grupos de pacientes oncológicos que se adaptan positivamente a la enfermedad: aquellos que no presentan ni malestar psicosocial ni malestar corporal; y aquellos que se adaptan excepcionalmente bien, porque no muestran malestar psicosocial a pesar de sufrir malestar corporal. De esta forma, es posible detectar a los sujetos que más sufren y adaptar las técnicas psicológicas y las intervenciones a las necesidades de las pacientes.

El modelo de Lazarus y Folkman (1986), y Folkman y Moskowitz (2000), permite entender la adaptación al cáncer de mama como un proceso dinámico. Según este modelo el afrontamiento hace referencia a todos aquellos esfuerzos que se realizan cuando una situación es evaluada como estresante. Existe, por tanto, una primera evaluación que es la evaluación primaria, donde se valora la situación como irrelevante, como una amenaza o como un reto. La evaluación secundaria es la valoración que la

persona hace de las opciones de afrontamiento disponibles, cuál va a ser la mejor forma para enfrentarse a la situación, y qué consecuencias tendrá el afrontamiento que se pretende llevar a cabo. Según el tipo de estrategias que utilice se producirán cambios ante la situación afectando el estado emocional de la persona.

Para Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento es cambiante, y está influido por muchos factores personales que interactúan y determinan el valor de estrés que va a tener la paciente (el estilo de pensamiento, las habilidades, experiencias...), factores temporales y la presencia de otros factores estresantes. Las estrategias de afrontamiento, pueden ir dirigidas al foco del problema o bien a las emociones. Generalmente, las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción son utilizadas cuando la evaluación es negativa y la persona considera que hay pocas opciones de modificar las condiciones adversas del entorno. Cuando las condiciones que nos rodean son percibidas como susceptibles de ser cambiadas, son más frecuentes las estrategias dirigidas al problema.

A veces, las emociones que resultan de este proceso provocan cambios en el afrontamiento, la persona se reformula su situación y valora los beneficios obtenidos. A este tipo de afrontamiento Folkman le llama "afrontamiento focalizado en la significación".

Otros autores hablan del proceso del cáncer como una transición del paciente, donde habrá que gestionar muchos cambios a muy diferentes niveles. Lo importante es que durante esta transición se consiga ausencia de psicopatología y se pueda ir gestionando la amenaza global del cáncer. Estos serían los objetivos finales del afrontamiento (Brennan y Charnetsky, 2000; Derogatis et al., 1983).

La adaptación en este sentido serían los procesos psicológicos que ocurren a lo largo del tiempo como individuo, y en las personas del entorno social, para gestionar, aprender y adaptarse a los cambios que se precipitan a raíz de la enfermedad y su tratamiento. Se considera que estos cambios no son siempre para peor: por ejemplo, pueden provocar un crecimiento personal sano en diferentes áreas de la persona. Valorar estos aspectos podría ayudarnos a detectar y entender los trastornos psicológicos que puedan aparecer durante este proceso e intentar prevenirlos.

Así, el proceso de adaptación se podría considerar como un continuo que abarcaría desde la superación de problemas, pasando por el trastorno de adaptación (DSM-V) hasta el extremo de la aparición de trastornos o síndromes más graves del estado emocional. Los datos indican que la frecuencia de trastornos adaptativos podría oscilar entre el 32 y el 55% de los pacientes de cáncer (Hernández et al., 2012). Algunas estadísticas apuntan que entre el 5 y el 10% de las pacientes de cáncer de mama podrían sufrir un trastorno por estrés postraumático (Koh, 2013).

Figura 1.

Espectro continuo de la aflicción (Derogatis et al., 1983)



Para valorar la presencia de malestar psicológico, psicosocial o físico en el proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, es necesario tener en cuenta el momento o la fase de la enfermedad en que se encuentra la paciente. En cada fase, la paciente

deberá enfrentarse a factores estresantes de diferente índole, y su capacidad para la adaptación se valorará a través de indicadores de la calidad de vida, a fin de poder detectar y mejorar aquellos aspectos que el cáncer y su tratamiento han alterado negativamente.

3.3 Calidad de vida y situación médica en el cáncer de mama

La calidad de vida puede variar en función de la situación clínica. Se pueden observar respuestas emocionales comunes que no cambiarán a lo largo del proceso para algunas pacientes; pero otras consecuencias emocionales y psicosociales serán específicas por su idiosincrasia debido al tratamiento, o a la traumática situación como en el caso de la recidiva. Así pues, vamos a valorar los aspectos psicosociales de cada fase de la enfermedad.

3.3.1 Aspectos psicosociales en la Fase de Diagnóstico

Los programas de screening pretenden ampliar el diagnóstico precoz, y aproximadamente 5 de cada 1000 pruebas para detectar el cáncer de mama en mujeres que han participado en un programa de cribado, son positivas (Rosenberg et al., 2006). Este procedimiento puede generar un cierto nivel de ansiedad, que se mantiene hasta la confirmación del diagnóstico negativo. Las mujeres que acuden a este tipo de programas para detectar el cáncer de mama suelen tener 50 o más años.

En un estudio llevado a cabo por Baena-Cañada et al. (2014), con 434 mujeres españolas de entre 45 y 69 años que acudían a un programa de screening para la detección precoz del cáncer de mama, se constató que la mayoría tenía una actitud positiva ante la prueba. Sin embargo, tenían un nivel bajo del conocimiento de la prueba y su principal fuente de información al respecto era la televisión.

En otro estudio se comparó el impacto psicológico de mujeres que acudían a la prueba de screening para la detección precoz del cáncer de mama (Espasa et al., 2012). Se compararon los niveles de ansiedad y depresión de 150 mujeres distribuidas en tres grupos: las que habían tenido un resultado negativo, las que habían tenido un falso positivo y necesitaron pruebas no invasivas, y las que fueron diagnosticadas con un falso positivo y se les practicó alguna prueba invasiva complementaria. A pesar de que las preocupaciones aumentaban cuando las mujeres eran avisadas para practicar pruebas complementarias, no se encontraron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y depresión entre los tres grupos. Los autores concluyen que a pesar de que las diferencias no fueran significativas, hay una respuesta emocional sustancial ante los resultados anómalos.

En una revisión llevada a cabo en Inglaterra (Bond et al., 2013) se detectaron consecuencias psicológicas y estrés para las mujeres que habían tenido un falso positivo en el screening, y se habían sometido a pruebas invasivas complementarias. Los efectos estresantes de la situación se podían mantener durante 3 años y, además, disminuía la posibilidad de que las mujeres volvieran para su próxima prueba de mamografía.

Las pruebas para el diagnóstico del cáncer de mama pueden llevarse a cabo cuando la mujer acude de forma rutinaria a su control ginecológico, y no porque sea

seleccionada para llevar a cabo el screening a partir de cierta edad. Si se detecta alguna anomalía que requiera más pruebas, es lógico suponer que la situación crea temores y ansiedad. Las mujeres que acuden al control rutinario tendrán probablemente una media de edad inferior a las que son llamadas para un cribado de la detección precoz del cáncer de mama.

Otra posibilidad se da cuando se produce la detección de una alteración en la mama por la misma mujer, ya sea de forma accidental o durante la autoexploración de las mamas. El impacto emocional puede presentarse desde el primer momento en que la mujer se detecta el bulto y mantenerse durante todo el proceso de pruebas diagnósticas que determinarán la naturaleza de la alteración. En una muestra de 948 pacientes se compararon algunas características entre los tumores diagnosticados por autoexploración de la mujer y los tumores diagnosticados por los especialistas (Schwab, Huang, Schmid, Schötzau y Güth, 2015). Se encontró que no había diferencias significativas en cuanto al tamaño o gravedad del tumor en función de la forma de diagnóstico, y que las mujeres que se detectan el tumor por autoexploración son de media, más jóvenes. Pineault (2007), encontró que de 631 mujeres asintomáticas que se habían hecho la mamografía y habían recibido el aviso de hacer pruebas complementarias, el 51% decían estar bastante o muy nerviosas; el 75% lo habían hablado con los familiares y este hecho les había confortado, pero no había disminuido la ansiedad. El apoyo social recibido por los profesionales de la salud fue lo que más les relajó. Por tanto, sería deseable en la fase de pre-diagnóstico contar con el apoyo de los profesionales de la salud para evitar que las preocupaciones se exacerbaren.

Para la mayoría de las pacientes el diagnóstico supone un impacto, sobre todo si había ausencia de síntomas y porque no se suele estar preparada para el resultado (Clark y Reeves, 2015). Las reacciones más habituales ante el diagnóstico confirmado son: incredulidad, ansiedad, tristeza, miedo, estado de ánimo deprimido, dificultades para dormir, pensamientos negativos en torno a la evolución del cáncer de mama, dificultades de concentración, miedo a sufrir y a la muerte (Spencer et al., 1999). En el estudio llevado a cabo por Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik y Kårensen (2004) con 165 pacientes que se encontraban en la fase de diagnóstico del cáncer de mama, se halló que la prevalencia de ansiedad y depresión en el momento del diagnóstico era del 34 y el 12% respectivamente. Además, la ansiedad en el momento del diagnóstico y antes de la intervención quirúrgica, estaba asociada a la ansiedad que padecía la paciente 1 año después del diagnóstico. Por tanto, es básico la detección del malestar y el ofrecer apoyo emocional desde las primeras fases de la enfermedad.

Un estudio reciente (Beaver, Williamson y Briggs, 2015) sobre el impacto psicológico del diagnóstico de cáncer detectó las siguientes necesidades y dificultades de las pacientes: necesidad de información, preocupación para la toma de decisiones, necesidad de apoyo y empatía, preocupación por el impacto en la familia y la tarea de crear una nueva "normalidad". A ello añadiríamos la necesidad de afrontar la rápida transición de "estar sana" a "estar enferma". Necesidades que también hacen patentes otros estudios (Fischer, Dolbeault, Sultan, Brédart, 2014; Von Heymann-Horan et al., 2013).

Los resultados histológicos y del estudio de extensión, junto con la información proporcionada sobre el estado de salud, las posibilidades terapéuticas y los tratamientos

a realizar, determinarán una mayor o menor frecuencia e intensidad de estados emocionales y sufrimiento.

Uno de los aspectos de esta fase que pueden aportar sensación de control es la toma de decisiones junto con el equipo médico. Por ello, una buena relación y comunicación médico-paciente es importante porque podría ser uno de los factores que hace que la persona participe o no en estas decisiones terapéuticas (Font, 2000; Street y Voigt, 1997). Además, en un estudio con 500 pacientes de cáncer, la percepción positiva por parte de los pacientes de las habilidades comunicativas del oncólogo, se relacionó con mejores niveles de satisfacción por parte del paciente, más percepción de autoeficacia, y menor presencia de angustia y miedo (Zachariae et al., 2003).

3.3.2 Aspectos psicosociales en la Fase de Tratamiento

Durante la fase de tratamiento se pueden combinar diferentes procedimientos como la cirugía (mastectomía o cirugía conservadora), la quimioterapia, la radioterapia y la hormonoterapia. En el caso de la cirugía y sobre todo con la mastectomía, suelen aparecer preocupaciones y sensaciones negativas acerca de la imagen corporal (Rosenberg et al., 2013). Medina-Franco et al., (2010), en un estudio con 202 pacientes, compararon las pacientes con lesión benigna de la mama con las que tenían un diagnóstico positivo de cáncer de mama. La calidad de vida y la imagen corporal era mejor entre las mujeres con lesión benigna comparada con las mujeres con tratamiento y cirugía para superar el cáncer de mama. Del grupo con diagnóstico positivo y que se les practicó cirugía, las mujeres jóvenes que presentaban mejor calidad de vida eran a

las que se les había practicado cirugía conservadora y a las que les habían practicado una mastectomía radical con reconstrucción mamaria, comparado con las que se les había practicado también una mastectomía, pero sin reconstrucción. En cambio, no se encontraron diferencias entre un tipo de cirugía y otro en mujeres mayores.

Por otra parte, también se han constatado dificultades sexuales como la disminución de la satisfacción sexual y dificultades en el orgasmo en el 25% de las mujeres con mastectomía (Harwood y O'Connor, 1994), y un 30% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama manifestaban insatisfacción sexual dos años después del diagnóstico, según datos del mismo estudio. Las disfunciones sexuales en el proceso del cáncer de mama son más elevadas en aquellas mujeres a las que el diagnóstico ha tenido lugar en edades más jóvenes (entre 20 y 30 años), en las mujeres donde ya existían problemas sexuales previos, en las personas que tenían dificultades generales en la adaptación psicosocial al cáncer, en las que ya existían problemas en la relación de pareja previos al cáncer y en casos de no tener pareja. Al-Ghazal, Fallowfield y Blamey (2000) hallaron que la pérdida total de la mama a raíz de la cirugía puede provocar pérdida de atractivo, disminución del deseo sexual, disminución de la autoestima y dificultades en la relación de pareja. Algunos de estos problemas mejoran cuando se efectúa la reconstrucción de la mama.

En el caso de que se practique una mastectomía profiláctica, las preocupaciones acerca de tener un cáncer o una recidiva disminuyen significativamente después de la intervención. Los resultados o la satisfacción con el aspecto físico y estético no son tan claros (Lostumbo, Carbine y Wallace, 2010).

En síntesis, las variables que pueden influir en el cambio de percepción de la imagen corporal son (Fernández, 2004; Manos, Sebastián, Mateos y Bueno, 2007):

* El tipo de cirugía: En general las mujeres a las que se les ha practicado una tumorectomía se adaptan mejor y tienen menos dificultades psicosociales que las mujeres a las que se les ha practicado una mastectomía.

* Edad: a las mujeres jóvenes les cuesta más adaptarse a los cambios de imagen corporal.

* Estado civil: las mujeres con pareja tienen menos dificultad con su imagen corporal que las mujeres que no tienen pareja.

* Reacción del entorno y apoyo social percibido: sentimientos como la vergüenza, el miedo al rechazo pueden llevar a la mujer a evitar situaciones de relaciones sociales y por tanto, a aislarse.

* Disponibilidad de recursos: recibir los recursos adecuados ayuda a la adaptación al cambio corporal.

* Valoración: el significado que la persona da a la alteración de la imagen es uno de los aspectos más importantes. La valoración dependerá de las creencias y asunciones que la persona tenga de la imagen corporal y de sí misma.

En el tratamiento con quimioterapia, la persona tiene que afrontar muchos cambios en su apariencia sumados al malestar físico secundario al tratamiento: alopecia, palidez, cansancio, dificultades para dormir, cambios en el peso, dificultades de concentración, ansiedad y depresión, que a menudo pueden ser más intensos que la mastectomía y perdurar más en el tiempo. La alopecia es uno de los efectos secundarios del tratamiento con quimioterapia que más impacta a las pacientes de cáncer de mama.

Afecta a su autoimagen, a su seguridad personal y su autoestima, y puede aumentar la sensación de persona enferma en el entorno social y familiar. Además, cuando se recibe quimioterapia muchas mujeres entran en un periodo de menopausia, sobre todo cuando están cerca de ella en el momento de iniciar el tratamiento. Aunque ya no se desee tener hijos la menopausia se suma a otras pérdidas que se han producido durante el proceso oncológico (Manos et al., 2007).

En cuanto a las náuseas y vómitos anticipados a la quimioterapia, se observa que estas reacciones anticipadas están relacionadas con la experiencia previa de náuseas durante el tratamiento, y las expectativas de náuseas en el futuro (Tatrow y Montgomery, 2006). Los tratamientos adyuvantes como la quimioterapia han aumentado significativamente la supervivencia de muchas pacientes con cáncer de mama, pero también los efectos residuales del tratamiento. Un ejemplo sería la neuropatía periférica que puede provocar cosquilleo, adormecimiento o dolor muscular que se puede mantener durante meses después de finalizar el tratamiento; sin embargo, los casos de neuropatía periférica severos son poco frecuentes (Pereira et al., 2015).

El tratamiento mediante quimioterapia del cáncer de mama puede afectar a las relaciones de pareja. Cuando existen problemas de pareja previos al diagnóstico, estas dificultades se acentúan durante el tratamiento (Ganz, Rowland, Meyerowitz y Desmond, 1998; Osoba, 2011). A nivel sexual, las mujeres que han tenido tratamiento con quimioterapia presentan más molestias durante las relaciones sexuales, así como sequedad vaginal, comparado con las mujeres que han recibido tratamiento adyuvante para el cáncer de mama, pero no quimioterapia (Fallowfield et al., 2004; Ganz et al., 1998).

El tratamiento con quimioterapia también suele provocar una disminución significativa en el funcionamiento físico en general comparado con las pacientes que no han recibido quimioterapia. Esta pérdida de calidad de vida se manifiesta mediante mayor cansancio físico, rigidez muscular, sensibilidad en el pecho, dolores y sufrimiento, falta de concentración, etc. Sin embargo, algunas estrategias podrían mitigar parcialmente la pérdida de calidad de vida. Por ejemplo, Schmidt et al. (2015) compararon un grupo de mujeres, pacientes de cáncer de mama que estaban recibiendo el tratamiento con quimioterapia. Se crearon tres grupos según el entrenamiento físico que practicaron: ejercicios de resistencia, entrenamiento de fuerza y grupo de control (ausencia de ejercicio físico). La calidad de vida de todas las pacientes decreció durante el tratamiento de quimioterapia, pero el grupo que tuvo un descenso más importante de la calidad de vida fue el grupo control. Las pacientes que practicaron ejercicios de fuerza son las que tuvieron más calidad de vida durante y después del tratamiento.

El tratamiento con radioterapia puede provocar ansiedad sobre todo debido al desconocimiento y al efecto claustrofóbico de la sala. También el hecho de que la radioterapia se aplica cada día recuerda constantemente a la paciente que está luchando contra una enfermedad grave (Koh, 2013; Payne, Sullivan y Massie, 1996). Además, la radioterapia es aplicada en soledad. El radiólogo está fuera de la sala mientras se producen las radiaciones. A pesar de la utilidad de la radioterapia y de lo común de su aplicación, algunas mujeres expresan sus sentimientos de aislamiento y ansiedad durante la radiación, que ha sido relacionada con respuestas inmunológicas y conductuales (Courtier et al., 2013).

En cuanto a sus efectos secundarios, pueden aparecer náuseas, llagas en la boca, esofagitis, y todo ello puede provocar dificultades importantes para comer y pérdida importante de peso. Además, el cansancio, eritema o inflamación de la piel, picores y cambios en la piel parecidos a las quemaduras solares, inflamación y pesadez en la mama, dolores o disminución en el movimiento del brazo, debido a un problema neurológico provocado por la radioterapia, pueden provocar molestias que suelen disminuir de forma importante en semanas o a veces, en meses. Por otra parte, estos efectos suelen disminuir en el transcurso del tiempo. Por ejemplo, en el estudio de Lee et al. (2008) con 61 pacientes de cáncer de mama, el cansancio físico y las molestias en el pecho durante la radioterapia incrementaron comparado con el nivel previo al tratamiento. Sin embargo 7 meses después, los niveles de cansancio y molestias desaparecieron o volvieron al nivel anterior a la radioterapia.

También el tratamiento hormonal puede generar malestar emocional relacionado con los efectos secundarios de la medicación a largo plazo y, al mismo tiempo, sensaciones positivas de seguridad y control de la enfermedad por el hecho de estar tomando la medicación. Los cambios en la imagen corporal y la labilidad emocional se observan sobre todo en mujeres jóvenes (Osoba, 2011). Sofocos, cansancio, labilidad emocional, y disminución del deseo sexual serían algunas de las consecuencias de la inhibición de estrógenos provocado por el tratamiento hormonal, para aquellas pacientes con tumores con receptores positivos para el estrógeno. Estas experiencias desagradables aumentan la percepción de "descontrol" asociada habitualmente al proceso oncológico.

3.3.3 Aspectos psicosociales en la Fase de Intervalo Libre y Supervivencia

Aunque en un principio en la fase libre del cáncer de mama puede haber sensación de euforia propia de la finalización del tratamiento para superar el cáncer de mama, en esta etapa pueden aparecer altos niveles de malestar en las mujeres que tienen pensamientos intrusivos sobre el cáncer, quejas frecuentes sobre el estado de salud y dificultades para dormir (Bleiker et al., 2007). Se proponen las principales hipótesis para explicar este malestar emocional:

- Muchas de las personas que han utilizado un estilo de afrontamiento positivo durante el tratamiento, han ido inhibiendo emociones y sentimientos negativos, a menudo por no preocupar a la familia.
- Aparece una mayor toma de conciencia de lo que ha pasado.
- Sensación de desamparo debido a la finalización de los tratamientos.
- Conciencia de vulnerabilidad y miedo a que les pase algo a las personas significativas del entorno.

La incertidumbre ante la posibilidad de una recaída del cáncer suele provocar sensación de miedo, pérdida de control, aislamiento, problemas de adaptación a los cambios físicos, dificultades en las relaciones sexuales, cambio de valores, cambios en las relaciones con familiares y amigos y preocupación por la actividad laboral. El cansancio es uno de los aspectos físicos que puede durar mucho tiempo después de terminar los tratamientos.

En una muestra de 1721 pacientes de diferentes tipos de cáncer, Herschbach et al. (2004), encontraron que el miedo a que volviera el cáncer, era el más recurrente en

todos los pacientes. Sin embargo, este miedo era más elevado en las pacientes con cáncer de mama (40,9% de las pacientes expresaban este miedo) comparado con otros tipos de cáncer como en el cáncer del tracto gastrointestinal, donde el 23,4% expresaba miedo a la recidiva.

En este sentido Holland y Reznik (2005), evaluaron los miedos que clasifican a los pacientes según el tipo de angustia y estrés vital que sufren:

- 1.- Los pacientes que presentan secuelas físicas.
- 2.- Supervivientes con secuelas psicológicas y alteraciones psiquiátricas que interfieren con su funcionalidad y calidad de vida.
- 3.- Supervivientes que no tienen consecuencias físicas ni emocionales, pero presentan en ocasiones una incapacidad para incorporar la experiencia del cáncer en su vida, y por tanto tiene más dificultades en la adaptación.

En general, cuanto más tiempo transcurre sin enfermedad, más mejora la calidad de vida (Lemieux, Bordeleau y Goodwin, 2007). Si la vida de la paciente transcurre sin tratamiento ni enfermedad al menos durante un año, algunos autores consideran que se ha entrado en la fase de supervivencia, mientras que otros consideran a una paciente superviviente cuando han transcurrido 5 años o más desde el diagnóstico (Vivar, 2012). Para esta autora el impacto psicosocial del cáncer de mama en pacientes supervivientes de 5 o más años desde el diagnóstico puede agruparse en 3 áreas: física, psicológica y social.

- En el área física y a pesar de que muchas mujeres se enfrentan satisfactoriamente a los tratamientos y a sus secuelas, algunas pacientes pueden verse afectadas emocionalmente por cambios permanentes que alteran su feminidad.

- En el área psicológica el miedo a la recidiva puede provocar un estado de hipervigilancia, de manera que cualquier sensación física nueva puede generar altos niveles de ansiedad y preocupación, y sensación de vulnerabilidad.

- En cuanto a los aspectos sociales, los cambios que se han ido produciendo a lo largo del proceso de la enfermedad pueden provocar tensiones en la relación de pareja y falta de comprensión por parte del entorno de la paciente. La interrupción de roles y cambios de estilo de vida pueden hacer mella en la unidad familiar. Además, a nivel laboral, pueden existir dificultades para volver al trabajo y falta de apoyo del entorno laboral generando sentimientos de infravaloración en la paciente. Las alteraciones en el estilo de vida también pueden afectar y provocar un alejamiento de la vida social.

En un estudio donde se valoraron los aspectos que más afectaban la calidad de vida en 2004 pacientes supervivientes de cáncer de mama, se constató que las dificultades por orden de importancia y afectación eran: preocupación por el futuro, insomnio, ansiedad, dificultades con la sexualidad y trastorno de la imagen corporal (Braña-Marcos et al., 2012).

Por otra parte, aunque nos centramos en los aspectos psicosociales más negativos que tiene el impacto del cáncer de mama en la vida de estas personas, según diferentes estudios, aproximadamente la mitad de las mujeres interpretan el cáncer de mama como un reto y/o detectan algún aspecto positivo (Brennan y Charnetsky, 2000; Urcuyo, Boyer, Carver y Antoni, 2005).

3.3.4 Aspectos psicosociales en la Fase de Recidiva del Cáncer de mama

La reacción psicológica a la recaída es similar a la reacción ante el diagnóstico; pero a menudo es aún más intensa, estresante y percibida emocionalmente como catastrófica. Sobretudo, cuando la recidiva ha sido diagnosticada de forma rápida en el tiempo, la mujer se siente muy amenazada y asustada. De hecho, es una de las situaciones más temidas por todos los pacientes de cáncer: aparecen sentimientos de incredulidad, shock, negación, ansiedad, ira y/o depresión. La experiencia previa con el cáncer puede hacer sentir muy vulnerable a la paciente provocando serios niveles de estrés, incrementar los niveles de miedo y angustia y depresión (Schou et al., 2004).

A pesar de la carga emocional que siempre supone la recidiva, su intensidad dependerá de si la recurrencia del cáncer se ha producido en el mismo lugar o si han aparecido metástasis o diseminación de la enfermedad en otras partes del cuerpo. Si se produce en el mismo lugar, es más fácil la adaptación (Payne et al., 1996). El sentimiento de pérdida durante el proceso de cáncer es una preocupación que se expresa a varios niveles. Cuando el cáncer aparece de nuevo, el sufrimiento relacionado con estas profundas pérdidas aumenta: la pérdida de seguridad respecto al futuro, la pérdida relacionada con una buena salud, la integridad del cuerpo, la autoestima, la confianza, y el control de la propia vida (Koh, 2013).

3.3.5 Aspectos psicosociales en las Fases Avanzada y Terminal del Cáncer de mama

En las fases avanzadas de la enfermedad, la mayor parte de sentimientos están relacionados con la proximidad de la muerte, pero sobre todo con el miedo al sufrimiento. Puede aparecer agotamiento emocional, tristeza, desesperanza, depresión, negación, aislamiento, preocupación por el impacto emocional en la familia, los hijos, ira y rabia, miedo al dolor, a la pérdida de autonomía y funcionalidad, deterioro físico y pérdida de autoestima. Según Arranz y Cancio (2000) los cuidados paliativos deben ir dirigidos a una comunicación eficaz, a un control de los síntomas y al apoyo a la familia. Aunque la comunicación en estos momentos de la enfermedad puede ser difícil, aún lo es más la incomunicación. La finalización de la vida requiere el esfuerzo y el dolor de aceptar la realidad de la situación tanto por parte del paciente como de los familiares; en el proceso de morir, el bienestar y la paz son posibles, sobre todo después de una vida plena (Bayés, 2008).

La destreza a la hora de gestionar momentos tan difíciles va a depender de diversos factores como, la personalidad de los cuidadores, la historia de interacción entre la familia y la paciente, y los valores y prioridades de los cuidadores. Los cambios en el trato con el paciente cuando se sabe que no hay nada que hacer para conseguir la curación, pueden sumir a la paciente en un estado de soledad. Cabe recordar que el paciente no ha cambiado como tal, sino su expectativa de vida (Lesko, Massie y Holland, 1987).

3.4 La medida de la calidad de vida en cáncer de mama

Para medir la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama, los profesionales del entorno hospitalario, de centros de apoyo, de asociaciones para las pacientes, o de un entorno de medicina primaria, disponen de diferentes procedimientos y escalas. Delgado-Sanz et al. (2011) han valorado los cuestionarios más utilizados para valorar la calidad de vida en pacientes de cáncer de mama en España. O'Mara y Denicoff (2010) hacen una revisión de los cuestionarios para valorar la calidad de vida en pacientes con diferentes tipos de cáncer, entre ellos el cáncer de mama. Y también en este sentido Badía (2009) hace una revisión de los cuestionarios que más se utilizan en nuestro entorno para valorar la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente. Teniendo en cuenta los estudios de revisión, algunos de los cuestionarios más utilizados para la valoración de la calidad de vida en estas pacientes serían:

- EORTC QLQ-C30 (EORTC, 2015): es un instrumento de la "European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life". Es un instrumento genérico oncológico que contiene un módulo específico para el cáncer de mama. Ha sido validado en España por Arrarás, Illarramendi y Valerdi (1995).
- FACT (Functional Assesment of Cancer Therapy) (Cella et al., 1993). Es un instrumento genérico con un módulo específico para el cáncer de mama, el FACT-B. Además, consta de un submódulo para medir el impacto de la enfermedad y su tratamiento en la extremidad superior en pacientes con cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente y también se ha validado en España (Cella et al., 1998).

- IBCSG-QLC (International Breast Cancer Study Group-Quality of Life Core Form) (Bernhard et al., 1997). Es un cuestionario específico para el cáncer de mama centrado en el tratamiento adyuvante. Está traducido, pero no validado en España.
- GIVIO (Interdisciplinary Group for Cancer Care Evaluation) (Mosconi et al., 1998). Medidas de calidad de vida global, bienestar emocional, imagen corporal, funcionamiento social, síntomas, y satisfacción con los cuidados para pacientes con cáncer de mama. Sin embargo, no está validado en España.
- FLIC (Functional Living Index Cancer) de Schipper, Clinch, McMurray y Levitt (1984). Mide 5 dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama: funcionamiento a nivel físico, mental, social, a nivel general y síntomas gastrointestinales.
- RSCL (Rotterdam Symptom Checklist) de De Haes, Van Knippenberg y Neijt (1990). Valora los aspectos de malestar físico y psicológico de pacientes de cáncer de mama. Validado en España (Agra y Badía, 1999).
- PAIS (Psychosocial Adjustment to Illness Scale) (Derogatis, 1986). Instrumento multi-dimensional y semi-estructurado, para valorar el ajuste médico de los pacientes y sus familiares. Existe su versión auto-administrable (PAIS-SR).
- QL-CA-AFex (Font y Bayés, 1993). Instrumento para la medida de la calidad de vida de pacientes de cáncer de mama. Valora la afectación de la calidad de vida a raíz del cáncer en los siguientes niveles: síntomas, autonomía personal, estado emocional y psicológico, impacto social y familiar y, calidad de vida global.

Se dispone por tanto de diferentes instrumentos y estrategias para la medida de la calidad de vida en cáncer de mama. Hemos optado por utilizar este último

instrumento por cuanto ha sido desarrollado de forma pionera en nuestro país, involucrando a un gran número de pacientes de cáncer de mama.

La calidad de vida puede variar enormemente entre los pacientes, incluso entre los que se encuentran ante una situación de salud similar. Uno de los aspectos que puede influir en esta variabilidad es el optimismo. A este concepto dedicamos el siguiente capítulo.

4. Optimismo

4.1 Antecedentes

El Optimismo, según la Real Academia Española, es la tendencia a ver y a juzgar las cosas en su aspecto más positivo o más favorable. Proviene de la palabra latina “optimum” que significa “sumamente bueno, que no puede ser mejor”.

Numerosos autores clásicos han reflexionado sobre el equilibrio emocional y la relevancia de la virtud entendida como un precepto positivo hacia el crecimiento personal. Aristóteles, Cicerón, Menandro, Publio Sirio y Séneca, buscaban conseguir el equilibrio emocional, enfatizando aspectos positivos del ser humano y la posibilidad de influir la propia existencia por los actos propios (Fernández-Ríos, 2008; Fernández-Ríos y Comes, 2009).

El Pensamiento Epicúreo, aproximadamente 300 años antes de C. ya proclama filosóficamente una vida centrada en el placer prudente y la autonomía ante los hechos. La filosofía de Epicuro defiende el hedonismo racional como forma de vida. Considera que el hombre no es víctima del destino, ni de la necesidad ni de la fatalidad, sino que a través de la prudencia puede vivir en búsqueda del placer. La cultura del cuerpo, de la mente, de las palabras, del gozo y la amistad, son las bases a las que se entrega el epicureísmo fundamentados en el sosiego interior o ataraxia (Lledó, 1995). Epicuro escribe contra todo tipo de miedos, sea a la muerte o a los dioses y, además, se contenta

con muy poco: "Rebosa mi cuerpo de dulzura viviendo a pan y agua y escupo sobre los placeres del lujo" (Fierro, 2008).

Aunque el epicureísmo es el máximo representante de la "eudemonía" o vida feliz, el concepto de optimismo estrictamente no se utiliza hasta el siglo XVII. Leibniz (1646-1716), en su *Théodicée* (La Teodicea, 1710) dice que el mundo actual es el mejor de los mundos posibles. No sólo porque Dios es perfecto y, por tanto, habrá hecho el mundo lo más perfecto posible, sino también por razones de probabilidades matemáticas. Se utiliza por primera vez el concepto "optimum" (óptimo). Voltaire en su *Cándido* (1759) apela al pesimismo moderado, criticando la actitud optimista e ingenua de Leibniz a través de su personaje Pangloss, que considera que "todo sucede para bien en este, el mejor de los mundos posibles". Parece ser que una de las primeras documentaciones que hay en castellano del concepto optimismo aparece en las obras de Juan Pablo Forner "Oración apologética por la España y su mérito literario" (1786) y "Discursos filosóficos" (1787), también como crítica satírica al optimismo de Leibniz (Castiñeiras y Díez, 2003).

El antropólogo Lionel Tiger (1979) argumenta que la esperanza y el optimismo han sido cruciales para la supervivencia del ser humano como especie. Considera que ambos son valores adaptativos, y que tener síntomas optimistas o anticipar resultados positivos ante situaciones no resueltas forma parte de la naturaleza humana de la misma forma que lo son la figura humana, el crecimiento en los niños, o el placer sexual. Considera que el optimismo es un estado de ánimo positivo y una disposición general a esperar del entorno físico y social algo agradable que sea motivo de placer y fuente de beneficio para uno mismo. Además, defiende que de la misma forma que nuestro cuerpo

y los comportamientos son fruto de una evolución, también lo es el optimismo. Así Tiger sugiere que el optimismo fue importante en la vida humana desde el momento en que se plantea y desarrolla una percepción de futuro, y con ella la propia mortalidad. Si se ha mantenido a lo largo de este proceso evolutivo es porque, según el autor, creer de forma optimista es adaptativo.

4.2 Etiología del optimismo

Aunque al optimismo se le asocian multitud de ventajas, no es hasta finales del siglo XX que empieza a tener su espacio como concepto psicológico y se estudia de forma científica. Este interés hacia el optimismo como parte de la personalidad ha sido más intenso desde los años 80. Desde entonces se ha intentado averiguar cómo se originan el optimismo y el pesimismo.

Para algunos autores el origen del optimismo como característica de la personalidad estaría parcialmente en la genética. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo con 117 pares de mellizos homocigóticos y 27 pares de mellizos heterocigóticos, se encontraron correlaciones positivas entre las puntuaciones en Optimismo de los mellizos homocigóticos; en cambio no se encontraron correlaciones entre los mellizos heterocigóticos. Los autores sugieren que podría haber una causa genética o una participación genética importante en el optimismo, aunque los mecanismos de esta influencia serían indirectos (Schulman, Keith y Seligman, 1993). Algunos estudios proponen porcentajes en la parte genética de esta característica humana: entre un 36%

(Mosing, Zietsch, Shekar, Wright y Martin, 2009) y un 47% (Yuh, Neiderhiser y Reiss, 2010) del optimismo podría ser heredado.

Otros autores prefieren hablar de un temperamento del niño más bien “alegre” o más bien “triste”, que puede variar y, por tanto, las tendencias que presentaremos en la etapa adulta pueden ser diferentes de la que presentamos cuando somos niños (Hernán Gómez, 2002).

Para Taylor (1991), nacemos con una muy alta tendencia a la autoestima, con unas expectativas poco relacionadas con el realismo y un alto y desmesurado sentido del control. Esta sobreestimación de las propias capacidades en el niño sería fundamental para su futura motivación y adaptación.

Según el estudio de Richards y Huppert (2011), una predisposición optimista o pesimista en la niñez podría predecir el bienestar en la adultez. Concretamente los autores encontraron en un estudio longitudinal que el ser positivo en la niñez estaba relacionado con menos problemas emocionales en edad adulta, más satisfacción laboral, más contacto social con los amigos o familia, y un mayor compromiso con actividades sociales. Sin embargo, tal y como indica Avia (2009), el optimismo y el pesimismo se contagian y aprenden, y pueden sufrir evoluciones a lo largo de la vida.

Para Hernán Gómez (2002) diversos aspectos actuarían como base sobre las que se iría desarrollando el auto-concepto del niño, así como su relación con los demás y su tendencia al optimismo:

- El apego: A raíz de la relación que se establece entre las señales de comunicación social del bebé (como el llanto y la sonrisa) y las respuestas de los progenitores, se iría forjando el apego, esencial para la confianza que el bebé va creando en sí mismo.

- La exploración: Para una buena autonomía hace falta el equilibrio en la respuesta de los padres. Una buena cooperación, pero no interferencia en las actividades exploratorias, permitirá poco a poco el desarrollo de la autonomía del niño.

- La necesidad de control: El control que experimenta el niño en relación al entorno parece ser el tercer factor sobre el que se irá desarrollando una personalidad segura y optimista. Él es el agente causal de los cambios que hay en su entorno físico y sobretodo social. En la medida en que aprende a valorar situaciones como alcanzables y controlables, lo hará también en el futuro, valorando como amenaza o reto las futuras situaciones.

Por otra parte, algunos estudios sobre la depresión indican que los conflictos interpersonales, y más concretamente la percepción de un estilo crítico por parte de la familia, es un factor que se relaciona con la depresión, y podría estar en la base del aprendizaje del optimismo y el pesimismo. En los adultos que son más optimistas existe menos depresión asociada a la crítica familiar (Hirsch, Walker, Wilkinson y Lyness, 2014). A pesar de que el estilo crítico, sobretodo de los padres, podría ser un factor involucrado en el proceso de un estilo más o menos optimista, juntamente con las experiencias tempranas relacionadas con el control y el dominio, los autores señalan que todavía se desconoce el origen del estilo explicativo y del optimismo.

Desde una perspectiva evolucionista, se considera que el optimismo, así como otras características relacionadas con las emociones positivas, habrían sido seleccionados por sus ventajas para la supervivencia. Una de las funciones del optimismo sería ser más creativo, en el sentido de potenciar nuevas estrategias para cuando las cosas no van bien. El optimismo estaría vinculado a la supervivencia, pero

de manera más indirecta que las emociones negativas (Fredrickson, 2001). Además, se baraja la hipótesis que las emociones positivas y aspectos como el optimismo, tendrían una función de compensar el “gasto” energético que provocan las emociones negativas y ayudarían a regular variables que se activan con el estrés, como por ejemplo la actividad cardiovascular. En su Teoría de Ampliar y Construir (*The broaden-and-build Theory*), Fredrickson (2004), propone que las emociones positivas amplían el repertorio momentáneo de pensamiento y acción, actúan como una chispa que nos mueve hacia el interés por las cosas, la exploración y el juego. Las consecuencias de esta amplitud de pensamiento y de la exploración, es la construcción o promoción de nuevas ideas y nuevos comportamientos, nuevos lazos sociales, y en definitiva nuevos recursos personales.

En este sentido, se considera que ciertas adversidades en la infancia podrían tener consecuencias mentales y físicas a lo largo de toda la vida. El concepto de carga aloestática (McEwen, 2005; McEwen y Stellar, 1993; Taylor, Way y Seeman, 2011), se refiere al desgaste fisiológico acumulado por el cuerpo en el intento de adaptarse a las situaciones adversas del pasado y/o en el día a día. Ante estas situaciones, se activan mediadores como la adrenalina, el cortisol y otros mensajeros químicos que son necesarios para la homeostasis y el afrontamiento del estrés. Para compensar la carga aloestática, algunas características psicológicas individuales entre ellas el optimismo, podrían ayudar a la regulación de las respuestas fisiológicas y, por tanto, afectar positivamente la salud física y mental.

4.3. Definición y tipos de optimismo

El optimismo es la propensión a ver y a juzgar las cosas en su aspecto más favorable (Real Academia Española). Un enfoque mental deseable que genera emociones positivas y nos capacita para ver el mundo de manera benévola. El optimismo se produce como resultado de una forma de apreciar, sentir y recordar las experiencias de la vida (Morán, Vicente, Sánchez y Montes, 2014). A pesar de que el optimismo se pueda definir como una forma positiva de evaluar la vida y el futuro, existen diferentes tipos de optimismo con diferentes consecuencias. Se ha estudiado el optimismo como rasgo de personalidad, como estilo de pensamiento atribucional, como expectativa positiva situacional, como expectativa positiva realista, no realista o directamente ilusoria.

4.3.1 Optimismo disposicional

El Optimismo disposicional es definido como la expectativa o creencia estable y generalizada que en la vida pasarán más cosas positivas (Scheier y Carver, 1985). Tal y como define el modelo de autorregulación, las expectativas positivas y favorables hacen que la persona se esfuerce más para conseguir aquello que desea y cree factible, incluso cuando las condiciones no son favorables. En cambio, las expectativas negativas y desfavorables reducen estos esfuerzos, y la persona puede evitar como estrategia de afrontamiento y desentenderse de la situación (Remor, Amorós y Carrobles, 2006).

El constructo de optimismo se ha relacionado con conceptos como el control y la autoeficacia y a pesar de que el optimismo tendría algunos componentes de ambos, Scheier y Carver (1985) proponen una definición operativa más amplia que la de los otros dos conceptos. Es decir, cuando uno es optimista disposicionalmente, según estos autores, la creencia es independiente de que haya control real o no. Además, estas creencias positivas de futuro posibilitan el ajuste vital de los individuos y podrían ser beneficiosas para la salud.

El optimismo disposicional se puede relacionar, por un lado, con la Teoría motivacional de la expectativa/valor, según la cual el optimista a través de la expectativa positiva (Por ej.: ¡Todo irá bien!) se acerca a una meta u objetivo (Por ej.: Encontrarse mejor de salud) que es deseable (El valor positivo de la meta u objetivo, encontrarse mejor de salud). Desde la teoría motivacional de Tolman y Honzik (1930, 1948) y Lewin (1938) se considera que la conducta del ser humano está dirigida por objetivos y metas, y por tanto es resolutiva. Las personas nos esforzamos por conseguir aquello que valoramos positivamente y evitamos conseguir aquello que valoramos negativamente. Tolman consideraba que las motivaciones individuales se gestaban a lo largo del desarrollo del ser humano, y Lewin puso más énfasis en las motivaciones y conductas determinadas por los elementos presentes física y/o psicológicamente en un momento determinado. Según la teoría de la expectativa-valor las elecciones de los individuos, la persistencia y su actuación pueden ser explicadas según sus creencias acerca de lo bien que pueden hacer una actividad y al valor que dan a la actividad. El comportamiento humano está guiado por sus objetivos; si el objetivo que se quiere conseguir es percibido como un camino-meta que le interesa, el sujeto tenderá a él, se

comprometerá con él (Higgins, 2006). En este sentido las expectativas positivas del Optimismo actuarían como enfoque o fuerza hacia el objetivo o estado al que se desea llegar (Carver et al., 2010).

Por otro lado, el Optimismo Disposicional se relacionaría también con la Teoría Cognitivo-Social del aprendizaje de Bandura (1987), según la cual habría tres requisitos para que las personas aprendan y modelen su comportamiento: Recordar lo que uno ha observado (retención), habilidad para reproducir la conducta (reproducción) y motivación para querer adoptar esa conducta (motivo). Los modelos internos de las personas son la medida para evaluar la conducta propia y ajena; en este sentido se parecería a las metas y objetivos a los que la persona aspira, y serán la base para obtener el refuerzo de uno mismo y de los otros. El proceso de autorrefuerzo es de gran importancia para mantener la conducta durante largos periodos en ausencia de refuerzos externos. Así, mediante las respuestas internas y autoevaluativas, uno se puede recompensar o castigar, por haber cumplido o no con el modelo. Bandura considera que la mayor parte de la motivación humana se genera de forma cognoscitiva y señala la capacidad humana de elaborar planes y avanzarse. Algunas personas prefieren metas desafiantes, otras metas más fáciles. No obstante, en todos los casos lo que proporciona incentivos a los propios esfuerzos es la satisfacción por los compromisos conseguidos y la insatisfacción por un logro insuficiente. Las consecuencias anticipadas explican la conducta que se dirige a la meta. En este sentido el optimismo actuaría como expectativa generalizada de eficacia y resultado. Bandura ofrece una visión del ser humano como agente capaz de regular activamente la propia conducta, y de intentar ofrecer resistencia activa a las influencias ambientales a través de cogniciones como las

expectativas optimistas acerca de la propia conducta. La anticipación de la meta, más que la meta en sí, ejerce su efecto motivacional.

Para Scheier y Carver (1987), la variabilidad en los planes es un concepto importante, porque representa al ser humano como activo emprendedor de decisiones y que escoge qué camino seguir: un abordaje conductual, cognitivo o hacer un cambio porque no funciona. Por tanto, se considera que las personas son más activas que reactivas. Mediante la capacidad para preparar los propios modelos y el autorrefuerzo, es posible una autorregulación del funcionamiento en un proceso dinámico donde uno se fija las propias metas y recompensas por haberlas cumplido. Estos autores desarrollaron el denominado Life Orientation Test (LOT; Scheier y Carver, 1985), posteriormente revisado (LOT-R; Scheier, Carver y Bridges, 1994), que ha sido ampliamente aplicado en investigaciones en el campo de la salud, para medir el optimismo disposicional.

4.3.2 Optimismo como estilo atribucional o estilo explicativo

Seligman estudió las consecuencias de la Indefensión Aprendida en la depresión tanto en estudios de laboratorio como en estudios de campo. Según este autor, cuando los organismos están sometidos a situaciones de no control, muestran una serie de déficits en la adquisición de respuestas de éxito en animales de laboratorio (Seligman, Rosellini y Kozak, 1975), pero también en procesos depresivos en los humanos (Seligman, 1975). La secuencia sería la siguiente: Incontingencia objetiva (falta de relación entre la propia conducta y los cambios ambientales), Percepción del sujeto de

esta incontingencia, Producción de expectativas de incontingencia y generalización, y Aplicación de estas expectativas.

Los déficits de la Indefensión aprendida pueden ser:

- Motivacionales: hay una reducción de la voluntad para realizar respuestas de afrontamiento voluntarias.
- Cognitivos: el individuo aprende que unas consecuencias no están relacionadas a unas respuestas, esto interfiere en el aprendizaje futuro de que las consecuencias están relacionadas a las respuestas y por tanto aparece un retraso en el aprendizaje posterior de las relaciones de contingencia.
- Emotivo / fisiológicos: esta falta de contingencia entre las respuestas y las consecuencias aversivas provoca un aumento de la ansiedad y el miedo, seguida de la depresión. Según Seligman, sólo ocurre si las consecuencias son traumáticas para el organismo.

Abramson, Seligman y Teasdale (1978) reformulan el modelo de la Indefensión aprendida para unirla a la teoría de la atribución (Kelley, 1967), donde se definen los motivos por los que las personas creen que les pasan las cosas negativas y, según la cual, el estilo explicativo de las personas determina la actitud y estrategias que tendrán ante las adversidades. Para diferenciar los dos estilos explicativos se tienen en cuenta tres dimensiones descriptivas de las causas que provocan los contratiempos:

1) Internalidad-Externalidad: se define como el grado en que uno se considera responsable de la situación negativa.

2) Estabilidad-Inestabilidad: cuando la causa de la situación se considera presente todo el tiempo, y por tanto estable; o se considera transitoria y por tanto no estará presente siempre.

3) Globalidad-Especificidad: el problema que surge o la explicación de su causa domina todos los aspectos de la vida de la persona (global), o en cambio solamente comprende algún aspecto específico y circunstancial de su vida (específico).

El Estilo Explicativo Pesimista (EEP) según Peterson y Seligman (1984), se define como la tendencia a explicar las situaciones adversas o negativas de la vida cotidiana como una causa interna a uno mismo, estable en el tiempo y con un efecto global en todos los ámbitos de la vida de la persona. Frente a ello, el Estilo Explicativo Optimista (EEO) es la tendencia a explicar los sucesos negativos como causa externa a uno mismo, inestable en el tiempo y específico en un ámbito de la vida. Desde este punto de vista, los optimistas tendrían una pauta explicativa caracterizada por la externalidad, la inestabilidad y la especificidad para explicarse las situaciones negativas. Y los pesimistas estarían caracterizados con un estilo explicativo internalizado, estable y global a la hora de darse razonamientos acerca de las cosas indeseables que les pasan. El concepto de Estilo Explicativo relacionado con el optimismo se engloba más tarde dentro de lo que Seligman denominó Psicología Positiva, y que tiene su origen en la conferencia que Martin Seligman dio en 1999 en la Asociación Americana de Psicología (APA), cuando él era el presidente (Torró y Pozo, 2010). A partir de allí el estudio de las potencialidades humanas ha sido el principal objetivo, siendo el optimismo una de ellas.

Algunos resultados apuntarían a que el estilo explicativo optimista predice una mejor salud general y menos vulnerabilidad a las enfermedades físicas (Kamen y Seligman, 1987), un mejor funcionamiento del sistema inmunológico (Peterson y De Avila, 1995) y una menor tasa de mortalidad (Peterson, Seligman, Yuko, Martín y Friedman, 1998) si se compara con el estilo explicativo pesimista. El optimismo como atribución incluye las expectativas de control sobre los resultados de las propias acciones, las expectativas sobre la posibilidad de conseguir resultados en el futuro, así como un cierto componente de eficacia personal (Jaycox, Reivich, Gillham y Seligman, 1994). También con estudiantes principiantes se encontró que los que empezaban en la universidad con un estilo explicativo optimista conseguían mejores resultados que los principiantes que tenían un estilo explicativo pesimista (Peterson y Barret, 1987).

En pacientes de trasplante de corazón, el estilo atribucional optimista estaba relacionado significativamente con una mejor calidad de vida comparado con los pacientes trasplantados con un estilo atribucional pesimista; los pacientes con un estilo atribucional pesimista antes del trasplante coronario, presentaban síntomas depresivos 5 años después de la intervención (Jowsey et al., 2012). Además, se ha relacionado el estilo explicativo optimista con una mejor calidad del sueño en adultos trabajadores (Lau, Harri Hui, Cheung y Lam, 2015).

Brennan y Charnetsky (2000) no encontraron ninguna relación significativa entre el estilo atribucional optimista y variables del sistema inmune, concretamente la inmunoglobulina A (IgA). En cambio, sí encontraron relación entre el estilo atribucional pesimista y los niveles de IgA.

El Estilo explicativo Optimista se ha relacionado principalmente con la prevención y tratamiento de la depresión, más que como una característica positiva capaz por sí misma de promover y tener consecuencias positivas (Peterson, 2006).

El cuestionario de Estilo Atribucional (Attributional Style Questionnaire, ASQ; Peterson et al., 1982), es un cuestionario con formato de autoinforme, donde el sujeto explica las causas de las situaciones hipotéticas que se plantea. Todas las respuestas hacen referencia a las dimensiones de internalidad, estabilidad y globalidad. De las 12 situaciones, 6 son positivas y 6 negativas. De la combinación final resulta el estilo atribucional del sujeto.

4.3.3 Posibilidades del Optimismo no realista

El optimismo no realista se produce cuando las personas percibimos nuestros resultados personales más positivos que aquellos con quien nos comparamos, y que tienen circunstancias muy similares (Clarke, Lovegrove, Williams y Machperson, 2000). Cuando un grupo cree que sus riesgos relativos son más favorables que los de un grupo comparable, el fenómeno fue descrito como optimismo no realista o sesgo optimista (Weinstein, 1982), puesto que no todos podemos estar por debajo de la media de riesgo.

La persona que es optimista ante una situación, puede valorar que tiene menos probabilidades, por ejemplo, de tener un accidente de coche comparado con los demás. Teniendo en cuenta que esta persona conduce habitualmente con la misma frecuencia

que las personas con quien se compara, tendríamos un optimismo poco realista o ingenuo (Jansen, 2011).

El optimismo no realista se ha valorado científicamente de dos formas: comparando las posibilidades que el sujeto cree que tiene de sufrir un percance concreto (como cáncer, accidente de coche, etc.) comparado con un grupo de iguales. O valorando juicios absolutos del sujeto, donde se valora primero la probabilidad que el sujeto cree que tiene la gente en general de sufrir un percance concreto. Y después se valora, en qué medida cree el sujeto que tiene él mismo de sufrir ese percance. Cuando al comparar ambas valoraciones el sujeto emite un juicio que le beneficia comparado con la media que él mismo ha propuesto, se considera que tiene un optimismo no realista o bias optimista (Clarke et al., 2000).

Parecería que el optimismo no realista tendría una función positiva sobre todo cuando nos enfrentamos a situaciones complicadas, pero también tendría su parte negativa cuando hablamos de mecanismos de racionalización. Algunas creencias excesivamente “positivas” acerca de la etiología genética del cáncer de pulmón podrían estar manteniendo el hábito de fumar, además parece que, cuanto mayor es el individuo más práctica tiene en activar esta racionalización y más fortalecido queda como fumador. Así, estas creencias podrían ser además de falsas, peligrosas (Gold y Aucote, 2003; Jansen, 2011; Masiero, Lucchiari y Pravettoni, 2015; Weinstein, 1982). En un estudio longitudinal con 395 adolescentes se encontró relación entre el optimismo no realista y el riesgo de adicción tabáquica (Popova y Halpern-Felsher, 2016); sin embargo, los autores no encontraron sesgo optimista en la percepción de riesgos de padecer cáncer de pulmón. Probablemente las campañas contra el hábito tabáquico han

hecho mella entre los jóvenes y por tanto éstos tienen una percepción más realista o incluso pesimista del riesgo.

Radcliffe y Klein (2002), denominan el optimismo comparativo a la tendencia a considerar que las probabilidades de que nos pase algo bueno están por encima de la media; y la probabilidad de que nos pase algo malo está por debajo de la media. Lo cual no tiene por qué ser cierto ni realista, y tendría mucha similitud con el concepto de sesgo optimista. El sesgo optimista e incluso una cierta “ilusión de superioridad” se daría en muchos aspectos concretos de la vida de las personas (Sharot, 2011). El sesgo optimista es la diferencia entre las expectativas de una persona y los resultados reales que siguen a estas expectativas. Cuando las expectativas son mejores que la realidad entonces el sesgo es optimista, y cuando la realidad es mejor de lo esperado el sesgo es pesimista. El sesgo optimista según Sharot (2011), es resistente: a pesar de la expectativa excesivamente positiva, cuando la persona con el sesgo optimista es informada de la probabilidad real de sufrir cáncer, por ejemplo, cuando hace la siguiente estimación ya con la información real, no actualiza demasiado su percepción optimista. Esto podría deberse a una menor activación en la circunvolución frontal inferior derecha del cerebro. Dado que cuanto más optimista es la persona, menos activa es esta zona y por tanto, menos predispuesta está la persona a cambiar su creencia a pesar de tener la información realista, y recordarla perfectamente (Sharot, Guitart-Masip, Korn, Chowdhury y Dolan, 2012; Sharot, Korn y Dolan, 2011).

En contrapartida al optimismo no realista se situaría el optimismo realista (Schneider, 2001). Según la autora una persona es realista cuando sus acciones son sensibles a las contingencias experimentadas en el ambiente, y está guiada por un

sistema de valores coherente. Una persona optimista es aquella que mantiene en general una perspectiva positiva ante la vida. Por tanto, según Schneider, el optimismo realista es la tendencia a mantener actitudes positivas dentro de las limitaciones de los fenómenos medibles disponibles en el mundo físico y social (DeGrandpre, 2000; Schneider, 2001). Para estos autores, el optimismo realista estaría más centrado en aumentar las posibilidades de superar las situaciones del ambiente de forma efectiva y exitosa, y no estaría tan centrado en sentirse bien. La dificultad principal radica en el concepto "realista" que los autores han definido como la relación entre el conocimiento y la comprensión disponible en un momento dado, las posibles opciones y acciones elegidas. El optimismo realista también implica realzar y centrarnos en los aspectos más favorables de nuestras experiencias, como: ser indulgente con el pasado, apreciar activamente los aspectos de la situación que vivimos, y enfatizar las posibilidades y oportunidades del futuro. En relación a las situaciones de incertidumbre no resuelta, el optimismo realista implicaría expectativa, esperanza, y búsqueda de experiencias positivas, pero con el conocimiento de lo que no sabemos y la aceptación de lo que no podemos saber. En este sentido implica la creencia de esperar resultados positivos y trabajar para conseguirlos, en lugar de esperar resultados positivos sin hacer esfuerzos para acercarnos a ellos; es decir, enfocar en las oportunidades que incrementan la probabilidad de conseguir lo que queremos y que a la vez sean resultados personalmente significativos y contingentes a situaciones limitadas.

4.3.4 Pesimismo defensivo

El pesimismo defensivo fue descrito por Norem y Cantor (1986), y consta de una serie de estrategias que preparan al sujeto para obtener resultados negativos ante situaciones de riesgo de fallo, y ante las cuales puede quedar dañada su autoestima.

En contra de lo que sugerían algunos estudios, según los cuales las bajas expectativas de resultado conducían a pobres resultados, Norem y Cantor concluyen lo contrario. Es decir, las bajas expectativas servirían, por un lado, para disminuir la ansiedad, y por tanto no serían para nada debilitantes y, por otro, ayudarían al sujeto a gestionar su ansiedad esforzándose más en la acción, lo que les llevaría a mejorar rendimiento y resultado final.

Como aspectos negativos del pesimismo defensivo se han propuesto el *self-handicapping* (reducción deliberada del esfuerzo ante situaciones de fracaso potencial) y la procrastinación o acción de retrasar actividades o situaciones que deben atenderse (Rodríguez, Cabanach, Valle, Núñez y González, 2004). En un estudio con 607 estudiantes, estos autores investigaron la relación del uso del pesimismo defensivo y el *self-handicapping* con las metas de logro, la autoestima y las estrategias de autorregulación. Los resultados indican asociaciones entre la utilización de estrategias como el pesimismo defensivo o el *self-handicapping* con cierta preocupación por la propia imagen en el contexto académico y una orientación ego-defensiva. El pesimismo defensivo está relacionado con patrones de logro más adaptativos comparado con el *self-handicapping*, ya que los estudiantes que utilizan más el pesimismo defensivo presentan puntuaciones más elevadas en estrategias de autorregulación del aprendizaje.

Por otro lado, la autoestima correlaciona negativamente con ambas estrategias y parecería que los hombres son más tendentes al *self-handicapping* y las mujeres al pesimismo defensivo. Los pesimistas defensivos y los optimistas estratégicos (la expectativa positiva disminuye ante la elevada incertidumbre), tenían mayores puntuaciones de estrategias de afrontamiento positivas y menores puntuaciones de evitación que los pesimistas realistas. Los pesimistas defensivos y los pesimistas realistas obtuvieron mayor puntuación en ansiedad-rasgo y mostraron un menor uso de estrategias de pensamiento optimista, comparado con los optimistas estratégicos.

Para Lim (2009), el pesimismo defensivo es un constructo de dos factores que comprenden, por un lado, las expectativas negativas, en las que se reflejan las preocupaciones ante las dificultades; y por otro, el empeño y los esfuerzos que hacen los pesimistas para impedir dichos fallos. Para el pesimista defensivo la ansiedad es la motivación que hará que se mueva. La preocupación es una forma de enfrentarse a los potenciales desastres: les ayuda a iniciar el proceso de planificar los esfuerzos para prevenir las dificultades que se imaginan.

El pesimismo defensivo se ha analizado básicamente en entornos de dominio y logro de tareas en poblaciones estudiantiles. Las investigaciones que relacionan el pesimismo defensivo con aspectos de salud son menores, pero aportan resultados parecidos. Por ejemplo, ante las pruebas de *screening* destinadas a detectar la mutación del gen BRCA1/2 (relacionado con el cáncer de mama) en 99 mujeres judías, las que utilizaron el pesimismo defensivo y que por tanto se imaginaron el peor de los escenarios para afrontarse a un posible resultado adverso, se enfrentaron mejor a los resultados negativos (Kelly et al., 2003).

Para algunos autores se trata de no olvidar que, dentro del movimiento de la Psicología Positiva, algunos aspectos como el pesimismo defensivo y el pensamiento negativo son de hecho psicología positiva. Tener expectativas positivas y prepararse para lo peor, en ciertas situaciones nos llevaría a un mejor desempeño y crecimiento personal (Norem y Chang, 2002; Saboonchi Petersson, Alexanderson, Bränström y Wennman-Larsen, 2016; Thomas, 2011).

4.3.5 Optimismo Situacional

El optimismo situacional hace referencia a las expectativas positivas que genera un individuo para una situación particular, acerca de si van a salir bien o mal las cosas que están a punto de pasar (Armor y Taylor, 1998).

El optimismo situacional es una creencia, al igual que el optimismo disposicional, que mantiene el foco y el esfuerzo, pero referido a una situación específica. Debido a que las expectativas específicas están más próximas a las situaciones concretas que las creencias disposicionales, podrían ser importantes predictoras de respuestas biológicas y psicológicas a estresores específicos. De hecho, Segerstrom, Taylor, Kemeny y Fahey (1998), encontraron en una muestra de estudiantes universitarios que el optimismo situacional predecía de forma más sólida el estado de ánimo de los jóvenes que el optimismo disposicional. La correlación entre el optimismo disposicional y las creencias de optimismo situacional valoradas por los investigadores fue escasa. Se concluyó que medían cosas diferentes y predecían también

patrones de resultado psicológico y físico diferentes. La correlación sí fue significativa entre las expectativas positivas de resultado situacionales y el optimismo disposicional.

Algunos autores proponen que las expectativas positivas relacionadas con la disposición al optimismo podrían desplazarse un poco, o disminuir cuando uno se enfrenta al momento "de la verdad" en una situación concreta (Sweeny, Carroll y Shepperd, 2006).

Los autores argumentan que las personas nos alejamos del optimismo en función de las siguientes variables:

1) Respondiendo al nivel de información. Cuando la información de la que disponemos hace que nos ajustemos mejor a las expectativas positivas que teníamos acerca de la situación, o hace que hagamos un escrutinio más preciso de nuestras posibilidades. Cuanto más cerca está el objetivo a conseguir más suele aumentar la ansiedad y su influencia hacia un mayor pesimismo.

2) Respondiendo a posibles resultados no deseados. A veces el desplazamiento del optimismo se produce porque nos planteamos la posibilidad de que aquello positivo que esperamos pueda no ocurrir o que ocurran cosas no deseables. Ante esta posibilidad, podemos prepararnos para un posible resultado adverso. En este caso se parecería al pesimismo defensivo situacional, para evitarnos el disgusto en caso de no llegar a las expectativas positivas que teníamos.

3) Aspectos como la importancia que tiene el evento para el individuo, la percepción de no poder controlar la situación y la baja autoestima, podrían provocar una disminución del optimismo a medida que se acerca el momento considerado crucial. Las variables situacionales se han estudiado sobretodo en población estudiantil y en situación de exámenes.

Las personas con una autoestima más baja tendrían más tendencia a renunciar a sus expectativas positivas situacionales y utilizarían un pesimismo defensivo para evitar decepción por los posibles resultados adversos. Sin embargo, la renuncia de las expectativas situacionales positivas tendría un coste a nivel emocional como desencadenar afecto negativo y ansiedad.

4.4 Modelos de optimismo y salud

Teniendo en cuenta los principales conceptos de optimismo, podemos enmarcarlos en varios modelos relacionados con la psicología social, de la personalidad, clínica o de la salud.

4.4.1 Modelo de autorregulación

Tal y como se ha explicado en el apartado del optimismo disposicional, el modelo de autorregulación considera que las conductas del ser humano están dirigidas hacia objetivos, y fuertemente influenciadas por las expectativas acerca de los resultados que tendrán dichos comportamientos. El comportamiento y la conducta humana son hechos autorregulados, es el intento de hacer algo que ya está antes en la mente (Carver y Scheier, 1981, 2000).

Así, cuando uno espera resultados positivos la conducta se inicia y se dirige en aras de conseguir el objetivo; si las expectativas son negativas y desfavorables, la persona se desconecta y cede ante la búsqueda del objetivo. Si el objetivo es percibido

como deseable (por ejemplo: superar el cáncer de mama), las expectativas positivas (por ejemplo: ¡todo saldrá bien!), nos acercarán en forma de conducta y otras estrategias hacia el objetivo deseado (superar la situación médica).

Los objetivos motivan la acción y dirigen la actividad hacia lo que queremos ser, cómo queremos ser potencialmente y aún no somos. Para los autores, conocer a una persona implica conocer cuáles son sus objetivos, porque el "yo" consiste parcialmente en los objetivos de la persona y toda la organización que hay alrededor de éstos. Estos objetivos pueden muy abstractos y responderían a una determina forma de "ser", o ser concretos y estar definidos prácticamente por una sola acción y responderían a una determinada forma de "hacer". Así, nos movemos hacia los objetivos que deseamos, y a medida que lo hacemos aparece el afecto positivo que provoca más acción, el efecto bucle. Comparamos constantemente dónde estamos y dónde queremos estar: este proceso de comparación y feedback provocaría el afecto positivo o negativo.

Las expectativas acerca del futuro inmediato provocan una sensación de confianza o una sensación de duda. Cuando no tenemos los resultados que deseamos, suspendemos temporalmente nuestra actividad y evaluamos de forma más deliberada la situación. Podemos recurrir a experiencias pasadas para recordar cómo afrontamos situaciones similares, o si no, generar nuevos recursos que pueden ayudarnos a persistir. Sin embargo, si las expectativas son positivas, la persona vuelve a esforzarse para conseguir su objetivo y retomar el control; si las expectativas son suficientemente dudosas o negativas, aparece el abandono y desvinculación. Por tanto, el optimismo desde la perspectiva de la autorregulación se postula como una variable que sitúa a las

personas en unas condiciones favorables para afrontar el estrés (Carver y Scheier, 2000; Remor et al., 2006).

4.4.2 Modelo de adaptación cognitiva de Taylor

El modelo de adaptación cognitiva de Taylor (1983) aparece como un intento para detectar los recursos que podrían reconducir a los individuos a un nivel de funcionamiento adaptativo después de pasar por una situación de estrés elevado, traumática o potencialmente amenazante para la vida.

Desde este punto de vista, la propuesta de Taylor presenta al ser humano como altamente adaptable, que se protege a sí mismo y funcional a pesar de los contratiempos en los que se encuentra. Considera que hay tres aspectos básicos para la recuperación y restauración psicológica ante las adversidades: la búsqueda de sentido ante la experiencia, la percepción de control y dominio ante los eventos que van apareciendo, y la percepción de mejora y autoestima. Sin embargo, estos tres aspectos psicológicos se basan en la capacidad de mantener un conjunto de ilusiones positivas y optimismo ante los hechos. No se trata de negar la realidad sino de tener una mirada positiva y optimista a pesar de los hechos reales.

Por tanto, los recursos psicológicos que formarían parte de la adaptación cognitiva de Taylor ante el cáncer y otros estresores severos serían el optimismo, la percepción de control ante la enfermedad, la autoestima y el sentido de propósito y significado en la vida a raíz de la situación estresante (Pinquart y Fröhlich, 2009).

4.4.3 Optimismo y Psicología Positiva

La psicología positiva es una especialización o rama de la psicología que busca comprender los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano a través de la investigación científica (Vera, 2006). La psicología positiva se desarrolla por Martin Seligman a raíz de invertir el foco de interés, después de la dedicación durante décadas a los problemas de la depresión y la indefensión aprendida y a los trastornos mentales. El objetivo es buscar el cambio centrando los esfuerzos en las cualidades positivas de las personas, sus fortalezas y la prevención de la enfermedad mental (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005).

Para Seligman y Csikszentmihalyi (2000) la Psicología positiva no es nueva en el sentido que ya antes de la Segunda Guerra Mundial, la psicología se centraba en curar los trastornos mentales, impulsar las vidas de las personas para que fueran más plenas y provechosas, y potenciar el talento y la inteligencia en las personas. Después de la guerra, la situación llevó a la psicología a relegar dos de estos objetivos y centrarse en el trastorno mental y el sufrimiento humano.

La Psicología Positiva intenta construir competencias más que corregir deficiencias para complementar lo que se conoce de la patología y enfermedad mental. Para potenciar el bienestar individual y de las comunidades, se utilizan recursos a diferentes niveles (Torró y Pozo, 2010):

1) Experiencias subjetivas positivas como el bienestar subjetivo, la satisfacción vital, la fluidez (*flow*), el optimismo y la esperanza.

2) Desarrollo de rasgos individuales positivos como la capacidad de amar, el coraje, las habilidades interpersonales, la sensibilidad estética, la perseverancia, el perdón y la compasión, la originalidad, la visión de futuro, el talento y la sabiduría.

3) A un nivel grupal, conociendo y desarrollando virtudes cívicas como la responsabilidad, la protección, el cuidado, el amparo, el altruismo, el civismo, la moderación, la tolerancia y el trabajo ético.

El optimismo desde la perspectiva de la Psicología positiva sería una fortaleza, es decir, una característica psicológica que se presenta en una persona ante situaciones diferentes y a través del tiempo. Sus consecuencias suelen ser positivas y provoca emociones positivas auténticas (Seligman, 2002). La perspectiva del optimismo desde la psicología positiva se centró en las atribuciones, tal y como hemos descrito en el optimismo como estilo atributivo o estilo explicativo. El estilo explicativo optimista atribuye las causas de las cosas buenas que le pasan a uno, a una causa interna, estable y global. Mientras que la explicación de las causas de las cosas negativas del estilo explicativo optimista, serían externas a uno mismo, inestables en el tiempo y parciales a un aspecto de la vida, y no globales.

4.4.4 Optimismo y transdiagnóstico

El transdiagnóstico es un enfoque que cambia la forma de ver los trastornos mentales: busca la confluencia y similitud entre las diferentes dimensiones de síntomas que explican el malestar mental humano y su efecto sistémico sobre la vida de las personas (Belloch, 2012). En lugar de fijarse en lo específico y diferencial de cada

patología mental se centra en la descripción y explicación de los procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos comunes (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

Muchas de las aportaciones al desarrollo del transdiagnóstico y a sus respuestas integrales de tratamiento, proceden de la terapia de conducta y terapia cognitivo-conductual. Los mecanismos comunes a los trastornos, podrían contribuir en el origen, el mantenimiento o bien en el incremento de probabilidad de que se produzca un trastorno mental. Albert Ellis, Beck o Eysenk ya destacaron conceptos transdiagnósticos en los años 60 en el abordaje y tratamiento de los trastornos mentales y emocionales. Ellis (1913-2007) fue de los pioneros en destacar que los trastornos emocionales estaban vinculados con los sucesos, pero sobretodo con pensamientos irracionales relacionados con el suceso (Sandín et al., 2012). Por tanto, la utilidad de las mismas técnicas para diferentes trastornos también pone en entredicho el exceso de divisiones diagnósticas (Belloch, 2012).

En su Teoría Dimensional (Brown y Barlow, 2009) proponen tres niveles para explicar los trastornos emocionales desde una perspectiva transdiagnóstica:

Un primer nivel que explicaría el aspecto de vulnerabilidad más biológica y genética, que se mantendría relativamente estable en el tiempo y que tiene su relevancia en el inicio y mantenimiento de los trastornos emocionales. Este nivel consta de dos dimensiones básicas de temperamento: la de Afecto positivo o extraversión, y la de Afecto negativo o neuroticismo. En este sentido el optimismo se considera un rasgo de personalidad que mediante el afecto positivo promueve la salud física y mental de las personas (Vera-Villaruel y Celis-Atenas, 2014).

El segundo nivel, que expresaría la vulnerabilidad psicológica generalizada, asociado a experiencias vitales estresantes ocurridas en edades tempranas, sobretudo un entorno afectivo inseguro y poco predecible. Estos entornos facilitarían el Afecto negativo (sentimientos de impredecibilidad y activación del sistema simpático).

El tercer nivel hace referencia a la vulnerabilidad psicológica específica, relacionada con procesos y experiencias de aprendizaje concretos que sería el factor complementario para que se produjera el Trastorno Emocional. Estas experiencias se asocian subjetivamente a la ansiedad, peligro o Afecto negativo a determinadas situaciones u objetos. Algunas situaciones vitales como relaciones laborales estresantes, ambientes familiares tensos o agresivos, enfermedades propias o de alguien cercano, etc. podrían provocar un impacto tanto en la calidad de vida psicológica y emocional, como física, y convertirse en un importante factor de riesgo para la salud mental (Schönfeld, Brailovskaia, Bieda, Chi Zang y Margraf, 2016).

Se considera que algunas fortalezas y características humanas actuarían como amortiguación del trastorno mental humano. La construcción sistemática de competencias cognitivas, emocionales y conductuales, junto a características como el optimismo, podrían ser barreras comunes contra tales trastornos (Vera, 2006).

Desde este punto de vista, el optimismo podría considerarse un elemento a tener en cuenta ante cualquier problema de salud y que actuaría de manera similar, protegiendo y/o favoreciendo la recuperación.

4.4.5 Modelo de Avia y Vázquez

En su libro sobre el optimismo, Avia y Vázquez (1998) valoran los aspectos que consideran serían las bases psicológicas que generan actitud positiva y optimismo ante la vida. Los autores consideran que se podría formular un modelo sobre el optimismo que estaría fundamentado en cuatro aspectos básicos: la estimación tendenciosa de probabilidades, la memoria selectiva, el análisis causal selectivo y la ilusión de control (ver Figura 2). En la revisión de su libro con el mismo título, Avia y Vázquez (2011) en su modelo explicativo de los mecanismos que fomentan la aparición de ilusiones positivas, añadieron la comparación con uno mismo y con los demás (comparación social), como aspecto favorecedor del optimismo.

En la misma línea y desde la perspectiva de la neurociencia, Hecht (2013) propone que aspectos como una alta autoestima, una actitud tendente a ver la parte buena de las situaciones, y una creencia optimista general ante la vida son características asociadas a la actividad psicológica del hemisferio izquierdo del cerebro. El autor considera que a pesar que los dos hemisferios cerebrales están interconectados a través de cuerpo calloso y que, por tanto, ambos están involucrados en la percepción del mundo, el hemisferio izquierdo es más sensible a los estímulos positivos, mientras que el hemisferio derecho lo es más con la información o estímulos negativos. Las diferentes formas de percibir y las características cognitivas que diferencian a optimistas y pesimistas son:

a) Atención selectiva: la persona con tendencia optimista centra su foco de atención en los aspectos positivos, y tiende a ignorar los aspectos menos atractivos. Mientras que la

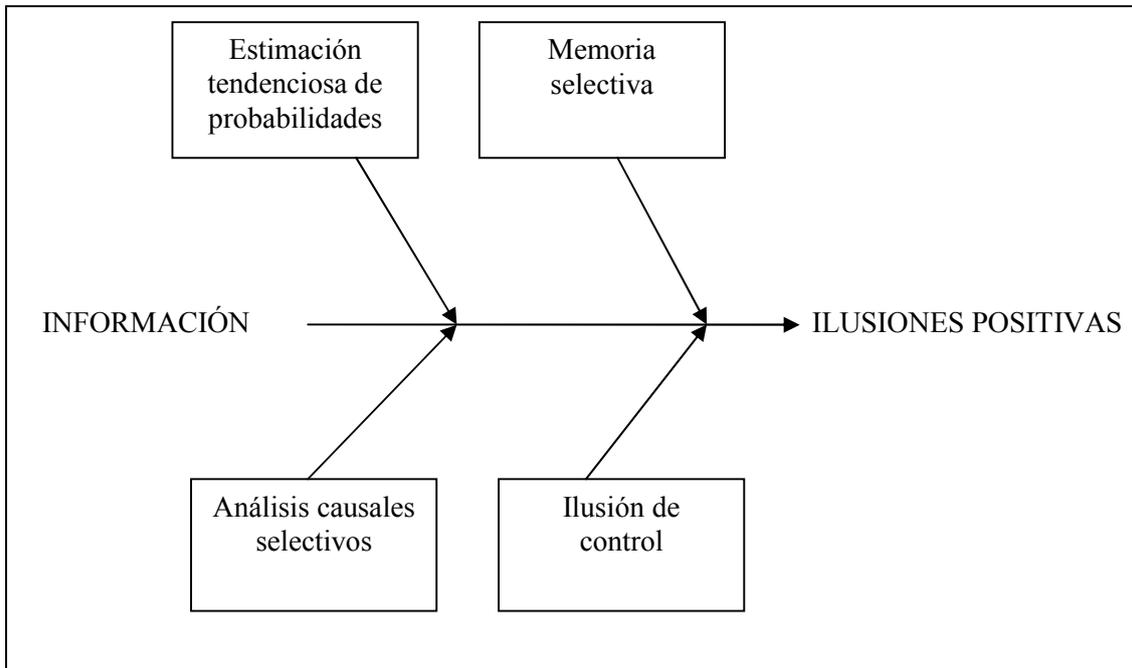
persona pesimista suele hacer lo contrario, suele atender de forma desproporcionada las posibilidades y estímulos negativos mientras que ignora las positivas.

b) La creencia de que uno tiene el poder y la habilidad de influir ante situaciones y relaciones consideradas relevantes, es otro aspecto que se ha relacionado con la actitud positiva de una persona. El optimista tiende a creerse un agente activo y confía en su capacidad para influir en las circunstancias que le rodean y sus relaciones sociales; el pesimista tiende a creer que el poder de cambio y control está en manos de otras fuerzas ajenas a él, confían menos en sus habilidades para gestionar la situación y por tanto se perciben como agentes pasivos.

c) El esquema general que uno tiene para interpretar los sucesos personales. Por ejemplo, atribuir las situaciones y resultados negativos a factores internos, estables y globales nos conduce a una visión pesimista, como ya hemos visto anteriormente en el apartado sobre el optimismo como estilo atribucional.

Figura 2.

Factores fundamentales que operan en la formación de ilusiones positivas (Avia y Vázquez, 1998)



4.5 Mecanismos cognitivos del optimismo

Basándonos en el modelo teórico de Avia y Vázquez (1998) y en algunos aspectos de la Teoría de la adaptación cognitiva de Taylor (1983), podríamos considerar que el optimismo respondería a cinco mecanismos básicos: 1) Cómo analizamos las causas de lo que nos pasa (atribución); 2) La estimación y expectativa positiva de probabilidades ante una situación; 3) La ilusión de control; 4) La memoria selectiva (recuerdos asimétricos), y 5) Valoración de aspectos positivos de la situación estresante.

4.5.1 Atribución o las causas de lo que nos pasa

Los seres humanos queremos saber las causas, el por qué pasan las cosas, y solemos buscar espontáneamente tanto las causas de acciones propias y ajenas, como las causas de situaciones que nos ocurren a nosotros y a los demás. En una situación inesperada, como podría ser el diagnóstico de cáncer de mama y según la teoría de la atribución, se inicia una búsqueda causal para entender las razones de esta nueva situación. Las atribuciones son importantes y beneficiosas para entender, predecir, ganar dominio cognitivo del entorno y de control de las situaciones (Kelley, 1967; Taylor, 1983).

El número de atribuciones que puede llegar hacer una persona puede ser ilimitada, y se podrían clasificar de muchas formas, pero las más importantes por su efecto en la motivación y las consecuencias posteriores son: las auto-atribuciones y las hetero-atribuciones (Villamarín, 1994). Las auto-atribuciones hacen referencia a las interpretaciones que una persona hace de su propio comportamiento o de las consecuencias de su comportamiento; son explicaciones de por qué algo no ha salido bien. Y las hetero-atribuciones se refieren a las interpretaciones que una persona hace a posteriori del comportamiento o de los resultados de otro u otros.

Abramson et al. (1978) propusieron que las atribuciones podían ser Internas-Externas (foco de causalidad dentro o fuera del propio individuo); Estables-Inestables (la causa de lo que ha pasado es estable o no en el tiempo) y Globales-Específicas (la causa afecta todas las esferas de la vida del individuo o sólo un aspecto determinado). Los pesimistas consideran que las causas de las situaciones negativas que les ocurren

son internas, estables y globales. Mientras que los optimistas consideran que las situaciones negativas tienen causas externas a ellos, inestables en el tiempo y específicas a una esfera de su vida.

A pesar de que la atribución o búsqueda de la causa suele darse en situaciones negativas, específicas e inesperadas, también se describe el estilo explicativo como tendencia relativamente estable a hacer ciertos tipos de atribuciones a un rango amplio de situaciones y en dominios de la vida diferentes (Sanjuán y Magallanes, 2007).

En contextos no oncológicos, se han encontrado resultados desiguales en función del tipo de pacientes. En el estudio de Bulman y Wortman (1977) se estudiaron las atribuciones causales de 29 pacientes parapléjicos y tetrapléjicos víctimas de accidentes. Los resultados indicaron que responsabilizar a los demás del accidente estaba relacionado con un peor afrontamiento y adaptación; mientras que autoculparse predecía un buen afrontamiento. También en otro estudio de Gabbe et al. (2015) con pacientes víctimas de accidentes de coche, se indica que los pacientes que perciben más responsabilidad y se autoculpan del accidente se recuperan mejor que los pacientes que no se autoculpan.

Desde el modelo de autoregulación en respuesta a las amenazas de salud de la Teoría del sentido común (Leventhal, Leventhal y Cameron, 2001; Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980), se considera que las atribuciones y su significado e implicación dependen de las cuestiones a las que se dirige y sobretodo del tipo de situación médica. Las diferencias biológicas y culturales cambian en función de la enfermedad. No es lo mismo cuestionarse sobre los síntomas relacionados con el tratamiento del cáncer de mama que sobre los síntomas de un resfriado o gripe. Parecería que tendemos a buscar

explicaciones de lo que ha pasado cuando ya ha habido un diagnóstico y se han clarificado la causa de los síntomas. La atribución afectaría la adaptación a la enfermedad a través del impacto que tiene en la percepción de control, y la percepción de control es adaptativa cuando contribuye a los resultados positivos. Por ejemplo, cuando el pronóstico de la enfermedad es extremadamente desfavorable, las atribuciones internas podrían inducir mayor percepción de control, pero éste podría no tener efectos positivos en la adaptación (Benyamini, Leventhal H. y Leventhal, E., 2007).

En la revisión de estudios empíricos con supervivientes de abuso sexual, Domhardt, Münzer, Fergert y Goldbeck (2014), estudiaron los factores que estaban relacionados con un nivel normal de funcionamiento en la edad adulta a pesar del historial de abusos. Se encontró que la educación, las habilidades interpersonales y emocionales, las creencias de control, el afrontamiento activo, el optimismo, el apego social, el apoyo de la familia y del entorno social, eran variables protectoras. Además, la atribución externa de la culpa de lo ocurrido también se relacionaba con una mayor adaptación y resiliencia.

En cambio, Voth y Sirois (2009) encontraron relación entre la atribución a causas internas de su enfermedad en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, y un mayor uso de estrategias de evitación y peor adaptación. En contra, la responsabilidad ante la enfermedad estaba relacionada con menos evitación y mejor adaptación.

En un estudio con pacientes que habían recibido el diagnóstico de cáncer de pulmón, se encontró una fuerte relación entre las atribuciones causales tanto internas

como externas y la percepción de control; la relación era más intensa entre las atribuciones causales internas y la percepción de control, pero éste no se relacionaba significativamente con un mejor ajuste (Berckman y Austin, 1993). También en pacientes oncológicos, concretamente de cáncer de laringe, se encontró relación entre tener mayor miedo a una posible recaída y la atribución interna de las causas del cáncer (Asen, Dietz, Meister, Hinz y Meyer, 2015).

Se distingue dos tipos de autculpa y responsabilidad de los hechos negativos. La autculpa caracteriológica, que hace referencia a rasgos de la personalidad estables y por tanto no modificables. Este tipo de culpa se relaciona con resultados pobres. En cambio, la autculpa conductual se refiere a fuentes de atribución conductuales y que, por tanto, pueden variar. Este tipo de autorresponsabilidad por lo que ha pasado se vincula a la percepción de control y a la creencia de que en el futuro se podrán evitar otras situaciones negativas (Janoff-Bulman, 1979).

Hay ciertas evidencias de que las pacientes de cáncer de mama buscan alguna explicación acerca del origen de la enfermedad, en un intento de aumentar la percepción de control. Los estudios que relacionan la atribución interna del cáncer de mama aportan datos contradictorios (Glinder y Compas, 1999; Taylor, Lichtman y Wood, 1984). Por un lado, parece que las atribuciones específicas internas aportarían mayor percepción de control a las pacientes con cáncer de mama y que les facilitaría una mejor adaptación psicológica. Las atribuciones específicas internas acerca de las causas del cáncer de mama, como el estrés, se vinculan a una menor percepción de vulnerabilidad ante una hipotética recidiva de la enfermedad (Timko y Janoff-Bulman, 1985) y a una mejor salud general. Sin embargo, aspectos como recriminarse y atribuir el cáncer de mama a

aspectos como no haber tenido hijos o tener una talla excesiva, se vinculan a una peor salud y estado (Oba et al., 2009). Probablemente, tal y como argumenta Janoff-Bulman la percepción de asumir las causas de la enfermedad oncológica a causas internas pero que son susceptibles de cambio provocan mayor percepción de control, bienestar y adaptación.

Sin embargo, tanto la atribución interna inestable o conductual, como la atribución interna estable o caracteriológica, se relacionaron a corto y largo plazo con un mayor nivel de ansiedad en pacientes con cáncer de mama; la relación entre ambos tipos de atribución interna y el estrés psicológico en las pacientes se encontró tanto a los 7 meses del diagnóstico como a los 12 meses (Bennet, Compas, Beckjord y Glinder, 2005). También en un estudio reciente (Dumalaon-Canaria, Prichard, Hutchinson y Wilson, 2016) con mujeres con cáncer de mama, se relacionó las atribuciones causales internas del cáncer con mayores niveles de miedo a la recaída, y más malestar psicológico. Los autores no encontraron relación entre las atribuciones y el optimismo, es decir, el optimismo no moderaba la relación entre las atribuciones y el bienestar psicológico. Según Carver y Scheier (1989), habría que analizar las diferentes dimensiones de las atribuciones causales del estilo explicativo por separado para entender mejor las relaciones entre ellas, entre ellas y la salud, y entre ellas y el optimismo.

4.5.2 Estimación positiva de probabilidades

Las expectativas acerca de un objetivo particular (como podría ser "superar el cáncer de mama" o "superar una crisis familiar"), se basan en la valoración subjetiva que hace el individuo acerca de la consecución de dicho objetivo. En general y debido a la subjetividad de las estimaciones y expectativas, éstas pueden tender a ser más optimistas o más pesimistas, pero no necesariamente objetivas (Avia y Vázquez, 1998; 2011). Las expectativas positivas serían la piedra angular del concepto de autorregulación conductual de Carver y Scheier (2000) y de teorías de la conducta motivada, por ejemplo, Bandura (1987), Rotter (1954) o Seligman (1975).

Parece que el razonamiento humano podría inducirnos a errores cuando se trata de valorar la información de manera probabilística. Los heurísticos y sesgos acerca de la valoración de riesgos se basan la mayor parte de las veces en recuerdos y observación, pero raramente en información estadística de los niveles objetivos de riesgo. Estas creencias se expresan habitualmente con frases del tipo: "Creo que...", "Es probable... Es improbable que..." (Tversky y Kahneman, 1974).

La tendencia a sobreestimar algunas posibilidades está relacionada con el bienestar y la adaptación, pero no con la objetividad. Estar más adaptado y tener una buena calidad de vida, puede tener poco que ver con el hecho de ser objetivo (Avia y Vázquez, 1998, 2011). Nos hace sentir más cómodos y confiados, por lo que nos da la impresión de que vivimos en un entorno más previsible, fiable y seguro (Peterson, 2000).

Las personas, en ciertos aspectos de su vida, tienden a ser más optimistas de lo que objetivamente deberían. Por ejemplo, creen que ciertos riesgos de experiencias negativas son menos probables para ellos que para el resto de la gente: es lo que hemos desarrollado en el apartado anterior como *bias* optimista. Además, parecería que existe una zona en el cerebro que se activa cuando hay que ajustar la estimación en base a la nueva información. Esta zona está más activada en los pesimistas que en los optimistas, por tanto, parecería que los optimistas renuncian con más dificultad a sus expectativas positivas.

Uno de los motivos por los que tenemos una visión más positiva que negativa de los resultados son las experiencias previas o los recuerdos positivos, y también al hecho de que recordamos menos lo que nos es desagradable. Robins y Beer (2001) observaron que las ilusiones y la distorsión sobre las propias habilidades podrían ser más positivas y adaptativas en unos contextos (como la salud) y menos beneficiosas en otros (como el contexto académico). Los autores concluyeron que las ilusiones respecto a la propia conducta y los resultados, estaban más relacionadas con el narcisismo que con la salud mental, y que este tipo de ilusión era más adaptativa a corto que a largo plazo. Para Armor y Taylor (1998) las expectativas positivas específicas ante una situación concreta tienen dos caras: por un lado, se obtienen los beneficios de las expectativas positivas para lograr resultados favorables; pero, por otro lado, las predicciones positivas que hacemos pueden ser exageradamente optimistas o poco realistas, y nos podrían conducir a abandonar el objetivo, o arriesgarse. Para los autores, las expectativas situacionales positivas suelen tener las siguientes características:

- 1) Las expectativas irreales específicas suelen mostrar cierto grado de exactitud.

- 2) Pueden ir unidas a un plan de acción para afrontarse a los propios miedos o se avanzan a proyectos personales.
- 3) Como están relacionadas a una circunstancia concreta, tienden a ser más o menos atrevidas en función de la demanda situacional y de las necesidades de la persona.
- 4) Además, las expectativas positivas situacionales suelen ser estratégicas, en el sentido que son mayores y más extremas cuanto menos posibilidades tienen de ser rebatidas; en cambio, serían más moderadas cuando la posibilidad de ser rechazada es mayor.

Por otra parte, expectativas acerca de los efectos secundarios de los tratamientos para superar el cáncer de mama han servido para predecir afectación no específica en estas pacientes. En el metaanálisis llevado a cabo por Colagiuri y Zachariae (2010) se encontró una fuerte relación entre las expectativas de las pacientes acerca de la quimioterapia y las náuseas post-quimioterapia. En un estudio con 165 pacientes de cáncer de mama Schou et al. (2004) hallaron que las expectativas de resultado positivo ante el tratamiento oncológico eran significativamente superiores en las pacientes optimistas que en las pacientes pesimistas disposicionalmente. Además, estaban relacionadas con el nivel de ansiedad y depresión a los 12 meses del diagnóstico, por lo que se considera importante tener en cuenta las expectativas que las pacientes tienen sobre el cáncer y su tratamiento desde el momento del diagnóstico.

4.5.3 Percepción de control

Multitud de investigaciones sociológicas y psicológicas han vinculado la sensación de control con el bienestar físico y mental. Entre el control objetivo (existen condiciones objetivas y reales de control presente en la situación) y el control subjetivo (creencias individuales sobre la posibilidad de control), se considera que la mayor influencia sobre la emoción y la conducta la ejerce la percepción de control, independientemente de las condiciones reales. En condiciones donde el control objetivo no existe, la persona convencida de que el control es posible podría movilizar recursos y modular el estrés; en cambio, si el control es objetivo y existen condiciones de contingencia con la conducta, pero el individuo no cree poder controlarlo, la creencia y expectativa de no control es suficiente para que aparezca la indefensión (Skinner, 1996).

Parecería que las personas que creen que hay algo que hacer en su enfermedad o sobre el estrés que le genera muestran mejor adaptación. La sensación de control se produce cuando ante una determinada situación, el individuo juzga que un agente, a través de unos medios puede conseguir unos resultados deseados (Bárez, 2002; Bárez et al., 2003).

La actitud de uno está muy condicionada por la creencia sobre la habilidad o no de controlar ciertos aspectos de la propia vida. Los que creen que las circunstancias de sus vidas están a merced de agentes externos serían agentes más pasivos (locus de control externo). Los eventos positivos están relacionados con la suerte, pero no con la propia persona, por tanto, existen menos probabilidades de esforzarse para conseguir

éxitos. Por el contrario, la creencia de que los éxitos dependen del propio esfuerzo (locus de control interno) aumenta la probabilidad de conseguir objetivos porque considera que ciertos aspectos están bajo su control.

En una revisión de nueve estudios sobre la calidad de vida de pacientes que habían sufrido un derrame cerebral, se estudiaron las variables de personalidad, afrontamiento y otros factores psicológicos relacionados con la calidad de vida de estos pacientes. El locus de control interno estaba moderadamente relacionado con una mejor calidad de vida de los pacientes (Van Mierlo et al., 2014).

Sin embargo, Boehmke y Brown (2005) en un estudio con 120 pacientes con cáncer de mama, encontraron que las pacientes que tenían un alto optimismo y un locus de control externo, eran las que tenían los niveles más bajos de estrés. Mantener un punto de vista optimista, confiar en los sanitarios y en que se solucionarían sus problemas de salud eran las actitudes que se relacionaban con una mejor calidad de vida psicológica.

Otro concepto relacionado con el control es el de ilusión de control, que se refiere a la sensación subjetiva de que hay aspectos que se pueden controlar cuando objetivamente no es así. Con frecuencia las personas evalúan erróneamente su influencia en los acontecimientos, y la percepción que se tiene de la propia habilidad y comportamiento a menudo está sobreestimado y no correlaciona con la realidad. Los pensamientos relacionados con la ilusión de control tendrían la función de aumentar el bienestar emocional y restablecer el nivel funcional de forma más rápida. La ilusión de control en los pacientes de cáncer está asociado a un mejor ajuste psicológico gracias a

la mayor utilización de estrategias de afrontamiento activas, espíritu de lucha, reducción del malestar emocional durante la enfermedad y su tratamiento (Bárez, 2002).

La autoeficacia es la creencia de que uno o una es capaz de controlar las demandas desafiantes del entorno emprendiendo acciones adecuadas. De acuerdo con la Teoría cognitiva del aprendizaje social, la autoeficacia percibida influye considerablemente en el comportamiento y está vinculada a la adaptación (Bandura, 1987). Estas creencias serán la base para organizar y ejecutar los actos de forma que le permitan conseguir el rendimiento que desea. Uno mismo percibe que es el agente causal principal de las cosas que le pasan y si una persona tiene una alta autoeficacia, seguramente, creerá que sus esfuerzos personales son importantes a la hora de solucionar una dificultad. Un elevado nivel de autoeficacia percibida disminuye las alteraciones emocionales y mejora las conductas saludables en el cuidado físico (Villamarín, 1994). La autoeficacia se relaciona con una mejor calidad de vida en pacientes de cáncer. Se han encontrado relaciones positivas entre la autoeficacia y el estado de ánimo, la adaptación psicológica, emocional, física, el bienestar social y la función cognitiva (Bárez, 2002; Rottmann, Dalton, Christensen, Frederiksen y Johansen, 2010).

En el estudio llevado a cabo por Hochhausen et al. (2007), con 87 pacientes de leucemia que estaban en el proceso de trasplante de médula, se halló que el nivel de optimismo, la autoeficacia percibida y la percepción de apoyo social antes del trasplante, predecían el bienestar emocional y psicológico un año más tarde. El efecto de las variables psicológicas se mantenía independientemente de las variables médicas;

por tanto, los autores consideran prioritario el cuidado de dichas variables psicológicas para la recuperación física y mental de estos pacientes.

Según el estudio longitudinal de Rottmann et al. (2010), la autoeficacia en pacientes de cáncer de mama se relaciona con un mayor empoderamiento de las pacientes. Hecho que facilita una visión más crítica, actuar de forma más autónoma y responsabilizarse en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento. Los autores consideran que debido a la relación entre la autoeficacia y estrategias más adaptativas de afrontamiento que mejoran la adaptación durante el proceso de la enfermedad, sería deseable potenciar durante las fases de tratamiento la percepción de autoeficacia en las pacientes de cáncer de mama con menos recursos y menos percepción de control. En otro estudio con 90 pacientes con cáncer de pulmón avanzado, los resultados indicaron que los pacientes que estaban recibiendo radioterapia y no creían que la evolución de la enfermedad dependiera de ellos, tuvieron una menor supervivencia comparado con el resto de pacientes (Juan et al., 2003).

Para Carver y Scheier (2000), la dimensión de personalidad optimismo y pesimismo, está relacionado con algunos constructos, entre ellos la autoeficacia. Para los autores el optimismo es una expectativa general de resultado positivo que puede tener un mínimo de percepción de control, sin embargo, consideran que las personas optimistas disposicionalmente, esperan resultados positivos en sus vidas independientemente de que los resultados se relacionen con las propias habilidades o porque uno confía en las habilidades de otros, o en la suerte. Lo importante son las expectativas positivas generalizadas hacia el futuro sin que importen los medios a través de los cuales se van a conseguir (Carver et al., 2010).

4.5.4 Recuerdos asimétricos

La manera de procesar la información de los optimistas se distinguiría de los pesimistas entre otras cosas, por la facilidad en recordar aspectos positivos de su pasado por encima de los negativos; es decir, el optimismo como característica de personalidad, hace que la persona recuerde de forma asimétrica las experiencias positivas y negativas (Avia y Vázquez, 1998, 2011).

La memoria autobiográfica se utiliza para algunas funciones adaptativas como reforzar el sentido de auto-identidad o para hacer planes de futuro. Los recuerdos del pasado nos traen emociones ligadas a la experiencia original y nos permiten diferenciarnos como sujetos. Los recuerdos desempeñan un papel importante en la autogeneración de emociones positivas (Philippe, Koestner, Beaulieu-Pelletier, Lecours y Lokes, 2012). Estos autores obtuvieron que los recuerdos tenían valor predictivo de la regulación emocional de la persona, y los recuerdos emocionales positivos mediaban en la capacidad de recuperación psicológica en contextos emocionales tristes y ansiosos. En la misma línea de investigación se encontró que los recuerdos positivos en las relaciones románticas y su incitación, determinaban la calidad y satisfacción de ésta (Philippe, Koestner y Lokes, 2013).

La memoria autobiográfica supone la habilidad de experimentar nuevamente el pasado, pero también nos permite reavivar las emociones capturadas durante la experiencia original. El mero hecho de recordar experiencias positivas del pasado es satisfactorio en sí mismo (Speer, Bhanji y Delgado, 2014). Según el estudio llevado a cabo por los autores con medidas subjetivas de la emoción, pero también utilizando

imágenes de resonancia magnética funcional durante la incitación de recuerdos positivos comparado con los recuerdos neutros, se observó una mayor actividad en los circuitos corticoestriatales que están implicados en el proceso de la recompensa durante la estimulación con recuerdos positivos. Las personas optimistas tienen más recuerdos positivos que negativos, tienen un recuerdo asimétrico de experiencias positivas y negativas, y recuerdan más información positiva que negativa. Si tenemos en cuenta que la memoria (hipocampo) y las emociones (amígdala) están estrechamente ligadas, es coherente que las personas alegres recuerden más cosas alegres y positivas, y por el contrario las personas más negativas y tristes, recuerden más cosas negativas. Se ha sugerido que para imaginar expectativas positivas (optimismo), el cerebro necesita utilizar un sistema con el que recupera piezas de información que formarán parte de futuros escenarios. En relación a esta tesis, imaginar el futuro depende de las mismas redes neuronales que están activas cuando recordamos. La activación de la amígdala y el córtex cingulado anterior rostral, son las áreas involucradas; y son las mismas que muestran irregularidades en los casos de depresión, relacionada con el pesimismo (Sharot et al., 2011; Sharot et al., 2012; Vera-Villaruel, Pávez y Silva, 2012). Según estos mismos investigadores, y utilizando técnicas de resonancia magnética, estas redes neuronales para recuperar recuerdos son más activas en las personas optimistas cuando piensan cosas positivas que cuando piensan cosas negativas. Además, las personas más optimistas muestran menos activación en las regiones del córtex pre-frontal, que están asociadas al mantenimiento en la memoria de información desafiante. Hecho que explicaría la mayor insistencia en mantener actitudes positivas en comparación a otros, a pesar de que la información actualizada rechace tal comparación optimista. Parecería

evidente la relación entre pensar en positivo y recordar en positivo. Sin embargo, la misma zona cerebral activada durante la estimulación a través de los recuerdos positivos, esto es: el córtex cingulado anterior, el córtex prefrontal, y la ínsula, también son áreas vinculadas a otras emociones básicas, como la tristeza o la rabia (Suardi, Sotgiu, Costa, Cauda y Rusconi, 2016).

Cuando la información que tenemos en la memoria se recupera, ésta se actualiza en función de varios aspectos: la interpretación y comprensión de la situación vivida en el pasado, la nueva información que tiene en la actualidad el individuo y su estado actual.

En una línea de investigación basada en el entrenamiento para la recuperación de los recuerdos autobiográficos positivos en personas mayores con síntomas depresivos (Serrano Selva y Latorre Postigo, 2005; Serrano Selva et al., 2012), después de cuatro semanas de entrenamiento observaron diferencias significativas entre las personas que habían entrenado y las que no. Los que habían practicado la recuperación de recuerdos positivos tenían menos síntomas depresivos y recordaban más cosas que los que no habían hecho el entrenamiento.

En este sentido, la memoria congruente con el ánimo (*mood-congruent memory/ MCM*) se refiere a la mayor facilidad para recuperar recuerdos congruentes con nuestro estado de ánimo actual. La congruencia del estado de ánimo con la recuperación de los recuerdos positivos o negativos se expresa a través de una mayor accesibilidad y número de recuerdos congruentes, la valencia de los recuerdos y la latencia de respuesta (Boyano y Mora, 2015).

El modelo "Self Memory System" (SMS) de Conway y Pleydell-Pearce (2000) refiere que la información autobiográfica se organiza de forma jerárquica, de forma que en un nivel superior estaría la memoria abstracta, en el nivel intermedio estaría la información general de acontecimientos generales, y a un nivel inferior se encontraría la memoria más específica. La base principal sobre la cual se estructura esta jerarquía son los temas que más importan al individuo así como sus metas activas (salud, trabajo, relaciones...). En función de estas metas se produce el acceso a la información autobiográfica de forma flexible, tanto en sentido ascendente como descendente.

4.5.5 Sentido positivo de la experiencia

Ante situaciones que suponen una amenaza, un impacto negativo a nivel físico y emocional, aparecen mecanismos que podrían autorregular nuestra conducta y nuestras emociones para motivarnos y seguir luchando contra los efectos adversos de dichas situaciones. Taylor (1983), desde una perspectiva social, considera que en lugar de renunciar a expectativas optimistas que podrían ser poco realistas pero que fomentan la motivación, los seres humanos buscamos sentido positivo a la situación estresante para adaptarnos a ella (Lechner, Carver, Antoni, Weaver y Phillips, 2006; Wen et al., 2016).

Desde finales de los años 90 han proliferado los estudios que documentan las formas positivas en que las vidas de algunas personas han cambiado a raíz de una situación traumática: personas con cáncer, padres de hijos con enfermedades graves,

personas que han sufrido una crisis coronaria, etc. Se han etiquetado estos cambios positivos ante la adversidad como "crecimiento postraumático", "crecimiento relacionado con el estrés" o "encontrar beneficio en la adversidad" (*benefit finding*) (Helgeson, Reynolds y Tomich, 2006).

Las implicaciones que la nueva situación tendrá en la vida del paciente, pueden alterar de tal forma la calidad de vida que podría considerarse potencialmente un estresor traumático (Parik et al., 2015). De hecho, a partir del DSM-IV (APA) el cáncer se contempla como un estresor capaz de provocar un Trastorno por Estrés Postraumático (TEPP). Sin embargo, la enfermedad también puede incitar cambios vitales positivos en las personas supervivientes, tales como un replanteamiento de la propia vida, tener nuevas actitudes ante ella, mayor crecimiento personal, reordenar las prioridades vitales, como por ejemplo priorizar las relaciones con la pareja, hijos, amigos, los proyectos personales y aprender a gozar de la vida, en lugar de preocuparse por cosas como las tareas de la casa, o pequeñas discusiones.

Tedeschi y Calhoun (2004), acuñaron el concepto de Crecimiento Postraumático para valorar cinco dimensiones:

- 1) Aumento de la apreciación de la vida: hace referencia a aspectos como tener una actitud más relajada ante la vida, cambios en el estilo de vida y valorar las pequeñas cosas.
- 2) Reconocimiento de las fortalezas personales. La persona siente que ha superado lo peor y que se ha fortalecido, se siente más segura para afrontar dificultades.
- 3) Mayor espiritualidad, búsqueda de sentido vital y planteamientos existenciales.

4) Mejora de las relaciones personales. La persona se siente más unida a los demás, con incremento de la compasión y aumento de la utilización del apoyo social.

5) Consideración de nuevas posibilidades. Se refiere al cambio en algunos intereses o actividades y a emprender nuevos retos.

El crecimiento postraumático estaría relacionado con algunas respuestas ante el cáncer de mama como la reestructuración cognitiva, la reformulación positiva, la búsqueda de apoyo social, tener creencias religiosas y el espíritu de lucha (Casellas-Grau, Vives, Font y Ochoa, 2016).

Para Taylor (1983) la búsqueda de sentido ante una situación de crisis, aparece cuando a través de la atribución causal, nos preguntamos por qué, y para qué ha pasado. A raíz de estas preguntas aparecen posibles significados positivos ante la situación estresante de salud. Según Saakvitne, Tennen y Afflect (1998), el crecimiento positivo se produce a través de mecanismos de reestructuración cognitiva que transforman la experiencia traumática en una visión de ganancia, de crecimiento personal, de cambios positivos en la personalidad y una vida más productiva y con más significado. A estos cambios positivos se les llamó "sentido positivo de la experiencia" (*benefit finding*) o "identificación de beneficios en la adversidad". Supone no tanto el intento de comprender por qué ha pasado la situación, sino qué implicaciones supone esta nueva situación para la vida a partir de ahora.

A pesar de que encontrar ganancias personales a través del sufrimiento es algo que ocurre en personas ante diferentes situaciones traumáticas, se sabe poco de cómo emerge y se desarrolla este crecimiento. Para Armor y Taylor (1998) se desarrollan dos estrategias: una de distracción, mientras se enfoca en los aspectos positivos se reduce la

magnitud del disgusto puesto que la persona no le presta tanta atención; y otra, de estar pendiente de los aspectos que se aprenden de la situación negativa para futuras situaciones. A partir de aquí, se produciría la reflexión y la reestructuración de la vida en algunos aspectos hacia caminos más satisfactorios, cambios que estarían motivados y atribuidos al cáncer.

La habilidad de recuperarse rápidamente después de algún suceso negativo es una característica de la mayoría de las personas resistentes (Southwick, Vythilingam y Charney, 2005). Aunque la situación adversa persista y aparezcan emociones negativas, estas personas se esfuerzan para que el afecto negativo no les domine y una de las vías para conseguirlo es buscar motivos y significado a la situación. Encontrar aspectos positivos, aprovecharse de la experiencia adquirida a resultas de la situación negativa, y encontrar significado a la situación, son factores que estarían ligados al retorno basal de los sistemas neurobiológicos relacionados con el estrés y la depresión.

De hecho, para algunos autores, aspectos como haber experimentado altos niveles de estrés y otras variables que indicarían un fuerte impacto negativo en la calidad de vida de las pacientes con cáncer, estarían relacionados y mediarían en una posterior valoración positiva o crecimiento personal (Casellas-Grau et al., 2016; Groarke et al., 2016). Ello explicaría, por ejemplo, que el 50% de las pacientes de cáncer de mama metastásico de larga duración consideraran que el cáncer les había aportado un valor positivo a sus vidas a pesar de la situación médica, y de que, en un tercio de ellas, el apoyo social era precario y no compartía su malestar con nadie (Falo, Villar, Rodríguez, Mena y Font, 2014).

Encontrar beneficios en la situación negativa desde el diagnóstico del cáncer está relacionado con una mejor adaptación emocional posterior (Antoni, Carver y Lechner, 2009; Wen et al., 2016). Las situaciones negativas podrían servir de trampolín para buscar y desarrollar conclusiones positivas y beneficios en el cáncer. Parecería que el crecimiento personal en pacientes con cáncer de mama aparecería a partir de los dos meses desde el diagnóstico, e iría incrementándose con el tiempo (Manne et al., 2004). Los cambios positivos a raíz de la enfermedad se darían entre un 50% y 80% de los casos (Silva, Crespo y Canavarro, 2012), aunque esto no signifique ausencia de estrés.

En un estudio longitudinal con pacientes de cáncer de mama, se encontró que el crecimiento postraumático aparecía a partir de los 3 meses después del diagnóstico, y las características positivas que más apreciaban las pacientes fueron: darse cuenta de su fortaleza personal, sentirse más cerca de los suyos y apreciar más sus vidas. La relación entre el crecimiento postraumático y el nivel de estrés de las pacientes, era negativo y significativo. El crecimiento postraumático estaría relacionado con factores de personalidad como el optimismo (Kolokotroni, Anagnostopoulos, Tsikkinis, 2014; Liu, Wang, H.Y., Wang, M.L., Su y Wang, P.L., 2014; Shand, Cowlshaw, Brooker, Burney y Ricciardelli, 2015).

Para Sears, Stanton y Danoff-Burg (2003) las conclusiones positivas, la reevaluación positiva y el crecimiento postraumático, aunque estén muy relacionados, son constructos diferentes. En este mismo estudio, el 83% de las mujeres que habían pasado por la experiencia del cáncer de mama habían extraído conclusiones positivas de la experiencia.

También desde esta perspectiva Bayés (2008) habla de la tendencia del enfermo oncológico y sus familiares de:

Anclarse en el presente de las cosas pasadas y en el presente de las cosas futuras, olvidando que la vida, con cáncer o sin él, sólo se vive realmente en el presente de las cosas presentes. Y quizá sería mejor valorar los aspectos positivos de su realidad actual en lugar de evadirse o quejarse de esta realidad. (p. 213)

Peterson, Parks y Seligman (2006) encontraron que las personas que habían superado una adversidad tenían una mayor satisfacción y presentaban niveles superiores de características del carácter como valentía, amabilidad, humor. Los autores sugieren que recuperarse de una enfermedad puede beneficiar el carácter.

Sin embargo, las investigaciones sobre "*benefit finding*" han arrojado algunos resultados contradictorios: no siempre se ha relacionado el *benefit finding* con una mejor calidad de vida. El *benefit finding* puede estar relacionado con situaciones de pobre estado de salud, o por el contrario en situaciones de mejora del estado de salud. Por tanto, la relación entre el *benefit finding* y el estado de salud podría estar moderado por el tiempo desde que se ha producido el trauma.

Se ha relacionado el constructo *benefit finding* con multitud de resultados de salud mental, pero las relaciones han sido heterogéneas en función del estudio. La variable de salud que se ha relacionado de forma más firme con el *benefit finding* es el bienestar. Según la revisión de Helgeson et al. (2006), el motivo de las pobres relaciones podría ser porque el *benefit finding* tiene un valor por sí mismo, y no solo por

el hecho de estar relacionado con la disminución del estrés. Además, el *benefit finding* se correlaciona con menos depresión y al mismo tiempo con más pensamientos intrusivos y evitativos acerca de la enfermedad. Aparentemente esto es contradictorio porque los pensamientos intrusivos y evitativos se relacionan con estrés. Sin embargo, quizás se debería entender los pensamientos intrusivos como una señal de que la persona está trabajando para integrar los sucesos estresantes en su vida y ello le podría conducir hacia el crecimiento, ya que parecería comprensible que existan periodos de contemplación y valoración del estresor si tiene que llegar a ocurrir el crecimiento.

Por otra parte, Taylor (1983) considera que el *benefit finding* podría ser un mecanismo para adaptarse y gestionar el estrés en el proceso traumático; y en este caso se parecería más a la reestructuración positiva y sería más bien una estrategia de afrontamiento cognitiva para reducir el estrés. Y, también podría considerarse más bien como un resultado que se produce un tiempo después del evento traumático. Es decir, el *benefit finding* sería más bien un resultado y no un proceso.

Dado que el optimismo se relaciona en algunos estudios con un mayor *benefit finding*, parecería lógico que los individuos más optimistas tendieran a encontrar más crecimiento en las situaciones traumáticas que los pesimistas, precisamente porque una de las características de las personas optimistas es observar los aspectos positivos en las situaciones más complicadas, y este proceso les conduciría a un mayor crecimiento comparado con los pesimistas (Lechner et al., 2006).

En lo que sí coinciden las investigaciones es en que el *benefit finding* aparece sólo si se ha vivido la situación amenazante como una adversidad seria (Taylor, 1983; Lechner et al., 2006; Helgeson et al., 2006).

En el siguiente capítulo se vinculan estos tres aspectos hasta aquí desarrollados: cáncer de mama, calidad de vida y optimismo.

5. Optimismo, cáncer de mama y calidad de vida

El diagnóstico de cáncer de mama y su tratamiento es una situación médica estresante a nivel vital que puede alterar muchos aspectos de la vida de las pacientes. Supone una amenaza para la identidad y el funcionamiento psicológico y a la vez es un reto en cuanto a los objetivos, creencias y valores básicos de las pacientes (Silva et al., 2012). Ante ello, las mujeres con cáncer de mama muestran un amplio abanico de respuestas de adaptación a la enfermedad.

La valoración de la adaptación se lleva a cabo en la mayoría de estudios a través de la calidad de vida con valoraciones subjetivas y algunos datos objetivos. Como consecuencia de los tratamientos oncológicos más comunes, como la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia o la terapia hormonal, pueden aparecer secuelas físicas a corto, medio y largo plazo. Debido a que el cáncer de mama puede tener una historia natural larga, la calidad de vida de las pacientes presenta problemas adicionales como los relacionados con la vida social, laboral, los cambios familiares durante el proceso y el sufrimiento que todo ello conlleva. Como hemos visto a lo largo de la parte teórica, parecería que la dimensión de optimismo-pesimismo tendría un rol importante en la calidad de vida de las pacientes cuando las personas se enfrentan a situaciones adversas y estresantes importantes, como sería el diagnóstico de un cáncer de mama. La dimensión emocional de la calidad de vida (principalmente el nivel de ansiedad y depresión) de las pacientes de cáncer de mama puede depender de factores como: (1) las variables demográficas (como la edad y el nivel educacional), y la severidad de la enfermedad; (2) disposiciones de la personalidad como son el optimismo/pesimismo

disposicional y su modo de gestionar la amenaza; (3) los síntomas de reacción de evitación y pensamientos intrusivos, y (4) la actitud de compromiso y lucha o, por el contrario de desconexión y retirada (Epping-Jordan et al., 1999).

Según la revisión sistemática de Brãndao, Schulz y Matos (2016), los indicadores de adaptación utilizados mayoritariamente son: 1) La calidad de vida (la medida de adaptación más utilizada), 2) El estrés psicológico, 3) Los síntomas depresivos, 4) Los síntomas de ansiedad, y 5) El humor.

La calidad de vida de las pacientes de cáncer de mama se ve claramente afectada por el cáncer y su tratamiento. Las secuelas físicas y funcionales de todo ello se relacionan directamente con los síntomas depresivos. Sin embargo, no todas las pacientes con elevado deterioro físico relacionado con la enfermedad desarrollan síntomas depresivos. Los rasgos de personalidad que más se han estudiado en la adaptación de las pacientes al cáncer de mama son el optimismo, la ansiedad rasgo, el neuroticismo, el pesimismo, la esperanza, la simpatía y la conciencia. De los estudios revisados por Brãndao et al. (2016), el optimismo fue el rasgo de personalidad más estudiado en 6 de los 15 estudios que relacionaban algún rasgo de personalidad con la adaptación al cáncer de mama.

Los estudios científicos que han estudiado la relación entre el optimismo y la calidad vida en mujeres con cáncer de mama son numerosos (Carver, Lehman y Antoni, 2003; Friedman et al., 2006; Levkovich, Cohen, Pollack, Drumea y Fried, 2015; Pastells y Font, 2014; Scheier, Carver y Bridges, 2001; Schou, Ekeberg y Ruland, 2005a).

En lo que sigue se indican los artículos que se han identificado en la base de datos Pubmed a partir de los términos "breast cancer", "quality of life" y "optimism", publicados en los últimos 16 años (2000-2016). De los 71 artículos iniciales, se han rechazado los que tenían entre la muestra a pacientes adolescentes y los que no se referían al cáncer de mama. Finalmente se identificaron 44 artículos, de los cuales en 26 casos se dispuso del texto completo para su análisis detallado (Tabla 1).

Tabla 1.

Artículos empíricos que relacionan la calidad de vida de las pacientes de cáncer de mama y el optimismo

Referencia	Diseño	Muestra	Grupos	Relación con el optimismo
Bozo et al., 2009 (Turkey)	Transversal observacional	104 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama	1: cáncer de mama	Las pacientes con mayores niveles de O.D. y percepción de apoyo social eran las que desarrollaban más crecimiento postraumático y calidad de vida emocional.
Brandão et al., 2016 (Portugal y USA)	Revisión sistemática	41 estudios con pacientes de cáncer de mama	1: cáncer de mama	El O.D. es uno de los principales factores psicológicos relacionado con la calidad de vida psicológica, junto al rasgo ansiedad.
Carver et al., 1994 (USA)	Longitudinal	70 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama	1: cáncer de mama	El O.D. se asocia a una mejor calidad de vida (bienestar, satisfacción sexual e intrusión de pensamientos).
Carver et al., 2000 (USA)	Longitudinal	66 y 78 pacientes de cáncer de mama reclutadas en diferentes momentos temporales	Muestra del estudio I vs muestra estudio II	La percepción de control estaba relacionada con el O.D. Las expectativas positivas se relacionaban con el bienestar subjetivo.

Tabla 1 (continuación)

Carver et al., 2005 (USA)	Longitudinal	163 pacientes de cáncer de mama	1: cáncer de mama	El O.D. de las pacientes en el momento del diagnóstico predecía el bienestar emocional años más tarde.
Casellas-Grau et al., 2016 (España)	Revisión integral	134 estudios con pacientes de cáncer de mama	1: cáncer de mama	El O.D. relacionado con la función psicológica positiva en cáncer de mama. Concretamente con el apoyo social y el sentido ante la enfermedad.
Colby y Shifren, 2013 (USA)	Transversal observacional	51 pacientes de cáncer de mama	1: cáncer de mama	Un menor nivel de P.D. estaba relacionado con mejor salud mental; mientras que el O.D. estaba relacionado con mejor funcionamiento social y mental.
Croft et al., 2014 (USA)	Transversal observacional	722 supervivientes de cáncer de mama	1: supervivientes cáncer de mama	El O.D. es más elevado en las pacientes con pareja que sin pareja; sólo en las supervivientes de menos de 5 años desde el diagnóstico.
Farin y Nagl, 2013 (Alemania)	Longitudinal	329 pacientes de cáncer de mama	1: cáncer de mama	El O.D. predice juntamente a la relación con el médico y factores socioeconómicos, la calidad de vida de las pacientes.
Friedman et al. 2006 (USA)	Transversal observacional	81 pacientes diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama	1: cáncer de mama	El O.D. aporta buena parte de la varianza de las escalas de calidad de vida.
Frost et al., 2011 (USA)	Llongitudinal	269 pacientes de cáncer de mama con mastectomía contra lateral profiláctica	1: cáncer de mama	El O.D. estaba débilmente relacionado con la satisfacción con la intervención.

Tabla 1 (continuación)

Ha y Cho, 2014 (China)	Transversal observacional	384 pacientes de cáncer de mama	1: cáncer de mama	El O.D está relacionado con la calidad de vida y los síntomas depresivos.
Härtl et al. 2010 (Alemania)	Longitudinal	203 pacientes de cáncer de mama	1: cáncer de mama	El nivel de angustia y el rasgo neuroticismo después de la cirugía estaban relacionados con la calidad de vida 2 años después, el O.D. no.
Henselmans et al. 2010 (Netherlands)	Longitudinal	133 pacientes de cáncer de mama que recibieron quimioterapia	2: tratamiento con quimioterapia o sin quimioterapia	La percepción de control sobre la curación estaba relacionada con el O.D. y una mejor adaptación en ambos casos.
Lam et al., 2010 (Hong Kong)	Longitudinal	285 pacientes de cáncer de mama en el momento de la cirugía	1: cáncer de mama	El nivel de O.D en el momento de la cirugía predecía la resiliencia al estrés a lo largo del proceso
Lechner et al. 2006 (USA)	Longitudinal	230 y 136 pacientes de cáncer de mama sin metástasis	2: cáncer de mama después de la cirugía	Las pacientes más optimistas tenían mayores niveles de <i>benefit finding</i> .
Levkovich et al. 2015 (UK)	Transversal observacional	95 pacientes de cáncer de mama (estadio I-III)	1: cáncer de mama	El O.D. y la valoración de reto, estaban relacionados con niveles más bajos de depresión.
Matthews y Cook 2009 (USA)	Transversal observacional	93 pacientes de cáncer de mama en tratamiento con radioterapia	1: cáncer de mama	El O.D. estaba relacionado con el bienestar emocional, y mediatizado por el nivel de auto-trascendencia.
Petersen et al. 2008 (USA)	Longitudinal retrospectivo	268 mujeres supervivientes de cáncer de mama	1: cáncer de mama	El estilo explicativo pesimista estaba relacionado con peor calidad de vida comparado con las supervivientes con un estilo más optimista.

Tabla 1 (continuación)

Rock et al. 2014 (USA)	Transversal observacional	56 pacientes de cáncer de mama avanzado y sus parejas	Pacientes de cáncer de mama avanzado y parejas	La esperanza y no el O.D. predice la calidad de las relaciones de pareja.
Saquib et al. 2011 (USA)	Longitudinal	2967 pacientes supervivientes de cáncer de mama	1: supervivientes de cáncer de mama	El estado físico de la paciente determina la supervivencia. El Optimismo no tiene ninguna relación con la supervivencia.
Schou et al. 2005a (Noruega)	Longitudinal prospectivos	161 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, 949 mujeres de la población general	2: cáncer de mama y control sin enfermedad oncológica	El nivel de O.D. predice el estado emocional y funcional un año después de la cirugía.
Schou et al. 2005b (Noruega)	Longitudinal prospectivo	165 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama	1: cáncer de mama	El espíritu de lucha y la desesperanza/indefensión eran mediadoras de la relación entre el optimismo/pesimismo, y la calidad de vida.
Soylu et al. 2016 (Turquía)	Transversal observacional	55 pacientes con cáncer de mama avanzado	1: cáncer de mama	El O.D. está relacionado con la esperanza, la calidad de vida y con una visión menos realista de la situación y el pronóstico de la enfermedad.
Van den Beuken-van Everdingen et al. 2008 (Netherlands)	Longitudinal prospectivo	136 pacientes supervivientes de cáncer de mama	1: supervivientes de cáncer de mama	El O.D. está negativamente relacionado con las preocupaciones acerca de la salud y la muerte.
Zenger et al. 2011 (Alemania)	Longitudinal	97 pacientes de cáncer de mama y otros cánceres ginecológicos	1: cáncer de mama o ginecológico	El O.D. está relacionado con el nivel de ansiedad, depresión y calidad de vida. Es más importante no ser pesimista que ser optimista.

Nota: O.D.= Optimismo Disposicional, P.D.= Pesimismo Disposicional.

Según Brândao et al. (2016), los aspectos sociodemográficos y médicos que podrían predecir la adaptación al cáncer de mama serían el nivel económico, el cansancio, la fase de la enfermedad y el estado físico de la paciente. Mientras que las variables psicológicas que podrían predecir los niveles de ansiedad y depresión serían principalmente los rasgos optimismo y ansiedad, y factores como el apoyo social percibido, las estrategias de afrontamiento, el locus de control y los niveles de funcionamiento físico previo. En la revisión integrativa de Casellas-Grau et al. (2016) en la que se valoran los aspectos que intervienen en la actividad psicológica positiva (*Positive psychological function, PPF*) en el cáncer de mama, se concluye que las variables sociodemográficas más estudiadas que podrían estar relacionadas con el funcionamiento positivo serían: la edad (relación inversa con el funcionamiento positivo), la situación familiar (el tener pareja estaría asociado a un mayor nivel de optimismo disposicional), nivel educacional y socioeconómico que estarían asociados a mayores niveles de optimismo disposicional, y las características médicas (fase de la enfermedad, tratamientos, tipo de cirugía, etc.). El estado civil de las pacientes con cáncer de mama podría ser un factor relacionado con su nivel de optimismo. Se estima que entre un 10 y un 40% de las pacientes expresan cambios negativos en su relación de pareja a raíz del cáncer, y además ésta podría estar relacionada con una peor calidad de vida en estas pacientes. En un estudio con 56 pacientes de cáncer de mama y sus parejas, se investigó la relación entre los niveles de esperanza y optimismo, y la satisfacción con la relación de pareja (Rock, Steiner, Rand y Bigatti, 2014). Se encontró que la esperanza predecía la satisfacción con la relación de pareja mientras que el optimismo disposicional no. Una explicación sería que parece que la esperanza

funcionaría mejor en contextos que se perciben bajo control, mientras que el optimismo sería un recurso para cuando la situación no se percibe bajo control. Dado que las pacientes se encontraban en un estado avanzado de la enfermedad pero presentaban buena calidad de vida, los autores sostienen que tenían un buen nivel de percepción de control. Otro factor importante en la satisfacción con la relación de pareja en supervivientes de cáncer de mama es la congruencia; es decir, más importante que tener elevados niveles de esperanza u optimismo, sería que ambos miembros de la pareja perciban el mundo con un estilo parecido, independientemente de que esta visión sea más o menos positiva.

A pesar de los numerosos estudios sobre optimismo y cáncer de mama, los caminos a través de los cuales opera el rasgo optimismo no son tan conocidos. Una de las variables que podría mediar entre el optimismo y la calidad de vida de las pacientes, son las distintas estrategias de afrontamiento utilizadas por optimistas y pesimistas al enfrentarse a situaciones estresantes como el cáncer (Carver et al., 1993; Schou et al., 2005a). Parecería que las personas optimistas experimentan menos estrés y malestar durante el proceso del cáncer de mama. Cuando se controla el estrés previo al diagnóstico de cáncer, las diferencias entre optimistas y pesimistas se mantienen probablemente debido a las diferencias en el uso de determinadas estrategias de afrontamiento (Carver et al., 2010).

Se considera que estrategias como la evitación, la represión, el afrontamiento pasivo, la aceptación resignada y la rumiación o preocupación ansiosa, son poco adaptativas, relacionadas con mayor estrés psicológico y síntomas depresivos (Burgess et al., 2005). Por contra, se considera que la re-estructuración positiva, la solución de

problemas, ser creyente, y el afrontamiento diádico, son estrategias adaptativas y se asocian a una mejor calidad de vida, menor alteración del estado de ánimo, menos malestar psicológico, y menos síntomas depresivos (Avis, Levine, Naughton, Case y Naftalis, 2013; Rohani, Abedi, Omranipour y Langius-Eklof, 2015; Sears et al., 2003).

Parece ser que el estilo de afrontamiento de las personas optimistas ante el cáncer de mama es activo (*approach copers*) mientras que el estilo de las personas pesimistas es más pasivo-evitativo (*avoidant copers*). Las mujeres pesimistas utilizaron más la evitación cognitiva ante la biopsia que las mujeres optimistas; el estilo cognitivo antes de la prueba predijo el nivel de malestar en las mujeres con un resultado positivo (Schou et al., 2005a). En el estudio de Carver et al. (1993) se observó las diferentes estrategias utilizadas por las pacientes durante un año a partir del diagnóstico. Tanto antes como después de la intervención quirúrgica, el optimismo estaba relacionado con estrategias que ayudaban a la aceptación de la realidad como con las estrategias que conducían a la paciente a enfrentarse a ello, teniendo una actitud lo más positiva posible y tratando de llevar la situación con humor. En cambio, el pesimismo se relacionaba con un exceso de negación, tratando de evitar cualquier referencia al cáncer y no pensar en la situación real de enfermedad. El pesimismo se relacionaba con estrategias de rendición y abandono en ambos momentos del proceso oncológico. En este estudio todas las variables relacionadas con el optimismo y el pesimismo, lo estaban también con el malestar emocional, con lo cual se concluyó que la relación entre optimismo y malestar emocional se debía al efecto indirecto de las estrategias de afrontamiento.

Schou et al. (2005a) estudiaron los datos de 165 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Se valoraron las estrategias de afrontamiento en dos momentos del

proceso: en el diagnóstico y al cabo de 12 meses. Se observó que el optimismo/pesimismo tenía influencias directas e indirectas en la calidad de vida de las pacientes. La principal diferencia entre las mujeres optimistas y pesimistas era el afecto positivo o negativo, respectivamente; y la otra diferencia clara se encontraba en la utilización de dos estrategias de afrontamiento muy distintas y contrarias: el espíritu de lucha, es decir enfrentarse al cáncer e intentar superarlo de forma activa en las mujeres optimistas; y la desesperanza, rendirse y abandonar en las pacientes de cáncer de mama pesimistas. Este tipo de respuestas mediaban entre el optimismo y la calidad de vida hasta un año después: un mayor espíritu de lucha en el diagnóstico en las mujeres optimistas, predecía una mejor calidad de vida un año después. Por el contrario, la desesperanza que reportaban las pesimistas se relacionaba con una peor calidad de vida 12 meses después.

Existen diferentes formas de clasificar las estrategias de afrontamiento. Una de las clasificaciones más habituales y conocidas es la de dividir las estrategias entre: Estrategias focalizadas al problema cuando la energía está dirigida a hacer algo sobre el estímulo que provoca el estrés para intentar disminuir su impacto. Y estrategias focalizadas en la emoción cuando la persona se focaliza en disminuir su estrés emocional (Font y Cardoso, 2009; Lazarus y Folkman, 1986). Otra distinción a tener en cuenta en las estrategias de afrontamiento hace referencia a su estilo activo de abordaje para disminuir el estresor original y/o su impacto emocional; o por el contrario el estilo evitativo y de desconexión (*disengagement*), focalizado en huir del estresor, así como de las emociones que provoca en la persona. Teniendo en cuenta estas dos dimensiones Nes y Segerstrom (2006) definieron 4 tipos de estrategias, que resultan de la

combinación de estas dos distinciones: 1) Afrontamiento activo focalizado en el problema (como la planificación o afrontamiento orientado a la tarea); 2) Afrontamiento activo focalizado en la emoción (como la re-estructuración cognitiva o la aceptación); 3) Afrontamiento evitativo focalizado en el problema (como evitar el problema o desvinculación conductual), y 4) Afrontamiento evitativo focalizado en la emoción (como la negación o la desvinculación emocional).

Parecería que el optimismo, en situaciones de salud como el cáncer de mama, se relaciona con aquellas estrategias dirigidas a la solución del problema, a la emoción y son de carácter activo. Cuando la situación es percibida como controlable, la persona optimista aumenta la utilización de estrategias dirigidas al problema, como por ejemplo: planificación, búsqueda instrumental de apoyo social, etc.; en cambio, cuando la situación se percibe como menos controlable se utilizan estrategias más dirigidas al control de las emociones como la re-estructuración cognitiva o la aceptación. El cáncer de mama puede ser percibido como una situación más o menos controlable en función de aspectos como la fase de la enfermedad. En el estudio longitudinal de Bárez (2002) se concluye también que la percepción de control de las pacientes oncológicas se relaciona con formas activas de afrontar el cáncer y a la autoestima, protegiendo a la paciente del estrés y favoreciendo su adaptación psicológica y salud mental. Creer que se puede hacer algo por la propia salud pone en marcha conductas de afrontamiento activas y promueve la resistencia ante el fracaso. Parecería que el optimismo se relaciona con estrategias de afrontamiento enfocadas al problema cuando el estresor se percibe como controlable (por ej. situaciones académicas) y con estrategias más focalizadas a la emoción cuando el estresor es percibido como menos controlable. El

optimista se diferencia del pesimista tanto en la tendencia estable de afrontamiento como en las respuestas específicas que emergen al enfrentarse a situaciones estresantes.

Una de las consecuencias de ser optimista y utilizar estrategias de afrontamiento más activas, sería el menor malestar emocional y angustia que sufren las personas optimistas comparado con las pesimistas. Otra diferencia notable se encuentra en el contraste entre la aceptación de los optimistas (que implica una re-estructuración de la propia percepción para comprometerse con la situación) y la negación activa de los pesimistas (rechazar la aceptación de la situación real). Mientras que la aceptación ayuda a la implicación con la nueva situación, la negación aleja a la paciente de este compromiso. Las diferencias principales se encuentran en el afrontamiento activo y comprometido utilizado por optimistas en comparación al afrontamiento pasivo y de abandono de los pesimistas, y no tanto en la focalización en el problema o en la emoción (Nes y Segerstrom, 2006).

Carver y colaboradores (1993) aportaron otro dato importante en el proceso de afrontamiento ante el cáncer de mama y el optimismo: varias estrategias de afrontamiento eran más frecuentes en el inicio de la crisis que en fases posteriores. La disminución de las estrategias activas se producía inmediatamente después de la intervención quirúrgica. Por ejemplo, el afrontamiento activo disminuyó significativamente desde el momento anterior a la cirugía hasta los 3 meses posteriores, y después ya no volvió a aparecer un aumento de dicha estrategia. Otra estrategia que disminuyó significativamente fue la planificación, que disminuyó más después de la cirugía y se estabilizó a partir de los 3 meses; del mismo modo el uso de la religión disminuyó una vez pasada la cirugía y se estabilizó. Otras estrategias fueron

disminuyendo paulatinamente a medida que pasaba el tiempo, sin estabilizarse, como las actividades para distraerse del problema de salud, el uso de apoyo social, la negación, la auto-distracción y la contención. La estrategia más utilizada por la muestra fue la aceptación y la menos utilizada el retiro o desvinculación conductual.

La relación entre estrategias expresa una coherencia entre los esfuerzos de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama para dirigirse a sus objetivos o por el contrario para desvincularse de dichos esfuerzos. De esta forma la re-estructuración positiva, el afrontamiento activo, la supresión de conductas desadaptativas y distractoras, la planificación y la utilización del apoyo social formaban un grupo interrelacionado. Mientras que la negación y la desvinculación conductual estaban discretamente relacionadas entre sí, no estaban relacionadas con el grupo anterior y estaban inversamente relacionadas con la aceptación. El optimismo disposicional estaba inversamente relacionado con el malestar emocional tanto de forma directa como indirecta (a través de las estrategias de afrontamiento).

Soylu, Babacan, Sever y Altundag (2016) encontraron que las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama avanzado con un mayor optimismo disposicional tenían menos consciencia del pronóstico de su situación médica y una visión menos realista de los objetivos del tratamiento: varias pacientes creyeron que en un año aproximadamente estarían curadas y que la administración de la quimioterapia y los medicamentos tenían fines curativos (en lugar de creer de forma más realista, que los tratamientos sólo servían para intentar retrasar el avance del cáncer y controlar los síntomas). Por el contrario, las pacientes con una visión más realista del pronóstico y del objetivo de la medicación eran las menos optimistas. Por otra parte, las pacientes

con un mayor nivel de optimismo disposicional presentaban mayores niveles de esperanza y mejor calidad de vida que las pesimistas.

En otro estudio efectuado con 95 pacientes con cáncer de mama se analizaron variables físicas de la calidad de vida, concretamente la fatiga relacionada con el cáncer. Una vez controladas las variables como el deterioro físico, la edad o el nivel educativo de las pacientes, se comprobó que el optimismo disposicional y percibir el cáncer como un reto estaba relacionado con la depresión, pero no con el cansancio (Levkovich et al., 2015).

El Optimismo disposicional también fue una variable predictora de la calidad de vida en un estudio con pacientes de cáncer de mama a las que se tomaron medidas de calidad de vida a lo largo del proceso de recuperación, después de la cirugía. El optimismo disposicional mostraba una influencia positiva prácticamente en todas las subescalas de la calidad de vida. Otra variable determinante fue la relación paciente/cirujano que predecía la calidad de vida de las pacientes desde el inicio (Farin y Nagl, 2013).

También la información adecuada se identificó como un aspecto importante en la calidad de vida a largo plazo para 269 mujeres con cáncer de mama que escogieron una mastectomía contra lateral profiláctica como recurso para disminuir el riesgo de volver a padecer la enfermedad (Frost et al., 2011). Las mujeres fueron entrevistadas 10 y 20 años después de la intervención, y la mayoría estaba satisfecha con la intervención y expresaba que volvería a hacerlo. A pesar de los efectos secundarios negativos, el grado de satisfacción era elevado. Una de las variables que resultó significativa y se mantuvo estable a lo largo del tiempo, fue la sensación de haber tomado una decisión

informada, hecho que les aportaba tranquilidad y paz emocional; en cambio, el optimismo disposicional y el rasgo ansiedad se mostraron menos asociados a la satisfacción y la calidad de vida.

La depresión es uno de los trastornos más comunes entre las pacientes de cáncer de mama. Según Ha y Cho (2014), aproximadamente el 45% de ellas la presentan cuando el cáncer de mama es diagnosticado, y en el 15% de las mujeres se mantiene cinco años después del diagnóstico. Cuando la capacidad física y funcional está más afectada, aumentan los síntomas depresivos (Nail y Winningham, 1995). Sin embargo, no todas las pacientes de cáncer de mama con deterioro físico presentan depresión. Algunas características psicológicas como la autoestima, el apoyo de la pareja y el optimismo podrían influir tanto en la calidad de vida de estas pacientes como en el nivel de sus síntomas depresivos (Ha y Cho, 2014). Los autores concluyen que mientras el papel de la autoestima como mediador entre la calidad de vida de las pacientes y los síntomas depresivos es claro, el papel del optimismo es menos evidente. Cuando los síntomas depresivos afectan la calidad de vida durante el proceso oncológico, la autoestima tendría un efecto protector más directo que el optimismo.

En el estudio longitudinal realizado con una cohorte de 2967 mujeres supervivientes de cáncer de mama durante 7,3 años, se observó que el principal factor relacionado con la supervivencia y con las complicaciones de salud, estaba determinado por el estado físico de la paciente (Saqib et al., 2011). Aspectos como el peso corporal y la actividad física, y el estilo de vida, determinaban el empeoramiento de la salud y la supervivencia. Los aspectos de personalidad y variables psicosociales como el optimismo, no mostraban ninguna relación con la supervivencia.

En el estudio longitudinal llevado a cabo por Zenger, Glaesmer, Höckel y Hinz (2011) con 97 pacientes con cáncer de mama y cánceres ginecológicos, se halló que el pesimismo disposicional determinaba el nivel de ansiedad, la depresión y la calidad de vida a los 3 meses, mientras que el optimismo estaba relacionado con estos factores, pero no se mantenía en el tiempo como variable predictiva. El estudio insiste además en la conveniencia de medir la disposición al optimismo con el test LOT-R como un factor bidimensional ya que la utilización del instrumento unidireccionalmente enmascara el efecto del pesimismo.

Henselmans et al. (2010) encontraron que una fuerte percepción de control estaba relacionada con el optimismo disposicional, y ambos con una mejor adaptación al proceso de diagnóstico y tratamiento para el cáncer de mama. No hubo diferencias entre las pacientes que después del diagnóstico recibían o no quimioterapia. Los autores concluyeron que la situación médica no determinaba necesariamente el nivel de percepción de control acerca de la curación.

En un estudio longitudinal con 203 pacientes de cáncer de mama, se encontró que el principal factor de personalidad que determinaba desde el inicio el nivel de calidad de vida dos años después era el neuroticismo (Härtl et al., 2010). Las medidas de calidad de vida se efectuaron dos semanas tras la intervención quirúrgica, y 6, 12, 18 y 24 meses después. El rasgo neuroticismo predecía una peor calidad de vida en las subescalas de rol, emocional y cognitiva. El nivel de funcionamiento previo a la cirugía también predecía la calidad de vida a los 2 años; y no así el optimismo disposicional.

La mayoría de estudios que valoran la relación entre el optimismo y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, utilizan la valoración del Optimismo

Disposicional como rasgo, valorado mayoritariamente por el LOT o el LOT-R. Sin embargo, algunos artículos han valorado el optimismo como estilo atribucional con el Attributional Style Questionnaire (ASQ-A; Peterson et al., 1982). En este sentido Petersen et al. (2008) valoraron la calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama en un estudio retrospectivo. El estilo explicativo pesimista estaba relacionado con una peor calidad de vida en todas las subescalas, comparado con las supervivientes con un estilo explicativo más optimista.

Los estudios que valoran la calidad de vida de las pacientes supervivientes de cáncer de mama expresan que éstas presentan en general una buena calidad de vida. Sin embargo, existen algunos aspectos que perduran años después del diagnóstico y el tratamiento oncológico, como el miedo a una recidiva o recaída. Los elevados niveles de miedo, ansiedad y depresión configuran una peor calidad de vida emocional. Las preocupaciones acerca de la recidiva y la muerte son las más frecuentes entre supervivientes de cáncer de mama, por encima de miedos acerca del rol o la feminidad (Van den Beuken-van Everdingen et al., 2008). Aunque el nivel de optimismo disposicional se relacionaba con el nivel de preocupaciones de las pacientes, no predecía el nivel de preocupación que sufrirían.

Las mujeres optimistas diagnosticadas de cáncer de mama suelen tener más satisfacción y mejor pronóstico de la enfermedad (Carver et al., 1994). Tanto el nivel de optimismo como el nivel de adaptación psicosocial son predictores del ajuste psicológico de estas pacientes (Friedman et al., 2006). Cuanto más optimistas son las pacientes más efectivas y orientadas a la tarea son sus estrategias, hecho que aumenta las posibilidades de éxito ante situaciones estresantes (Scheier y Carver, 1985; Scheier,

Weintraub y Carver, 1986). En este sentido el optimismo sería un factor moderador conjuntamente con otros factores. Serviría como elemento motivador de conductas que promueven el cambio y la acción humana (Avia y Vázquez, 1998, 2011). La instrumentalización de las relaciones sociales tendría un papel básico en la calidad de vida de estas pacientes. La persona optimista tiene mejor calidad de vida a través de las relaciones sociales (Vázquez y Castilla, 2007). También en el sentido opuesto, se halló que ensalzando y reforzando los vínculos y relaciones sociales a lo largo de 10 años se aumentaba el nivel de optimismo durante el mismo período (Seegerstrom, 2006). En cambio, la persona pesimista, con expectativas y cogniciones negativas no utiliza el poder de las relaciones sociales porque probablemente tampoco las percibe. Parecería pues, que las personas optimistas se benefician también de un mayor dominio en las relaciones sociales, y éstas influyen en su nivel de optimismo. Las pacientes de cáncer de mama que son pesimistas utilizan diversas estrategias para desvincularse de la enfermedad, como el abandono de las relaciones sociales. El pesimismo predice la alteración e interrupción de la vida social en estas pacientes, mediado por variables como el estrés emocional y la fatiga (Carver et al., 2003). La relación entre el optimismo y la calidad de las relaciones sociales de las pacientes oncológicas es de suma importancia ya que éstas tienen una fuerte incidencia en el bienestar (Carver et al., 2010; Taylor y Stanton, 2007). Los motivos por lo que parece que optimistas y pesimistas difieren en cuanto a la calidad de sus relaciones sociales podrían ser diversos.

Una posible explicación sería que las personas optimistas atraen más fácilmente a otras, que las personas pesimistas. Además, las relaciones que se establecen con personas optimistas son más positivas que las relaciones con personas pesimistas. Por

ejemplo, aparecían más síntomas de estrés y carga entre los cuidadores de pacientes enfermos del corazón que eran pesimistas que entre los cuidadores de pacientes coronarios optimistas. Además, el tener las optimistas una visión más positiva de la vida en general, y como consecuencia de las relaciones íntimas y sociales, provocaría un mayor disfrute de las relaciones a pesar de que no sean perfectas. Como las personas optimistas perciben más el apoyo social que las pesimistas y luchan de forma más persistente para y por sus relaciones, éstas serían más satisfactorias que las relaciones de las personas pesimistas (Srivastava, McGonigal, Richards, Butler y Gross, 2006). Juntamente con el optimismo disposicional, la satisfacción con el apoyo social percibido aportaría cerca del 40% de la varianza de la calidad de vida relacionada con el bienestar familiar y social de las pacientes con cáncer de mama (Friedman et al., 2006).

A pesar de que el efecto del optimismo en la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama no es del todo claro, sabemos que éste se asocia a las soluciones dirigidas al problema y a las estrategias de afrontamiento cognitivas; y en cambio utilizan con menos frecuencia aquellas conductas que les alejan de la situación estresante (Fontaine, Manstead y Wagner, 1993; Taylor et al., 1992). Pero a pesar de que a la hora de vivir y afrontarse a un cáncer de mama, el optimismo podría ser determinante para utilizar ciertas estrategias de afrontamiento, estas estrategias influyen también en el optimismo (Chico, 2002). El "Cancer Research Campaign Psychological Medical Group" de Londres (Greer y Watson, 1987) desarrolló una escala autoevaluatora para medir el ajuste mental ante el cáncer (Mental Adjustment to Cancer, MAC) con pacientes de cáncer con diferentes localizaciones y estadios de la enfermedad. Se hizo una comparación de la adaptación mental de los pacientes en

etapas iniciales de la enfermedad y en estados avanzados, para comprobar la influencia de la enfermedad sobre la adaptación mental del enfermo ante ésta. Se concluyó que el espíritu de lucha como estrategia de afrontamiento no disminuía a pesar de que avanzara la enfermedad y que la preocupación ansiosa como variante psicológica de afrontamiento al cáncer era significativamente mayor en pacientes con enfermedad avanzada. Estudios posteriores aportaron evidencias significativas respecto al hecho de que el afrontamiento de desamparo y desesperanza están asociados a un curso desfavorable del cáncer (Brãndao et al., 2016).

En otro estudio del equipo de Carver (Carver et al., 2006) donde se evaluaron las variables médicas y psicosociales que predecían una mejor calidad de vida a corto y largo plazo en 163 pacientes supervivientes de cáncer de mama, se encontró que el optimismo disposicional estaba relacionado con una mejor calidad de vida en varios aspectos de ésta. El optimismo disposicional tenía más poder de predicción que la confianza de la paciente en superar la enfermedad y que la variable percepción de apoyo social. En cambio, el optimismo no tenía un rol importante a la hora de predecir el dolor, las dificultades cognitivas o las dificultades económicas. Durante el tratamiento con radioterapia, en las 93 pacientes de cáncer de mama que participaron en un estudio para valorar la calidad de vida, se observó que el optimismo estaba relacionado y además explicaba una buena parte de la varianza del bienestar emocional de las pacientes; el nivel de optimismo parecía estar mediatizado por la característica denominada "auto-trascendencia" y que se refería a la capacidad espiritual de la paciente (Matthews y Cook, 2009).

En resumen, los estudios que relacionan el optimismo y la adaptación psicológica en pacientes con cáncer de mama nos indican lo que se comenta a continuación:

Las mujeres con altos niveles de optimismo son las que tienen más percepción de control ante el cáncer de mama, tienen estilos de vida más saludables y se adaptan mejor a la situación (Henselmans et al., 2010).

En pacientes de cáncer de mama avanzado el optimismo se asocia a una mejor calidad de vida general (Smith et al., 2011).

En pacientes supervivientes de cáncer de mama un estilo explicativo optimista o pesimista determinaría en mayor medida la calidad de vida que el estadio de la enfermedad y algunas reacciones como la desesperanza se vincularían a un proceso desfavorable de la enfermedad (Petersen et al., 2008).

Las mujeres con cáncer de mama más optimistas consideran que pasar por la situación de enfermedad les aporta un crecimiento y perciben beneficios de la situación (Bozo, Gündogdu y Büyükasik-Colak, 2009). Esta relación podría estar mediatizada por el apoyo social percibido, ya que las mujeres optimistas perciben más apoyo y tendrían mejores relaciones sociales que las pesimistas.

El optimismo predeciría una mayor resistencia al estrés que supone el cáncer de mama durante el primer año después del diagnóstico (Lam et al., 2010). Las mujeres más resistentes tendrían menos molestias físicas y se recuperarían antes de la cirugía. Los resultados son similares en otras circunstancias relacionadas con la enfermedad oncológica, como en el caso de padres con hijos diagnosticados de cáncer (Fayed, Klassen, Dix, Klaassen y Sung, 2011). Los factores que predecían la presencia de

optimismo en estos padres eran la autoestima y el control, más que la situación objetiva del hijo.

El optimismo también está fuertemente asociado con el bienestar en el trabajo en mujeres supervivientes de cáncer de mama (Hakanen y Lindbohm, 2008).

El optimismo está relacionado con el espíritu de lucha y la esperanza ante el cáncer de mama (Schou et al., 2005a). A través de estas dos estrategias el optimismo mejoraría la calidad de vida de estas pacientes. En cambio, el pesimismo sobre la propia vida refuerza el riesgo de reacciones psicológicas adversas ante el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama. Por tanto, sería preferible evaluar, aunque sea informalmente, el nivel de optimismo de las pacientes con cáncer de mama para que nos pueda servir como señal de alerta respecto al nivel de bienestar de la paciente durante el período previo y posterior a la cirugía.

A pesar de la cantidad de estudios empíricos que hay sobre el optimismo, aún no se conocen con exactitud qué elementos formarían parte de este constructo.

Como vemos algunos estudios hallan una relación débil o inexistente entre el nivel de Optimismo Disposicional y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.

Por otra parte, los estudios en que se compara la calidad de vida y el optimismo de pacientes con cáncer de mama, con otros problemas de salud, son casi inexistentes al menos en nuestro país. Debido a ello, a la importancia que tiene el optimismo en la calidad de vida y adaptación de las mujeres con cáncer de mama y a la escasez de estudios realizados en nuestro entorno, nuestro trabajo pretende contribuir a obtener más información sobre el optimismo, su papel mediador o su relación con la calidad de vida en mujeres de cáncer de mama en momentos diferentes del proceso de enfermedad. Esta

información nos permitiría desarrollar estrategias terapéuticas más adecuadas destinadas a las pacientes que presentan bajos niveles de optimismo, ya desde el momento del diagnóstico, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y adaptación a la enfermedad.

Como consecuencia de todo lo expuesto anteriormente, hemos formulado una serie de objetivos e hipótesis que pasamos a desarrollar en el siguiente apartado de la investigación.

PARTE EMPÍRICA

6. Justificación del estudio

Este estudio surge de la inquietud por aprender de la relación existente entre situaciones que suponen una dificultad importante en la vida, y la capacidad de las personas para adaptarnos lo mejor que podemos a dicha situación. Tal y como hemos visto en la revisión teórica, el cáncer de mama supone una amenaza para la vida de las mujeres diagnosticadas, a pesar de los claros avances que se han producido a nivel de supervivencia en los últimos años.

Una de las principales causas de sufrimiento ante el cáncer de mama, son los elevados niveles de malestar físico, emocional y social que puede provocar la enfermedad. La calidad de vida se altera en todos sus niveles, y la paciente se va adaptando a los cambios de su cuerpo, de su vida social, emocional y familiar utilizando sus recursos. Uno de estos recursos puede ser el optimismo disposicional, que se ha postulado como una característica de personalidad capaz de mejorar el nivel de adaptación ante situaciones graves de salud como es el cáncer de mama.

Se ha investigado la relación entre la calidad de vida y el optimismo disposicional, y podemos suponer que una mujer con cáncer de mama si es optimista, tendrá una mejor predisposición para gestionar los problemas vinculados con su enfermedad y una mejor calidad de vida.

Sin embargo, existen algunas contradicciones acerca de la influencia del optimismo. Por ejemplo, en algunos estudios no se ha encontrado relación entre el optimismo y la calidad de vida de las pacientes de cáncer de mama (Härtl et al., 2010). En otros, se ha encontrado relación entre el pesimismo disposicional pero en cambio, no

con el optimismo (Sohl et al., 2012). Y por último hay pocos datos en los que se haya comparado la calidad de vida de pacientes optimistas y pesimistas con cáncer de mama en momentos diferentes de la enfermedad, con la calidad de vida de pacientes con estrés adaptativo, pero sin enfermedad oncológica.

Algunas características cognitivas que se han propuesto como posibles bases del optimismo como las expectativas positivas situacionales ante el cáncer, la percepción de control y autoeficacia, la percepción benévola del pasado, o los aspectos positivos que pueda percibir la paciente en el proceso oncológico, nos podrían ayudar a entender mejor algunos aspectos del optimismo y su influencia en la calidad de vida (Avia y Vázquez, 1998, 2011).

Aportar un poco más de conocimiento en los mecanismos cognitivos que subyacen en la tendencia optimista y su influencia en la calidad de vida, nos podría ayudar a formular un modelo que explicara en parte el mayor o menor grado de sufrimiento en situaciones de estrés emocional. Crear estrategias concretas para generar un optimismo sano y esperanzador en aquellas personas que sufren y han dejado de creer que pueden hacer algo por poco que sea, ante la situación de salud en la que se encuentran.

7. Objetivos

Este proyecto de investigación pretende examinar la relación entre el Optimismo y la Calidad de vida de las pacientes de cáncer de mama en dos fases diferentes de la enfermedad. A grandes rasgos podemos considerar el optimismo como disposición de personalidad de las pacientes (Optimismo Disposicional), o bien podemos considerar el optimismo como reacción o forma de afrontamiento ante la enfermedad (Optimismo Estratégico).

Para analizar estos conceptos disponemos de un conjunto de pacientes en tres situaciones:

- 1) Mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que se encuentran en fase de tratamiento activo.
- 2) Mujeres que han finalizado el tratamiento adyuvante del cáncer de mama y se encuentran en fase de intervalo libre de la enfermedad o supervivencia.
- 3) Mujeres que se encuentran en una situación de estrés con un diagnóstico de trastorno adaptativo (DSM-IV-TR) y que no han tenido nunca un cáncer.

7.1 Objetivo general

El objetivo general de la presente investigación es estudiar la relación entre el optimismo y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.

7.2 Objetivos específicos

OBJETIVO 1

Describir y comparar la calidad de vida de las pacientes en tres situaciones de salud: diagnóstico de cáncer de mama con tratamiento activo, diagnóstico de cáncer de mama en fase de intervalo libre de enfermedad, y pacientes con un diagnóstico de trastorno adaptativo sin cáncer de mama.

OBJETIVO 2

Describir y comparar el optimismo disposicional de las pacientes en cada situación de salud.

OBJETIVO 3

Describir y comparar el nivel de optimismo estratégico de las pacientes en función de su situación de salud.

OBJETIVO 4

Analizar la posible relación entre optimismo disposicional y calidad de vida en el conjunto de pacientes de la muestra y en función de su situación médica.

OBJETIVO 5

Analizar la posible relación entre optimismo estratégico y calidad de vida en el conjunto de pacientes de la muestra y en función de su situación médica.

OBJETIVO 6

Analizar las posibles relaciones entre el optimismo disposicional y el optimismo estratégico en el conjunto de pacientes de la muestra y en función de la situación médica.

OBJETIVO 7

Proponer un modelo explicativo del bienestar emocional y social de las pacientes en función de la situación médica y el optimismo.

8. Hipótesis de trabajo

Hipótesis 1

La calidad de vida estará más afectada en las pacientes que se encuentran en situación de tratamiento activo del cáncer de mama, que en las que se encuentran en intervalo libre de la enfermedad o en situación de trastorno adaptativo.

Hipótesis 2

El optimismo disposicional estará relacionado con la calidad de vida de las pacientes. Las pacientes más optimistas disposicionalmente tendrán menos afectada la calidad de vida en cualquiera de las tres situaciones médicas.

Hipótesis 3

La calidad de vida estará relacionada con las creencias y expectativas evaluadas en el optimismo estratégico. Las pacientes con más optimismo estratégico tendrán mejor calidad de vida.

Hipótesis 4

El optimismo disposicional estará relacionado con el optimismo estratégico. Las pacientes más optimistas disposicionalmente mostrarán mayor presencia de pensamientos que forman parte del optimismo estratégico (o vinculados al optimismo estratégico), comparado con las pacientes disposicionalmente pesimistas.

9. Método

9.1 Sujetos

La muestra final del presente estudio está formada por 96 pacientes. Las pacientes de cáncer ($n= 65$) fueron tratadas mayoritariamente en el Hospital Duran y Reynals y contactaron con la investigadora principal a través de la Asociación Española contra el Cáncer en Barcelona, o fueron derivadas al servicio de Psicología en Barcelona en el que trabaja la investigadora a través de centros de atención primaria, del que procede también el grupo de pacientes con problemas de adaptación ($n= 31$). La elaboración de los datos duró aproximadamente dos años, finalizando en febrero de 2015.

Se contactó con 110 pacientes y 106 accedieron a participar en el estudio. Tras el inicio de las entrevistas, se descartaron 10 pacientes: 4 por falta de datos básicos de tipo médico, 3 por presentar enfermedad psiquiátrica y 3 por presentar dificultades físicas debido a accidentes domésticos y de tráfico, que afectaban a su calidad de vida.

Las 96 pacientes de la muestra cumplen los siguientes criterios:

1) Tener un diagnóstico de cáncer de mama y estar en el momento de la entrevista en una de estas dos situaciones: recibiendo tratamiento activo para el cáncer de mama, o bien, encontrarse en fase libre de la enfermedad desde al menos 1 año.

O bien,

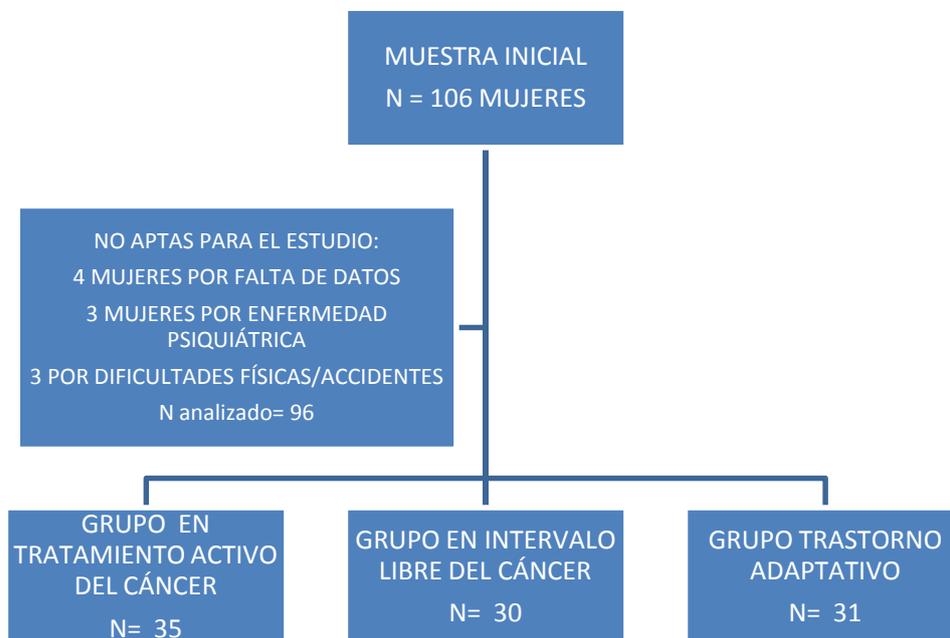
2) Estar en un momento de dificultad personal por estrés adaptativo (según criterios del DSM-IV-TR), a raíz de situaciones como: separación matrimonial, estrés laboral,

dificultades en las relaciones, etc., pero sin haber sufrido ningún cáncer ni tener ningún diagnóstico grave de salud.

- 3) No sufrir de ninguna enfermedad psiquiátrica que perjudique la comprensión de los procedimientos e instrumentos psicológicos.
- 4) Ser capaz de poder leer y entender las instrucciones de los cuestionarios.
- 5) Estar dispuesta a participar en el estudio y aceptar mediante consentimiento informado.

Así pues, se dispuso de una muestra final de 96 pacientes, en tres situaciones diferentes de salud: 35 pacientes con un diagnóstico de cáncer de mama y en tratamiento activo, 30 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en intervalo libre de la enfermedad, y 31 pacientes con trastorno adaptativo (Figura 3).

Figura 3.
Diagrama de flujo del estudio



9.2 Instrumentos

9.2.1 Valoración de la Calidad de vida

Para la valoración de la Calidad de vida se ha utilizado el cuestionario QL-CA-Afex de Font (1994), desarrollado y validado de manera satisfactoria en nuestro país. Este instrumento valora la Calidad de Vida en relación al estado de salud, y se ha utilizado ampliamente en pacientes de cáncer de mama. El cuestionario consta de 27 escalas lineales que permiten evaluar la disminución subjetiva de la Calidad de Vida en cuatro niveles:

Escala de Síntomas (6 ítems): Náuseas, Dolor, Cansancio, Calidad del sueño, Calidad de la vigilia y Apetito.

Escala de Autonomía (5 ítems): Movilidad, Trabajo, Cuidados personales, Capacidad para moverse, y Actividades en casa.

Escala de Dificultades Familiares y Sociales (8 ítems): Actividades recreativas y de ocio, Satisfacción con la vida social, Preocupación por los hijos, Relación de pareja, Relación familiar, Información recibida por los médicos, Ilusión e interés por hacer cosas, y Preocupación económica.

Escala de Dificultades psicológicas y Emocionales (7 ítems): Atractivo, Ira, Ansiedad, Aspecto físico, Depresión, Concentración y Miedo.

Se incluye además una uni-escala lineal de valoración global subjetiva de la calidad de vida de la última semana.

La auto-valoración lineal permite obtener puntuaciones de afectación de cada ítem, de 0 (no hay cambios subjetivos) hasta 100 (máxima afectación). Así pues, cuanto más elevado es el valor que indica la paciente, más afectación y por tanto, mayor pérdida de Calidad de Vida en el aspecto concreto considerado. Los valores de fiabilidad alpha de Cronbach del instrumento en estudios anteriores se sitúan alrededor de 0,85 (Font y Bayés, 1993; Font, 1994).

9.2.2 Valoración del Optimismo Disposicional

Para evaluar el optimismo disposicional se ha utilizado el cuestionario LOT-R (Revised Life Orientation Test; Scheier et al., 1994), en la versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998). El LOT-R consta de 6 ítems que permiten obtener una puntuación directa sobre el denominado optimismo disposicional o predisposición generalizada hacia las expectativas de resultado positivo. Se pregunta el grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones tipo "En tiempos difíciles generalmente espero lo mejor", utilizando una escala de 5 puntos, de 0 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). De los 6 ítems, 3 están redactados en sentido positivo y 3 en sentido negativo. Después de revertir los ítems redactados en sentido negativo, se obtiene la puntuación total en Optimismo Disposicional. La puntuación oscila de 0 a 24 puntos, y a mayor puntuación mayor optimismo disposicional. El valor alpha de Cronbach fue de 0.78 para Scheier et al. (1994).

9.2.3 Optimismo Estratégico

Para valorar el optimismo estratégico se ha desarrollado un cuestionario específico. Se han valorado 5 características o creencias ante la situación difícil de salud por las que pasan las pacientes de la muestra y que conformarían algunos de los mecanismos en los que se basa el optimismo y la manera optimista de pensar, según la revisión teórica del concepto. Se han utilizado 3 ítems para cada uno de ellos, resultando un total de 15 ítems para valorar lo que podemos denominar Optimismo Estratégico:

Expectativas de una solución positiva de la situación de cáncer de mama o de salud por la que se atraviesa (3 ítems):

- Me voy a recuperar del cáncer
- Al final saldrá bien.
- ¡Voy a salir de ésta!

Percepción de control y autoeficacia ante el cáncer o situación de salud (3 ítems):

- Yo puedo hacer cosas para curarme.
- Puedo superar el cáncer de mama.
- La evolución del cáncer depende, en parte, de mí.

Responsabilidad/culpabilidad de las causas del cáncer de mama o de la situación de salud (3 ítems):

- Soy la responsable de la enfermedad.
- El cáncer o la situación de salud ha pasado porque tenía que pasar.
- En parte, soy culpable de la situación.

Recuerdos y valoración del pasado en este momento de salud (3 ítems):

- Me han pasado muchas cosas buenas en la vida.
- En mi vida recuerdo más cosas positivas que negativas.
- Casi todo en la vida me ha ido bien.

Búsqueda de aspectos positivos ("*Benefit finding*") a raíz de la situación de salud (3 ítems):

- Gracias al cáncer valoro más el amor de mi gente y el afecto de los demás.
- A raíz del cáncer, vivo y gozo más de la vida.
- Pasar por esta experiencia hace que valore más las pequeñas cosas de la vida.

Se utilizó el mismo cuestionario para el conjunto de la muestra, pero con una diferencia semántica. Para las pacientes con cáncer de mama utilizamos la palabra "cáncer" o "cáncer de mama", por ej.: " A raíz del cáncer, vivo y gozo más de la vida"; mientras que para las pacientes con trastorno adaptativo hablamos de "situación de salud o dificultad", por ej.: "A raíz de esta dificultad, vivo y gozo más de la vida".

Para valorar en qué medida las pacientes creen este tipo de actitudes ante la situación de salud, se valoró de 1 (nunca) a 4 (Continuamente) cada uno de los ítems. Dos de los ítems, que se corresponden con el factor de Responsabilidad/culpabilidad ante la situación de salud ("Soy la responsable de la enfermedad" y "En parte soy culpable de la situación") se rotaron para tener todos los ítems en sentido positivo. A cada ítem se le dio una puntuación (de 1 a 4) de manera que la puntuación en cada uno de los 5 aspectos oscila entre 3 y 12.

9.3 Procedimiento

Este trabajo se engloba dentro de una línea de investigación en Calidad de Vida de las pacientes con cáncer de mama que se viene desarrollando en la Universitat Autònoma de Barcelona desde 1984 (Falo et al., 2014; Font, 1988, 1994; Font y Bayés, 1993; Rodríguez, 2008; Rodríguez y Font, 2013).

Las pacientes fueron reclutadas a través de centros de salud, en la Asociación Española contra el Cáncer (aecc) y/o en el centro médico y psicológico donde trabaja la investigadora. Tras el primer contacto, las pacientes eran informadas del estudio y en caso de querer participar, pasaban a ser entrevistadas con previo consentimiento firmado.

En general, no hubo dificultades en la comprensión y en la cumplimentación de los cuestionarios que se hicieron en alrededor de 60 minutos. Una vez recogidos los datos, se codificaron y fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 20. El diseño de la investigación es descriptivo correlacional. La valoración de las variables se realiza en un sólo momento temporal por lo que no podemos establecer relaciones causales, pero sí nos permite analizar relaciones entre variables que pueden contribuir a una mejor comprensión de factores implicados en la adaptación y el mantenimiento de la calidad de vida, como el optimismo.

Se han calculado los estadísticos descriptivos para las características sociodemográficas de los tres grupos de pacientes y de las variables del estudio (frecuencia, media, desviación típica, mínimo, máximo, mediana y test de normalidad Shapiro-Wilk).

Se han comparado las variables sociodemográficas de las pacientes mediante la χ^2 .

Se ha llevado a cabo un análisis de fiabilidad para el instrumento de calidad de vida y sus escalas mediante el coeficiente de alfa de Cronbach. Se ha calculado el análisis de fiabilidad del LOT-R y del cuestionario de optimismo estratégico mediante el coeficiente de alfa de Cronbach y su análisis factorial a través de la prueba de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Okin (KMO) y prueba de Barlett, y el análisis de componentes principales Varimax.

Los objetivos del estudio se han analizado mediante las siguientes pruebas estadísticas: comparación de medianas para las variables categóricas (prueba de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis), la χ^2 de Pearson para la comparación de distribuciones, la prueba de Fisher para cuando no se cumplen las condiciones de aplicación y el coeficiente de correlación de Spearman.

Para el análisis de la posible capacidad predictiva del optimismo disposicional y determinadas estrategias respecto a la calidad de vida se ha realizado un análisis de regresión múltiple por cuantiles (R^2).

Para el desarrollo de un modelo explicativo del bienestar emocional y social de las pacientes participantes en el estudio y el optimismo, se ha realizado un análisis factorial.

Las decisiones estadísticas se han realizado tomando como nivel de significación el valor 0,05.

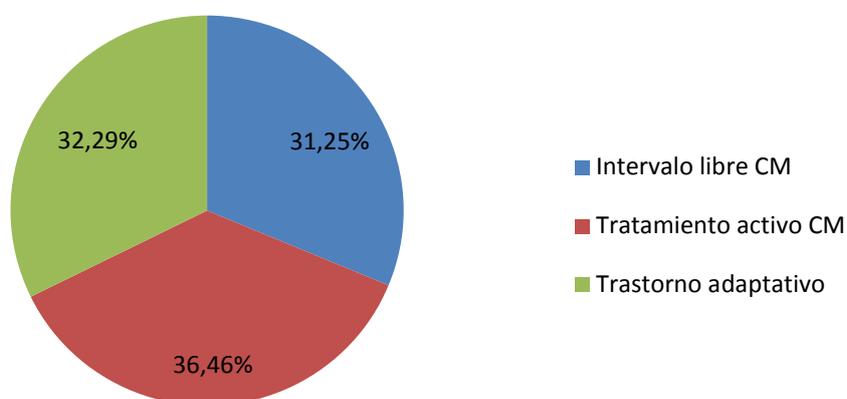
10. Resultados

10.1 Descripción de la muestra

La muestra del estudio se compone de 96 mujeres en situaciones de salud diferentes relacionadas con el cáncer de mama y problemas adaptativos (Figura 4). 30 de las mujeres (31,25%) con cáncer de mama se encuentran en fase de intervalo libre de enfermedad, 35 están recibiendo algún tipo de tratamiento oncológico (36,46%), y 31 no presentan un diagnóstico de cáncer, pero están pasando por un momento de estrés y tienen un diagnóstico de trastorno adaptativo (32,29%), por el que acuden a consulta psicológica, y no presentan dificultades de salud física importantes.

Figura 4.

Distribución de la muestra en función de la situación médica actual



La edad media de la muestra total es de 49,40 años (*DT*: 9,40), el 60,4% estaba casada o vivía en pareja en el momento de la entrevista, el 71,9% tenía hijos y el 49 % estudios básicos (Tabla 2).

Tabla 2.
Características demográficas de la muestra (N=96)

Datos	n	%
Pareja		
No	38	39,60
Sí	58	60,40
Hijos		
No	27	28,10
Sí	69	71,90
Nivel de estudios		
Básico	47	49,00
Medio	22	22,90
Alto	27	28,10
Situación médica		
En tratamiento activo del cáncer de mama	35	36,46
Fase de intervalo libre de cáncer del cáncer	30	31,25
Trastorno adaptativo	31	32,29

Las pacientes que se encuentran en una de las tres situaciones de salud no muestran diferencias significativas en cuanto a la edad ($\chi^2=1,045$; $p<.593$), al nivel de estudios ($\chi^2=7,439$; $p<.114$) y al hecho de si tienen pareja ($\chi^2=2,344$; $p<.310$); por tanto, las pacientes de los tres grupos serían comparables en cuanto a estos datos sociodemográficos. Sí existen diferencias significativas en cuanto al tener hijos: hay más pacientes sin hijos en el grupo con trastorno adaptativo ($\chi^2=18,258$; $p<.001$) (Tabla 3).

Tabla 3.

Comparación de los datos sociodemográficos de las pacientes en las tres situaciones de salud (Prueba de χ^2)

Datos	Tratamiento activo del cáncer de mama (n= 35)	Intervalo libre del cáncer de mama (n= 30)	Trastorno adaptativo (n= 31)	χ^2	p	
Edad	51,41	49,23	44,50	1,045	0,593	
Pareja	Sí	18 (51,4%)	21 (70%)	19 (61,3%)	2,344	0,310
	No	17 (48,6%)	9 (30%)	12 (38,7%)		
Estudios	Básicos	21 (60%)	16 (53,3%)	10 (32,3%)	7,439	0,114
	Medios	4 (11,4%)	8 (26,6%)	10 (32,3%)		
	Superiores	10 (28,6%)	6 (20,1%)	11 (35,4%)		
Hijos	Sí	27 (77,1%)	28 (93,3%)	14 (45,2%)	18,258	0,001
	No	8 (22,9%)	2 (6,7%)	17 (54,8%)		

En el grupo total de pacientes de cáncer de mama (n=65), a 37 (56,9%) se les ha practicado una mastectomía, y a 22 (33,8%) cirugía conservadora. 58 pacientes (89,2%) han recibido quimioterapia, 33 (50,7%) han recibido radioterapia y 29 (44,6%) han recibido hormonoterapia.

Respecto al grupo de pacientes con trastorno adaptativo (n=31), 14 (45,2%) acudieron a consulta por dificultades en la relación de pareja, 7 (22,5%) tenían dificultades relacionadas con el entorno laboral y 10 (32,3%) dificultades sociales.

El valor medio obtenido en la escala de Optimismo Disposicional (LOT-R), en el conjunto de la muestra fue de 16,4 (*DT*: 5,9) con un valor mínimo de 0 y un máximo de 24.

La pérdida de la calidad de vida global muestra una puntuación media de 54,78 (*DT*: 31,34), por tanto, la que expresa más afectación en la muestra. Atendiendo a la afectación de la calidad de vida por niveles, observamos que la escala de malestar emocional y psicológico presenta una media de afectación de 46,82 (*DT*:23,03), le sigue la escala de malestar familiar y social con un valor medio de afectación de 39,72 (*DT*:22,51), la escala de malestar físico con una media de 33,65 (*DT*: 19,93) y finalmente la escala de disminución de la autonomía en la vida diaria con una media de 22,3 (*DT*: 17,84). El test de normalidad de Shapiro-Wilk muestra que ninguna de las escalas presenta una distribución normal. Solamente la escala de emociones se encuentra al límite de la normalidad (Tabla 4).

Tabla 4.
Descripción de las escalas de Calidad de Vida

Calidad de vida	Mínimo	Máximo	Desviación Típica	Mediana	Media	Test de normalidad (Shapiro-Wilk)
SÍNTOMAS	0	72,7	19,93	33,17	33,65	0,018
AUTONOMIA	0	68,8	17,84	19,63	22,31	<0,001
EMOCIONES	1,4	89,4	23,03	48,36	46,82	0,069
FAMILIAR	0	88	22,52	38,14	39,72	0,019
GENERAL	0	100	31,34	57,50	54,78	0,001

En cuanto a las estrategias cognitivas evaluadas en la muestra, los resultados descriptivos se indican en la Tabla 5. Las puntuaciones en los diferentes aspectos oscilan entre 3 y 12. Las medias observadas son similares, oscilando entre 8,3 y 9,3 puntos, también con desviaciones típicas similares y con medianas idénticas. Se observa una distribución normal en "Recuerdos positivos" y "Responsabilidad de la situación".

Tabla 5.

Descripción de las creencias cognitivas optimistas (Optimismo estratégico)

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS	RECUERDOS POSITIVOS	BENEFIT FINDING	PERCEPCIÓN DE CONTROL	EXPECTATIVAS DE SOLUCIÓN POSITIVA	RESPONSABILIDAD DE LA SITUACIÓN
Media	8,3	8,8	9,2	9,3	8,8
Desviación Típica	2,3	2,2	1,8	2,1	2,2
Mínimo	3	3	3	3	4
Máximo	12	12	12	12	12
Mediana	9	9	9	9	9
Rango intercuartil	(6 – 10)	(8 – 10)	(8 – 10)	(8 – 11)	(7 – 11)
Test de normalidad (Shapiro-Wilk)	0,481	0,011	0,017	0,004	0,128

10.2 Análisis de fiabilidad de los instrumentos

10.2.1 Cuestionario de Calidad de vida

En nuestro estudio, el análisis de fiabilidad del instrumento de calidad de vida del conjunto de todas las escalas arrojó un valor α de Cronbach de 0,878 (Tabla 6). Por escalas se obtuvieron los siguientes valores: Subescala de Síntomas: 0,856, Subescala de Autonomía (Dificultades con los hábitos cotidianos): 0,869, Subescala de las

Dificultades Familiares y Sociales: 0,822, Subescala del Malestar Emocional: 0,828 y Percepción Global de la calidad de vida: 0,884. Así pues, los datos obtenidos sobre la afectación de la calidad de vida presentan un grado adecuado de fiabilidad.

Tabla 6.

Índices de fiabilidad para cada Escala de la Calidad de vida QL-CA-Afex y para el total del instrumento

ESCALAS CALIDAD DE VIDA	Estadísticos total-elemento				Alfa de Cronbach
	Media si se elimina el elemento	Varianza si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	
SINTOMAS	163,6405	6523,246	,702	,585	,856
AUTONOMIA	174,9806	6938,011	,647	,492	,869
EMOCIONAL	150,4683	5812,680	,808	,737	,828
FAMILIAR/SOCIAL	157,5633	5803,516	,836	,746	,822
GLOBAL	142,5092	5197,554	,664	,491	,884

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,878	,891	5

10.2.2 Cuestionario de Optimismo Disposicional (LOT-R)

Los valores Alfa de Cronbrach reflejan que todos los ítems tienen un buen peso acorde con el factor, con valores absolutos entre 0.804 y 0.839. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Okin (KMO) muestra una puntuación de 0.826 ($p < .000$) y la matriz factorial muestra un solo factor (Tabla 7).

Tabla 7.
Índices de fiabilidad y análisis factorial del LOT-R (n=96)

Estadísticos de fiabilidad LOT-R		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach elementos tipificados	N de elementos
,839	,845	6

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1.- En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	,651	,806
2.- Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará	,515	,839
3.- Siempre soy optimista en cuanto al futuro	,679	,800
4.- Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	,606	,815
5.- Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	,621	,815
6.- En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	,669	,804

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,823
	Chi-cuadrado aproximado	214,631
Prueba de esfericidad de Bartlett	Gl	15
	Sig.	,000

Matriz de componentes^a	
	Componente 1
LOT1	,759
LOT2	,641
LOT3	,803
LOT4	,743
LOT5	,762
LOT6	,797

Método de extracción: Análisis de componentes principales. a. 1 componentes extraídos

10.2.3 Cuestionario de Optimismo Estratégico

El análisis de fiabilidad del instrumento que valora el Optimismo Estratégico es de 0,867 (Tabla 8). Por cada mecanismo estudiado se obtuvieron los siguientes valores alfa de Cronbach: Recuerdos positivos: 0,905, Sentido positivo de la experiencia/*Benefit finding*: 0,778, Percepción de control y Autoeficacia ante la situación de salud: 0,686, Expectativas de resultado positivo ante la situación de salud: 0,864 y Autoresponsabilidad de la situación: 0,664.

Todos los ítems contribuyen significativamente a la consistencia interna del cuestionario, mostrando valores superiores a 0,7. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Okin (KMO) muestra una puntuación de 0.845 ($p < .001$).

Tabla 8.
Índices de fiabilidad y análisis factorial de las Creencias cognitivas optimistas del Optimismo Estratégico

Estadísticos de fiabilidad del cuestionario de Optimismo Estratégico		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,867	,876	15
KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,845
	Chi-cuadrado aproximado	680,302
Prueba de esfericidad de Bartlett	Gl	105
	Sig.	,000

Estadísticos total-elemento del cuestionario de Optimismo Estratégico					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Me han pasado muchas cosas buenas en la vida	41,60	49,617	,645	,755	,852
Me voy a curar	41,20	49,561	,693	,580	,850
Yo puedo hacer cosas	41,19	52,445	,540	,423	,858
Soy la responsable de la situación	41,42	55,692	,105	,545	,883
Gracias a la enfermedad, valoro más el amor de mi gente	41,32	51,305	,481	,447	,860
En mi vida recuerdo más cosas positivas que negativas	41,51	49,144	,651	,739	,851
Al final todo saldrá bien	41,29	49,387	,768	,732	,847
Yo puedo superar esta enfermedad	41,29	50,761	,700	,676	,851
La enfermedad ha pasado porque tenía que pasar...	41,54	55,143	,224	,183	,872
Voy a salir de ésta	41,24	50,545	,676	,733	,851
En parte soy la culpable de mi situación	41,23	54,828	,202	,480	,875
Casi todo en la vida me ha ido bien	41,61	49,904	,618	,658	,853
A raíz de la enfermedad, vivo y disfruto más de la vida	41,63	49,103	,659	,576	,851
La evolución de la enfermedad depende, en parte, de mi	41,37	52,332	,442	,493	,862
Después de pasar por esta experiencia de salud, valoro más las pequeñas cosas de la vida	41,25	52,407	,515	,561	,859

MECANISMOS COGNITIVOS OPTIMISMO ESTRATÉGICO	Alfa de Cronbach
Recuerdos positivos	0,905
Sentido positivo de la experiencia (<i>Benefit finding</i>)	0,778
Autoeficacia y control ante la situación	0,686
Expectativas de solución positiva	0,864
Atribución causal de la enfermedad/Responsabilidad	0,664

Optimismo estratégico	Matriz de componentes rotados ^a			
	Componente			
	1	2	3	4
Me han pasado muchas cosas buenas en la vida	,259	,859	,218	-,019
Me voy a curar	,724	,242	,223	,162
Yo puedo hacer cosas	,710	,231	,026	-,098
Soy la responsable de la situación	,048	-,062	,005	,892
Gracias a la enfermedad, valoro más el amor de mi gente	,090	,267	,773	,094
En mi vida recuerdo más cosas positivas que negativas	,329	,798	,260	-,118
Al final todo saldrá bien	,734	,353	,281	,093
Yo puedo superar esta enfermedad	,760	,227	,205	,181
La enfermedad ha pasado porque tenía que pasar...	,374	-,141	,022	,383
Voy a salir de ésta	,818	,242	,136	,028
En parte soy la culpable de mi situación	,040	,086	,067	,851
Casi todo en la vida me ha ido bien	,292	,847	,128	,006
A raíz de la enfermedad, vivo y disfruto más de la vida	,484	,168	,665	-,024
La evolución de la enfermedad depende, en parte, de mí	,530	,193	,309	-,434
Después de pasar por esta experiencia de salud, valoro más las pequeñas cosas de la vida	,168	,114	,890	-,020

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

El análisis de componentes principales Varimax y la matriz de componentes rotados muestran 4 (Tabla 8). Atendiendo a este análisis, los ítems quedarían distribuidos en los siguientes factores:

- Factor 1. Formado por los ítems 2 ("Me voy a recuperar"), 3 ("Yo puedo hacer cosas para recuperarme"), 7 ("Al final saldrá bien"), 8 ("Puedo superar esta crisis de salud"), 10 ("¡Voy a salir de ésta!") y 14 ("La evolución de la situación de salud depende, en parte, de mí"). Atendiendo a los ítems que lo componen, denominamos a este factor: "Expectativas positivas de resultado y autoeficacia".

- Factor 2. Formado por los ítems 1 ("Me han pasado muchas cosas buenas"), 6 ("En mi vida recuerdo más cosas positivas") y 12 ("Casi todo me ha ido bien en la vida"). Hemos denominado a este factor: "Recuerdos positivos".
- Factor 3. Formado por los ítems 5 ("A raíz de la enfermedad valoro más el amor de mi gente"), 13 ("Disfruto más de la vida") y 15 ("Valoro más las pequeñas cosas de la vida"). A este factor lo hemos denominado "Aspectos positivos de la situación o *benefit finding*".
- Factor 4. Formado por los ítems 4 ("Soy la responsable de la situación"), 9 ("Ésto ha pasado porque tenía que pasar") y 11 ("En parte, soy culpable de la situación"), que constituirían el factor denominado "atribución interna y responsabilidad del cáncer o la situación de estrés".

10.3 Análisis relacional (bivariante)

10.3.1 Objetivo 1: Describir y comparar la calidad de vida de las pacientes en tres situaciones de salud: diagnóstico de cáncer de mama con tratamiento activo, diagnóstico de cáncer de mama en fase de intervalo libre de enfermedad, y pacientes con un diagnóstico de trastorno adaptativo sin cáncer de mama

Las pacientes que se encuentran en tratamiento activo del cáncer de mama muestran valores de afectación más elevados en todas las escalas (Tabla 9), siendo la escala de percepción global de la calidad de vida la que muestra una mediana más elevada de afectación ($Me= 83$).

Le siguen la escala de malestar psicológico y emocional ($Me= 54,7$), la escala de síntomas ($Me= 47,7$), la escala familiar y social ($Me= 45,5$) y la escala de autonomía en los quehaceres diarios ($Me= 31,3$).

En cuanto a las pacientes en intervalo libre de la enfermedad muestran una mediana de ($Me= 55$) en la calidad de vida global, una afectación de ($Me= 44,5$) en la escala psicológica y emocional, una mediana de ($Me= 26,2$) en la escala familiar y social, mediana de ($Me= 21,8$) en la escala de síntomas, y una afectación mediana de ($Me= 13$) en la escala de autonomía.

Las pacientes del grupo con trastorno adaptativo muestran también más afectación en la escala global de la calidad de vida ($Me= 50$), seguido de la escala psicológica y emocional, y familiar y social, que muestran el mismo nivel de afectación ($Me= 35,7$), la escala de síntomas ($Me= 30$), y la escala de autonomía ($Me= 22,5$).

Comparamos las medianas de los tres grupos mediante el test de Kruskal Wallis (prueba no paramétrica) porque ninguna de las escalas sigue una distribución normal según el test de normalidad de Shapiro-Wilk ($p < 0,001$ para todas las escalas). La comparación de medianas entre los tres grupos nos muestra diferencias significativas en la escala de síntomas ($\chi^2(2) = 19,265$; $p < .001$), en la autonomía diaria ($\chi^2(2) = 12,446$; $p < .002$) y en la escala psicológico y emocional ($\chi^2(2) = 7,721$; $p < .021$). Las diferencias entre los tres grupos no llega a ser significativa en las escalas social y familiar ($\chi^2(2) = 5,927$; $p < .052$) ni en la escala de calidad de vida global ($\chi^2(2) = 5,857$; $p < .054$).

Tabla 9.

Comparación de las medianas de afectación en la Calidad de vida de las pacientes en función de la situación médica (prueba de Kruskal Wallis)

ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 35 mediana (mín-max)	INTERVALO LIBRE CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 30 mediana (mín-max)	TRASTORNO ADAPTATIVO <i>n</i> = 31 mediana (mín-max)	χ^2	<i>p</i>
SÍNTOMAS	47,7 (33,8 – 58,5)	21,8 (6,7 – 33,5)	30 (18,3 – 41,7)	19,265	0,000
AUTONOMÍA	31,3 (11 – 49,5)	13 (0 – 20,3)	22,5 (11 – 25)	12,446	0,002
PSICOLÓGICA Y EMOCIONAL	54,7 (44,4 – 72,1)	44,5 (17,7 – 71,3)	35,7 (27,1 – 57,9)	7,721	0,021
FAMILIAR Y SOCIAL	45,5 (29,6 – 65,9)	26,2 (14 – 55,8)	35,7 (24,3 – 48,6)	5,927	0,052
CALIDAD DE VIDA GLOBAL	83 (30 – 94)	55 (6 – 80)	50 (35 – 70)	5,857	0,054

Para conocer entre qué grupos existen diferencias en cuanto a la calidad de vida se ha realizado la comparación de medianas mediante la prueba U de Mann-Whitney. Las pacientes que se encuentran en tratamiento activo presentan más síntomas físicos que las pacientes en intervalo libre ($Z = -3,639$; $p < .000$), más dificultades de autonomía

($Z=-3,151$; $p<.002$), más dificultades sociales y familiares ($Z=-2,224$; $p<.026$), y mayor afectación a nivel de calidad de vida global ($Z=-2,135$; $p<.033$).

La mediana de afectación psicológica y emocional es más elevada en las pacientes en tratamiento activo comparado con las pacientes en intervalo libre, pero no llega a ser significativa (Tabla 10).

Tabla 10.

Comparación de las medianas de afectación en la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo y las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA (n= 35) (rango promedio)	FASE DE INTERVALO LIBRE (n= 30) mediana (mín-max)	Z	p
SÍNTOMAS	47,7 (33,8 – 58,5)	21,8 (6,7 – 33,5)	-3,639	0,001
AUTONOMÍA	31,3 (11 – 49,5)	13 (0 – 20,3)	-3,151	0,002
PSICOLÓGICA Y EMOCIONAL	54,7 (44,4 – 72,1)	44,5 (17,7 – 71,3)	-1,915	0,056
FAMILIAR Y SOCIAL	45,5 (29,6 – 65,9)	26,2 (14 – 55,8)	-2,224	0,026
CALIDAD DE VIDA GLOBAL	83 (30 – 94)	55 (6 – 80)	-2,224	0,033

Las pacientes en tratamiento activo presentan más sintomatología física que las pacientes con trastorno adaptativo ($Z=-3,656$; $p<.001$), más dificultades emocionales y psicológicas ($Z=-2,775$; $p<.006$) y más pérdida de calidad de vida global ($Z=-2,001$; $p<.045$). Las pacientes oncológicas presentan más afectación en la escala de autonomía y la escala familiar y social, sin embargo, las diferencias no llegan a ser significativas (Tabla 11).

Tabla 11.

Comparación de las medianas de afectación en la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n</i> =35 mediana (mín-max)	TRASTORNO ADAPTATIVO <i>n</i> =31 mediana (mín-max)	Z	p
SÍNTOMAS	47,7 (33,8 – 58,5)	30 (18,3 – 41,7)	-3,656	0,001
AUTONOMÍA	31,3 (11 – 49,5)	22,5 (11 – 25)	-1,651	0,051
PSICOLÓGICA Y EMOCIONAL	54,7 (44,4 – 72,1)	35,7 (27,1 – 57,9)	-2,775	0,006
FAMILIAR Y SOCIAL	45,5 (29,6 – 65,9)	35,7 (24,3 – 48,6)	-1,651	0,099
CALIDAD DE VIDA GLOBAL	83 (30 – 94)	50 (35 – 70)	-2,001	0,045

Como puede observarse en la Tabla 12, las pacientes en intervalo libre muestran niveles de afectación similar a las mujeres con trastorno adaptativo, aunque estas últimas tienen más dificultades en sus quehaceres diarios que las pacientes en intervalo libre del cáncer de mama ($Z=-2,292$; $p<.022$).

Tabla 12.

Comparación de las medianas de afectación en la Calidad de vida de las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA	FASE DE INTERVALO LIBRE <i>n</i> =30 mediana (mín-max)	TRASTORNO ADAPTATIVO <i>n</i> =31 mediana (mín-max)	Z	p
SÍNTOMAS	21,8 (6,7 – 33,5)	30 (18,3 – 41,7)	-1,580	0,114
AUTONOMÍA	13 (0 – 20,3)	22,5 (11 – 25)	-2,292	0,022
PSICOLÓGICA Y EMOCIONAL	44,5 (17,7 – 71,3)	35,7 (27,1 – 57,9)	-,137	0,891
FAMILIAR Y SOCIAL	26,2 (14 – 55,8)	35,7 (24,3 – 48,6)	-1,075	0,282
CALIDAD DE VIDA GLOBAL	55 (6 – 80)	50 (35 – 70)	-,152	0,879

A continuación, se describen los componentes de la escala de síntomas físicos y se compara la afectación entre las tres situaciones de salud (Tabla 13). Las pacientes en tratamiento activo muestran como síntoma principal el cansancio físico ($Me= 83$), seguido de las dificultades para estar despejada durante el día ($Me= 60$), las dificultades para dormir ($Me= 55$), el dolor ($Me= 53$), la falta de apetito ($Me= 46$), y la presencia de náuseas ($Me= 20$).

Para las pacientes que se encuentran en intervalo libre de la enfermedad el cansancio es también el síntoma que más les afecta ($Me= 25$), seguido de las dificultades para dormir ($Me= 18,5$), el dolor ($Me= 17,5$) y los problemas de vigilia o dificultad para estar despejada durante el día ($Me= 12$). Sin embargo, no presentan problemas con el apetito ni náuseas.

En cuanto a las pacientes con trastorno adaptativo, la mayor afectación se observa en las dificultades para dormir ($Me= 45$), seguido del cansancio ($Me= 42$), la pérdida de apetito ($Me= 30$), las dificultades para mantener la vigilia durante el día ($Me= 20$) y el dolor ($Me= 20$).

La comparación de las medianas de los síntomas entre los tres grupos de salud nos indica diferencias significativas en la presencia de náuseas ($\chi^2(2)= 6,771$; $p<.034$), dolor ($\chi^2(2)= 6,892$; $p<.032$), vigilia ($\chi^2(2)= 14,542$; $p<.001$), fatiga ($\chi^2(2)= 13,040$; $p<.001$) y apetito ($\chi^2(2)= 14,929$; $p<.001$).

Tabla 13.

Comparación de las medianas de afectación en la escala de Síntomas de la Calidad de vida de las pacientes en función de la situación médica (Prueba de Kruskal Wallis)

ESCALA DE SÍNTOMAS	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 35 mediana (mín-max)	FASE DE INTERVALO LIBRE <i>n</i> = 30 mediana (mín-max)	TRASTORNO ADAPTATIVO <i>n</i> = 31 mediana (mín-max)	χ^2	<i>p</i>
NÁUSEAS	20 (0 – 44)	0 (0 – 20)	0 (0 – 20)	6,771	0,034
DOLOR	53 (3 – 69)	17,5 (0 – 58)	20 (0 – 33)	6,892	0,032
SUEÑO	55 (19 – 67)	18,5 (0 – 74)	45 (20 – 63)	2,027	0,363
VIGÍLIA	60 (14 – 80)	12 (0 – 32)	20 (0 – 40)	14,542	0,001
FATIGA	83 (42 – 92)	25 (0 – 65)	42 (20 – 60)	13,040	0,001
APETITO	46 (8 – 70)	0 (0 – 34)	30 (0 – 60)	14,929	0,001

Para analizar entre qué grupo de pacientes existen diferencias significativas en los aspectos que componen la escala de síntomas, se han comparado las medianas de afectación con la prueba U de Mann-Whitney (Tabla 14). En las pacientes en tratamiento activo se observa más afectación en todos los síntomas físicos comparado con las pacientes en intervalo libre. Se observan diferencias significativas en las dificultades para mantenerse despiertas durante el día ($Z=-3,225$; $p<.001$), más fatiga ($Z= -3,186$; $p<.001$) y pérdida de apetito ($Z=-3,763$; $p<.001$).

Tabla 14.

Comparación de las medianas de afectación en los componentes de la Escala de Síntomas de la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama y las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALA DE SÍNTOMAS	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA n= 35 mediana (mín-max)	FASE DE INTERVALO LIBRE n= 30 mediana (mín-max)	Z	P
NÁUSEAS	20 (0 – 44)	0 (0 – 20)	-1,912	0,056
DOLOR	53 (3 – 69)	17,5 (0 – 58)	-1,917	0,055
SUEÑO	55 (19 – 67)	18,5 (0 – 74)	-1,111	0,266
VIGÍLIA	60 (14 – 80)	12 (0 – 32)	-3,225	0,001
FATIGA	83 (42 – 92)	25 (0 – 65)	-3,186	0,001
APETITO	46 (8 – 70)	0 (0 – 34)	-3,763	0,001

Las pacientes en tratamiento activo presentan medianas de afectación más elevadas en todos los síntomas físicos, comparado con las pacientes con trastorno adaptativo. Se observan diferencias significativas en el nivel de náuseas ($Z=-2,368$; $p<.018$), dolor ($Z=-2,535$; $p<.011$), vigilia ($Z=-3,246$; $p<.001$) y cansancio ($Z=-2,868$; $p<.004$) (Tabla 15).

Tabla 15.

Comparación de las medianas de afectación en los componentes de la Escala de Síntomas de la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALA DE SÍNTOMAS	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 35 mediana (mín-max)	TRASTORNO ADAPTATIVO <i>n</i> = 31 mediana (mín-max)	Z	<i>p</i>
NÁUSEAS	20 (0 – 44)	0 (0 – 20)	-2,368	0,018
DOLOR	53 (3 – 69)	20 (0 – 33)	-2,535	0,011
SUEÑO	55 (19 – 67)	45 (20 – 63)	-,702	0,483
VIGÍLIA	60 (14 – 80)	20 (0 – 40)	-3,246	0,001
FATIGA	83 (42 – 92)	42 (20 – 60)	-2,868	0,004
APETITO	46 (8 – 70)	30 (0 – 60)	-1,138	0,255

Las pacientes con trastorno adaptativo muestran medianas de afectación más elevadas en todos los síntomas físicos comparado con las pacientes en intervalo libre del cáncer de mama. Sin embargo existen diferencias significativas únicamente en las dificultades con el apetito ($Z=-2,756$; $p<.006$) (Tabla 16).

Tabla 16.

Comparación de las medianas de afectación en la escala de Síntomas de la Calidad de vida de las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALA DE SÍNTOMAS	FASE DE INTERVALO LIBRE n= 30 mediana (mín-max)	TRASTORNO ADAPTATIVO n= 31 mediana (mín-max)	Z	p
NÁUSEAS	0 (0 – 20)	0 (0 – 20)	-,398	0,691
DOLOR	17,5 (0 – 58)	20 (0 – 33)	-,029	0,976
SUEÑO	18,5 (0 – 74)	45 (20 – 63)	-1,267	0,205
VIGÍLIA	12 (0 – 32)	20 (0 – 40)	-,262	0,794
FATIGA	25 (0 – 65)	42 (20 – 60)	-,919	0,358
APETITO	0 (0 – 34)	30 (0 – 60)	-2,756	0,006

Respecto a la escala de autonomía de la calidad de vida (Tabla 17), en el componente donde las pacientes en tratamiento activo del cáncer de mama muestran la mayor afectación es en la dificultad para hacer las actividades habituales en casa ($Me=39$), seguido de la pérdida de capacidad de actividad física ($Me= 24$), las limitaciones para moverse y desplazarse ($Me= 11$), y las dificultades para llevar a cabo sus cuidados personales cotidianos ($Me= 5$).

Las pacientes que se encuentran en intervalo libre del cáncer no muestran dificultades en la mayoría de aspectos referentes a la autonomía, pero sí para hacer las actividades habituales en casa ($Me= 16$).

Las pacientes con trastorno adaptativo muestran alteración en todas las escalas de la calidad de vida relacionada con la autonomía. El aspecto con más afectación es la dificultad para hacer las tareas en casa ($Me= 25$), la movilidad ($Me= 20$), las dificultades

en los cuidados personales ($Me= 20$) y las limitaciones para hacer algún tipo de actividad física ($Me= 20$).

La prueba de Kruskal-Wallis nos muestra diferencias significativas entre los tres grupos de pacientes en cuanto a la movilidad ($\chi^2(2)= 9,680$; $p<.008$), a las dificultades en los cuidados personales ($\chi^2(2)= 22,378$; $p<.001$), a las limitaciones para hacer actividad física ($\chi^2(2)= 7,786$; $p<.020$) y a las dificultades para hacer las actividades en casa ($\chi^2(2)= 8,784$; $p<.012$).

Tabla 17.

Comparación de las medianas de afectación en la escala de Autonomía de la Calidad de vida de las pacientes en función de la situación médica (Prueba de Kruskal Wallis)

ESCALA DE AUTONOMÍA	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA	FASE DE INTERVALO LIBRE	TRASTORNO ADAPTATIVO	χ^2	p
	n= 35 mediana (mín-max)	n= 30 mediana (mín-max)	n= 31 mediana (mín-max)		
MOVILIDAD	11 (0 – 53)	0 (0 – 11)	20 (0 – 25)	9,680	0,008
CUIDADOS PERSONALES	5 (0 – 27)	0 (0 – 0)	20 (5 – 30)	22,378	0,001
ACTIVIDAD FÍSICA	24 (4 – 76)	0 (0 – 37)	20 (0 – 35)	7,786	0,020
ACTIVIDADES EN CASA	39 (6 – 79)	16,5 (0 – 38)	25 (0 – 40)	8,784	0,012

Nuevamente, para analizar entre qué grupos existen diferencias significativas en los componentes de la autonomía se ha realizado la comparación de medianas con la prueba U de Mann-Whitney. Las pacientes en tratamiento activo del cáncer de mama sufren más afectación en la movilidad ($Z=-2,916$; $p<.008$), más dificultades en los cuidados personales ($Z=-3,089$; $p<.001$), en las limitaciones para la actividad física ($Z=-2,692$; $p<.020$) y más dificultades para realizar las tareas de la casa que las pacientes en intervalo libre de la enfermedad ($Z=-2,454$; $p<.012$) (Tabla 18).

Tabla 18.

Comparación de las medianas de afectación en la escala de Autonomía de la Calidad de vida de las pacientes en tratamiento activo y las pacientes en fase de intervalo libre del cáncer de mama (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALA DE AUTONOMÍA	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 35 mediana (mín-max)	INTERVALO LIBRE CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 30 mediana (mín-max)	<i>Z</i>	<i>p</i>
MOVILIDAD	11 (0 – 53)	0 (0 – 11)	-2,916	0,008
CUIDADOS PERSONALES	5 (0 – 27)	0 (0 – 0)	-3,089	0,001
ACTIVIDAD FÍSICA	24 (4 – 76)	0 (0 – 37)	-2,692	0,020
ACTIVIDADES EN CASA	39 (6 – 79)	16,5 (0 – 38)	-2,454	0,012

Las pacientes de cáncer de mama que se encuentran en tratamiento activo también tienen más dificultades en realizar las tareas de la casa comparado con las pacientes con trastorno adaptativo ($Z=-2,587$; $p<.010$). Sin embargo, estas últimas muestran más afectación en cuanto a los cuidados personales que las pacientes en tratamiento oncológico ($Z=-1,996$; $p<.001$) (Tabla 19).

Tabla 19.

Comparación de las medianas de afectación en la escala de Autonomía de la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALA DE AUTONOMÍA	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 35 mediana (mín-max)	TRASTORNO ADAPTATIVO <i>n</i> = 31 mediana (mín-max)	<i>Z</i>	<i>p</i>
MOVILIDAD	11 (0 – 53)	20 (0 – 25)	-1,017	0,309
CUIDADOS PERSONALES	5 (0 – 27)	20 (5 – 30)	-1,996	0,046
ACTIVIDAD FÍSICA	24 (4 – 76)	20 (0 – 35)	-1,692	0,091
ACTIVIDADES EN CASA	39 (6 – 79)	25 (0 – 40)	-2,587	0,010

Las pacientes con trastorno adaptativo presentan más afectación en la movilidad ($Z=-2,338$; $p<.019$) y en los cuidados personales ($Z=-4,725$; $p<.001$) que las pacientes en intervalo libre del cáncer de mama (Tabla 20).

Tabla 20.

Comparación de las medianas de afectación en la escala de Autonomía de la Calidad de vida de las pacientes en fase de intervalo libre del cáncer de mama y las pacientes con trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALA DE AUTONOMÍA	INTERVALO LIBRE CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 30 mediana (mín-max)	TRASTORNO ADAPTATIVO <i>n</i> = 31 mediana (mín-max)	<i>Z</i>	<i>p</i>
MOVILIDAD	0 (0 – 11)	20 (0 – 25)	-2,338	0,019
CUIDADOS PERSONALES	0 (0 – 0)	20 (5 – 30)	-4,725	0,000
ACTIVIDAD FÍSICA	0 (0 – 37)	20 (0 – 35)	-1,180	0,238
ACTIVIDADES EN CASA	16,5 (0 – 38)	25 (0 – 40)	-,111	0,912

En cuanto a los elementos de la escala emocional y psicológica de la calidad de vida (Tabla 21), observamos que entre las pacientes en tratamiento activo la depresión ($Me= 72$), el miedo ($Me= 72$) y la ansiedad ($Me= 71$) son los síntomas emocionales más intensos. Les siguen aspectos como la pérdida de atractivo sexual ($Me= 61$), las dificultades por aceptarse y sentirse atractiva ($Me= 60$), la dificultad para concentrarse ($Me= 43$) y la ira ($Me= 41$).

Para las pacientes que se encuentran en intervalo libre, el miedo ($Me= 77$), la ansiedad ($Me= 59,5$) y la depresión ($Me= 49,5$) son los aspectos que presentan más afectación. La falta de concentración ($Me= 42,5$), las dificultades de aceptación del cuerpo ($Me= 42$) y las dificultades para sentirse atractivas sexualmente ($Me= 38$)

provocan malestar entre estas pacientes; mientras que las dificultades emocionales debido a la ira son menores ($Me= 6,5$).

Las pacientes con trastorno adaptativo también informan que el miedo ($Me= 50$), la ansiedad ($Me= 50$) y la depresión ($Me= 50$) son los aspectos emocionales que más les afectan, seguido de la falta de concentración ($Me= 40$), las dificultades con el atractivo sexual ($Me= 30$), la aceptación del propio cuerpo ($Me= 30$) y los problemas de ira ($Me=30$).

La comparación de medianas (Kruskall Wallis) nos muestra diferencias significativas entre los tres grupos de salud en cuanto a la pérdida del atractivo sexual ($\chi^2(2)= 7,711$; $p<.021$), a las dificultades para aceptarse físicamente ($\chi^2(2)= 9,227$; $p<.010$), a la depresión ($\chi^2(2)= 10,277$; $p<.006$), y al miedo ($\chi^2(2)= 5,897$; $p<.052$).

Tabla 21.

Comparación de las medianas de afectación en la escala Psicológica y Emocional de la Calidad de vida de las pacientes en función de la situación médica (Prueba de Kruskal-Wallis)

ESCALA DE MALESTAR EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n= 35</i> mediana (mín-max)	FASE DE INTERVALO LIBRE <i>n= 30</i> mediana (mín-max)	TRASTORNO ADAPTATIVO <i>n= 31</i> mediana (mín-max)	χ^2	<i>p</i>
ATRACTIVO SEXUAL	60 (21 – 86)	42 (0 – 77)	30 (10 – 50)	7,711	0,021
IRA	41 (8 – 84)	6,5 (0 – 78)	30 (20 – 60)	4,288	0,117
ANSIEDAD	71 (35 – 84)	59,5 (0 – 90)	50 (30 – 70)	4,666	0,097
ACEPTACIÓN FÍSICA	61 (30 – 90)	38 (20 – 66)	30 (10 – 50)	9,227	0,010
DEPRESIÓN	72 (31 – 96)	49,5 (0 – 75)	50 (20 – 60)	10,277	0,006
CONCENTRACIÓN	43 (12 – 75)	42,5 (0 – 66)	40 (10 – 60)	,699	0,705
MIEDO	72 (53 – 93)	77,5 (10 – 86)	50 (25 – 70)	5,897	0,052

La comparación de medianas (U de Mann-Whitney) entre pares nos permite observar entre qué grupos existen esas diferencias.

Las pacientes que se encuentran en tratamiento oncológico activo presentan niveles estadísticamente superiores de afectación en la ira ($Z=-1,970$; $p<.049$), las dificultades de aceptación del cuerpo ($Z=-1,977$; $p<.048$) y la depresión ($Z=-2,778$; $p<.006$) comparado con las pacientes que han pasado por el proceso del cáncer y su tratamiento y se encuentran en la fase libre de la enfermedad (Tabla 22).

Tabla 22.

Comparación de las medianas de afectación en la escala Psicológica y Emocional de la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo y las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALA DE MALESTAR EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 35 mediana (mín-max)	FASE DE INTERVALO LIBRE <i>n</i> = 30 mediana (mín-max)	Z	p
ATRACTIVO SEXUAL	60 (21 – 86)	42 (0 – 77)	-1,233	0,217
IRA	41 (8 – 84)	6,5 (0 – 78)	-1,970	0,049
ANSIEDAD	71 (35 – 84)	59,5 (0 – 90)	-1,193	0,239
ACEPTACIÓN FÍSICA	61 (30 – 90)	38 (20 – 66)	-1,997	0,048
DEPRESIÓN	72 (31 – 96)	49,5 (0 – 75)	-2,778	0,005
CONCENTRACIÓN	43 (12 – 75)	42,5 (0 – 66)	-,992	0,321
MIEDO	72 (53 – 93)	77,5 (10 – 86)	-1,061	0,289

Las pacientes en tratamiento activo muestran también más afectación en el atractivo sexual ($Z= -2,799$; $p<.005$), en el nivel de ansiedad ($Z= -2,277$; $p<.023$), en la aceptación del aspecto físico ($Z= -2,968$; $p<.003$), la depresión ($Z= -2,703$; $p<.007$) y el

miedo ($Z = -2,617$; $p < .009$) comparado con las pacientes con trastorno adaptativo (Tabla 23).

Tabla 23.

Comparación de las medianas de afectación en la escala Psicológica y Emocional de la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo del cáncer y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALA DE MALESTAR EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 35 mediana (mín-max)	TRASTORNO ADAPTATIVO <i>n</i> = 31 mediana (mín-max)	Z	p
ATRACTIVO SEXUAL	60 (21 – 86)	30 (10 – 50)	-2,799	0,005
IRA	41 (8 – 84)	30 (20 – 60)	-,348	0,778
ANSIEDAD	71 (35 – 84)	50 (30 – 70)	-2,277	0,023
ACEPTACIÓN FÍSICA	61 (30 – 90)	30 (10 – 50)	-2,968	0,003
DEPRESIÓN	72 (31 – 96)	50 (20 – 60)	-2,703	0,007
CONCENTRACIÓN	43 (12 – 75)	40 (10 – 60)	-,053	0,958
MIEDO	72 (53 – 93)	50 (25 – 70)	-2,617	0,009

Las pacientes que se encuentran en intervalo libre del cáncer de mama y las pacientes que presentan un trastorno adaptativo, presentan medianas de afectación similares en todos los aspectos valorados en la escala psicológica y emocional, no observándose diferencias significativas entre estos dos grupos de salud en cuanto al sufrimiento emocional y psicológico (Tabla 24).

Tabla 24.

Comparación de las medianas de afectación en la escala Psicológica y Emocional de la Calidad de vida de las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALA DE MALESTAR EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO	FASE DE INTERVALO LIBRE n= 30 mediana (mín-max)	TRASTORNO ADAPTATIVO n= 31 mediana (mín-max)	Z	p
ATRACTIVO SEXUAL	42 (0 – 77)	30 (10 – 50)	-1,404	0,160
IRA	6,5 (0 – 78)	30 (20 – 60)	-1,591	0,112
ANSIEDAD	59,5 (0 – 90)	50 (30 – 70)	-,597	0,597
ACEPTACIÓN FÍSICA	38 (20 – 66)	30 (10 – 50)	-,869	0,385
DEPRESIÓN	49,5 (0 – 75)	50 (20 – 60)	-,058	0,954
CONCENTRACIÓN	42,5 (0 – 66)	40 (10 – 60)	-,373	0,709
MIEDO	77,5 (10 – 86)	50 (25 – 70)	-,875	0,382

En relación a la escala social y familiar (Tabla 25), las pacientes en tratamiento activo del cáncer de mama muestran una mediana de afectación de ($Me= 84$) en cuanto a la ilusión por hacer cosas, falta de satisfacción en las actividades sociales ($Me= 62$), y las actividades recreativas y de ocio ($Me= 52$). Además, muestran dificultades con la familia con una mediana de ($Me= 40$), preocupación por los hijos ($Me= 40$) y preocupaciones económicas ($Me= 18$).

Las pacientes en fase libre de enfermedad muestran preocupación por los hijos, con una mediana de ($Me= 72$), por la economía ($Me= 23$) y por la familia ($Me= 12$). Se observa menos afectación relacionada con la ilusión por hacer cosas ($Me= 2,5$), la relación con la pareja ($Me= 4$), la satisfacción con la vida social ($Me= 8,5$), y las actividades recreativas ($Me= 5$).

Las pacientes con trastorno adaptativo muestran preocupación relacionada con los hijos ($Me= 60$), falta de ganas por hacer cosas ($Me= 40$) y dificultades en la relación de pareja ($Me= 40$). También muestran dificultades con la familia ($Me= 30$), insatisfacción con la vida social ($Me= 30$), y actividades recreativas ($Me= 30$), y preocupaciones económicas con una mediana de ($Me= 20$).

Existen diferencias significativas entre las pacientes de los tres grupos en el nivel de pérdida de calidad de vida social relacionado con las actividades recreativas ($\chi^2(2)= 10,054$; $p<.007$), la pérdida de satisfacción social ($\chi^2(2)= 13,894$; $p<.001$), las dificultades con la familia ($\chi^2(2)= 6,513$; $p<.039$) y la pérdida de ilusión por hacer cosas ($\chi^2(2)= 9,695$; $p<.008$) (Tabla 25).

Tabla 25.

Comparación de las medianas de afectación en la escala Social y Familiar de la Calidad de vida de las pacientes en función de la situación médica (Prueba de Kruskal-Wallis)

ESCALA DE MALESTAR SOCIAL Y FAMILIAR	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER MAMA <i>n= 35</i> mediana (mín-max)	FASE DE INTERVALO LIBRE <i>n= 30</i> mediana (mín-max)	TRASTORNO ADAPTATIVO <i>n= 31</i> mediana (mín-max)	χ^2	<i>p</i>
ACTIVIDADES RECREATIVAS	52 (10 – 88)	5 (0 – 53)	30 (15 – 50)	10,054	0,007
SATISFACCIÓN SOCIAL	62 (30 – 89)	8,5 (0 – 67)	30 (10 – 60)	13,894	0,001
PREOCUPACIÓN HIJOS	40 (19 – 90)	72 (25 – 86)	60 (50 – 70)	0,289	0,865
RELACIÓN DE PAREJA	10 (0 – 47,5)	4 (0 – 75)	40 (25 – 60)	2,927	0,231
RELACIÓN FAMILIA	40 (12 – 73)	12 (0 – 35)	30 (10 – 50)	6,513	0,039
ILUSIÓN POR HACER COSAS	84 (5 – 92)	2,5 (0 – 58)	40 (20 – 65)	9,695	0,008
PREOCUPACIÓN ECONOMÍA	18 (4 – 57)	23,5 (0 – 80)	20 (0 – 50)	0,194	0,907

Las pacientes en tratamiento activo presentan más dificultades con las actividades recreativas ($Z=-3,080$; $p<.002$), con la pérdida de satisfacción social ($Z=-3,238$; $p<.001$), con las dificultades familiares ($Z=-2,422$; $p<.015$) y con la ilusión por hacer cosas ($Z=-2,955$; $p<.003$), comparado con las pacientes que han pasado por un cáncer de mama y se encuentran en la actualidad en una situación de intervalo libre de enfermedad (Tabla 26).

Tabla 26.

Comparación de las medianas de afectación en la escala Social y Familiar de la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo y las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALA DE MALESTAR SOCIAL Y FAMILIAR	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 35 mediana (mín-max)	INTERVALO LIBRE CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 30 mediana (mín-max)	Z	p
ACTIVIDADES RECREATIVAS	52 (10 – 88)	5 (0 – 53)	-3,080	0,002
SATISFACCIÓN SOCIAL	62 (30 – 89)	8,5 (0 – 67)	-3,238	0,001
PREOCUPACIÓN HIJOS	40 (19 – 90)	72 (25 – 86)	-,084	0,933
RELACIÓN DE PAREJA	10 (0 – 47,5)	4 (0 – 75)	-,205	0,838
RELACIÓN FAMILIA	40 (12 – 73)	12 (0 – 35)	-2,422	0,015
ILUSIÓN POR HACER COSAS	84 (5 – 92)	2,5 (0 – 58)	-2,955	0,003
PREOCUPACIÓN ECONOMÍA	18 (4 – 57)	23,5 (0 – 80)	-,027	0,979

Las pacientes en tratamiento activo del cáncer de mama tienen niveles parecidos de calidad de vida social comparado con las pacientes con trastorno adaptativo (Tabla 27). Existen diferencias significativas únicamente en el aspecto relacionado con la satisfacción social. Las pacientes en tratamiento activo del cáncer sienten menos satisfacción con su vida social ($Z=-2,952$; $p<.003$).

Tabla 27.

Comparación de las medianas de afectación en la escala Social y Familiar de la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALA DE MALESTAR SOCIAL Y FAMILIAR	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 35 mediana (mín-max)	TRASTORNO ADAPTATIVO <i>n</i> = 31 mediana (mín-max)	<i>Z</i>	<i>p</i>
ACTIVIDADES RECREATIVAS	52 (10 – 88)	30 (15 – 50)	-1,648	0,099
SATISFACCIÓN SOCIAL	62 (30 – 89)	30 (10 – 60)	-2,952	0,003
PREOCUPACIÓN HIJOS	40 (19 – 90)	60 (50 – 70)	-,907	0,364
RELACIÓN DE PAREJA	10 (0 – 47,5)	40 (25 – 60)	-1,672	0,094
RELACIÓN FAMILIA	40 (12 – 73)	30 (10 – 50)	-,954	0,340
ILUSIÓN POR HACER COSAS	84 (5 – 92)	40 (20 – 65)	-1,243	0,214
PREOCUPACIÓN ECONOMÍA	18 (4 – 57)	20 (0 – 50)	-,166	0,868

Las pacientes que se encuentran en intervalo libre del cáncer de mama y las pacientes con trastorno adaptativo no muestran diferencias significativas en relación a la calidad de sus relaciones sociales y familiares (Tabla 28). Únicamente las pacientes con trastorno adaptativo muestran más dificultades en la ilusión para hacer cosas recreativas comparado con las pacientes en intervalo libre del cáncer ($Z=-2,127$; $p<.033$).

Tabla 28.

Comparación de las medianas de afectación en la escala Social y Familiar de la Calidad de vida de las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALA DE MALESTAR SOCIAL Y FAMILIAR	FASE DE INTERVALO LIBRE <i>n</i> = 30 mediana (mín-max)	TRASTORNO ADAPTATIVO <i>n</i> = 31 mediana (mín-max)	Z	p
ACTIVIDADES RECREATIVAS	5 (0 – 53)	30 (15 – 50)	-1,683	0,092
SATISFACCIÓN SOCIAL	8,5 (0 – 67)	30 (10 – 60)	-1,204	0,229
PREOCUPACIÓN HIJOS	72 (25 – 86)	60 (50 – 70)	-,147	0,883
RELACIÓN DE PAREJA	4 (0 – 75)	40 (25 – 60)	-1,184	0,236
RELACIÓN FAMILIA	12 (0 – 35)	30 (10 – 50)	-1,752	0,080
ILUSIÓN POR HACER COSAS	2,5 (0 – 58)	40 (20 – 65)	-2,127	0,033
PREOCUPACIÓN ECONOMÍA	23,5 (0 – 80)	20 (0 – 50)	-,577	0,564

10.3.2 Objetivo 2: Describir y comparar el Optimismo Disposicional de las pacientes en cada situación de salud

El Optimismo Disposicional mide la tendencia a creer de forma general que nos pasarán más cosas positivas que negativas. En su conjunto, la muestra global presenta una mediana de Optimismo Disposicional de ($Me= 17,5$) y un rango intercuartílico de (13,5 – 21,5) (Tabla 29). La mediana tanto de los ítems positivos como de los negativos del LOT-R es de ($Me= 9$) y el rango intercuartílico de (6 - 11).

Respecto a los tres grupos de pacientes en función de la situación de salud, se observa que las pacientes en intervalo libre presentan una mediana de ($Me= 17$) en

Optimismo Disposicional y un rango intercualítico de (13-22), las pacientes en tratamiento activo muestran una mediana de ($Me=20$; 12-23) y las pacientes del grupo con trastorno adaptativo, presentan una mediana de ($Me= 17$) y un rango intercuartílico de (14-19).

No se observan diferencias estadísticamente significativas en los valores del Optimismo Disposicional entre las tres situaciones de salud ($\chi^2(2)= 1,954$; $p<0,376$).

Tabla 29.

Comparación de las medianas de Optimismo Disposicional de la muestra en función de la situación médica (Prueba de Kruskal-Wallis)

LOT-R	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 35 mediana (max-min)	FASE DE INTERVALO LIBRE <i>n</i> = 30 mediana (max-min)	TRASTORNO ADAPTATIVO <i>n</i> = 31 mediana (max-min)	χ^2	<i>p</i>
ÍTEMS POSITIVOS LOT-R (0-12)	11 (6 – 11)	9,5 (5 – 11)	9 (7 – 9)	2,281	0,320
ÍTEMS NEGATIVOS LOT-R (0-12)	9 (7 – 12)	8 (5 – 11)	8,5 (7 – 10)	3,412	0,182
LOT-R (0-24)	20 (12 – 23)	17 (13 – 22)	17 (14 – 19)	1,954	0,376

Basándonos en la mediana redondeada ($Me= 17,5$) y siguiendo el mismo procedimiento utilizado en estudios similares (Schou et al., 2004), distribuimos las muestras en optimistas (≥ 18) y pesimistas (<18), de manera que la mitad del conjunto de la muestra tiende a ser disposicionalmente optimista y viceversa.

Si tenemos en cuenta los porcentajes de optimistas y pesimistas en función de la situación médica (Tabla 30), observamos que la distribución es equilibrada y no existen diferencias entre las tres situaciones de salud ($\chi^2= 0,547$; $p=0,761$). Es decir, a pesar de

encontrarse en situaciones médicas diferentes, la proporción de optimistas y pesimistas disposicionales no muestra diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de pacientes. Al tratarse de un aspecto fundamentalmente disposicional, los resultados van en el sentido esperado.

Tabla 30.

Distribución de las pacientes de la muestra en función de su optimismo (>18) y su pesimismo disposicional (<18)

OPTIMISTAS/ PESIMISTAS	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n= 35</i> <i>n (%)</i>	FASE INTERVALO LIBRE <i>n= 30</i> <i>n (%)</i>	TRASTORNO ADAPTATIVO <i>n= 31</i> <i>n (%)</i>	TOTAL <i>N=96</i> <i>n (%)</i>	χ^2	<i>p</i>
OPTIMISTAS	20 (57,1%)	15 (50,0%)	14 (45,2%)	49 (51%)		
PESIMISTAS	15 (42,9%)	15 (50,0%)	17 (54,8%)	47 (49%)	,547	,761
TOTAL	35 (100,0%)	30 (100,0%)	31 (100,0%)	96 (100,0%)		

10.3.3 Objetivo 3: Describir y comparar el Optimismo Estratégico de las pacientes en función de su situación de salud

En la presente investigación hemos evaluado un conjunto de mecanismos cognitivos que las personas podrían utilizar ante la situación médica y que, teniendo en cuenta las evidencias halladas en la revisión teórica, estarían vinculados al optimismo.

Tal y como hemos descrito en el apartado de instrumentos, los ítems estudiados en el Optimismo Estratégico se agrupan en 4 factores: Recuerdos positivos, Expectativas

positivas y de percepción de control, Atribución interna y responsabilidad del cáncer o la situación de estrés, y Sentido positivo de la experiencia.

Referente a los recuerdos positivos, la percepción que tiene la paciente de su pasado se ha evaluado con ítems que lo valoran de forma genérica, pero en el momento actual de salud (Tabla 31). Ante las afirmaciones: En estos momentos y ante mi situación de salud, "Creo que me han pasado muchas cosas buenas en la vida", "En mi vida recuerdo más cosas positivas que negativas" o "Casi todo me ha ido bien" aproximadamente la mitad de las pacientes que se encuentran en tratamiento activo del cáncer de mama valoran su pasado de forma positiva muy poco o nunca.

Entre las pacientes que se encuentran en fase de intervalo libre del cáncer de mama, la mayoría expresa una valoración positiva de su pasado. El 69,2% expresa que le han pasado muchas cosas buenas en la vida, el 73,1% piensa que en su vida recuerda más cosas positivas que negativas, y el 65,4% piensa que casi todo en la vida le ha ido muy bien.

En cuanto al grupo de pacientes que presentan un trastorno adaptativo, el 71% valora que le han pasado muchas cosas buenas en la vida, el 73,3% recuerda más cosas positivas que negativas, y el 77,4% cree que casi todo en la vida le ha ido bien.

Se han comparado estas variables de estructura categórica mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. A pesar de que la proporción de pacientes que valoran positivamente su pasado es mayor entre las pacientes en intervalo libre y las pacientes con estrés adaptativo respecto a las pacientes con tratamiento activo del cáncer de mama, las diferencias no llegan a ser significativas.

Tabla 31.

Comparación de las pacientes en función de los Recuerdos positivos y la situación médica (Test de χ^2 de Pearson)

RECUERDOS POSITIVOS	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n= 28</i> <i>n (%)</i>	FASE DE INTERVALO LIBRE <i>n= 26</i> <i>n (%)</i>	TRASTORNO ADAPTATIVO <i>n= 31</i> <i>n (%)</i>	χ^2	<i>p</i>
En estos momentos de salud en los que me encuentro ahora, creo que.....					
Me han pasado muchas cosas buenas en la vida					
Lo pienso poco o nunca	15 (51,7%)	8 (30,8%)	9 (29,0%)	3,963	0,138
Lo pienso mucho	13 (48,3%)	18 (69,2%)	22 (71,0%)		
En mi vida recuerdo más cosas positivas que negativas					
Lo pienso poco o nunca	15(51,7%)	7(26,9%)	8(26,7%)	5,203	0,074
Lo pienso mucho	13 (48,3%)	19 (73,1%)	22 (73,3%)		
Casi todo en la vida me ha ido bien					
Lo pienso poco o nunca	14 (50,0%)	9(34,6%)	7(22,6%)	4,850	0,088
Lo pienso mucho	14 (50,0%)	17 (65,4%)	24 (77,4%)		

Se han valorado las expectativas de una solución positiva de resultado, así como la percepción de control y autoeficacia. La mayoría de las pacientes confía en una solución positiva a sus problemas de salud (Tabla 32). El 64,3% de las pacientes que se encuentran en tratamiento activo del cáncer de mama cree que al final todo saldrá bien, y el 35,7% no lo cree nunca o casi nunca. Aproximadamente el 71% cree que se va a curar y el 28% no lo cree.

El 76,9% de las pacientes que se encuentran en intervalo libre del cáncer de mama cree que se va a curar y que superará esta situación médica; el 73,1% cree que lo referente a su situación oncológica saldrá bien.

El 93,6% de las pacientes con estrés adaptativo considera que saldrá de forma positiva de la situación estresante.

Respecto a las expectativas de autoeficacia y control acerca de la situación de salud: "Yo puedo hacer cosas para curarme", "Puedo hacer cosas para superar la enfermedad" y "La evolución de la enfermedad, dependen en parte, de mí", los resultados indican que la mayoría de las pacientes tiene expectativas favorables.

Aproximadamente el 67,9% de las pacientes que se encuentran bajo tratamiento oncológico y el 80% de las pacientes que se encuentran en intervalo libre del cáncer de mama, mientras que la mayoría de pacientes con trastorno adaptativo (90%) cree que puede hacer cosas para curarse.

En cambio, el 46,4% de las pacientes en tratamiento activo no cree que la evolución de su enfermedad dependa parcialmente de ellas. El 23,1% de las pacientes en intervalo libre no cree que la evolución de su salud dependa de ellas; y tampoco lo cree el 9,7% de las pacientes con trastorno adaptativo.

La comparación de expectativas positivas y de control ante la situación de salud entre los tres grupos de pacientes, se ha llevado a cabo aplicando la prueba de Fisher ya que algunas de las celdas de la tabla contenían una frecuencia igual o menor de 5 casos.

Las comparaciones entre los tres grupos de salud, nos indica diferencias entre ellos en algunas de las expectativas valoradas: "Al final todo saldrá bien" ($\chi^2(2)= 5,783$; $p<.048$) y ante la idea de "Saldré de esta" ($\chi^2(2)= 6,291$; $p<.040$). También en las creencias de control como "Puedo hacer cosas para curarme" ($\chi^2(2)= 11,256$; $p<.001$) y "La evolución de la enfermedad depende, en parte, de mí" ($\chi^2(2)= 10,512$; $p<.006$). El resto de comparaciones entre grupos no arrojó resultados significativos (Tabla 32).

Tabla 32.

Comparación de las pacientes en función de las Expectativas de solución positiva y la Percepción de control (Test de χ^2 de Pearson)

EXPECTATIVA de SOLUCIÓN POSITIVA y PERCEPCIÓN DE CONTROL/AUTOEFICACIA	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA	FASE DE INTERVALO LIBRE	TRASTORNO ADAPTATIVO	χ^2	<i>p</i>
En estos momentos de salud en los que me encuentro ahora, creo que....	<i>n</i> = 28 <i>n</i> (%)	<i>n</i> = 26 <i>n</i> (%)	<i>n</i> = 31 <i>n</i> (%)		
Creo que me voy a curar					
Nunca/Poco	8 (28,6%)	6 (23,1%)	5 (16,1%)	1,324	0,522
Mucho	20 (71,4%)	20 (76,9%)	26 (83,9%)		
Al final todo saldrá bien					
Nunca/Poco	10 (35,7%)	7 (26,9%)	3 (9,7%)	5,783	0,048
Mucho	18 (64,3%)	19 (73,1%)	28 (90,3%)		
¡Saldré de ésta!					
Nunca/Poco	9 (32,1%)	6 (23,1%)	2 (6,5%)	6,291	0,040
Mucho	19 (67,9%)	20 (76,9%)	29 (93,5%)		
Puedo hacer cosas para curarme					
Nunca/Poco	9 (32,1%)	5 (19,2%)	0 (0%)	11,256	0,001
Mucho	19 (67,9%)	21 (80,8%)	31 (100,0%)		
Puedo superar la enfermedad					
Nunca/Poco	10 (35,7%)	4 (15,4%)	4 (12,9%)	5,339	0,091
Mucho	18 (64,3%)	22 (84,6%)	27 (87,1%)		
La evolución de la enfermedad depende, en parte, de mí					
Nunca/Poco	13 (46,4%)	6 (23,1%)	3 (9,7%)	10,512	0,006
Mucho	15 (53,6%)	20 (76,9%)	28 (90,3%)		

En general, las pacientes en intervalo libre de la enfermedad tienen más creencias de solución positiva y de control, comparado con las pacientes en tratamiento activo; sin embargo, las diferencias no son significativas (Tabla 33).

Tabla 33.

Comparación de las pacientes en función de las Expectativas de solución positiva y la Percepción de control. Pacientes en Tratamiento activo y pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama (Test de χ^2 de Pearson)

EXPECTATIVA de SOLUCIÓN POSITIVA y PERCEPCIÓN DE CONTROL/AUTOEFICACIA	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA	FASE DE INTERVALO LIBRE	χ^2	<i>p</i>
En estos momentos de salud en los que me encuentro ahora, creo que....	<i>n</i> = 28 <i>n</i> (%)	<i>n</i> = 26 <i>n</i> (%)		
Creo que me voy a curar				
Nunca/Poco	8 (28,6%)	6 (23,1%)	,078	0,521
Mucho	20 (71,4%)	20 (76,9%)		
Al final todo saldrá bien				
Nunca/Poco	10 (35,7%)	7 (26,9%)	,229	0,424
Mucho	18 (64,3%)	19 (73,1%)		
¡Saldré de ésta!				
Nunca/Poco	9 (32,1%)	6 (23,1%)	,297	0,403
Mucho	19 (67,9%)	20 (76,9%)		
Puedo hacer cosas para curarme				
Nunca/Poco	9 (32,1%)	5 (19,2%)	,782	0,282
Mucho	19 (67,9%)	21 (80,8%)		
Puedo superar la enfermedad				
Nunca/Poco	10 (35,7%)	4 (15,4%)	2,220	0,117
Mucho	18 (64,3%)	22 (84,6%)		
La evolución de la enfermedad depende, en parte, de mí				
Nunca/Poco	13 (46,4%)	6 (23,1%)	2,295	0,107
Mucho	15 (53,6%)	20 (76,9%)		

Las pacientes en tratamiento activo muestran significativamente menos expectativas positivas comparado con las pacientes con trastorno adaptativo.

Concretamente creen menos que "al final todo saldrá bien" ($\chi^2(1)= 3,710$; $p<0,048$) y que "saldrán de esta situación" ($\chi^2(1)= 4,392$; $p<0,049$), comparado con las pacientes con trastorno adaptativo (Tabla 34). Del mismo modo, las pacientes en tratamiento activo, muestran menos percepción de control ante la enfermedad comparado con las pacientes con trastorno adaptativo; concretamente, creen en menor

medida que "pueden hacer cosas para curarse" ($\chi^2(1)= 9,230$; $p<.001$) y que "la evolución dependa, en parte, de ellas" ($\chi^2(1)= 6,752$; $p<.011$).

Tabla 34.

Comparación de las pacientes en función de las Expectativas de solución positiva y la Percepción de control. Pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama y pacientes con Trastorno adaptativo (Test de χ^2 de Pearson)

EXPECTATIVA de SOLUCIÓN POSITIVA y PERCEPCIÓN DE CONTROL/AUTOEFICACIA	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA	TRASTORNO ADAPTATIVO	χ^2	<i>p</i>
En estos momentos de salud en los que me encuentro ahora, creo que....	<i>n</i> = 28 <i>n</i> (%)	<i>n</i> = 31 <i>n</i> (%)		
Creo que me voy a curar				
Nunca/Poco	8 (28,6%)	5 (16,1%)	,470	0,355
Mucho	20 (71,4%)	26 (83,9%)		
Al final todo saldrá bien				
Nunca/Poco	10 (35,7%)	3 (9,7%)	3,710	0,048
Mucho	18 (64,3%)	28 (90,3%)		
¡Saldré de ésta!				
Nunca/Poco	9 (32,1%)	2 (6,5%)	4,392	0,049
Mucho	19 (67,9%)	29 (93,5%)		
Puedo hacer cosas para curarme				
Nunca/Poco	9 (32,1%)	0 (0%)	9,230	0,001
Mucho	19 (67,9%)	31 (100,0%)		
Puedo superar la enfermedad				
Nunca/Poco	10 (35,7%)	4 (12,9%)	2,415	0,143
Mucho	18 (64,3%)	27 (87,1%)		
La evolución de la enfermedad depende, en parte, de mí				
Nunca/Poco	13 (46,4%)	3 (9,7%)	6,752	0,011
Mucho	15 (53,6%)	28 (90,3%)		

Las pacientes con trastorno adaptativo, en general, tienen más expectativas de solución positiva ante su situación y perciben más control que las pacientes en intervalo libre del cáncer de mama; sin embargo, existen diferencias significativas únicamente ante la actitud "Puedo hacer cosas para curarme" ($\chi^2(1)= 5,628$; $p<.024$) (Tabla 35).

Tabla 35.

Comparación de las pacientes en función de las Expectativas de solución positiva y la Percepción de control. Pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama y pacientes con Trastorno adaptativo (Test de χ^2 de Pearson)

EXPECTATIVA de SOLUCIÓN POSITIVA y PERCEPCIÓN DE CONTROL/AUTOEFICACIA	FASE DE INTERVALO LIBRE	TRASTORNO ADAPTATIVO	χ^2	p
En estos momentos de salud en los que me encuentro ahora, creo que....	n= 26 n (%)	n= 31 n (%)		
Creo que me voy a curar				
Nunca/Poco	6 (23,1%)	5 (16,1%)	,155	0,749
Mucho	20 (76,9%)	26 (83,9%)		
Al final todo saldrá bien				
Nunca/Poco	7 (26,9%)	3 (9,7%)	2,074	0,182
Mucho	19 (73,1%)	28 (90,3%)		
¡Saldré de ésta!				
Nunca/Poco	6 (23,1%)	2 (6,5%)	2,456	0,147
Mucho	20 (76,9%)	29 (93,6%)		
Puedo hacer cosas para curarme				
Nunca/Poco	5 (19,2%)	0 (0%)	5,628	0,024
Mucho	21 (80,8%)	31 (100,0%)		
Puedo superar la enfermedad				
Nunca/Poco	4 (15,4%)	4 (12,9%)	,002	0,628
Mucho	22 (84,6%)	27 (87,1%)		
La evolución de la enfermedad depende, en parte, de mí				
Nunca/Poco	6 (23,1%)	3 (9,7%)	1,292	0,301
Mucho	20 (76,9%)	28 (90,3%)		

Se ha valorado la responsabilidad que se otorga la paciente a sí misma ante su situación médica (Tabla 36). Las pacientes que están recibiendo tratamiento activo para superar el cáncer, no se consideran ni responsables ni culpables de lo que les está sucediendo a nivel de salud: el 85,7% considera que no es la responsable de la enfermedad, el 67,9% cree que la enfermedad ha pasado porque tenía que pasar, y el 82,1% no cree que sea en parte culpable de la situación médica.

La mayoría de las pacientes en intervalo libre del cáncer (alrededor del 77%) consideran que no son responsables de la enfermedad y que el cáncer ha pasado porque tenía que pasar, y más del 85% no se consideran culpables de la situación.

Referente a las pacientes con trastorno adaptativo, el 67,7% no se considera responsable de la situación por la que está pasando, el 54,8% cree que lo que ha pasado "tenía que pasar", y el 48,4% no se considera culpable de la situación.

Algunas pacientes en tratamiento activo, (el 18%), se consideran responsables o se culpan de su situación oncológica; el 32 % no cree que el cáncer pase porque sí. El 23% de las pacientes en intervalo libre se consideran responsables de la situación de salud y no creen que haya pasado porque "tenía que pasar"; el 11,5% se considera culpable de la situación. Y en cuanto a las pacientes con trastorno adaptativo el 32,3% se responsabiliza de lo que le ha pasado, el 45,2% no cree que haya pasado porque sí, y el 51,6% se culpabiliza por la situación.

La comparación entre los tres grupos de salud indica diferencias significativas en cuanto a sentirse responsable de la enfermedad ("Soy la responsable de la enfermedad") ($\chi^2(2)= 21,045$; $p<.001$) y respecto a la culpabilidad ("En parte, soy culpable del cáncer/ de la situación") ($\chi^2(2)= 13,427$; $p<.002$) (Tabla 36).

Tabla 36.

Comparación de las pacientes en función de la Responsabilidad de la situación médica (Test de χ^2 de Pearson)

RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMEDAD	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 28 <i>n</i> (%)	INTERVALO LIBRE CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 26 <i>n</i> (%)	ESTRÉS ADAPTATIVO <i>n</i> = 31 <i>n</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
En estos momentos de salud en los que me encuentro ahora, creo que....					
Soy la responsable de la enfermedad					
Nunca/Poco	24 (85,7%)	20 (76,9%)	10 (32,3%)	21,045	<0,001
Mucho	4 (14,3%)	6 (23,1%)	21 (67,7%)		
El cáncer ha pasado porque tenía que pasar					
Nunca/Poco	9 (32,1%)	6 (23,1%)	14 (45,2%)	3,141	0,208
Mucho	19 (67,9%)	20 (76,9%)	17 (54,8%)		
En parte, soy culpable de la situación					
Nunca/Poco	23 (82,1%)	23 (88,5%)	15 (48,4%)	13,427	0,002
Mucho	5 (17,9%)	3 (11,5%)	16 (51,6%)		

Entre las pacientes que se encuentran en tratamiento activo para superar el cáncer de mama y las pacientes en intervalo libre del cáncer, no existen diferencias en cuanto a la culpabilidad de la situación médica (Tabla 37).

Tabla 37.

Comparación de las pacientes en función de la Responsabilidad de la situación médica. Pacientes en Tratamiento activo y pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama (Test de χ^2 de Pearson)

RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMEDAD En estos momentos de salud en los que me encuentro ahora, creo que....	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA <i>n</i> = 28 <i>n</i> (%)	FASE DE INTERVALO LIBRE <i>n</i> = 26 <i>n</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
Soy la responsable de la enfermedad				
Nunca/Poco	24 (85,7%)	20 (76,9%)	,070	0,529
Mucho	4 (14,3%)	6 (23,1%)		
El cáncer ha pasado porque tenía que pasar				
Nunca/Poco	9 (32,1%)	6 (23,1%)	,297	0,769
Mucho	19 (67,9%)	20 (76,9%)		
En parte, soy culpable de la situación				
Nunca/Poco	23 (82,1%)	23 (88,5%)	,275	0,716
Mucho	5 (17,9%)	3 (11,5%)		

Las pacientes con trastorno adaptativo se sienten más responsables ($\chi^2(1)=16,627$; $p<.001$) y culpables ($\chi^2(1)=10,558$; $p<.002$) de la situación de salud que viven que las pacientes en tratamiento activo del cáncer de mama (Tabla 38).

Tabla 38.

Comparación de las pacientes de la muestra en función de la Responsabilidad de la situación médica. Pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama y pacientes con Trastorno adaptativo (Test de χ^2 de Pearson)

RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMEDAD	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA	ESTRÉS ADAPTATIVO	χ^2	<i>p</i>
En estos momentos de salud en los que me encuentro ahora, creo que....	<i>n</i> = 28 <i>n</i> (%)	<i>n</i> = 31 <i>n</i> (%)		
Soy la responsable de la enfermedad				
Nunca/Poco	24 (85,7%)	10 (32,3%)	17,627	<0,001
Mucho	4 (14,3%)	21 (67,7%)		
El cáncer ha pasado porque tenía que pasar				
Nunca/Poco	9(32,1%)	14(45,2%)	2,738	0,081
Mucho	19 (67,9%)	17 (54,8%)		
En parte, soy culpable de la situación				
Nunca/Poco	23 (82,1%)	15 (48,4%)	10,558	0,002
Mucho	5 (17,9%)	16 (51,6%)		

Y lo mismo ocurre entre las pacientes en intervalo libre comparado con las pacientes con trastorno adaptativo (Tabla 39).

Tabla 39.

Comparación de las pacientes en función de la Responsabilidad de la situación médica. Pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama y pacientes con Trastorno adaptativo (Test de χ^2 de Pearson)

RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMEDAD	FASE DE INTERVALO LIBRE	ESTRÉS ADAPTATIVO	χ^2	<i>p</i>
En estos momentos de salud en los que me encuentro ahora, creo que....	<i>n</i> = 26 <i>n</i> (%)	<i>n</i> = 31 <i>n</i> (%)		
Soy la responsable de la enfermedad				
Nunca/Poco	20 (76,9%)	10 (32,3%)	14,432	<0,001
Mucho	6 (23,1%)	21 (67,7%)		
El cáncer ha pasado porque tenía que pasar				
Nunca/Poco	6 (23,1%)	14 (45,2%)	4,380	0,208
Mucho	20 (76,9%)	17 (54,8%)		
En parte, soy culpable de la situación				
Nunca/Poco	23 (88,5%)	15 (48,4%)	12,310	0,002
Mucho	3 (11,5%)	16 (51,6%)		

Ante circunstancias como el cáncer u otras situaciones estresantes, también es posible identificar aspectos positivos (Tabla 40). El 64,3% de las pacientes que se encuentran bajo tratamiento para superar el cáncer de mama afirman que gracias a la enfermedad valoran más el amor y afecto de las personas cercanas, y el 71,4% dice valorar más las pequeñas cosas de la vida a causa de la situación de salud. El 57% dice que pasar por el cáncer no hace que viva y goce más de la vida.

El 80,8% de las pacientes en situación de supervivencia o en intervalo libre del cáncer de mama considera que gracias a la enfermedad oncológica valora más el amor su gente y el afecto de los demás, el 65,4% cree que a raíz del cáncer vive y goza más de la vida, y el 88,5% cree que pasar por la experiencia oncológica le hace valorar las pequeñas cosas de la vida.

Entre las pacientes con trastorno adaptativo, el 80,7% valora más el amor de su entorno a raíz de la situación por la que está pasando, el 67,7% dice disfrutar más de la vida a consecuencia de lo que le ha pasado, y el 90,3% piensa a menudo que pasar por la situación de estrés y dificultad le hace valorar las pequeñas cosas.

La muestra de pacientes con tratamiento activo para superar el cáncer de mama, tal y como era de esperar, presenta menos intensidad en la valoración de aspectos positivos comparado con el grupo en intervalo libre de la enfermedad y el grupo con trastorno adaptativo. Sin embargo, la prueba Chi-cuadrado de Pearson y el test de Fisher no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

Tabla 40.

Comparación de las pacientes de la muestra en función del Sentido positivo que otorgan a la experiencia médica (Benefit finding)(Test de χ^2 de Pearson)

SENTIDO POSITIVO DE LA EXPERIENCIA	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA	INTERVALO LIBRE CÁNCER DE MAMA	TRASTORNO ADAPTATIVO	χ^2	<i>p</i>
En estos momentos de salud en los que me encuentro ahora, creo que.....	<i>n</i> = 28 <i>n</i> (%)	<i>n</i> = 26 <i>n</i> (%)	<i>n</i> =31 <i>n</i> (%)		
Gracias a la enfermedad valoro más el amor de mi gente o el afecto de los demás					
Nunca/Poco	10 (35,7%)	5 (19,2%)	6 (19,4%)	2,720	0,291
Mucho	18 (64,3%)	21 (80,8%)	25 (80,6%)		
A raíz del cáncer vivo y gozo más de la vida					
Nunca/Poco	16 (57,1%)	9 (34,6%)	10 (32,3%)	4,427	0,109
Mucho	12 (42,9%)	17 (65,4%)	21 (67,7%)		
Pasar por esta experiencia me hace valorar las pequeñas cosas de la vida					
Nunca/Poco	8 (28,6%)	3 (11,5%)	3 (9,7%)	4,480	0,138
Mucho	20 (71,4%)	23 (88,5%)	28 (90,3%)		

10.3.4 Objetivo 4: Analizar la posible relación entre Optimismo Disposicional y Calidad de vida en el conjunto de pacientes de la muestra y en función de su situación médica

El optimismo disposicional se ha vinculado a una mejor calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama y otras dificultades de salud. En la Tabla 41 se indican los coeficientes de correlación entre el optimismo disposicional y la calidad de vida. Las correlaciones son estadísticamente significativas para 14 de los 25 ítems estudiados en la calidad de vida cuando se considera a toda la muestra sin hacer distinciones en la

situación de salud. Las correlaciones significativas son negativas y entre bajas y medias ($r = -.230$ y $r = -.441$) en el sentido esperado: a más optimismo disposicional menos pérdida de calidad de vida. También se obtiene una correlación negativamente significativa entre el optimismo y todas las escalas de la calidad de vida: síntomas ($r = -.334$; $p < .01$), autonomía ($r = -.279$; $p < .05$), psicológica y emocional ($r = -.338$; $p < .01$), familiar y social ($r = -.430$; $p < .01$) y calidad de vida general ($r = -.267$; $p < .01$), es decir, ser optimista disposicionalmente está asociado a menos pérdida de calidad de vida.

Sin embargo, la relación entre el optimismo disposicional y la calidad de vida muestra algunas variaciones en función de la situación médica.

En el grupo de pacientes que se encuentran en pleno tratamiento del cáncer de mama, observamos que las pacientes más optimistas tienen menos problemas para dormir ($r = -.518$; $p < .05$) y menos cansancio ($r = -.512$; $p < .05$). Respecto a la autonomía, muestran menos dificultades con la actividad física ($r = -.349$; $p < .05$) y con las actividades en casa ($r = -.447$; $p < .05$). Emocionalmente, las pacientes en tratamiento que son optimistas muestran menos ira ($r = -.391$; $p < .05$), menos ansiedad ($r = -.333$; $p < .05$) y menos depresión ($r = -.365$; $p < .05$). El optimismo está relacionado con una mayor satisfacción con las actividades recreativas ($r = -.365$; $p < .05$), con la vida social ($r = -.432$; $p < .05$), menos problemas familiares ($r = -.438$; $p < .05$) y más ilusión para hacer cosas ($r = -.582$; $p < .01$). La única escala de la calidad de vida que se relaciona significativamente con el optimismo en las pacientes en tratamiento activo, es la de alteración familiar y social ($r = -.553$; $p < .01$).

En cuanto a las pacientes en intervalo libre de la enfermedad, observamos relación entre el optimismo y algunos síntomas físicos como tener menos náuseas ($r = -$

.385; $p < .05$), menos dificultades para dormir ($r = -.483$; $p < .05$) y menos somnolencia ($r = -.468$; $p < .05$). A nivel emocional, las pacientes en intervalo libre que son optimistas tienen menos dificultades relacionadas con el atractivo sexual ($r = -.379$; $p < .05$), menos ira ($r = -.455$; $p < .05$), menos dificultades para aceptarse físicamente ($r = -.456$; $p < .05$), menos depresión ($r = -.570$; $p < .05$), menos dificultades de concentración ($r = -.396$; $p < .05$) y menos miedo ($r = -.602$; $p < .001$). En relación a la escala social y familiar, el optimismo en las pacientes en intervalo libre se relaciona inversamente con la satisfacción en las actividades recreativas ($r = -.391$; $p < .05$), con la pérdida de ilusión para hacer cosas ($r = -.519$; $p < .05$) y la preocupación económica ($r = -.383$; $p < .05$). Todas las subescalas relacionadas con el optimismo en estas pacientes son significativas: síntomas ($r = -.517$; $p < .01$), pérdida de autonomía ($r = -.438$; $p < .05$), alteración psicológica y emocional ($r = -.532$; $p < .05$), dificultad familiar y social ($r = -.495$; $p < .05$) y la pérdida global de la calidad de vida ($r = -.504$; $p < .05$).

En el grupo de pacientes con trastorno adaptativo se encuentran relaciones significativas entre el optimismo y las náuseas ($r = -.518$; $p < .05$). Con ítems psicológicos y emocionales como la ira ($r = -.398$; $p < .05$), la ansiedad ($r = -.432$; $p < .05$), la depresión ($r = -.392$; $p < .05$), la concentración ($r = -.353$; $p < .05$) y el miedo ($r = -.350$; $p < .05$). Además las pacientes con trastorno adaptativo que son optimistas tienen menos dificultades con la familia ($r = -.451$; $p < .05$). Las escalas relacionadas significativamente con el optimismo son: la escala de síntomas ($r = -.418$; $p < .05$) y la escala psicológica-emocional ($r = -.428$; $p < .05$).

Por tanto, en función de la situación médica, la influencia del optimismo disposicional en la calidad de vida varía. El optimismo influye en más aspectos y

subescalas de la calidad de vida entre las pacientes que se encuentran en intervalo libre del cáncer de mama.

Tabla 41.

Optimismo Disposicional (LOT-R) y Calidad de vida. Total de la muestra y cada situación médica (Coeficiente correlación de Spearman)

CALIDAD DE VIDA	TOTAL DE LA MUESTRA N= 96	TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER DE MAMA n= 35	INTERVALO LIBRE CÁNCER DE MAMA n= 30	ESTRÉS ADAPTATIVO n= 31
Náuseas	-0,168	0,061	-0,385*	-0,518*
Dolor	-0,212*	-0,220	-0,294	-0,251
Sueño	-0,364**	-0,518*	-0,483*	-0,022
Vigilia	-0,134	0,077	-0,468*	-0,309
Fatiga	-0,346**	-0,512*	-0,299	-0,216
Apetito	-0,178	-0,061	-0,347	-0,307
SÍNTOMAS	-0,334**	-0,269	-0,517**	-0,418*
Movilidad	-0,181	-0,279	-0,254	0,092
Cuidados personales	0,020	0,271	-0,302	-0,208
Actividad física	-0,254*	-0,349*	-0,284	-0,087
Actividad en casa	-0,240*	-0,447*	-0,320	0,053
AUTONOMÍA	-0,279*	-0,321	-0,438*	-0,079
Atractivo sexual	-0,223*	-0,276	-0,379*	-0,110
Ira	-0,332**	-0,391*	-0,455*	-0,398*
Ansiedad	-0,235*	-0,333*	-0,254	-0,432*
Aspecto físico	-0,213*	-0,156	-0,456*	-0,118
Depresión	-0,322*	-0,365*	-0,570*	-0,392*
Concentración	-0,152	-0,021	-0,396*	-0,353*
Miedo	-0,378**	-0,299	-0,602**	-0,350*
EMOCIONAL	-0,338**	-0,271	-0,532*	-0,428*
Actividades recreativas	-0,271*	-0,365*	-0,391*	-0,077
Satisfacción vida social	-0,253*	-0,432*	-0,308	-0,089
Preocupación hijos	-0,157	-0,065	-0,103	-0,206
Relación de pareja	-0,191	-0,271	-0,170	-0,014
Relación con familia	-0,330*	-0,438*	-0,292	-0,451*
Ilusión por las cosas	-0,441**	-0,582**	-0,519*	-0,231
Preocupación económica	-0,101	0,134	-0,383*	-0,207
SOCIAL	-0,430**	-0,553**	-0,495*	-0,256
GENERAL	-0,267*	-0,288	-0,504*	-0,135

Nota: ** La correlación es significativa al nivel 0,01 * La correlación es significativa al nivel 0,05

Atendiendo a los objetivos planteados, hemos analizado la posible capacidad predictiva del optimismo disposicional respecto a la calidad de vida. Para ello, hemos realizado un análisis de regresión por cuantiles (mediana) siendo la variable independiente el optimismo disposicional y las variables dependientes las diferentes escalas de la calidad de vida. Tal y como se observa en la Tabla 42, el modelo obtiene un valor significativo en todas las escalas de la calidad de vida. Tal y como era de esperar, la escala donde el optimismo tiene más capacidad predictiva es en la Escala Familiar y Social ($R^2=.1997$; $p<.001$), juntamente con la Emocional y Psicológica ($R^2=.1113$; $p<.001$), donde observamos que el optimismo disposicional por si solo, es capaz de predecir el 19,7% de la alteración en las relaciones sociales y familiares y el 11,1% de las dificultades emocionales y psicológicas.

Tabla 42.

Capacidad predictiva del Optimismo Disposicional en cada una de las escalas de la Calidad de vida (N= 96). Análisis de regresión por cuantiles (mediana)

ESCALAS CALIDAD DE VIDA	<i>p</i>	R^2	%
SÍNTOMAS	.014	0.0776	7,76
AUTONOMÍA	.001	0.0882	8,82
PSICOLÓGICA Y EMOCIONAL	.001	0.1113	11,1
SOCIAL Y FAMILIAR	.001	0.1973	19,7
CALIDAD DE VIDA GLOBAL	.001	0.0988	9,9

Para observar y comparar la calidad de vida entre optimistas y pesimistas, se ha utilizado la prueba no paramétrica para muestras independientes U de Mann-Whitney en cada situación médica. Las pacientes que se encuentran en tratamiento activo para superar el cáncer y que son optimistas, tienen significativamente menos problemas con la sintomatología física ($Z = -2,033$; $p < .037$) y con las relaciones sociales y familiares ($Z = -2,900$; $p < .004$) comparado con las pacientes que están en tratamiento y son pesimistas (Tabla 43).

Tabla 43.

Comparación de las medianas de Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo optimistas y pesimistas disposicionales (n= 35) (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALAS CALIDAD DE VIDA	OPTIMISTAS DISPOSICIONALES (mediana)	PESIMISTAS DISPOSICIONALES (mediana)	Z	p
SÍNTOMAS	42,5	51,1	-2,033	0,037
AUTONOMÍA	15,8	42,3	-1,367	0,185
EMOCIONAL/PSICOLÓGICA	55,3	54,4	-,933	0,371
SOCIAL/FAMILIAR	30,6	61,2	-2,900	0,004
GENERAL	51,0	89,5	-1,804	0,169

En cuanto a las pacientes en intervalo libre del cáncer de mama que son optimistas, se observa que tienen menos dificultades relacionadas con los síntomas ($Z = -2,117$; $p < 0,034$), la autonomía ($Z = -2,136$; $p < 0,033$), y la vida social y familiar ($Z = -1,991$; $p < 0,047$), comparadas con las pacientes pesimistas y que se encuentran en su misma situación médica (Tabla 44). Además se observa que las pacientes optimistas que se encuentran bajo tratamiento del cáncer de mama (Tabla 43), presentan en general

menos afectación en la calidad de vida que las pacientes que se encuentran en la fase de intervalo libre pero que son pesimistas (Tabla 44).

Tabla 44.

Comparación de las medianas de Calidad de vida de las pacientes en Intervalo libre del cáncer de mama optimistas y pesimistas disposicionales (n= 30) (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALAS CALIDAD DE VIDA	OPTIMISTAS DISPOSICIONALES (mediana)	PESIMISTAS DISPOSICIONALES (mediana)	Z	P
SÍNTOMAS	11,7	32,7	-2,117	0,034
AUTONOMÍA	6,3	18,8	-2,136	0,033
EMOCIONAL/PSICOLÓGICA	31,4	61,4	-1,722	0,085
SOCIAL/FAMILIAR	16,7	49,0	-1,991	0,047
GENERAL	50,0	70,0	-1,166	0,244

En el grupo de pacientes con trastorno adaptativo, las pacientes optimistas tienen menos afectación en todas las escalas de la calidad de vida; sin embargo, no se encuentran diferencias significativas en las escalas de calidad de vida entre optimistas y pesimistas disposicionales (Tabla 45).

Tabla 45.

Comparación de las medianas de Calidad de vida de las pacientes con Trastorno adaptativo optimistas y pesimistas disposicionales (n= 31) (Prueba U de Mann-Whitney)

ESCALAS CALIDAD DE VIDA	OPTIMISTAS DISPOSICIONALES (mediana)	PESIMISTAS DISPOSICIONALES (mediana)	Z	p
SÍNTOMAS	27,0	34,5	-1,470	0,142
AUTONOMÍA	21,7	22,5	-,299	0,765
EMOCIONAL/PSICOLÓGICA	30,7	39,5	-1,867	0,062
SOCIAL/FAMILIAR	32,3	42,3	-,834	0,404
GENERAL	45,0	50,0	-,399	0,690

10.3.5 Objetivo 5: Analizar la posible relación entre Optimismo Estratégico y Calidad de vida en el conjunto de pacientes y en función de su situación médica

Para este objetivo se ha analizado la posible relación existente entre la presencia de diferentes formas de optimismo estratégico y el grado de alteración de la calidad de vida. Se trata de actitudes y mecanismos valorados en cada circunstancia médica. En la Tabla 46 podemos observar que ante las diferentes situaciones de salud por las que pasan las pacientes, valorar el pasado de forma benévola, tener expectativas de una solución positiva de la situación de salud, percibir control y autoeficacia, y valorar aspectos positivos en la situación difícil, está relacionado significativamente con una menor percepción de síntomas físicos, menos pérdida de autonomía, menos alteraciones familiares y sociales, menos dificultades emocionales y psicológicas, y menos pérdida de calidad de vida a nivel global. Las relaciones entre estos mecanismos y la calidad de

vida oscilan entre $r = -0.369$ y $r = -0.582$, y significativas ($p < 0.001$). En cambio, la responsabilidad/culpabilidad acerca de la situación de salud no correlaciona significativamente con ninguno de los aspectos de la calidad de vida considerados.

Tabla 46.

Optimismo Estratégico y Calidad de vida. Toda la muestra (N= 96) (Coeficiente de correlación Spearman)

ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA	RECUERDOS	EXPECTATIVAS POSITIVAS Y DE CONTROL	BENEFIT FINDING	RESPONSABILIDAD DE LA SITUACIÓN
SÍNTOMAS	-0,459**	-0,524**	-0,515**	-0,059
AUTONOMIA	-0,386**	-0,439**	-0,444**	0,103
FAMILIAR Y SOCIAL	-0,472**	-0,510**	-0,582**	-0,038
EMOCIONAL Y PSICOLÓGICA	-0,472**	-0,455**	-0,468**	-0,045
CALIDAD DE VIDA GLOBAL	-0,384**	-0,369**	-0,508**	0,099

Nota: * La correlación es significativa al nivel 0,05 ** La correlación es significativa al nivel 0,01

Las pacientes que utilizan más las formas de optimismo estratégico propuestas (Tabla 47), tienen mejor calidad de vida que las pacientes que las utilizan en menor medida. La comparación de medianas con la prueba de Mann-Whitney, nos confirma la tendencia que hemos observado con las correlaciones: las pacientes que tienen más recuerdos positivos, más expectativas de resultado positivo y de control, y que aprecian los aspectos positivos de la situación, tienen mejor calidad de vida que las que lo hacen en menor medida. Las pacientes que atribuyen su situación médica a causas externas muestran mayor pérdida de calidad de vida.

Todas las diferencias entre medianas de calidad de vida son significativas excepto la relacionada con las expectativas positivas y de control y la calidad de vida emocional. Respecto a la responsabilidad, a pesar de mostrar la tendencia de que a mayor atribución externa de la situación médica mayor pérdida de calidad de vida, no se observan diferencias significativas en ninguna de las escalas.

Tabla 47.

Comparación de las medianas de Calidad de vida de las pacientes en función de los mecanismos del Optimismo estratégico (N= 96) (Prueba de Mann-Whitney)

ESCALAS CALIDAD DE VIDA	R +	R -	p	E +	E -	P	BF +	BF -	p	RD +	RD -	p
SÍNTOMAS	41,08	53,36	.035	41,37	55,34	.014	38,95	56,25	.002	50,46	46,62	.500
AUTONOMIA	53,77	40,46	.022	42,43	54,33	.036	38,77	56,40	.002	52,49	44,67	.169
SOCIAL	39,57	54,35	.011	40,70	55,98	.007	39,56	55,75	.005	50,56	46,52	.477
EMOCIONAL	40,78	53,77	.028	43,17	53,61	.066	41,93	53,83	.037	52,11	45,04	.214
GLOBAL	38,43	55,09	.004	42,77	54,00	.048	39,08	56,14	.003	51,14	45,97	.363

Nota: R+ = elevado nivel de recuerdos positivos, R- = pocos recuerdos positivos, E+ = elevadas expectativas positivas y de control, E- = bajas expectativas positivas y de control, BF+ = elevado *benefit finding*, BF- = bajo *benefit finding*, RD+ = atribución externa del problema de salud, RD - = atribución interna del del problema de salud.

Se ha analizado la posible relación entre los mecanismos estudiados en el optimismo estratégico y la calidad de vida en las pacientes en cada situación médica.

Por lo que se refiere a las pacientes en tratamiento activo del cáncer de mama (Tabla 48), las correlaciones nos indican que los recuerdos positivos, las expectativas positivas, la percepción de control y el ver ganancias en la situación adversa, se relacionan con una mejor autonomía y mejores relaciones familiares y sociales. Las correlaciones son medias-altas (entre $r = -.367$ y $r = -.537$) y significativas ($p < .05$). Las

expectativas positivas y de control, y el encontrar aspectos positivos en la situación, estarían relacionados significativamente con sufrir menos síntomas físicos durante el tratamiento, y percibir una mejor calidad de vida global. Las correlaciones son también medias-altas ($r = -.404$ y $r = -.532$) y significativas ($p < .05$). Ninguno de los mecanismos estudiados está significativamente relacionado con el estado de ánimo de este grupo de pacientes.

Tabla 48.

Calidad de vida y mecanismos del Optimismo estratégico. Pacientes en tratamiento activo del cáncer de mama (n=35) (Coeficiente de correlación de Spearman)

ESCALAS CALIDAD DE VIDA	RECUERDOS POSITIVOS	EXPECTATIVAS POSITIVAS Y DE CONTROL	BENEFIT FINDINGS	RESPONSABILIDAD DE LA SITUACIÓN
SÍNTOMAS	-0,172	-0,504*	-0,404*	-0,352
AUTONOMIA	-0,455*	-0,367*	-0,406*	0,079
SOCIAL	-0,441*	-0,537*	-0,526*	-0,016
EMOCIONAL	-0,296	-0,328	-0,371	-0,176
GLOBAL	-0,274	-0,453*	-0,532*	-0,039

Nota: * La correlación es significativa al nivel 0,05) ** La correlación es significativa al nivel 0,01

En cuanto a la comparación de las medianas de calidad de vida de las pacientes en tratamiento activo nos muestra la misma tendencia: las pacientes con niveles más elevados de recuerdos, expectativas positivas y de control, y de *benefit finding*, muestran menos afectación en las escalas de la calidad de vida (Tabla 49).

Tabla 49.

Comparación de las medianas de Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama, en función de los mecanismos del Optimismo estratégico (n= 35) (Prueba de Mann-Whitney)

ESCALAS CALIDAD DE VIDA	R +	R -	p	E +	E -	p	BF +	BF -	P	RD +	RD -	p
SÍNTOMAS	17,04	18,64	.654	14,88	20,94	.083	16,04	19,16	.389	17,46	19,18	.662
AUTONOMIA	14,64	20,24	.118	15,62	20,25	.184	15,19	19,66	.216	19,48	14,77	.211
SOCIAL	15,14	19,90	.186	14,06	21,72	.027	15,23	19,64	.229	18,58	16,73	.636
EMOCIONAL	16,43	19,05	.474	15,32	20,53	.134	15,54	19,45	.287	18,13	17,73	.930
GLOBAL	13,64	20,90	.040	14,21	21,58	.032	14,00	20,36	.079	18,33	17,27	.793

Nota: R+ = elevado nivel de recuerdos positivos, R- = pocos recuerdos positivos, E+ = elevadas expectativas positivas y de control, E- = bajas expectativas positivas y de control, BF+ = elevado *benefit finding*, BF- = bajo *benefit finding*, RD+ = atribución externa del problema de salud, RD - = atribución interna del problema de salud.

Entre las pacientes de la muestra que se encuentran en intervalo libre del cáncer de mama, la relación entre los mecanismos del optimismo estratégico y la calidad de vida (Tabla 50), nos muestra que una mayor frecuencia de recuerdos positivos, más expectativas de solución positiva y de control, y valorar aspectos positivos en la situación está relacionado significativamente con tener menos síntomas físicos, menos insatisfacción familiar y social, y menos dificultades psicológicas y emocionales. Las correlaciones son medias-altas (entre $r = -.408$ y $r = -.612$) y significativas ($p < .05$ y $p < .01$).

La percepción de calidad de vida global de las pacientes en intervalo libre, está relacionada con los recuerdos positivos ($r = -.547$; $p < .05$) y el valorar los aspectos positivos de la situación ($r = -.376$; $p < .05$).

Tabla 50.

Calidad de vida y mecanismos del Optimismo Estratégico. Pacientes en Intervalo libre del cáncer de mama (n=30)(Coeficiente de correlación de Spearman)

ESCALAS CALIDAD DE VIDA	RECUERDOS POSITIVOS	EXPECTATIVAS POSITIVAS Y DE CONTROL	BENEFIT FINDINGS	RESPONSABLE DE LA SITUACIÓN
SÍNTOMAS	-0,451*	-0,431*	-0,408*	0,204
AUTONOMIA	-0,217	-0,340	-0,315	0,264
SOCIAL	-0,462*	-0,456*	-0,607*	-0,013
EMOCIONAL	-0,612**	-0,442*	-0,471*	0,027
GLOBAL	-0,547*	-0,280	-0,376*	0,041

* La correlación es significativa al nivel 0,05 ** La correlación es significativa al nivel 0,01

Cuando se comparan las medianas de la calidad de vida de las pacientes que utilizan con más frecuencia los mecanismos del optimismo estratégico con las pacientes que utilizan dichos mecanismos de forma menos frecuente, se observa de nuevo la misma tendencia (Tabla 51). Las pacientes que tienen más recuerdos positivos, que tienen más expectativas de solución positiva, más percepción de control, y ven más aspectos positivos en la situación de salud, tienen mejor calidad de vida que las pacientes que muestran menos estos aspectos o actitudes. En cuanto a la atribución de la situación médica, las pacientes que atribuyen su situación a causas externas a ellas, tienen mayor pérdida de calidad de vida.

Tabla 51.

Comparación de las medianas de Calidad de vida de las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer, en función de los mecanismos del Optimismo estratégico (n= 30) (Prueba de Mann-Whitney)

ESCALAS CALIDAD DE VIDA	R +	R -	p	E +	E -	p	BF +	BF -	P	RD +	RD -	p
SÍNTOMAS	13,43	15,57	.202	14,53	16,77	.509	13,85	18,80	.155	16,88	12,28	.193
AUTONOMIA	15,50	15,50	1	14,74	16,50	.592	13,90	18,70	.169	17,33	11,12	.086
SOCIAL	14,03	16,97	.367	14,56	16,73	.509	13,58	19,35	.091	16,19	13,89	.533
EMOCIONAL	12,83	18,17	.098	15,21	15,88	.837	14,14	18,25	.231	16,33	13,56	.449
GLOBAL	12,63	18,37	.074	15,41	15,62	.967	13,90	18,70	.169	15,71	15,00	.859

Nota: R+ = elevado nivel de recuerdos positivos, R- = pocos recuerdos positivos, E+ = elevadas expectativas positivas y de control, E- = bajas expectativas positivas y de control, BF+ = elevado *benefit finding*, BF- = bajo *benefit finding*, RD+ = atribución externa del problema de salud, RD - = atribución interna del problema de salud.

En cuanto a las pacientes con trastorno adaptativo (Tabla 52), se obtienen relaciones estadísticamente significativas entre los mecanismos de expectativas de solución positiva y percepción de auto eficacia, y todas las subescalas de la calidad de vida en estas pacientes, excepto la escala de percepción global de la calidad de vida. Las relaciones entre expectativas positivas de control y la calidad de vida son de intensidad media (entre $r = -.379$ y $r = -.479$) y significativas ($p < .05$).

Los recuerdos positivos están relacionados con mejor calidad de vida a nivel de síntomas físicos ($r = -.517$; $p < .05$), a nivel familiar y social ($r = -.416$; $p < .05$) y a nivel psicológico y social ($r = -.489$; $p < .05$).

Valorar aspectos positivos en la situación que se está viviendo, está relacionado significativamente con una mejor calidad de vida en todos los aspectos excepto con la

afectación de la autonomía. Las pacientes que pueden encontrar el lado positivo a su situación estresante tienen menos síntomas físicos, mejores relaciones sociales y familiares, menos malestar psicológico y social, y mejor calidad de vida global. Las relaciones entre el *benefit finding* y las escalas de la calidad de vida oscilan entre $r = -.392$ ($p < .05$) y $r = -.540$ ($p < .05$).

Tabla 52.

Calidad de vida y mecanismos del Optimismo Estratégico. Pacientes con Trastorno adaptativo (n=31) (Coeficiente de correlación de Spearman)

ESCALAS CALIDAD DE VIDA	RECUERDOS POSITIVOS	EXPECTATIVAS POSITIVAS Y DE CONTROL	BENEFIT FINDINGS	RESPONSABILIDAD DE LA SITUACIÓN
SÍNTOMAS	-0,517*	-0,479*	-0,540*	-0,184
AUTONOMIA	-0,309	-0,379*	-0,326	0,222
SOCIAL	-0,416*	-0,443*	-0,423*	0,012
EMOCIONAL	-0,489*	-0,447*	-0,392*	-0,197
GLOBAL	-0,268	-0,299	-0,488*	0,034

Nota: * La correlación es significativa al nivel 0,05 ** La correlación es significativa al nivel 0,01

La comparación de medianas entre las pacientes que utilizan con más frecuencia los mecanismos propuestos en el optimismo estratégico comparado con las pacientes que utilizan menos frecuentemente estos mecanismos nos indica la misma tendencia (Tabla 53). A más recuerdos positivos, más expectativas de solución positiva y de control y más valoración de los aspectos positivos (*benefit finding*), mejor calidad de vida. Por lo que se refiere a la responsabilidad/culpabilidad de la situación, cuanto más atribución externa de la situación estresante, menos pérdida de calidad de vida muestran las pacientes con trastorno adaptativo (ver Tabla 53).

Tabla 53.

Comparación de las medianas de Calidad de vida de las pacientes con Trastorno adaptativo, en función de los mecanismos del Optimismo estratégico (n= 31) (Prueba de Mann-Whitney)

ESCALAS CALIDAD DE VIDA	R +	R -	p	E +	E -	p	BF +	BF -	p	RD +	RD -	p
SÍNTOMAS	11,39	17,89	.070	12,12	18,81	.042	11,15	18,31	.039	10,25	16,40	.387
AUTONOMIA	11,33	17,91	.070	13,35	17,92	.170	13,10	17,38	.233	24,50	15,41	.211
SOCIAL	10,67	18,18	.037	12,31	18,67	.056	12,65	17,60	.159	12,25	16,26	.568
EMOCIONAL	11,28	17,93	.064	12,04	18,86	.038	11,95	17,93	.087	7,00	16,62	.181
GLOBAL	13,28	17,11	.292	13,46	17,83	.196	11,30	18,24	.048	7,75	16,57	.211

Nota: R+ = elevado nivel de recuerdos positivos, R- = pocos recuerdos positivos, E+ = elevadas expectativas positivas y de control, E- = bajas expectativas positivas y de control, BF+ = elevado benefit finding, BF- = bajo benefit finding, RD+ = atribución externa del problema de salud, RD - = atribución interna del problema de salud.

Con el fin de analizar qué posible estrategia estaría más relacionada con la calidad de vida, hemos analizado la capacidad predictiva de éstas a través de la regresión múltiple por cuantiles (R^2) obteniéndose los resultados que se muestran en la Tabla 54. En este análisis, las subescalas de la calidad de vida se consideran variables dependientes y las actitudes ante la situación médica valoradas en el optimismo estratégico son variables independientes.

El *Benefit finding* o la capacidad de encontrar aspectos positivos en la situación es la estrategia que aporta más capacidad de predicción en la calidad de vida. Por sí sola, predice el 20,1 % de la valoración de la calidad de vida global y el 20,7% de la dimensión social de calidad de vida.

Por otra parte, el optimismo estratégico predice principalmente la calidad de vida relacionada con la dimensión social y familiar, seguida de la emocional y psicológica.

Tabla 54.

Capacidad predictiva de los mecanismos valorados en el Optimismo Estratégico en las escalas de la Calidad de vida (n=96) (Regresión por cuantiles (R^2))

ESCALAS CALIDAD DE VIDA	R+			E+			B.F		
	<i>p</i>	R^2	%	<i>p</i>	R^2	%	<i>p</i>	R^2	%
SÍNTOMAS	.003	0.156	15,7	.002	0.157	15,7	.002	0.156	15,6
AUTONOMÍA	<i>n.s</i>	0.068	6,9	.002	0.107	10,74	.001	0.122	12,2
EMOCIONAL	.006	0.1442	14,4	.011	0.112	11,27	.003	0.141	14,1
SOCIAL	.001	0.1686	16,9	.001	0.1659	16,6	.006	0.207	20,7
GLOBAL	.042	0.114	11,4	.009	0.119	11,9	.001	0.201	20.1

Nota: R+= Recuerdos positivos; E+= Expectativas de solución positiva y autoeficacia; B.F= *Benefit finding*.

10.3.6 Objetivo 6: Analizar las posibles relaciones entre Optimismo Disposicional y Optimismo Estratégico en el conjunto de pacientes de la muestra y en función de la situación médica

Tal y como se puede observar en la Tabla 55, el optimismo disposicional está relacionado de forma significativa con los recuerdos positivos ($p<.01$), el *benefit finding* ($p<.05$) y las expectativas de resultado positivo y de control ($p<.01$). Las correlaciones son medias para los recuerdos positivos ($r= .471$) y las expectativas de resultado positivo y de control ($r= .521$), y bajas para el *benefit finding* ($r= .236$). No existen

relaciones significativas entre el optimismo disposicional y la responsabilidad o atribución, en ninguna de las situaciones de salud.

Para las pacientes que se encuentran en tratamiento activo, las relaciones son más elevadas. Existe relación entre el optimismo disposicional y los recuerdos positivos ($p<.01$), el benefit finding ($p<.01$) y las expectativas positivas y de control ($p<.01$). En el caso de las pacientes supervivientes de cáncer de mama y las pacientes con trastorno adaptativo, observamos relaciones significativas entre el optimismo disposicional y los recuerdos positivos y las expectativas de solución positiva y de control. Pero no existe relación significativa entre el optimismo disposicional y el benefit finding en estos grupos de pacientes.

Tabla 55.

Mecanismos del Optimismo Estratégico y Optimismo Disposicional (LOT-R) para toda la muestra y para cada situación médica (Coeficiente de correlación de Spearman)

MECAMISMOS OPTIMISMO ESTRATÉGICO	LOT-R MUESTRA TOTAL (n=96)	LOT-R T. ACTIVO (n=35)	LOT-R I. LIBRE (n=30)	LOT-R T. ADAPTATIVO (n=31)
RECUERDOS	.471**	.574**	.528**	.490**
BENEFIT FINDING	.236*	.556**	.255	.031
EXPECTATIVAS + y CONTROL	.521**	.580**	.685**	.424*
RESPONSABILIDAD	.190	.123	-.029	.134

Nota: * La correlación es significativa al nivel 0,05 ** La correlación es significativa al nivel 0,01

Hemos comparado el uso de estos mecanismos entre optimistas disposicionales y pesimistas disposicionales. Las pacientes más optimistas de la muestra (Tabla 56), tienen medianas significativamente más elevadas de recuerdos positivos y valoración positiva del pasado ($Z=-3,226$; $p<.001$) y tienen más expectativas positivas y de control ante la situación médica ($Z=-4,101$; $p<.001$) comparado con las pesimistas. Las pacientes optimistas tienen medianas más elevadas de benefit finding y se culpan menos (atribución externa de la situación), aunque las diferencias no son significativas.

Tabla 56.

Comparación del rango promedio de recuerdos positivos, expectativas positivas y de control, benefit finding y responsabilidad de la situación médica, de optimistas y pesimistas disposicionales (n=96) (Prueba U de Mann-Whitney)

	OPTIMISTAS	PESIMISTAS	Z	p
RECUERDOS POSITIVOS	50,50	33,60	-3,226	0,001
EXPT. POSITIVAS Y DE CONTROL	53,31	31,40	-4,101	0,001
BENEFIT FINDING	46,31	39,28	-1,330	0,183
RESPONSABILIDAD DE LA SITUACIÓN	46,87	38,65	-1,548	0,122

Las pacientes que se encuentran en tratamiento activo y son optimistas, tienen más presencia de recuerdos positivos, más expectativas de solución positiva al tratamiento y más percepción de control ($Z=-3,330$; $p<.001$) y valoran más los aspectos positivos o benefit finding ($Z=-3,070$; $p<.002$), y se culpan menos de la situación de salud comparado con las pacientes pesimistas disposicionales en su misma situación de tratamiento oncológico (Tabla 57).

Tabla 57.

Comparación del rango promedio de recuerdos positivos, expectativas positivas y de control, benefit finding y responsabilidad de la situación médica, de optimistas y pesimistas disposicionales. Pacientes en Tratamiento activo (n=35) (Prueba U de Mann-Whitney)

	OPTIMISTAS	PESIMISTAS	Z	p
RECUERDOS POSITIVOS	16,76	11,00	-1,838	0,073
EXPT. POSITIVAS Y DE CONTROL	18,65	8,08	-3,330	0,001
BENEFIT FINDING	18,29	8,64	-3,070	0,002
RESPONSABILIDAD DE LA SITUACIÓN	15,50	12,95	-,814	0,430

Las pacientes en intervalo libre del cáncer de mama que son optimistas siguen la misma tendencia: más recuerdos positivos, más expectativas de solución positiva y de control ($Z = -3,025$; $p < .002$), más benefit finding y menos culpabilidad por la situación, comparado con las pacientes pesimistas en la misma situación médica (Tabla 58).

Tabla 58.

Comparación del rango promedio de recuerdos positivos, expectativas positivas y de control, benefit finding y responsabilidad de la situación médica, de optimistas y pesimistas disposicionales. Pacientes en intervalo libre (n=30) (Prueba U de Mann-Whitney)

	OPTIMISTAS	PESIMISTAS	Z	P
RECUERDOS POSITIVOS	16,07	10,50	-1,868	0,067
EXPT. POSITIVAS Y DE CONTROL	17,68	8,63	-3,025	0,002
BENEFIT FINDING	14,36	12,50	-,627	0,560
RESPONSABILIDAD DE LA SITUACIÓN	14,00	12,92	-,372	0,742

En cuanto a las pacientes con trastorno adaptativo y que nunca han tenido un cáncer de mama, observamos que también siguen la misma tendencia (Tabla 59): las pacientes que son optimistas disposicionales valoran más positivamente su pasado ($Z = -2,071$; $p = ,043$), tienen más expectativas de solución positiva ante su problema, perciben más control y se culpan menos que las pacientes en su misma situación pero que son pesimistas. Excepto en el mecanismo de *benefit finding*, las pacientes pesimistas con trastorno adaptativo muestran una mediana más elevada que las pacientes en su misma situación pero que son optimistas.

Tabla 59.

Comparación del rango promedio de recuerdos positivos, expectativas positivas y de control, benefit finding y responsabilidad de la situación médica, de optimistas y pesimistas disposicionales. Pacientes con Trastorno adaptativo (n=31) (Prueba U de Mann-Whitney)

	OPTIMISTAS	PESIMISTAS	Z	P
RECUERDOS POSITIVOS	19,19	12,68	-2,071	0,043
EXPT. POSITIVAS Y DE CONTROL	18,04	14,32	-1,144	0,262
<i>BENEFIT FINDING</i>	14,79	17,00	-,696	0,518
RESPONSABILIDAD DE LA SITUACIÓN	17,25	14,97	-,719	0,493

10.3.7 Objetivo 7: Proponer un modelo explicativo del bienestar emocional y social de las pacientes en función de la situación médica y el optimismo

Para este objetivo se ha efectuado un análisis factorial, a fin de conocer qué variables se ponderan entre sí y por tanto formarían parte de un mismo factor. Para ello, antes se ha efectuado la prueba de adecuación muestral (Tabla 60) de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que nos indica una adecuación notable (KMO=.766; $p<.001$) y por tanto, que es apropiado proceder al análisis factorial.

Tabla 60.
Prueba KMO y de Barlett de adecuación muestral

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,766
	Chi-cuadrado aproximado	367,804
Prueba de esfericidad de Bartlett	Gl	36
	Sig.	,000

El análisis factorial nos indica tres factores que explican el 74,354% de la varianza (Tabla 61). La matriz de componentes rotados nos indica su composición (Tabla 62).

Tabla 61.
Varianza total explicada

Componente	Varianza total explicada					
	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,197	46,633	46,633	2,963	32,924	32,924
2	1,534	17,040	63,672	2,218	24,643	57,567
3	,961	10,681	74,354	1,511	16,787	74,354
4	,626	6,956	81,309			
5	,498	5,531	86,841			
6	,462	5,137	91,978			
7	,369	4,095	96,073			
8	,222	2,462	98,535			
9	,132	1,465	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

En un primer componente que llamaremos Optimismo, se ubican las Expectativas de solución positiva ante la situación concreta de salud, las Expectativas positivas generalizadas ante la vida (LOT-R), la Percepción de autoeficacia y control ante la situación de salud, y los Recuerdos positivos en este momento de la vida.

En el segundo factor, observamos los siguientes componentes: la percepción de calidad de vida social, la percepción de calidad de vida emocional y psicológica, y la percepción de aspectos positivos o beneficios en la situación de salud (*benefit finding*). Aunque este elemento tiene pesos similares en los dos factores, formaría parte del factor emocional y social pero también tiene un peso similar en el factor optimismo.

El tercer factor corresponde claramente a dos aspectos: situación médica objetiva y responsabilidad de la situación. Es decir cuanto más difícil es la situación médica objetiva, menos atribución interna y culpa por la situación se adjudican las pacientes.

Tabla 62.
Matriz de componentes rotados

	Matriz de componentes rotados ^a		
	Componente		
	1	2	3
LOT-R	,782	-,124	,260
SITUACIÓN MÉDICA	-,121	,187	,838
CALIDAD DE VIDA EMOCIONAL	-,239	,900	,053
CALIDAD DE VIDA FAMILIAR Y SOCIAL	-,289	,898	-,004
RECUERDOS POSITIVOS	,717	-,328	-,140
BENEFIT FINDING	,516	-,545	-,052
AUTOEFICACIA y CONTROL	,824	-,251	-,153
EXPECTATIVA SOLUCIÓN POSITIVA	,851	-,267	,051
RESPONSABILIDAD DE LA SITUACIÓN MÉDICA	,114	-,105	,831

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Según muestran nuestros resultados el optimismo disposicional ante la vida, se caracterizaría por esperar resultados positivos ante situaciones concretas como un cáncer de mama, a percibir más control ante la situación, a tener más tendencia a recordar las cosas buenas incluso en momentos malos, y a valorar aspectos positivos y verle un sentido positivo a la situación adversa de salud. En cambio la atribución causal de la enfermedad no formaría parte de los mecanismos del optimismo.

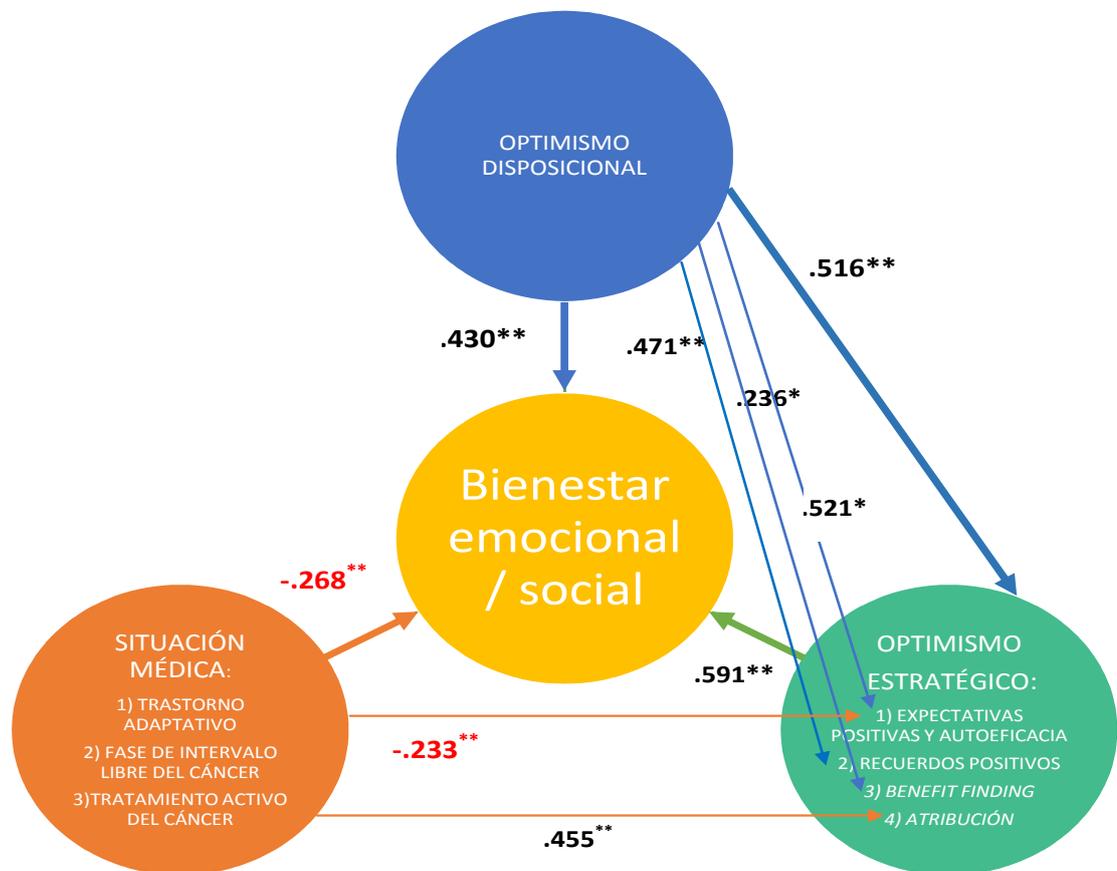
Del mismo modo, a pesar de que el nivel de optimismo disposicional es el mismo para las pacientes de las diferentes situaciones médicas, la influencia de éste en la calidad de vida de las pacientes no es la misma.

En el caso de las pacientes de cáncer de mama, parecería que cuanto más estresante es objetivamente la situación médica menos influencia ejerce el optimismo disposicional. Sin embargo, el papel del optimismo disposicional en la calidad de vida emocional de las pacientes parece claro, sobretodo a través de su influencia en la calidad de las relaciones sociales y familiares.

En la Figura 5 podemos observar las relaciones entre las diferentes variables. Como observamos la calidad de vida emocional y social de las pacientes dependería de la situación médica, pero sobretodo de aspectos como el optimismo disposicional que a través de mecanismos como las expectativas de resultado positivo, la percepción de control, los recuerdos positivos y el valorar los aspectos positivos de la situación de salud, provocaría que pacientes que se encuentran en una situación objetivamente estresante como recibir tratamiento para superar el cáncer de mama y con todas las molestias físicas que supone, tenga menos sufrimiento psicosocial si es optimista. Ser optimista tendría más importancia para el bienestar emocional y social que la situación médica por la que está pasando la paciente.

Figura 5.

Relaciones entre la situación médica, el optimismo y el bienestar emocional/social de las pacientes



11. Discusión

La discusión se desarrolla en función de los objetivos e hipótesis del estudio.

11.1 Objetivo 1: Describir y comparar la calidad de vida de las pacientes en tres situaciones de salud: diagnóstico de cáncer de mama con tratamiento activo, diagnóstico de cáncer de mama en fase de intervalo libre de enfermedad, y pacientes con un diagnóstico de trastorno adaptativo sin cáncer de mama

Como era de esperar, ante el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama se observa una disminución en los diferentes aspectos de la calidad de vida. Se cumple la hipótesis según la cual, las pacientes en fase de tratamiento activo son las que muestran mayor pérdida de la calidad de vida en todas las escalas comparado con las pacientes que se encuentran en intervalo libre y con las pacientes con trastorno adaptativo que nunca han sufrido un cáncer. Igual que en estudios anteriores, los resultados indican que el mayor impacto del cáncer de mama en la adaptación de las pacientes se halla en las primeras fases del proceso de la enfermedad, durante el tratamiento oncológico (Hack et al., 2010; Schou et al., 2005b).

Las pacientes de la muestra, independientemente de la situación de salud, presentan la mayor pérdida de calidad de vida en la escala Emocional y Psicológica. Las pacientes en tratamiento activo presentan mayores niveles de depresión y dificultades para sentirse atractivas sexualmente, comparado con el grupo que se encuentra en situación de intervalo libre y del grupo con trastorno adaptativo. Estos resultados

coinciden con otros estudios anteriores donde el impacto emocional y psicológico es el aspecto que más afecta a las pacientes con cáncer de mama (Badia, 2009; Härtl et al., 2010; Rodríguez, 2008; Rodríguez y Font, 2013).

Las pacientes en tratamiento activo tienen más miedo y dificultades de aceptación del cuerpo, comparado con las pacientes con trastorno adaptativo; sin embargo, las diferencias no se observan con las pacientes en intervalo libre. Este hecho podría indicar, tal y como apuntan estudios anteriores, que los aspectos emocionales y psicológicos como la relación y aceptación con el propio cuerpo y el miedo a una recaída, perduran una vez ha finalizado el tratamiento y se ha entrado en una fase de supervivencia (Mehnert, Berg, Henrich y Herschbach, 2009; Montarezi, 2008; Moro-Valdezate et al., 2013).

Los síntomas físicos que se manifiestan de manera más intensa en las pacientes en tratamiento activo son la astenia, el dolor, y las dificultades relacionadas con el estado de vigilia y la falta de apetito, tal y como también indican otros estudios con pacientes de cáncer de mama en fase de tratamiento (Amiel, Fisher y Antoni, 2016; Dodd, Cho, Cooper y Miaskowski, 2010; Fernández et al., 2013).

Las pacientes supervivientes de cáncer de mama muestran menos afectación en los síntomas físicos que las pacientes con trastorno adaptativo que nunca han tenido un cáncer. Sorprendentemente, las pacientes con trastorno adaptativo, presentan medianas de afectación más elevadas en cuanto al dolor, a la alteración del sueño y vigilia, cansancio y apetito. Sin embargo, la falta de apetito es el único aspecto de la escala de síntomas que presenta diferencias significativas entre los dos grupos. Probablemente, al ser la percepción de calidad de vida una valoración subjetiva, las personas con estrés

adaptativo perciben peor todos los síntomas y las dificultades que tienen a raíz de la situación estresante. El malestar que se pueda sentir por una situación adversa se refleja a menudo en forma de queja de síntomas físicos. En cambio, las mujeres que han pasado por un tratamiento de cáncer de mama y se encuentran en una fase de intervalo libre de la enfermedad, relativizan el malestar después de haber superado la fase anterior, y encontrarse en una etapa de supervivencia. Las pacientes con un trastorno adaptativo, posiblemente por su diagnóstico, pueden llegar a magnificar la sintomatología física experimentada.

La falta de ilusión para hacer cosas y la alteración de la actividad social habitual, son los aspectos de la vida social y familiar que sufren un mayor impacto durante el proceso de tratamiento, comparado con las pacientes en intervalo libre y con trastorno adaptativo. Sin embargo, en otros aspectos como las dificultades en las actividades recreativas y las relaciones familiares, las pacientes en tratamiento tienen más afectación que las pacientes en intervalo libre, pero las diferencias no son significativas en relación al grupo de pacientes con trastorno adaptativo.

Es importante destacar que, en el caso de las pacientes en tratamiento oncológico, por el diagnóstico de la enfermedad y por los posibles efectos secundarios experimentados, estar con otras personas puede suponer un esfuerzo importante. Ello puede, en ocasiones, conllevar falta de comprensión y divergencias con el entorno, a quien les puede costar entender que a la paciente no le apetezca estar con otras personas de su entorno socio familiar habitual.

De nuevo, algunos aspectos de la vida social de las pacientes con trastorno adaptativo, presentan más alteración que en el grupo de pacientes en intervalo libre. Por

ejemplo, las dificultades de relación con la familia, la relación de pareja o las actividades recreativas. Aunque el único componente que muestra estas diferencias de forma significativa es la ilusión para hacer cosas relacionadas con el ocio y la vida social. Aspecto que está más deteriorado significativamente entre las pacientes con trastorno adaptativo comparado con las pacientes en intervalo libre del cáncer de mama. Teniendo en cuenta que en algunas de las pacientes de la muestra el motivo principal de consulta psicológica habían sido las dificultades en las relaciones con otros, es comprensible que puedan estar peor que las pacientes de cáncer.

Entre las pacientes en intervalo libre del cáncer de mama, la satisfacción y calidad de vida familiar y social parece que se recuperan en gran medida, de manera que existe pérdida de calidad de vida pero significativamente menor, en comparación con las pacientes que están en tratamiento activo. Sin embargo, algunos miedos y preocupaciones como las relacionadas con los hijos, muestran niveles de afectación importantes en las pacientes supervivientes de cáncer de mama en concordancia con otros estudios (Den Oudsten, De Vries, Van der Steeg, Roukena y Van Heck, 2009; Kroenke et al., 2013; Lemieux et al., 2007).

En la escala de autonomía en las actividades cotidianas, las pacientes en tratamiento activo tienen más afectación y problemas en sus cuidados personales y en las actividades de casa, comparado con las pacientes supervivientes de cáncer de mama y las pacientes con trastorno adaptativo. La movilidad y la actividad física de las pacientes en fase de tratamiento, tal y como era de esperar, también muestra mayores dificultades en el grupo en tratamiento comparado con el grupo superviviente de cáncer de mama. Los efectos secundarios de los tratamientos como la fatiga, podría explicar

estos resultados. Pero no se diferencian significativamente del de pacientes con trastorno adaptativo. Estas últimas, presentan más alteración de su vida cotidiana relacionada con la autonomía que las pacientes en fase de intervalo libre del cáncer de mama. Probablemente a pesar de que físicamente no presentan limitaciones para realizar sus hábitos cotidianos como los cuidados personales o el desplazarse, el estado psicológico en que se encuentran sí les afecta la autonomía, la actividad física o bien consideran que no merece la pena esforzarse. Las pacientes supervivientes de cáncer de mama han restaurado casi por completo sus actividades cotidianas y presentan muy poca afectación en este sentido.

Padecer un cáncer en ocasiones puede generar consecuencias psicológicas positivas en quienes lo han sufrido, y se encuentran en una fase libre de la enfermedad (Brédart et al., 2016; Vázquez y Castilla, 2007); como la relativización de inconvenientes cotidianos y un mayor disfrute de la vida social.

11.2 Objetivo 2: Describir y comparar el Optimismo Disposicional de las pacientes en cada situación de salud

El conjunto de pacientes de nuestro estudio presenta una mediana de ($Me=17,5$; 13–22) en la escala del LOT-R, y la mediana tanto de los ítems positivos como de los negativos del LOT-R es de ($Me=9$; 6-11). Estos valores son parecidos en las tres muestras, y a los encontrados en otras investigaciones con población femenina diagnosticada de cáncer de mama (Schou et al., 2004; Lam et al., 2010). Parece ser, por tanto, que las pacientes de todos los grupos han contestado de manera correcta, en el

sentido de que se refleja el optimismo disposicional, y no un optimismo en función de la situación en que se encuentran.

11.3 Objetivo 3: Describir y comparar el nivel de optimismo estratégico de las pacientes en función de su situación de salud

Se han analizado los mecanismos que forman parte de lo que hemos denominado Optimismo Estratégico: Valoración positiva del pasado, Expectativas positivas y de control, Responsabilidad/culpabilidad y Aspectos positivos de la situación (*Benefit finding*), como características o mecanismos cognitivos que se vincularían al optimismo.

La valoración positiva del pasado no muestra diferencias significativas entre los tres grupos de salud, pero sí se aprecia una mayor tendencia a considerar de manera positiva el pasado entre las pacientes que se encuentran en intervalo libre del cáncer de mama y de las pacientes con trastorno adaptativo. Si tenemos en cuenta que la situación médica de tratamiento activo oncológico provoca más sufrimiento emocional, comparado con las demás situaciones clínicas, tal y como hemos visto en el objetivo 1, es esperable una valoración más negativa del pasado. La situación actual de la paciente podría afectar la visión que tiene del pasado, tal y como indican algunos estudios sobre congruencia entre ánimo y memoria autobiográfica: la congruencia entre el estado emocional sobretodo la depresión, y los recuerdos autobiográficos influiría tanto a la accesibilidad de recuerdos como a la valencia de éstos (Boyano y Mora, 2015). Por tanto, teniendo en cuenta que las pacientes en tratamiento activo se encuentran más

deprimidas comparadas con las pacientes supervivientes de cáncer o las pacientes con trastorno adaptativo, es esperable que según la teoría de la congruencia emocional, también valoren de forma menos positiva su pasado.

Para algunos autores, las expectativas tanto disposicionales como situacionales serían importantes para entender el estrés emocional anticipatorio ante el cáncer (Carver et al., 1994; Epping-Jordan et al., 1999; Montgomery, David, Dilorenzo y Erblich, 2003; Stanton y Snider, 1993). En este sentido, cuanto más resultados positivos se esperan del proceso de salud, más tranquilidad y bienestar presentaría la paciente.

Las expectativas de una solución positiva y de control ante la situación de salud que están viviendo las pacientes, son más elevadas entre las mujeres con trastorno adaptativo, comparado con las pacientes de cáncer de mama en fase de tratamiento. También las pacientes en intervalo libre se encuentran con mejores expectativas positivas y de control que las pacientes en tratamiento activo, sin embargo las diferencias no llegan a ser significativas.

Las pacientes que se encuentran en tratamiento médico para superar el cáncer de mama son las que presentan menos expectativas de solución positiva y de control. Estos resultados son coherentes con los hallados en otros estudios según los cuales, la situación médica objetiva de la paciente, influye en las expectativas y en el estrés emocional (Broeckel, Jacobsen, Horton, Balducci y Lyman, 1998; Schnur et al., 2007; Sohl et al., 2012).

Las expectativas de control y autoeficacia se consideran también importantes para mantener el bienestar y la motivación ante retos de salud como los que se plantean en la investigación (Beckjord, Glinder, Langrock y Compas, 2009). Las pacientes en

tratamiento activo del cáncer se sienten menos capaces de poder superar la enfermedad y creen también en menor medida que superarla dependa, aunque sea parcialmente, de ellas. Como hemos comentado anteriormente, un diagnóstico de cáncer de mama es un acontecimiento muy estresante para las mujeres, generando un importante malestar emocional, sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad. Sentimientos que les hacen dudar de su propia capacidad para poder afrontar una situación tan adversa como ésta, disminuyendo la sensación de control ante la enfermedad. Si aquello que no esperas sucede, puede ocurrir cualquier otro acontecimiento negativo. Estos resultados muestran coherencia con los hallados en estudios similares, según los cuales el nivel objetivo de estrés podría estar relacionado con la percepción subjetiva de control. A medida que la paciente de cáncer de mama supera fases de la enfermedad, aumenta el aprendizaje y la confianza en poder superarla (Bárez, 2002; Merluzzi, Nairn, Hegde, Martinez y Dunn, 2001). Por ello, las pacientes que se encuentran en un intervalo libre del cáncer y las pacientes con trastorno adaptativo, se muestran más confiadas en superar la enfermedad y en poder controlarla que las pacientes en situación de tratamiento activo.

Las pacientes diagnosticadas de cáncer, tanto si se encuentran en situación libre de enfermedad como si se encuentran en pleno tratamiento, se sienten menos culpables de su situación médica que las pacientes con trastorno adaptativo. Los resultados van en el sentido esperado, ya que las pacientes con trastorno adaptativo presentarían más elementos neuróticos en su estilo cognitivo, entre ellos el culparse por la situación.

Además, superar una situación de salud grave como sería el caso de un cáncer de mama, aportaría cierta fortaleza psicológica a las pacientes, y estarían más protegidas

ante algunas actitudes neuróticas como el declararse culpables de haber padecido el cáncer.

Las personas que están en plena crisis para superar una enfermedad grave, como las pacientes que están recibiendo tratamiento oncológico, dedican plenamente su energía en curarse ellas y no entran en valoraciones de culpabilidad o si lo hacen, es con menos frecuencia (Li et al., 2015). Además, hay que tener en cuenta que el cáncer de mama no se asocia a conductas de riesgo, mientras que las situaciones neuróticas pueden implicar una dinámica en la que la persona participa, al menos en parte, de la causa y su evolución.

En las tres situaciones de salud, las pacientes valoran aspectos positivos o *benefit finding*. Sin embargo, y a pesar de que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, las pacientes que se encuentran en tratamiento activo lo valoran en menor frecuencia comparado con el grupo en intervalo libre del cáncer de mama o el grupo con trastorno adaptativo. El crecimiento postraumático y las ganancias ante una situación de amenaza, se podrían valorar a posteriori con más facilidad, siendo más complicado que se haga durante la situación amenazante y/o estresante (Koutrouli et al., 2016; Pat-Horenczyk et al., 2016). Cuando pasa el tiempo y la paciente se va distanciando del proceso de tratamiento, de las visitas médicas y se va recuperando de la vivencia, la mujer con cáncer de mama puede reflexionar sobre todo lo ocurrido, ser más consciente de ello y poder encontrar, en algunos casos, beneficios o aspectos positivos de haber vivido la experiencia de tener una enfermedad importante.

Sin embargo, a pesar de que las pacientes en tratamiento activo perciben en menor intensidad los aspectos positivos, más de la mitad (el 64%) afirman valorar más

el amor de su gente a raíz del cáncer, y aproximadamente el 70% expresa que pasar por la experiencia hace que valore más las pequeñas cosas. Es decir, la mayoría de las pacientes, en cualquiera de las tres situaciones, valoran aspectos positivos en la situación y ven "ganancias" en sus vidas. Estos resultados coinciden con la apreciación de Armor y Taylor (1998) según los cuales cuando la situación es negativa y contraria a nuestras expectativas, podrían aumentar las actitudes de crecimiento personal y sentido ante la situación amenazante como forma de autoregulación, incluso aunque disminuyan las expectativas de resultado positivo. Igualmente, se ha observado que un individuo se hace más resistente a los estresores intensos, cuando la persona que sufre el estresor percibe, además de los aspectos y consecuencias negativas, algún o algunos elementos positivos en lo que está sucediendo (Casellas et al., 2016; Vázquez et al., 2006).

Atendiendo a los resultados valorados en este objetivo, hemos elaborado un perfil de las pacientes en función de su situación médica:

- Más de la mitad de las pacientes en tratamiento del cáncer de mama tienden a valorar su pasado de forma positiva, tienen expectativas positivas de resultado y autoeficacia, encuentran y valoran aspectos positivos ante su situación médica; pero en menor medida que las pacientes en intervalo libre y con trastorno adaptativo. No se culpabilizan en absoluto de su situación médica.

- La mayoría de las pacientes en intervalo libre del cáncer de mama manifiestan tener una visión positiva de su pasado, expectativas positivas de resultado ante su enfermedad, percepción de autoeficacia, y valoran de forma positiva algunos aspectos de su vivencia con el cáncer de mama. Este tipo de mecanismos son más elevados en estas pacientes comparado con las pacientes en tratamiento activo del cáncer. Igual que

las pacientes en tratamiento activo, no se culpabilizan ni responsabilizan en exceso por su situación médica.

- Las pacientes con trastorno adaptativo valoran de forma positiva su pasado, creen en una solución positiva, consideran que tienen capacidad para hacer cosas ante su situación estresante (autoeficacia), valoran los aspectos positivos y de *benefit finding* ante su situación, y se culpabilizan y responsabilizan de su situación estresante más que los grupos de pacientes supervivientes y en tratamiento de un cáncer de mama.

11.4. Objetivo 4: Analizar la posible relación entre optimismo disposicional y calidad de vida en el conjunto de pacientes de la muestra y en función de su situación médica

Se confirma la existencia de una relación significativa entre el optimismo disposicional y la calidad de vida de las pacientes de la muestra, por lo que se confirma la hipótesis 2. La relación es inversa tal y como era de esperar, es decir, a medida que aumenta el optimismo disposicional disminuye la afectación de la calidad de vida en los tres grupos de pacientes. Esta relación se repite en todas las subescalas de la calidad de vida: las pacientes optimistas tienen mejor calidad de vida relacionada con los síntomas, la autonomía, el bienestar psicológico y emocional, las relaciones sociales y familiares, y a nivel global. Estas relaciones son coherentes con las encontradas en otros estudios con pacientes de cáncer de mama y otras dificultades de salud (Brãndao et al., 2016; Carver y Scheier, 2014; Colby y Shifren, 2013).

Sin embargo, la relación entre el optimismo disposicional y la calidad de vida valorada en cada una de las situaciones médicas por separado, aporta datos interesantes.

La relación entre la calidad de vida de las pacientes en tratamiento activo y el optimismo disposicional, se muestra significativa para algunos ítems importantes como el cansancio, las dificultades para dormir o la depresión, sin embargo a un nivel de escalas o grupo de componentes, existen relaciones significativas únicamente con la escala familiar y social. Al comparar las medianas de calidad de vida de optimistas y pesimistas en tratamiento activo del cáncer de mama, se han encontrado diferencias significativas en las escalas de los síntomas físicos y las relaciones familiares y sociales.

Las pacientes que están recibiendo tratamiento para superar el cáncer de mama, si son optimistas, tienen menos síntomas físicos y mejores relaciones sociales y familiares. Estos resultados son coherentes con los hallados en otros estudios (Matthews y Cook, 2009; Sohl et al., 2012) e indican la importancia de las expectativas positivas disposicionales optimistas para la calidad de vida de las pacientes oncológicas, principalmente cuando se encuentran en fases difíciles como el estar recibiendo tratamiento.

Las pacientes en intervalo libre del cáncer de mama presentan correlaciones negativas significativas en todas las escalas de la calidad de vida, es decir, las pacientes optimistas en intervalo libre del cáncer tendrían mejor calidad de vida en todos los aspectos evaluados. Cuando se comparan las medianas de calidad de vida de las pacientes optimistas y pesimistas en intervalo libre, se observa una mayor pérdida de calidad de vida entre las pacientes pesimistas en las escalas de síntomas, de autonomía y calidad de vida social. El paso del tiempo y el distanciamiento de los hospitales y el

éxito conseguido con los tratamientos, permite ir recuperándose física y psicológicamente de la experiencia de la enfermedad y tener una visión más positiva y optimista de los diferentes aspectos de la calidad de vida. Y por el contrario, entre las pacientes más pesimistas, el distanciamiento de las visitas médicas, puede ser vivido con mayor inseguridad, incluso con una sensación de abandono, aumentando el malestar emocional, mostrándose más hipervigilantes con los síntomas o molestias físicas (posibles secuelas de los tratamientos realizados), centrándose más en las pérdidas que en los aspectos positivos conseguidos con haber realizado un o varios tratamientos oncológicos y haber superado, al menos inicialmente, la enfermedad, lo que en ocasiones, también puede conllevar sentimientos de incompreensión por parte del entorno, reflejándose en un mayor distanciamiento y aislamiento social. En este sentido, las pacientes que se encuentran bajo los efectos del tratamiento para superar el cáncer pero que son optimistas disposicionales, muestran menos afectación en su calidad de vida que las pacientes que se encuentran en la fase de intervalo libre pero que son pesimistas. Hecho que muestra la importancia de la disposición optimista en la calidad de vida de estas pacientes.

Entre las pacientes con trastorno adaptativo, las escalas que muestran relación significativa con el optimismo son la sintomatología física y la psicológica-emocional. Sin embargo, cuando se compara la afectación de la calidad de vida entre optimistas y pesimistas en este grupo de pacientes, no aparecen diferencias significativas en ninguna de las subescalas valoradas en este estudio. Esta falta de diferencias significativas podría ser debido a la independencia entre el neuroticismo y el optimismo disposicional.

Por tanto, observamos que el optimismo disposicional está relacionado con la calidad de vida y que las pacientes optimistas presentan menos pérdida de calidad de vida comparado con las pesimistas. Sin embargo, en función de la situación médica en la que se encuentran las pacientes, existe más o menos relación entre el optimismo y la calidad de vida. La influencia más intensa del optimismo disposicional en la calidad de vida se observa entre las pacientes supervivientes de cáncer de mama.

11.5. Objetivo 5: Analizar la posible relación entre Optimismo Estratégico y Calidad de vida en el conjunto de pacientes de la muestra y en función de su situación médica

La calidad de vida de las pacientes está relacionada con algunas actitudes y expectativas estratégicas frente a la situación médica. Los recuerdos positivos, las expectativas de solución positiva, la percepción de control y autoeficacia, y el percibir aspectos positivos están relacionados con menor afectación en los síntomas físicos, más autonomía, mejores relaciones sociales y familiares, mejor estado de ánimo y mejor percepción de calidad de vida global. Por tanto podemos afirmar que la hipótesis que hemos formulado en relación a este objetivo, según la cual las pacientes con mayor optimismo estratégico tienen mejor calidad de vida, se cumple en todas las estrategias, excepto en el aspecto de "responsabilidad por la situación médica" que no guarda relación significativa con la calidad de vida.

La comparación de medianas de la calidad de vida, también nos aporta el siguiente dato: cuanto más frecuentes son los recuerdos positivos, las expectativas, la

percepción de control, y la valoración de aspectos positivos ante la situación de salud, menos pérdida de calidad de vida en todas sus dimensiones. En este sentido, tal y como aportan otros estudios, se observa que la intensidad y frecuencia de dichas actitudes positivas ante la enfermedad se relacionan con una mejor adaptación (Mols, Vingerhoets, Coebergh y Van de Poll-Franse, 2009; Park, Chmielewski y Blank, 2010; Sears et al., 2003; Vázquez et al., 2006).

Sin embargo, al comparar y analizar separadamente las diferentes situaciones de salud por la que pasan las pacientes, se observan algunas diferencias relevantes.

En el grupo de pacientes que se encuentran en tratamiento activo, existe relación entre los mecanismos positivos evaluados y la calidad de vida relacionada con los síntomas, la autonomía, las relaciones familiares y sociales, y parcialmente la calidad de vida global. Sin embargo, las relaciones no son significativas entre los mecanismos y la calidad de vida psicológica y emocional. Una posible explicación sería que probablemente es necesario y adaptativo experimentar y aceptar las emociones negativas que puedan surgir durante el tratamiento y quizás no insistir en utilizar estrategias para cambiar dichas emociones. La situación de tratamiento activo con todo lo que comporta, no permite que inicialmente mejore el estado de ánimo aún y cuando se utilicen estos mecanismos, que por otra parte sí influyen significativamente en otros aspectos de la calidad de vida. En este sentido, la calidad de las relaciones sociales y familiares que sí están relacionadas con las expectativas disposicionales (tal y como hemos visto en el objetivo 4) y situacionales positivas, podrían mediar en la calidad emocional de las pacientes cuando la situación es estresante, como en el caso de las pacientes en tratamiento oncológico. Sí es cierto, sin embargo, que las pacientes en

tratamiento activo que tienen más frecuencia de recuerdos, que tienen más expectativas de solución positiva de su situación y perciben más control y autoeficacia, y que valoran algunos aspectos positivos ante la situación, muestran medianas menores de afectación en todas las escalas de calidad de vida, incluida la subescala de malestar emocional. Aunque la única diferencia significativa entre medianas de calidad de vida la encontramos entre las pacientes en tratamiento activo que tienen más expectativas de solución positiva y de control, tienen mejor calidad de vida social y familiar comparado con las que tienen menos expectativas positivas y de control.

Para las pacientes supervivientes del cáncer de mama, las relaciones entre los recursos evaluados en el optimismo estratégico y las escalas de calidad de vida son significativas. Las pacientes con más recuerdos positivos, con más expectativas positivas, más percepción de control y con más valoración de aspectos positivos, tienen menos afectación de síntomas físicos, menos dificultades sociales y familiares, menor malestar emocional, y mejor percepción global de calidad de vida. Seguramente, la situación de descanso de los tratamientos, de encontrarse en una fase de recuperación, donde los estresores ya no son en general tan intensos a nivel físico, permite una mayor influencia de los aspectos actitudinales positivos en la calidad de vida, y por ello, observamos relaciones elevadas entre mecanismos como los recuerdos positivos y una mejor calidad de vida emocional; o más *benefit finding* y mejor calidad de vida social y familiar. La comparación de medianas de la calidad de vida, también muestra la misma tendencia: las pacientes que en este momento de su vida tienen más recuerdos positivos, más expectativas de solución positiva, más percepción de control y valoran más los aspectos positivos de su situación médica, tienden a tener mejor calidad de vida que las

pacientes supervivientes que no lo hacen tanto. En cuanto a la atribución o responsabilidad externa o interna de la situación médica, los resultados nos muestran la tendencia de que cuanto mayor es la atribución externa del cáncer entre estas pacientes en fase de intervalo libre, mayor es la afectación de su calidad de vida. Los resultados van en la línea de algunos estudios en los que se ha hallado que aquellas pacientes que atribuyen su enfermedad a causas externas tienen peor calidad de vida que aquellas que atribuyen la causa de su situación a aspectos internos. Una posible explicación es la probable relación entre la atribución interna y la percepción de control, aunque no se traduzca necesariamente en mejor calidad de vida (Benyami et al., 2007). Las pacientes que atribuyen la causa de su situación a algo externo a ellas podrían tener menor percepción de control y afectar así su calidad de vida (Else-Quest, LoConte, Schiller y Hyde, 2009; Friedman et al., 2010).

La relación entre los mecanismos del optimismo estratégico y la calidad de vida en las pacientes con trastorno adaptativo, nos muestra relaciones significativas principalmente en las escalas de la calidad de vida relacionada con los síntomas, la escala familiar y social, y la escala emocional psicológica. Las diferencias de calidad de vida en las pacientes con trastorno adaptativo, muestran la misma tendencia. Las pacientes con más recuerdos positivos, más expectativas de solución positiva a su situación, más percepción de control y más valoración de los aspectos positivos de la situación tienen mejor calidad de vida que las pacientes con trastorno adaptativo que utilizan/presentan menos frecuentemente estos mecanismos.

11.6. Objetivo 6: Analizar las posibles relaciones entre el Optimismo Disposicional y el Optimismo Estratégico en el conjunto de pacientes de la muestra y en función de la situación médica

Existe una relación positiva entre el optimismo disposicional y los mecanismos estudiados en el optimismo estratégico. Las pacientes optimistas de la muestra recuerdan de forma más benévola su pasado, valoran los aspectos positivos de su situación médica estresante, y tienen expectativas positivas de resultado y autoeficacia ante la adversidad médica. En cambio la responsabilidad y culpabilidad de la situación médica no están relacionadas con el optimismo disposicional. Por tanto podemos decir que se cumple la hipótesis según la cual las pacientes más optimistas disposicionalmente tienen más frecuentemente los mecanismos que formarían el optimismo estratégico.

Las pacientes de la muestra que son más optimistas disposicionales tienen una visión más positiva de su pasado comparado con las pacientes pesimistas, tienen con más frecuencia expectativas de solución positiva ante su situación médica y de autoeficacia, valoran más los aspectos positivos de la situación de salud por la que pasan y se culpabilizan menos.

En la comparación de medianas en función de la situación médica encontramos las mismas tendencias:

Las pacientes más optimistas disposicionalmente presentan más frecuentemente emociones positivas que las pesimistas y por tanto, es esperable que también tengan más recuerdos positivos que las pesimistas. Las pacientes más optimistas

disposicionales tienen más recuerdos positivos que las pacientes pesimistas en los tres grupos de salud; aunque las diferencias en la frecuencia de recuerdos positivos entre optimistas y pesimistas es estadísticamente significativa entre las pacientes con trastorno adaptativo.

Las pacientes más optimistas disposicionales tienen más expectativas de solución positiva de su situación médica y más percepción de control y autoeficacia, que las pacientes pesimistas disposicionales. La tendencia se repite en las tres situaciones de salud, aunque las diferencias son significativas en las pacientes con cáncer de mama (tanto en tratamiento activo como en intervalo libre del cáncer) y no son significativas en las pacientes con trastorno adaptativo. Una explicación podría ser la importancia de ciertas actitudes ante situaciones estresantes como el cáncer, donde la influencia del optimismo disposicional se haría efectiva a través de actitudes positivas de resultado ante la situación y una mayor percepción de control. A pesar de que en las pacientes con trastorno adaptativo también se observa la misma tendencia, se podría entender que la percepción de control y las expectativas positivas en pacientes con rasgos neuróticos, son independientes del optimismo como disposición de personalidad. Estos datos podrían apoyar la hipótesis de cierta independencia entre el optimismo disposicional y el neuroticismo, coincidiendo con otros estudios anteriores (Scheier et al., 1994).

Las pacientes con cáncer de mama, tanto del grupo que se encuentra en tratamiento para superar el cáncer como las pacientes supervivientes o en intervalo libre, si son optimistas disposicionales valoran con más frecuencia aspectos positivos como el afecto de los demás y las pequeñas cosas de la vida. Las diferencias entre optimistas y pesimistas disposicionales son significativas en cuanto a la frecuencia de

benefit finding. Las relaciones entre el optimismo disposicional y la calidad de vida en las pacientes en tratamiento activo del cáncer de mama parecían menos intensas (objetivo 4), sin embargo, posiblemente la influencia del optimismo disposicional se daría a través de sus mecanismos y estrategias, como el valorar los aspectos positivos incluso cuando la situación es difícil y estresante. Nuestros resultados avalan la teoría de otros investigadores: tal y como argumentan Armor y Taylor (1998), la capacidad de encontrar aspectos positivos en las situaciones estresantes sería una actitud propia de las personas optimistas. Ante situaciones de estrés intenso como sería el tratamiento del cáncer, cobraría más importancia el ser optimista, no tanto por el efecto directo en la calidad de vida, sino porque son precisamente las pacientes más optimistas las que tienen más frecuencia de *benefit finding*, seguramente como forma de autoregular el estrés.

En el caso de las pacientes con trastorno adaptativo, los resultados nos aportan datos contradictorios. Por un lado, en la descripción de los *benefit finding* valorados y comparados en el objetivo 3, hemos observado que las pacientes con trastorno adaptativo tenían una alta frecuencia de *benefit finding*; de hecho, incluso más que las pacientes con cáncer de mama. Sin embargo, los datos nos indican, cierta independencia entre el optimismo disposicional y el *benefit finding* únicamente con el grupo de pacientes con trastorno adaptativo. Hecho que de nuevo, podría indicar cierta independencia entre el optimismo y pesimismo disposicional y el neuroticismo.

Las pacientes optimistas disposicionales muestran más tendencia a la atribución externa y se culpan menos por la situación de salud que atraviesan. Las diferencias no son significativas pero si se observa la misma tendencia en los tres grupos de salud.

11.7. Objetivo 7: Proponer un modelo explicativo del bienestar emocional y social de las pacientes en función de la situación médica y el optimismo

Los resultados del análisis factorial exploratorio van en la dirección esperada a raíz también de los resultados hallados en los objetivos anteriores. Los componentes indican que las personas optimistas disposicionalmente también tienen más recuerdos positivos, tienen más percepción de control y autoeficacia, y tienen más expectativas de solución positiva ante su problema de salud. También en estudios anteriores se ha encontrado que el optimismo incluiría expectativas de control sobre los resultados positivos de futuro así como parte de eficacia personal (Gillham, Shatté, Reivich y Seligman, 2001). La mayoría de las terapias cognitivas se han centrado en disminuir las cogniciones negativas a través de un empirismo de colaboración con el paciente con la intención de conseguir un pensamiento "no negativo". Sin embargo, se han hallado algunas evidencias de que las relaciones más estrechas en la respuesta al tratamiento cognitivo las encontramos con los cambios en el pensamiento positivo y no tanto en el negativo (Riskind, Sarampote y Mercier, 1996). Una buena forma de trabajar terapéuticamente el pesimismo para dirigirlo hacia un mayor optimismo sería insistir en los aspectos relacionados con el control ante la enfermedad. Centrarse en lo que sí se puede controlar, en lo que sí puede hacer la paciente ante la situación médica, sobretodo teniendo en cuenta que las situaciones amenazantes como la enfermedad oncológica pueden minar fácilmente la percepción de control sobre el propio cuerpo y sobre la vida en general (Bárez, 2002). Las expectativas positivas ante la situación médica, a pesar de ser poco distinguibles de las expectativas de control y autoeficacia, tendrían un papel

importante, ya que serían estratégicas y se adaptarían a los resultados que se van consiguiendo y suelen ir unidas a un mejor manejo de la amenaza y al avance en los proyectos personales (Armor y Taylor, 1998; Gillham et al., 2001). La mayor frecuencia de la valoración positiva del pasado y de la presencia de recuerdos positivos, también es un mecanismo que formaría parte del mismo factor. Puesto que la valencia de los recuerdos así como su frecuencia están íntimamente relacionados con el estado emocional, y éste es un punto central del bienestar y el optimismo, los recuerdos podrían ser una forma de potenciar estados emocionales adaptativos positivos.

Los resultados nos indican también, que las pacientes que tienen mejor calidad de vida a nivel emocional y psicológico, también lo tienen a nivel social y familiar. Una forma de autorregulación emocional y de potenciar las emociones positivas es la instrumentalización de las relaciones sociales. Las personas con mayor calidad de vida emocional por tanto tendrían una percepción más positiva de su vida social y viceversa. En este sentido, la valoración de los aspectos positivos de la situación (*benefit finding*) estarían inversamente relacionados con el bienestar emocional y social de la paciente, es decir, cuanto menor pérdida de calidad de vida emocional y social, más beneficios encuentra la paciente en su situación médica estresante. Los resultados de otros estudios vinculan el *benefit finding* con menos estrés en pacientes oncológicas, mejor bienestar emocional, más satisfacción vital tanto en el momento de la evaluación como de futuro (Lechner et al., 2006). Por tanto los resultados van en el sentido esperado.

La responsabilidad por la situación médica no se relaciona en nuestro estudio con un mayor o menor optimismo, sino que se encuentra vinculada directamente a las características de la situación médica. Estos resultados podrían implicar dos aspectos

que consideramos importantes: por un lado, la "independencia" entre la responsabilidad/culpabilidad y el optimismo, podría ser un argumento a favor de que el optimismo no es lo mismo que el neuroticismo, tal y como indican otros estudios (Scheier et al., 1994). Aunque algunos estudios que valoran separadamente el optimismo y el pesimismo disposicional vinculan el pesimismo al afecto negativo, pero también a dimensiones de la personalidad como el neuroticismo. Y por el otro, el posible efecto "protector" a nivel psicopatológico que podrían tener el pasar por una situación amenazante como el tratamiento para superar el cáncer de mama o estar ante una fase de intervalo libre de éste: las pacientes en ambas situaciones no se sienten excesivamente responsables ni culpables de su situación médica, en cambio sí lo hacen las pacientes con trastorno adaptativo. En este sentido el pasar por la experiencia oncológica podría tener un efecto resiliente en una buena parte de las pacientes. De la misma forma que pueden aparecer los cambios psicológicos negativos después del cáncer, como el miedo a la recidiva y afectación de la autoestima, también pueden aparecer cambios positivos y entre ellos se podría encontrar una mayor conciencia y confianza en una misma sin culpabilizarse.

12. Conclusiones

- 1) Las pacientes que reciben tratamiento para el cáncer de mama son las que padecen más afectación de la calidad de vida. Aspectos como la depresión, la astenia, la dificultad para sentirse atractivas sexualmente, la falta de ilusión para hacer cosas y el deterioro de la vida social a raíz de la enfermedad, provocan un importante malestar entre las pacientes.
- 2) El aspecto de la calidad de vida que presenta más alteración es el psicológico y emocional, independientemente de cuál sea la situación médica.
- 3) El nivel de optimismo disposicional, al ser un rasgo de la personalidad, es similar en la mayoría de las pacientes de la muestra a pesar de sus diferentes situaciones de salud.
- 4) Las pacientes con mayores niveles de optimismo disposicional tienen mejor calidad de vida que las pacientes pesimistas que se encuentran en su misma situación médica.
- 5) Tener una elevada disposición al optimismo, se relacionaría con tener menos sintomatología física y mejores relaciones sociales aunque se esté recibiendo tratamiento para el cáncer de mama. En una misma situación médica, las pacientes pesimistas indican más dolor y mayor pérdida de calidad de vida social y familiar.

6) Las expectativas positivas situacionales son mayoría en las diferentes circunstancias médicas exploradas, aunque entre las pacientes con mayor estrés objetivo, es decir, las mujeres en tratamiento oncológico, aparecen con menos frecuencia.

7) Las pacientes oncológicas muestran menos culpabilidad por la situación médica que sufren.

8) Las pacientes optimistas disposicionales y con mejor calidad de vida, recuerdan y valoran más positivamente su pasado que las pacientes pesimistas, creen en mayor medida que su situación médica se resolverá bien, perciben mayores niveles de control y autoeficacia ante su situación de salud y valoran con más frecuencia aspectos positivos en su adversidad.

9) El optimismo disposicional y sus mecanismos representan una parte importante de la varianza emocional y social de las pacientes con cáncer de mama y con trastorno adaptativo.

10) A pesar de la dificultad objetiva que supone la enfermedad, para el bienestar emocional y social de las pacientes parecería más importante el optimismo y sus mecanismos que la situación médica.

11) Es necesario valorar el optimismo desde el momento del diagnóstico, para ayudar a las pacientes a desarrollar estilos de pensamiento positivo que faciliten su adaptación.

13. Limitaciones del trabajo y propuestas de futuro

Nuestro estudio presenta las limitaciones propias de un trabajo transversal. A pesar de las relaciones observadas entre las variables principales, no podemos establecer una relación causa-efecto.

Otra limitación es que el trabajo se basa en una muestra de conveniencia, por tanto los datos y reflexiones que hemos elaborado no son generalizables a todas las pacientes de cáncer de mama, y tampoco a las pacientes con un diagnóstico de trastorno adaptativo. También el tamaño de la muestra puede suponer una limitación, sobretodo al querer comparar los diferentes comportamientos de las variables en las tres situaciones médicas.

A pesar de ello entendemos que los datos aportados profundizan en el entendimiento de las relaciones entre el optimismo y la calidad de vida y complementan estudios anteriores.

Consideramos que algunos de los aspectos analizados en este trabajo están poco representados en la literatura científica sobre el optimismo. Las relaciones entre los recuerdos y el optimismo disposicional tienen poca representación científica en su aplicación práctica. Pocos estudios han valorado la importancia de estimular la memoria biográfica positiva como instrumento para mejorar el optimismo de las pacientes con cáncer de mama. De hecho no se han encontrado prácticamente estudios.

Otro aspecto que creemos que merece atención es seguir conociendo no sólo las estrategias que utilizan las pacientes más optimistas, sino los mecanismos que están

implícitos en la disposición optimista. De esta forma, desde diferentes corrientes psicológicas se podrían implementar intervenciones terapéuticas dirigidas a potenciar el optimismo y no únicamente las emociones positivas, ya que éstas son sólo una posible expresión del optimismo pero no la única ya que la paciente optimista no está exenta de emociones negativas.

Incidir en procesos como la valoración de aspectos positivos, estimular la percepción de control, aceptar las emociones negativas y facilitar las positivas, aprender a observar en el proceso aspectos positivos y de crecimiento personal a pesar de la situación, serían aspectos a continuar investigando y a incluir en las terapias orientadas a ayudar a las pacientes con cáncer de mama.

14. Referencias bibliográficas

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., y Teasdale, I. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Agra, Y. y Badía, X. (1999). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del Rotterdam Symptom Checklist para medir calidad de vida en personas con cáncer. *Revista Española de Salud Pública*, 73, 35-44.
- Agra, Y., Badía, X. y Gil, A. (1998). Instrumentos para la medición de la calidad de vida en los pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 110(18), 703-708.
- Al-Ghazal, S.K., Fallowfield, L. y Blamey, R.W. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36(15), 1938-1943.
- Amiel, C.R., Fisher, H.M. y Antoni, M.H. (2016). Concerns about breast cancer, pain and fatigue in non-metastatic breast cancer patients undergoing primary treatment. *Healthcare*, 4, 62. doi: 10.3390/healthcare4030062
- Andersen, B. (2001). A biobehavioral model for psychological interventions. En A. Baum y B.L. Andersen (Eds.), *Psychological interventions for cancer* (pp.119-130). Washington: American Psychological Association.
- Antoni, M., Carver, C. y Lechner, S. (2009). Enhancing positive adaptation: example intervention during treatment for breast cancer. En C.L. Park, S.C. Lechner, M.H. Antoni y A.L. Stanton (Eds.), *Medical illness and positive life change: can crisis lead to personal transformation?* (pp. 197-214). Washington, DC: American Psychological Association.
- Armor, D.A. y Taylor, S.E. (1998). Situated optimism: specific outcome expectancies and self-regulation. *Advances in experimental social psychology*, 30, 309-379.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). Intervención emocional en cuidados paliativos. *Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Arranz, P. y Cancio, H. (2000). Counselling: habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico. En F. Gil, *Manual de Psico-Oncología*. Madrid: Nova Sidonia.

- Arrarás, J.L., Illarramendi, J.J. y Valerdi, J.J. (1995). El cuestionario de calidad de vida de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1), 13-33.
- Asen, M.J., Dietz, A., Meister, E.F., Hinz, A. y Meyer, A. (2015). Fear of Recurrence (FoR) after Partial Laryngectomy (PA). *Laryngorhinootologie*, 94(10), 681-689. doi: 10.1055/s-0034-1398521
- Asociación Española contra el Cáncer (AECC, 2015). Incidencia. Recuperado el 6 de mayo de 2015 de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/incidencia.aspx>
- Avia, M.D. (2009). Nueva mirada al optimismo inteligente. *Revista interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 73-84.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (2011). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Avis, N.E., Levine, B., Naughton, M.J., Case, L.D. y Naftalis, E. (2013). Age-related longitudinal changes in depressive symptoms following breast cancer diagnosis and treatment. *Breast Cancer Research & Treatment*, 139(1), 199-206. doi:10.1007/s10549-013-2513-2
- Ayala, E. (2009). Psiconeuroinmunología. Interrelación entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario. *Ámbito Farmacéutico*, 28(6), 110-116.
- Badía, X. (2009). Impacto en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente en España. En *Estudios sobre la calidad de vida de pacientes afectados por determinadas patologías. Informes, estudios e investigación* (pp. 81-166). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política social.
- Baena-Cañada, J.M., Rosado-Varela, P., Expósito-Álvarez, I., González-Guerrero, M., Nieto-Vera, J. y Benítez-Rodríguez, E. (2014). Women's perceptions of breast cancer screening. Spanish screening programme survey. *The Breast*, 23(6), 883-888. doi: 10.1016/j.breast.2014.09.010
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bárez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España.

- Bárez, M., Blasco, T. y Fernández Castro, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de psicología*, 19(2), 235-246.
- Bayés, R. (2008). ¿Es posible la felicidad en el paciente oncológico al final de la vida? *Psicooncología*, 5(2-3), 211-216.
- Beaver, K., Williamson, S. y Briggs, J. (2015). Exploring patient experiences of neo-adjuvant chemotherapy for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 20, 77-86. doi: 10.1016/j.ejon.2015.06.001
- Beckjord, E.B., Glinder, J., Langrock, A. y Compas, B.E. (2009). Measuring multiple dimensions of perceived control in women with newly diagnosed breast cancer. *Psychology & Health*, 24(4):423-438. doi: 10.1080/08870440903126447
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295-311.
- Bennet, K.K., Compas, B.E., Beckjord, E. y Glinder, J.G. (2005). Self-Blame and distress among women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(4), 313-323. doi:10.1007/s10865-005-9000-0
- Benyamini, Y., Leventhal, H. y Leventhal, E. (2007). Attributions and Health. En S.Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman y R. West (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine(2nd Edition)*. New York: Cambridge University Press.
- Berckman, K.L. y Austin, J.K. (1993). Causal attribution, perceived control, and adjustment in patients with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20(1), 23-30.
- Bernhard, J., Hürny, C., Coates, A.S., Peterson, H.F., Castiglione-Gertsch, M., Gelber, R.D., ... Rudenstam, C.M. (1997). Quality of life assessment in patients receiving adjuvant therapy for breast cancer: The IBCSG approach. *Annals of Oncology*, 8(9), 825-835.
- Bleiker, E.M., Hendriks, J.H., Otten, J.D., Verbeek, A.L. y Van der Ploeg, H.M. (2007). Personality factors and breast cancer risk: a 13-Year Follow-up. *Journal of the National Cancer Institute*, 100(3),213-218.doi: 10.1093/jnci/djm280
- Boehmke, M.M. y Brown, J.K. (2005). Predictors of symptom distress in women with breast during the first chemotherapy cycle. *Canadian Oncology Nursing Journal*,15(4), 215-227. doi: 10.5737/1181912x154215220

- Bond, M., Pavey, T., Welch, K., Cooper, C., Garside, R., Dean, S. y Hyde, C. (2013). Systematic review of the psychological consequences of false-positive screening mammograms. *Health Technology Assessment*, 17(13), 1-170. doi: 10.3310/hta17130
- Boyano, J.T. y Mora, J.A. (2015). Estado de ánimo y memoria autobiográfica: efectos sobre la intensidad de los recuerdos escolares. *Anales de Psicología*, 31(3), 1035-1043. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.155201>
- Bozo, O., Gündogdu, E. y 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
- Brady, M.J., Peterman, A.H., Fitchett, G., Mo, M. y Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8(5), 417-428.
- Brãndao, T., Schulz, M.S. y Matos, P.M. (2016). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-Oncology*. doi: 10.1002/pon.4230
- Braña-Marcos, B., Carrera-Martínez, D., De la Villa-Santoveña, M., Vegas-Pardavilla, E., Avanzas Fernández, S. y Gracia Corbato, M.T. (2012). Supervivientes de cáncer de mama: calidad de vida y diagnósticos prevalentes. *Enfermería Clínica*, 22(2), 65-75. doi: 10.1016/j.enfcli.2011.10.004
- Breastcancer.org (2014). *Tipos de cáncer de mama*. Recuperado el 7 de junio de 2015 de <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos>
- Brédart, A., Untas, A., Copel, L., Leufroy, M., Mino, J.C., Boiron, C., ... Kop, J.L. (2016). Breast cancer survivors' supportive care needs, posttraumatic growth and satisfaction with doctors' interpersonal skills in relation to physical activity 8 months after the end of treatment: a prospective exploratory study. *Oncology*, 90(3), 151-159. doi: 10.1159/000443766
- Brennan, F.X. y Charnetski, C.J. (2000). Explanatory style and Immunoglobulin A (IgA). *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 35(4), 251-255.
- Brewin, C.R. y Andrews, B. (1996). Intergenerational links and positive self-cognitions: parental correlates of optimism, learned resourcefulness, and self-evaluation. *Cognitive Therapy & Research*, 20(3), 247-263. doi: 10.1007/BF02229236

- Broeckel, J.A., Jacobsen, P.B., Horton, J., Balducci, L. y Lyman, G.H. (1998). Characteristics and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16(5), 1689-1696. doi: 10.1200/JCO.1998.16.5.1689
- Brown, T.A. y Barlow, D.H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271. doi: 10.1037/a0016608
- Brozos Vázquez, E., Vázquez Rivera, F., Cueva Bañuelos, J. y Barón Duarte, F.J. (2012). Supervivientes al cáncer en España: situación actual. En Monográfico SEOM de Largos Supervivientes en Cáncer 1ª parte (Sociedad Española de Oncología Médica). Recuperado el 5 de Abril de 2015 de http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/MONOGRAFICO_SEOM_LARGOS_SUPERVIVIENTES_I.pdf
- Bulman, R.J. y Wortman, C.B. (1977). Atributions of blame and coping in the “real world”: severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(5), 351-363.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. y Ramirez, A. (2005). Depression, anxiety, or both in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*, 330(7493), 702. doi: 10.1136/bmj.38343.670868.D3
- Burke, H.B. (2004). Outcome prediction and the future of the TNM Staging System. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(19), 1408-1409. doi: 10.1093/jnci/djh293
- Calman, K.C. (1984). Quality of life in cancer patients: an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10(3), 124-127.
- Campbell, A., Converse, P.E. y Rodgers, W.L. (1976). *The Quality of American Life. Perceptions, evaluations and satisfactions*. Russell Sage Foundation: New York.
- Carver, C.S., Lehman, J.M. y Antoni, M.H. (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.
- Carver, C.S., Smith, R.G., Petronis, V.M. y Antoni, M.H. (2006). Quality of life among long-term survivors of breast cancer: Different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psycho-Oncology*, 15(9), 749-758. doi: 10.1002/pon.1006

- Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., ... Clark, K.C. (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(2), 375-390.
- Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., ... Clark, K.C. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73(4), 1213-1220.
- Carver, C.S., y Scheier, M.F. (1981). *Attention and self regulation. A control therapy approach to human behavior*. New York & Berlin: Springer-Verlag.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1989). *On the self-regulation of behavior*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (2000). On the structure of behavioral self-regulation. *Handbook of Self-Regulation*, 41-84.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293-299. doi: 10.1016/j.tics.2014.02.003
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Carver, S.C., Smith, R.G., Antoni, M.H., Petronis, V.M., Weiss, S. y Derhagopian, R.P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24(5), 508-516. doi: 10.1037/0278-6133.24.5.508
- Casellas-Grau, A., Font, A. y Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-oncology*, 23(1), 9-19. doi: 10.1002/pon.3353
- Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A. y Ochoa, C. (2016). Positive psychological functioning in breast cancer: an integrative review. *Breast*, 27, 136-168. doi: 10.1016/j.breast.2016.04.001
- Castiñeiras, M.A. y Díez, F. (2003). *Profano y pagano en el arte gallego*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- Cella, D.F., Hernández, L., Bonani, A.E., Corona, M., Vaquero, M., Shiimoto, G. y Baez, L. (1998). Spanish language translation and initial validation of the Functional Assessment of Cancer Therapy Quality of Life Instrument. *Medical Care*, 36(9), 1407-1418.

- Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., ... et al. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579. doi:10.1200/JCO.1993.11.3.570
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544-550.
- Clark, S. y Reeves, P.J. (2015). Women's experiences of the breast cancer diagnosis process: a thematic evaluation of the literature; recall & biopsy. *Radiography*, 21(1), 89-92. doi: 10.1016/j.radi.2014.06.011
- Clarke, V.A., Lovegrove, H., Williams, A. y Machperson, M. (2000). Unrealistic Optimism and the Health Belief Model. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(4), 367-376. DOI: 10.1023/A:1005500917875
- Colagiuri, B. y Zachariae, R. (2010). Patient expectancy and post-chemotherapy nausea: a meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(1), 3-14. doi: 10.1007/s12160-010-9186-4
- Colby, D.A y Shifren, K. (2013). Optimism, mental health, and quality of life: a study among breast cancer patients. *Psychology, Health & Medicine*, 18(1), 10-20. doi: 10.1080/13548506.2012.686619
- Contrada, R.J., Leventhal, E.A. y Anderson, J.R. (1994). Psychological preparation for surgery: marshaling individual and social resources to optimize self-regulation. *International Review of Health Psychology*, 3, 219-266.
- Conway, M.A. y Pleydell-Pearce, C.W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261-288.
- Courtier, N., Gambling, T., Enright, S., Barrett-Lee, P., Abraham, J. y Mason, M.D. (2013). Psychological and immunological characteristics of fatigued women undergoing radiotherapy for early-stage breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 21(1), 173-181. doi: 10.1007/s00520-012-1508-6
- Croft, L., Sorkin, J. y Gallicchio, L. (2014). Marital status and optimism score among breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 22(11), 3027-3034. doi: 10.1007/s00520-014-2308-y
- Cruzado, J.A., Olivares, M.E. y Fernández, B. (1993). Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes de cáncer de mama. En D. Macià, F. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide.

- De Boer, M.F., Ryckman, R.M., Pruyn, J.F. y Van den Borne, H.W. (1999). Psychosocial correlates of cancer relapse and survival: a literature review. *Patient Education & Counseling*, 37(3), 215-230. [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00029-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00029-4)
- De Haes, J.C., Van Knippenberg, F.C. y Neijt, J.P. (1990). Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *British Journal of Cancer*, 62(6), 1034-1038.
- DeGrandpre, R.J. (2000). A science of meaning: Can behaviorism bring meaning to psychological science?. *The American Psychologist*, 55, 721-739.
- Del Val Gil, J.M., López Bañeres, M.F., Rebollo López, F.J., Utrillas Martínez, A.C. y Minguillón Serrano, A. (2001). Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. *Cirugía española*, 69(1), 56-64. doi: 10.1016/S0009-739X(01)71687-9
- Delgado-Sanz, M.C., García-Mendizábal, M.J., Pollán, M., Forjaz, M.J., López-Abente, G., Aragonés, N. y Pérez-Gómez, B. (2011). Health-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 3. doi: 10.1186/1477-7525-9-3
- Den Oudsten, B.L., De Vries, J., Van der Steeg, A.F., Roukena, J.A. y Van Heck, G.L. (2009). Determinants of overall quality of life in women over the first year after surgery for early stage breast cancer. *Quality of Life Research*, 18(10), 1321-1329. doi: 10.1007/s11136-009-9548-1
- Derogatis, L.R. (1986). The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1), 77-91.
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M. y Carnicke, C.L. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249(6), 751-7.
- Dodd, M.J., Cho, M.H., Cooper, B.A. y Miaskowski, C. (2010). The effect and symptom clusters on functional status and quality of life in women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 101-110. doi: 10.1016/j.ejon.2009.09.005
- Domhardt, M., Münzer, A., Fergert, J.M. y Goldbeck, L. (2014). Resilience in survivors of child sexual abuse: asystematic review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(4), 476-493. doi:10.1177/1524838014557288
- Dumalaon-Canaria, J.A., Prichard, I., Hutchinson, A.D. y Wilson, C. (2016). Fear of cancer recurrence and psychological well-being in women with breast cancer: the role of causal cancer attributions and optimism. *European Journal of Cancer Care*, 1-12. doi: 10.1111/ecc.12579

- Elliot, G. y Eisdorfer, C. (1982). *Estrés humano y salud*. Nueva York: Springer.
- Else-Quest, N.M., LoConte, N.K., Schiller, J.H. y Hyde, J.S. (2009). Perceived stigma, self-blame and adjustment among lung, breast and prostate cancer patients. *Psychology & Health*, 24(8), 949-964. doi: 10.1080/08870440802074664
- EORTC Group for Research into Quality of Life (2015). *EORTC-QLQ-C30*. Recuperado el 31 de julio de 2015 de <http://groups.eortc.be/qol>
- Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E., Osowiecki, D.M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K. y Krag, D.N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18(4), 315-326.
- Espasa, R., Murta-Nascimento, C., Bayés, R., Sala, M., Casamitjana, M., Macià, F. y Castells, X. (2012). The psychological impact of a false-positive screening mammogram in Barcelona. *Journal of Cancer Education*, 27(4), 780-785. doi: 10.1007/s13187-012-0349-9
- Espinosa, E. (2013). *The Long-HER study: Clinical and molecular analysis of advanced HER2+ breast cancer treated with trastuzumab and associated to long-term survival*. Recuperado el 7 de septiembre de 2015 de <http://meetinglibrary.asco.org/content/112492-132>
- Faller, H. (1997). Do psychological factors modify survival of cancer patients? I: Review of the literature. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 47(5), 163-169.
- Faller, H., Bülzebruck, H., Schilling, S., Drings, P. y Lang, H. (1997). Do psychological factors modify survival of cancer patients? II: Results of an empirical study with bronchial carcinoma patients. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 47(6), 206-218.
- Fallowfield, L., Cella, D., Cuzick, J., Francis, S., Locker, G. y Howell, A. (2004). Quality of life of postmenopausal women in the Arimidex, Tamoxifen, alone or in combination (ATAC) Adjuvant Breast Cancer Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22(21), 4261-4271. doi: 10.1200/JCO.2004.08.029
- Falo, C., Villar, H., Rodríguez, E., Mena, M. y Font, A. (2014). Calidad de vida en cáncer de mama metastásico de larga evolución: La opinión de las pacientes. *Psicooncología*, 11(2-3), 313-331. doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47391
- Farin, E. y Nagl, M. (2013). The patient-physician relationship in patients with breast cancer: influence on changes in quality of life after rehabilitation. *Quality of Life Research*, 22(2), 283-294. doi: 10.1007/s11136-012-0151-5

- Fayed, N., Klassen, A.F., Dix, D., Klaassen, R. y Sung, L. (2011). Exploring predictors of optimism among parents of children with cancer. *Psycho-Oncology*, 20(4), 411-418. doi: 10.1002/pon.1743
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Esec, S., Mathers, C. ... et al. (2013). *GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No.11* [Internet]. Lyon. France: International Agency for Research on Cancer. Recuperado el 25 de Julio de 2016 de <http://globocan.iarc.fr>
- Fernández, A.I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2-3), 169-180.
- Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Fernández, R., y Peláez, I. (2013). Influencia del estado emocional en la sintomatología referida por pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento con quimioterapia. *Medicina Paliativa*, 20(3), 85-92. doi: 10.1016/j.medipa.2012.05.002
- Fernández-Ríos, L. (2008). Una revisión crítica de la psicología positiva: historia y concepto. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 161-176.
- Fernández-Ríos, L. y Comes, J.M. (2009). Una revisión crítica de la historia y situación actual de la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 7-13.
- Fertig, D.L. (1997). Depression in patients with breast cancer: Prevalence, diagnosis, and treatment. *The Breast Journal*, 3(5), 292-302. doi: 10.1111/j.1524-4741.1997.tb00184.x
- Fierro, A. (2008). Conocimiento contra infelicidad: para una psicología epicúrea. *Escritos de Psicología*, 2(1), 7-23.
- Fischer, C., Dolbeault, S., Sultan, S. y Brédart, A. (2014). Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(4), 361-374. doi: 10.1002/pon.3432
- Folkman, S. y Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *The American Psychologist*, 55(6), 647-654.
- Font, A. (1988). *Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España.
- Font, A. (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anuario de Psicología*, 61, 41-50.

- Font, A. (2000). Calidad de vida: Modelo de toma de decisiones oncólogo-paciente. En F. Gil (Ed), *Manual de Psico-Oncología* (pp. 225-254). Barcelona: Nova Sidonia Oncología.
- Font, A. y Bayés, R. (1993). Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. En M. Forns y M^a T. Angera (Coords.), *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica* (pp. 175-195). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Font, A. y Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42.
- Fontaine, K.R., Manstead, A.S.R. y Wagner, H. (1993), Optimism, perceived control over stress, and coping. *European Journal of Personality*, 7(4), 267–281. doi:10.1002/per.2410070407
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *The American Psychologist*, 56(3), 218–226.
- Fredrickson, B.L.(2004). The broaden-and-built theory and positive emotions. *Philosophical Transactions B*, 359(1449), 1367-1378.
- Friedman, L.C., Barber, C.R., Chang, J., Tham, Y.L., Kalidas, M., Rimawi, M.F., ... Elledge, R. (2010). Self-blame, self-forgiveness and spirituality in breast cancer survivors in a public sector setting. *Journal of Cancer Education*, 25(3), 343-348. doi: 10.1007/s13187-010-0048-3
- Friedman, L.C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., ... Liskum, K.R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 595-603. doi: 10.1002/pon.992
- Frost, M.H., Hoskin, T.L., Hartmann, L.C., Degnim, A.C., Johnson, J.L. y Boughey, J.C. (2011). Contralateral prophylactic mastectomy: long-term consistency of satisfaction and adverse effects and the significance of informed decision-making, quality of life, and personality traits. *Annals of Surgical Oncology*, 18(11), 3110-3116. doi: 10.1245/s10434-011-1917-7
- Gabbe, B.J., Simpson, P.M., Cameron, P.A., Ekegren, C.L., Edwards, E.R., Page, R., ... de Steiger, R. (2015). Association between perception of fault for the crash and function, return to work and health status 1 year after road traffic injury: a registry-based cohort study. *BMJ Open*, 5(11),e009907.doi:10.1136/bmjopen-2015-009907

- Ganz, P.A., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E. y Desmond, K.A. (1998). Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. *Recent Results in Cancer Research*, 152, 396-411.
- García Riaño, D., y Ibañez, E. (1991). Calidad de vida. Aproximación histórico-conceptual. *Boletín de Psicología*, 30, 50-94.
- Geyer, S., Koch-Giesselmann, H. y Noeres, D. (2015). Coping with breast cancer and relapse: Stability of coping and long-term outcomes in an observational study over 10 years. *Social, Science & Medicine*, 135, 92-98. doi:10.1016/j.socscimed.2015.04.027
- Gillham, J.E., Shatté, A.J., Reivich, K.J., & Seligman, M.E.P. (2001). Optimism, pessimism, and explanatory style. En E.C. Chang (Ed.), *Optimism & pessimism* (pp. 53-75). Washington, DC: American Psychological Association.
- Glinder, J.G. y Compas, B.E. (1999). Self-blame attributions in women with newly diagnosed breast cancer: a prospective study of psychological adjustment. *Health Psychology*, 18(5), 475-481.
- Gold, R.S. y Aucote, H.M. (2003). 'I'm less at risk than most guys': gay men's unrealistic optimism about becoming infected with HIV. *International Journal of STD & AIDS*, 14(1), 18-23. doi: 10.1258/095646203321043200
- Greer, S., Morris, T. y Pettingale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*, 2(8146), 785-787.
- Greer, S. y Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys*, 6(3), 439-453.
- Groarke, A.M., Curtis, R., Groarke, J.M., Hogan, M.J., Gibbons, A. y Kerin, M. (2016). Post-traumatic growth in breast cancer: how and when do distress and stress contribute? *Psycho-Oncology*. doi:10.1002/pon.4243
- Gudenkauf, L.M., Antoni, M.H., Stagl, J.M., Lechner, S.C., Jutagir, D.R., Bouchard, L.C., ... Carver, C.S. (2015). Brief cognitive-behavioral and relaxation training interventions for breast cancer: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 677-688. doi.org/10.1037/ccp0000020
- Ha, E.H. y Cho, Y.K. (2014). The mediating effects of self-esteem and optimism on the relationship between quality of life and depressive symptoms of breast cancer patients. *Psychiatry Investigation*, 11(4), 437-445. doi: 10.4306/pi.2014.11.4.437
- Haas, B.K. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Image, The Journal of Nursing Scholarship*, 31(3), 215-220.

- Hack, T.F., Pickles, T., Ruether, J.D., Weir, L., Bultz, B.D., Mackey, J. y Degner, L.F. (2010). Predictors of distress and quality of life in patients undergoing cancer therapy: impact of treatment type and decisional role. *Psycho-Oncology*, 19(6), 606-616. doi:10.1002/pon.1590
- Hakanen, J.J. y Lindbohm, M.L. (2008). Work engagement among breast cancer survivors and the referents: the importance of optimism and social resources at work. *Journal of Cancer Survivorship*, 2(4), 283-295. doi: 10.1007/s11764-008-0071-0
- Hara, M.R., Kovacs, J.J., Whalen, E.J., Rajagopal, S., Strachan, R.T., Grant, W., ... Lefkowitz, R.J. (2011). A stress response pathway regulates DNA damage through β 2-adrenoreceptors and β -arrestin-1. *Nature*, 477(7364), 349-353. doi: 10.1038/nature10368
- Härtl, K., Engel, J., Herschbach, P., Reinecker, H., Sommer, H. y Friese, K. (2010). Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psycho-Oncology*, 19(2), 160-169. doi: 10.1002/pon.1536
- Harwood, K.V. y O'Connor, A.P. (1994). Sexuality and breast cancer: Overview of issues. *Innovations in Oncology Nursing*, 10(23), 30-33.
- Hecht, D. (2013). The neural basis of optimism and pessimism. *Experimental Neurobiology*, 22(3), 173-199. doi:10.5607/en.2013.22.3.173
- Helgeson, V.S., Reynolds, K.A. y Tomich, P.L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74(5), 791-816. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.797
- Henselmans, I., Sanderman, R., Helgeson, V.S., de Vries, J., Smink, A. y Ranchor, A.V. (2010). Personal control over the cure of breast cancer: adaptiveness, underlying beliefs and correlates. *Psycho-Oncology*, 19(5), 525-534. doi: 10.1002/pon.1599
- Hernan Gómez, L. (2002). Variables de influencia temprana en la génesis del optimismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 227-242.
- Hernández, M., Cruzado, J.A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M.A. y Martín, J.A. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3), 233-257. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895
- Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G. y Marten-Mittag, B. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress

- screening with a a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer*, 91(3), 504-511. doi: 10.1038/sj.bjc.6601986
- Higgins, E.T. (2006). Value from hedonic experience and engagement. *Psychological Review*, 113(3), 439-460. doi: 10.1037/0033-295X.113.3.439
- Hirsch, J.K., Walker, K.L., Wilkinson, R.B. y Lyness, J.M. (2014). Family criticism and depressive symptoms in older adult primary carepatients: optimism and pessimism as moderators. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(6), 632-635. doi: 10.1016/j.jagp.2013.04.008
- Hochhausen, N., Altmaier, E.M., McQuellon, R., Davies, S.M., Papadopolous, E., Carter, S. y Henslee-Downey, J. (2007). Social support, optimsim, and self-efficacy predict physical and emotional well-being after bone marrow transplantation. *Journal of psychosocial oncology*, 25(1), 87-101.
- Holland, J.C. y Reznik, I. (2005). Pathways for psychosocial care of cancer survivors. *Cancer*, 104(11 Suppl), 2624-2637. doi:10.1002/cncr.21252
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: inquiries into depression and rape. *Journal of Personality & Social Psychology*, 37(10), 1798-1809.
- Jansen, L.A. (2011). Two concepts of therapeutic optimism. *Journal of Medical Ethics*, 37(9), 563-566. doi: 10.1136/jme.2010.038943
- Jassim, G.A., Whitford, D.L., Hickey, A. y Carter, B. (2015). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (5), CD008729. doi: 10.1002/14651858.CD008729
- Jaycox, L.H., Reivich, K.J., Gillham, J. y Seligman, M.E.P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavior Research & Therapy*, 32(8), 801-816.
- Johannsen, M., Farver, I., Beck, N. y Zachariae, R. (2013). The efficacy of psychosocial intervention for pain in breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 138(3), 675-690. doi: 10.1007/s10549-013-2503-4
- Jowsey, S.G., Cutshall, S.M., Colligan, R.C., Stevens, S.R., Kremers, W.K., Vasquez, A.R., ... McGregor, C.G. (2012). Seligman's theory of attributional style: optimism, pessimism, and quality of life after heart transplant. *Progress in Transplantation*, 22(1), 49-55.

- Juan, E., Blasco, T., Font, A., Doval, E., Sanz, A., Maroto, P. y Pallarés, C. (2003). Percepción de control y supervivencia en pacientes con cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 1-5.
- Kamen, L.P. y Seligman, M.E.P. (1987). Explanatory style and health. *Current Psychology*, 6(3), 207-218.
- Karnofsky, D.A. y Burchenal, J.H. (1949). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En C.M. Macleord (Ed.), *Evaluation of chemotherapeutic agents*. Nueva York: Columbia University Press.
- Kelley, H.H. (1967). Attribution Theory in social psychology. *Nebraska Symposium on Motivation*, 15, 192-238.
- Kelly, K., Leventhal, H., Toppmeyer, D., Much, J., Dermody, J., Marvin, M., ... Schwalb, M. (2003). Subjective and objective risks of carrying a BRCA1/2 mutation in individuals of Ashkenazi Jewish descent. *Journal of Genetic Counseling*, 12(4), 351-371. doi:10.1023/A:1023905106360
- Koh, K.B. (2013). Psychosocial aspects of breast cancer: focus on interventions. En K.B. Koh (Ed.), *Somatization and Psychosomatic Symptoms* (pp. 239-257). Seoul: Springer.
- Kolokotroni, P., Anagnostopoulos, F. y Tsikkinis, A. (2014). Psychosocial factors related to posttraumatic growth in breast cancer survivors: a review. *Women Health*, 54(6), 562-592. doi: 10.1080/03630242.2014.899543
- Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., Griva, F., Gourounti, K., Kolokotroni, F., Efstathiou, V., ... Potamianos, G. (2016). Exploring the relationship between posttraumatic growth, cognitive processing, psychological distress and social constraints in a sample of breast cancer patients. *Women & Health*, 56(6), 650-667. doi:10.1080/03630242.2015.1118725
- Kroenke, C.H., Kwan, M.L., Neugut, A.I., Ergas, I.J., Wright, J.D., Caan, B.J., ... Kushi, L.H. (2013). Social networks, social support mechanisms, and quality of life after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 139(2), 515-527. doi: 10.1007/s10549-013-2477-2
- Lam, W.W., Bonanno, G.A., Mancini, A.D., Ho, S., Chan, M., Hung, W.K., ... Fielding, R. (2010). Trajectories of psychological distress among Chinese women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1044-1051. doi: 10.1002/pon.1658
- Lau, E.Y., Harry Hui, C., Cheung, S.F. y Lam, J. (2015). Bidirectional relationship between sleep and optimism with depressive mood as a mediator: a longitudinal

study of Chinese working adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(5), 428-434. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.09.010

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez-Roca.

Lechner, S.C., Carver, C.S., Antoni, M.H., Weaver, K.E. y Phillips, K.M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74(5), 828-840. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.828

Lee, T.S., Kilbreath, S.L., Refshauge, K.M., Pendlebury, S.C., Beith, J.M. y Lee, M.J. (2008). Quality of life of women treated with radiotherapy for breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 16(4), 399-405. doi: 10.1007/s00520-007-0328-6

Lemieux, J., Bordeleau, L. y Goodwin, P. (2007). Medical, psychosocial, and health-related quality of life issues in breast cancer survivors. En P. Ganz (Ed.), *Cancer survivorship. Today and tomorrow* (pp. 122-144). New York: Springer.

Lesko, L.M., Massie, M.J. y Holland, J.C. (1987). Oncology. En A. Stoudemire y B.S. Fogel (Eds.), *Principles of Medical Psychiatry*. Orlando, FL: Grune & Stratton.

Leventhal, H., Leventhal, E.A. y Cameron, L. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. En A. Baum, T.A. Revenson y J.E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 19-47). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Leventhal, H., Meyer, D. y Nerenz, D.R. (1980). The common sense representation of illness danger. En S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology*, vol. 2 (pp. 7-30). New York: Pergamon Press.

Levkovich, I., Cohen, M., Pollack, S., Drumea, K. y Fried, G. (2015). Cancer-related fatigue and depression in breast cancer patients postchemotherapy: different associations with optimism and stress appraisals. *Palliative & Supportive Care*, 1(5), 1-11. doi: 10.1017/S147895151400087X

Lewin, K. (1938). *The conceptual representation and measurement of psychological forces*. Durham, NC: Duke University Press.

Li, L., Zhu, X., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y. Zhang, J. (2015). Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health & Quality of Life Outcomes*, 13, 51. doi: 10.1186/s12955-015-0242-4

- Lim, L. (2009). A two-factor model of defensive pessimism and its relation with achievement motives. *The Journal of Psychology*, 143(3), 318-336. doi:10.3200/JRLP.143.3.318-336
- Lindberg, P., Koller, M., Steigner, B., Lorenz, W., Wyatt, J.C., Inwald, E.C. y Klinkhammer-Schalke, M. (2015). Breast cancer survivors' recollection of their illness and therapy seven years after enrolment into a randomised controlled clinical trial. *BMC Cancer*, 15, 554. doi: 10.1186/s 12885-015-1573-6
- Liu, J.E., Wang, H.Y., Wang, M.L., Su, Y.L. y Wang, P.L. (2014). Posttraumatic growth and psychological distress in Chinese early-stage breast cancer survivors: a longitudinal study. *Psycho-oncology*, 23, 437-443. doi: 10.1002/pon.3436
- Lledó, E. (1995). *El epicureísmo*. Barcelona: Círculo de lectores.
- Lostumbo, L., Carbine, N.E. y Wallace, J. (2010). Prophylactic mastectomy for the prevention of breast cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(11), CD002748. doi: 10.1002/14651858.CD002748
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K. y Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66(3), 442-454.
- Manos, D., Sebastián, J., Mateos, N. y Bueno, M.J. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161.
- Martín-Ortiz, J.D., Sánchez Pérez, M.J. y Sierra, J.C. (2005). Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 34-35.
- Masiero, M., Lucchiari, C. y Pravettoni, G. (2015). Personal fable: optimistic bias in cigarette smokers. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 4(1), e20939. doi:10.5812/ijhrba.20939
- Matsuda, A., Yamaoka, K., Tango, T., Matsuda, T. & Nishimoto, H. (2014). Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Quality of Life Research*, 23(1), 21-30. doi: 10.1007/s11136-013-0460-3
- Matthews, E.E. y Cook, P.F. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(7), 716-726. doi: 10.1002/pon.1461

- McEwen, B.S. (2005). Stressed or stressed out: what is the difference? *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30(5), 315–318.
- McEwen, B.S. y Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093–2101.
- Medina-Franco, H., García-Álvarez, M.N., Rojas-García, P., Trabanino, C., Drucker-Zertuche, M. y Arcila, D. (2010). Body image perception and quality of life in patients who underwent breast surgery. *The American Journal of Surgery*, 76(9), 1000-1005.
- Mehnert, A., Berg, P., Henrich, G. y Herschbach, P. (2009). Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1273-1280. doi: 10.1002/pon.1481
- Merluzzi, T.V., Nairn, R.C., Hegde, K., Martinez Sanchez, M.A. y Dunn, L. (2001). Self-efficacy for coping with cancer: revision of the Cancer Behavior Inventory (version 2.0). *Psycho-Oncology*, 10(3), 206-217. doi: 10.1002/pon.511
- Minami, Y., Hosokawa, T., Nakaya, N., Sugawara, Y., Nishino, Y., Kakugawa, Y., ... Tsuji, I. (2015). Personality and breast cancer risk and survival: the Miyagi cohort study. *Breast cancer Research & Treatment*, 150(3), 675-684. doi: 10.1007/s10549-015-3364-9
- Mols, F., Vingerhoets, A.J., Coebergh, J.W. y Van de Poll-Franse, L.V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology & Health*, 24(5), 583-595. doi: 10.1080/08870440701671362
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 27, 32. doi: 10.1186/1756-9966-27-32
- Montgomery, G.H., David, D., Dilorenzo, T. y Erbllich, J. (2003). Is hoping the same as expecting? Discrimination between hopes and response expectancies for nonvolitional outcomes. *Personality & Individual Differences*, 35(2), 399-409. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00202-7
- Morán Astorga, C., Vicente Castro, F., Sánchez Cabaco, A. y Montes Velasco, E. (2014). La psicología positiva: antigua o nueva concepción. *International Journal of Developmental & Educational Psychology*, 1(3), 439-450. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v3.522>
- Moro-Valdezate, D., Peiró, S., Buch-Villa, E., Caballero-Gárate, A., Morales-Monsalve, M.D., Martínez-Agulló, A., ... Ortega-Serrano, J. (2013). Evolution of health-

related quality of life in breast cancer patients during the first year of follow-up. *Journal of Breast Cancer*, 16(1), 104-111. doi: 10.4048/jbc.2013.16.1.104

- Mosconi, P., Torri, V., Cifani, S., Ruggiata, R., Meyerowitz, B.E., Apolone, G. y Liberati, A. (1998). The multi-centre assessment of quality of life: the Interdisciplinary Group for Cancer Care Evaluation (GIVIO) experience in Italy. *Statistics in Medicine*, 17(5-7), 577-585.
- Mosing, M.A., Zietsch, B.P., Shekar, S.N., Wright, M.J. y Martin, N.G. (2009). Genetic and environmental influences on optimism and its relationship to mental and self-rated health: a study of aging twins. *Behavioral Genetics*, 39(6), 597-604. doi: 10.1007/s10519-009-9287-7
- Nail, L.M. y Winningham, M.L. (1995). Fatigue and weakness in cancer patients: the symptoms experience. *Seminars in Oncology Nursing*, 11(4), 272-278.
- Nes, L.S. y Segerstrom, S.C. (2006). Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. *Personality & Social Psychology Review*, 10(3), 235-251. doi: 10.1207/s15327957pspr1003_3
- Norem, J.K. y Cantor, N. (1986). Defensive pessimism: harnessing anxiety as motivation. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51(6), 1208-1217.
- Norem, J.K. y Chang, E.C. (2002). The positive psychology of negative thinking. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 993-1001.
- O'Mara, A.M. y Denicoff, A.M. (2010). Health related quality of life in NCI-sponsored cancer treatment trials. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(1), 68-78. doi: 10.1016/j.soncn.2009.11.009
- Oba, S., Takatsuka, N., Nagata, C., Nagao, Y., Yamamoto, S., Shibuya, C., ... Shimizu, H. (2009). *Supportive Care in Cancer*, 17(1), 3-9. doi:10.1007/s00520-008-0446-9
- Otero, J.M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J.A. y Castro, C. (1998). *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Osoba, D. (2011). Health-related quality of life and cancer clinical trials. *Therapeutic Advances in Medical Oncology*, 3(2), 57-71. doi: 10.1177/1758834010395342
- Parik, D., De Ieso, P., Garvey, G., Thachil, T., Ramamoorthi, R., Penniment, M. y Jayaraj, R. (2015). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in breast cancer patients--a systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(2), 641-646.

- Park, C.L., Chmielewski, J. y Blank, T.O. (2010). Post-traumatic growth: finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho-Oncology*, 19(11), 1139-1147. doi: 10.1002/pon.1680
- Pastells, S. y Font, A. (2014). Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(1), 19-29.
- Pat-Horenczyk, R., Saltzman, L.Y., Hamama-Raz, Y., Perry, S., Ziv, Y. Ginat-Frolich, R. y Stemmer, S.M. (2016). Stability and transitions in posttraumatic growth trajectories among cancer patients: LCA and LTA analyses. *Psychological Trauma*, 8(5), 541-549. doi: 10.1037/tra0000094
- Payne, D.K., Sullivan, M.D. y Massie, M.J. (1996). Women's psychological reactions to breast cancer. *Seminars in Oncology*, 23(2), 89-97.
- Pereira, S., Fontes, F., Sonin, T., Dias, T., Fragoso, M., Castro-Lopes, J.M. y Lunet, N. (2015). Chemotherapy-induced peripheral neuropathy after neoadjuvant treatment of breast cancer: a prospective cohort study. *Supportive Care in Cancer*, 24(4), 1571-1581. doi:10.1007/s00520-015-2035-y
- Petersen, L.R., Clark, M.M., Novotny, P., Kung, S., Sloan, J.A., Patten, C.A., ... Colligan, R.C. (2008). Relationship of optimism-pessimism and health-related quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(4), 15-32. doi: 10.1080/07347330802359578
- Peterson, C. (2006). *A primer in Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *The American Psychologist*, 55(1), 44-55. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.44
- Peterson, C. y Barret, L.C. (1987). Explanatory style and academic performance among University Freshmen. *Personality & Social Psychology*, 53(3), 603-607.
- Peterson, C. y De Avila, M.E. (1995). Optimistic explanatory style and the perception of health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 128-132.
- Peterson, C., Parks, N. y Seligman, M.E.P. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 17-26. doi: 10.1080/17439760500372739
- Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence. *Psychological Review*, 91(3), 347-374.

- Peterson, C., Seligman, M.E.P., Yurko, K.H., Martin, L.R. y Friedman, H.S. (1998). Catastrophizing and untimely death. *Psychological Science*, 9, 49-52.
- Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. y Seligman, M.E.P. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive Therapist & Research*, 6, 287-299. doi: 10.1007/BF01173577
- Petticrew, M., Bell, R. y Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *British Medical Journal*, 325(7372), 1066. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7372.1066>
- Philippe, F. L., Koestner, R., Beaulieu-Pelletier, G., Lecours, S. y Leves, N. (2012). The role of episodic memories in current and future well-being. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 38(4), 505-519. doi: 10.1177/0146167211429805
- Philippe, F.L., Koestner, R. y Leves, N. (2013). On the directive function of episodic memories in people's lives: a look at romantic relationships. *Journal of Personality & Social Psychology*, 104(1), 164-179. doi:10.1037/a0030384
- Pineault, P. (2007). Breast cancer screening: women's experiences of waiting for further testing. *Oncology Nursing Forum*, 34(4), 847-853. doi: 10.1188/07.ONF.847-853
- Pinquart, M. y Fröhlich, C. (2009). Psychosocial resources and subjective well-being of cancer patients. *Psychology & Health*, 24(4), 407-421. doi: 10.1080/08870440701717009
- Pla contra el càncer a Catalunya 2015-2020 (2015). Recuperado de http://cancer.gencat.cat/web/.content/mery/documents/Pla-contra-el-cancer-a-Catalunya_vs-14-abril-2015.pdf
- Popova, L. y Halpern-Felsher, B.L. (2016). A longitudinal study of adolescents' optimistic bias about risks and benefits of cigarette smoking. *American Journal of Health Behavior*, 40(3), 341-351. doi: 10.5993/AJHB.40.3.6
- Puente, J. (2015). ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? Recuperado el 5 de julio de 2015 de <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Radcliffe, N.M. y Klein, W.M.P. (2002). Dispositional, unrealistic, and comparative optimism: differential relations with the knowledge and processing of risk information and beliefs about personal risk. *Personal & Social Psychology Bulletin*, 28(6), 836-846. doi: 10.1177/0146167202289012

- Remor, E., Amorós, M. y Carrobles, J.A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*, 22(1), 37-44.
- Richards, M. y Huppert, F.A. (2011). Do positive children become positive adults? Evidence from a longitudinal birth cohort study. *The Journal of Positive Psychology*, 6(1), 75-87. doi: 10.1080/17439760.2011.536655
- Riskind, J.H., Sarampote, C.S. y Mercier M.A. (1996). For every malady a sovereign cure: optimism training. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 10(2), 105-117.
- Robert, M.V., Álvarez, O.C. y Valdivieso, B.F. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684. [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70207-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4)
- Robins, R.W. y Beer, J.S. (2001). Positive illusions about the self: short-term benefits and long-term costs. *Journal of Personality & Social Psychology*, 80(2), 340-352.
- Rock, E.E., Steiner, J.L., Rand, K.L. y Bigatti, S.M. (2014). Dyadic influence of hope and optimism on patient marital satisfaction among couples with advanced breast cancer. *Supportive care in Cancer*, 22(9), 2351-2359. doi: 10.1007/s00520-014-2209-0
- Rodríguez, E. (2008). *Evaluación de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que participan en una terapia de grupo*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España.
- Rodríguez, S., Cabanach, R.G., Valle, A., Núñez, J.C. y González, J.A. (2004). Diferencias en el uso de self-handicapping y pesimismo defensivo y sus relaciones con las metas de logro, la autoestima y las estrategias de autorregulación. *Psicothema*, 16(4), 625-631.
- Rodríguez, E. y Font, A. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología*, 10(2-3), 275-287. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43449
- Rohani, C., Abedi, H., Omranipour, R. y Langius-Eklöf, A. (2015). Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health & Quality of Life Outcomes*, 13, 40. doi: 10.1186/s12955-015-0229-1
- Rosenberg, S.M., Tamimi, R.M., Gelber, S., Ruddy, K.J., Kereakoglow, S., Borges, V.F., ... Partridge, A.H. (2013). Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1849-1855. doi: 10.1002/pon.3221

- Rosenberg, R.D., Yankaskas, B.C., Abraham, L.A., Sickles, E.A., Lehman, C.D., Geller, B.M., ... Ballard-Barbash, R. (2006). Performance benchmarks for screening mammography. *Radiology*, 241(1), 55-66. doi: 10.1148/radiol.2411051504
- Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.
- Rottmann, N., Dalton, S.O., Christensen, J., Frederiksen, K. y Johansen, C. (2010). Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study. *Quality of Life Research*, 19(6), 827-836. doi: 10.1007/s11136-010-9653-1
- Ruiz, M.A., Bermúdez, J., Olivares, A. y Garde, S. (1999). Factores psicosociales en el cáncer de mama. Un estudio cuasi prospectivo. *Boletín de Psicología*, 64, 57-80.
- Saakvitne, K.W., Tennen, H. y Afflect, G. (1998). Exploring thriving of clinical trauma theory: constructivist self development theory. *Journal of Social Issues*, 54(2), 279-299.
- Saboonchi, F., Petersson, L.M., Alexanderson, K., Bränström, R. y Wennman-Larsen, A. (2016). 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*, 25(8), 957-963. doi: 10.1002/pon.4045
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Sanjuán, P. y Magallanes, A. (2007). Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento. *Clínica y Salud*, 18(1), 83-98.
- Sanz Ortíz, J. (1991). Valor y cuantificación de la calidad de vida en medicina. *Medicina Clínica*, 96(2), 66-69.
- Saquib, N., Pierce, J.P., Saquib, J., Flatt, S.W., Natarajan, L., Bardwell, W.A., ... Parker, B.A. (2011). Poor physical health predicts time to additional breast cancer events and mortality in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20(3), 252-259. doi: 10.1002/pon.1742
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55(2), 169-210.

- Scheier, M.F., Carver, C.S. y Bridges M.W. (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.F., Carver, C.S. y Bridges, M.W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. En E.C. Chang (Ed.), *Optimism and Pessimism*. Washington: American Psychological Association.
- Scheier, M.F., Weintraub, J.K. y Carver, C.S. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51(6), 1257-1264.
- Schipper, H., Clinch, J., McMurray, A. y Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional Living Index-Cancer: Development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2(5), 472-483. doi: 10.1200/JCO.1984.2.5.472
- Schmidt, T., Weisser, B., Dürkop, J., Jonat, W., Van Mackelenbergh, M., Röcken, C. y Mundhenke, C. (2015). Comparing endurance and resistance training with standard care during chemotherapy for patients with primary breast cancer. *Anticancer Research*, 35(10), 5623-5629.
- Schneider, S.L. (2001). In search of realistic optimism. Meaning, knowledge, and warm fuzziness. *The American Psychologist*, 56(3), 250-263.
- Schnur, J.B., Hallquist, M.N., Bovbjerg, D.H., Silverstein, J.H., Stojceska, A. y Montgomery, G.H. (2007). Predictors of expectancies for post-surgical pain and fatigue in breast cancer surgical patients. *Personality & Individual Differences*, 42(3), 419-429. doi: 10.1016/j.pain.2006.07.009
- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Chi Zang, X. y Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical & Health Psychology*, 16(1), 1-10. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.08.005
- Schou, I., Ekeberg, Ø. y Ruland, C.M. (2005a). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psycho-Oncology*, 14(9), 718-727. doi:10.1002/pon.896
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Ruland, C.M., Sandvik, L. and Kåresen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13(5), 309–320. doi: 10.1002/pon.747

- Schou, I., Ekeberg, Ø., Sandvik, L., Hjerstad, M.J. y Ruland, C.M. (2005b). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research*, 14(8), 1813-1823. doi:10.1007/s11136-005-4344-z
- Schulman, P., Keith, D. y Seligman, M.E.P. (1993). Is optimism heritable? A study of twins. *Behaviour Research & Therapy*, 31(6), 569-574.
- Schwab, F.D., Huang, D.J., Schmid, S.M., Schötzau, A. y Güth, U. (2015). Self-detection and clinical breast examination: comparison of the two "classical" physical examination methods for the diagnosis of breast cancer. *The Breast*, 24(1), 90-92. doi: 10.1016/j.breast.2014.11.008
- Sears, S.R., Stanton, A.L. y Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit findings, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487-497. doi: 10.1037/0278-6133.22.5.487
- Seegerstrom, S.C. (2006). How does optimism suppress immunity? Evaluation of three affective pathways. *Health Psychology*, 25(5), 653-657. doi: 10.1037/0278-6133.25.5.653
- Seegerstrom, S.C., Taylor, S.E., Kemeny, M.E. y Fahey, J.L. (1998). Optimism is associated with mood, coping and immune change in response to stress. *Journal of Personality & Social Psychology*, 74(6), 1646-1655.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M.E.P. (2002). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. En C.R. Snyder y S.J. López (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *The American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Seligman, M.E.P., Rosellini, R.A. y Kozak, M. (1975). Learned helplessness in the rat: time course, immunization, and reversibility. *Journal of Comparative & Physiological Psychology*, 88(2), 542-547.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *The American Psychologist*, 60(5), 410-421. doi:10.1037/0003-066X.60.5.410
- Serrano Selva, J.P. y Latorre Postigo, J.M. (2005). La revisión de vida: un método psicoterapéutico en ancianos con depresión. *Informes Portal Mayores*, 35.

- Serrano Selva, J.P., Latorre Postigo, J.M., Ros Segura, L., Navarro Bravo B., Aguilar Córcoles, M.J., Nieto López, M., ... Gatz, M. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*, 24(2), 224-229.
- Shand, L.K., Cowlshaw, S., Brooker, J.E., Burney, S. y Ricciardelli, L.A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 24(6), 624-634. doi: 10.1002/pon.3719
- Sharot, T. (2011). The optimism bias. *Current Biology*, 21(23), 941-945. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2011.10.030>
- Sharot, T., Guitart-Masip, M., Korn, C.W., Chowdhury, R. y Dolan, R.J. (2012). How dopamine enhances an optimism bias in humans. *Current Biology*, 22(16), 1477-1481. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2012.05.053>
- Sharot, T., Korn, C.W. y Dolan, R. (2011). How unrealistic optimism is maintained in the face of reality. *Nature Neuroscience*, 14(11), 1475-1479. doi: 10.1038/nn.2949
- Silva, S.M., Crespo, C. y Canavarro, M.C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: a longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health*, 27(11), 1323-1341. doi:10.1080/08870446
- Sirera, R., Sánchez, P.T. y Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48.
- Skinner, E.A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality & Social Psychology*, 71(3), 549-570.
- Smith, S. K., Herndon, J. E., Lysterly, H. K., Coan, A., Wheeler, J. L., Staley, T. y Abernethy, A. P. (2011). Brief report: correlates of quality of life-related outcomes in breast cancer patients participating in the Pathfinders pilot study. *Psycho-Oncology*, 20(5), 559-564. doi: 10.1002/pon.1770
- Sohl, S.J., Schnur, J.B., Socala, M., David, D., Winkel, G. y Montgomery, G.H. (2012). Distress and emotional well-being in breast cancer patients prior to radiotherapy: an expectancy-based model. *Psychology & Health*, 27(3), 347-361. doi: 10.1080/08870446.2011.569714
- Southwick, S.M., Vythilingam, M. y Charney, D.S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 255-291. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948

- Soylu, C., Babacan, T., Server, A.R. y Altundag, K. (2016). Patients' understanding of treatment goals and disease course and their relationship with optimism, hope, and quality of life: a preliminary study among advanced breast cancer outpatients before receiving palliative treatment. *Supportive Care in Cancer*, 24(8), 3481-3488. doi: 10.1007/s00520-016-3182-6
- Speer, M.E., Bhanji, J.P. y Delgado, M.R. (2014). Savoring the past: positive memories evoke value representations in the striatum. *Neuron*, 84(4), 847-856. doi: 10.1016/j.neuron.2014.09.028
- Spencer, S.M., Lehman, J.M., Winings, C., Arena, P., Carver, C.S., Antoni, M.H., ... Ironson, G. (1999). Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early-stage patients. *Health Psychology*, 18(2), 159-168.
- Spitzer, W.O., Dobson, A.J., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Shepherd, R., ... Catchlove, B.R. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. *Journal of Chronic Disease*, 34(12), 585-597.
- Srivastava, S., McGonigal, K.M., Richards, J.M., Butler, E.A. y Gross, J.J. (2006). Optimism in close relationships: how seeing things in a positive light makes them so. *Journal of Personality & Social Psychology*, 91(1), 143-153. doi: 10.1037/0022-3514.91.1.143
- Stanton, A.L. y Snider, P.R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 12(1), 16-23.
- Street, R.L. y Voigt, B. (1997). Patient participation in deciding breast cancer treatment and subsequent quality of life. *Medical Decision Making*, 17(3), 298-306. doi: 10.1177/0272989X9701700306
- Suardi, A., Sotgiu, I., Costa, T., Cauda, F. y Rusconi, M. (2016). The neural correlates of happiness: a review of PET and fMRI studies using autobiographical recall methods. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 16(3), 383-392. doi: 10.3758/s13415-016-0414-7
- Sweeny, K., Carroll, P.J. y Shepperd, J.A. (2006). Is optimism always best? Future outlooks and preparedness. *Current Directions in Psychological Science*, 15(6), 302-306. doi: 10.1111/j.1467-8721.2006.00457.x
- Tatrow, K. y Montgomery, G.H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 17-27. doi: 10.1007/s10865-005-9036-1

- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. *The American Psychologist*, 38(11), 1161-1173.
- Taylor, S.E. (1991). *Seamos optimistas. Ilusiones positivas*. Barcelona: Martínez Roca.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Aspinwall, L.G., Schneider, S.G., Rodríguez, R. y Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality & Social Psychology*, 63(3), 460-473.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E. y Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *The American Psychologist*, 55(1), 99-109.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R. y Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality & Social Psychology*, 46(3), 489-502.
- Taylor, S.E. y Stanton, A.L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520
- Taylor, S.E., Way, B.M. y Seeman, T.E. (2011). Early adversity and adult health outcomes. *Development & Psychopathology*, 23(3), 939-954. doi: 10.1017/S0954579411000411
- Tedeschi, R.G. y Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tennen, H. y Affleck, G. (1987). The costs and benefits of optimistic explanations and dispositional optimism. *Journal of Personality*, 55(2), 377-393.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- Thomas, S.P. (2011). In defense of defensive pessimism. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(1), 1. doi:10.3109/01612840.2011.535350
- Thompson, J., Coleman, R., Colwell, B., Freeman, J., Greenfield, D., Holmes, D., ... Reed, M. (2014). Preparing breast cancer patients for survivorship (PREP) - a pilot study of a patient-centred supportive group visit intervention. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1), 10-16. doi: 10.1016/j.ejon.2013.10.004
- Tiger, L. (1979). *Optimism: the biology of hope*. New York: Simon & Schuster.

- Timko, C. y Janoff-Bulman, R. (1985). Attributions, vulnerability, and psychological adjustment: the case of breast cancer. *Health Psychology*, 4(6), 521-544.
- Tolman, E.C. (1948). Cognitive maps in rats and men. *Psychological Review*, 55(4), 189-208.
- Tolman, E.C. y Honzik, C.H. (1930). *Introduction and removal of reward, and maze performance in rats*. Berkeley: University of California Press.
- Torró, I. y Pozo, T. (2010). Psicología Positiva y promoción de la salud mental. Emociones positivas y negativas. En A. Caruana (Coord.), *Aplicaciones Educativas de la Psicología Positiva* (pp. 130-140). Alicante: Generalitat Valenciana. Conselleria d'Educació.
- Tversky, A. y Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science*, 185(4157), 1124-1131.
- Urcuyo, K.R., Boyers, A.E., Carver, C.S. y Antoni, M.H. (2005). Finding benefit in breast cancer: relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology & Health*, 20(2), 175-192. doi: 10.1080/08870440512331317634
- Van den Beuken-van Everdingen, M.H., Peters, M.L., de Rijke, J.M., Schouten, H.C., Van Kleef, M. y Patijn, J. (2008). Concerns of former breast cancer patients about disease recurrence: a validation and prevalence study. *Psycho-Oncology*, 17(11), 1137-1145. doi: 10.1002/pon.1340
- Van Mierlo, M.L., Schröder, C., Van Heugten, C.M., Post, M.W.M., de Kort, P.L.M. y Visser-Meily, J.M.A. (2014). The influence of psychological factors on health-related quality of life after stroke: a systematic review. *International Journal of Stroke*, 9(3), 341-348. doi:10.1111/ijvs.12149
- Vázquez, C. y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 385-404.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S.M. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 401-432.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Vera-Villarroel, P. y Celis-Atenas, K. (2014). Afecto positivo y negativo como mediador de la relación optimismo-salud: evaluación de un modelo estructural. *Universitas Psychologica*, 13(2), 15-23. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY13-3.apnm

- Vera-Villarroel, P., Pávez, P. y Silva, J. (2012). El rol predisponente del optimismo: hacia un modelo etiológico del bienestar. *Terapia Psicológica*, 30(2), 77-84.
- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología*, 61, 9-18.
- Vivar, C.G. (2012). Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia, propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Atención Primaria*, 44(5), 288-292. doi: 10.1016/j.aprim.2011.07.011
- Von Heymann-Horan, A.B., Dalton, S.O., Dziekanska, A., Christensen, J., Andersen, I., Mertz, B.G., ... Bidstrup, P.E. (2013). Unmet needs of women with breast cancer during and after primary treatment: a prospective study in Denmark. *Acta Oncologica*, 52(2), 382-390. doi: 10.3109/0284186X.2012.746468
- Voth, J. y Sirois, F.M. (2009). The role of self-blame and responsibility in adjustment to inflammatory bowel disease. *Rehabilitation Psychology*, 54(1), 99-108.
- Weinstein, N.D. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(4), 441-460.
- Wen, K.Y., Ma, X.S., Fang, C., Song, Y., Tan, Y., Seals, B. y Ma, G.X. (2016). Psychosocial correlates of benefit findings in breast cancer survivors in China. *Journal of Health Psychology*. doi:10.1177/1359105316637839
- Whitman, M. y McDaniel, R. (1994). Prevención del linfedema. Una desagradable secuela del cáncer de mama. *Nursing*, 34-37.
- Yuh, J., Neiderhiser, J.M., Reiss, D. (2010). Genetic and environmental influences on dispositional optimism and depressive symptoms in adolescence. *International Journal of Human Ecology*, 11, 15-23.
- Zachariae, R., Pedersen, C.G., Jensen, A.B., Ehrnrooth, E., Rossen, P.B. y Von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 88(5), 658-665. doi: 10.1038/sj.bjc.6600798
- Zenger, M., Glaesmer, H., Höckel, M. y Hinz, A. (2011). Pessimism predicts anxiety, depression and quality of life in female cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 41(1), 87-94. doi: 10.1093/jjco/hyq168

15. Anexos

15.1. Anexo 1



Consentimiento informado para participantes de investigación

Este documento tiene como finalidad dar a las participantes de esta investigación una información clara de los contenidos de dicha investigación.

La participación es voluntaria y la información absolutamente confidencial. Los datos serán codificados, y por tanto resultarán anónimos. Además, se utilizarán exclusivamente para esta investigación.

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación doctoral de Silvia Pastells Pujol.

Si desea retirarse del proyecto lo puede hacer en cualquier momento, del mismo modo puede preguntar para esclarecer cualquier duda acerca de la investigación.

Muchas gracias por su participación.

Nombre

Firma de la participante

Fecha

15.2 Anexo 2

CALIDAD DE VIDA: QL-CA-AFex

A continuación encontrará una serie de aspectos importantes de su vida cotidiana. Le agradeceremos que valore cada uno de ellos haciendo una señal sobre una línea en la forma que se indicará. Nos interesa conocer en qué medida considera que SU SALUD O SITUACIÓN DE ESTRÉS ha afectado a estos aspectos las últimas 24 horas.

Us aspecto se valora como normal cuando no ha sufrido ningún cambio debido al estado de su salud.

En qué medida siente que su vida se ha visto alterada por la situación de estrés que sufre? 0 significa que no le afecta nada en ese aspecto y 100 totalmente afectada por el estrés. Valore de 0 a 100 cuánto le afecta. GRACIAS

1. NAUSEAS

0 _____ 100

Nada _____ Mucho

2. MOVILIDAD EN SU CASA

0 _____ 100

Nada _____ Mucho

3. ACTIVIDAD LABORAL FUERA DE CASA

0 _____ 100

Nada _____ Mucho

4. CUIDADOS PERSONALES

0 _____ 100

Nada Mucho

5. ATRACTIVO SEXUAL

0 _____ 100

Nada Mucho

6. IRA Agresividad, cólera, enfado, irritación

0 _____ 100

Nada Mucho

7. DOLOR

0 _____ 100

Nada Mucho

8. CAPACIDAD PARA MOVER EL CUERPO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA

0 _____ 100

Nada Mucho

9. ACTIVIDAD RECREATIVA. Ocio, pasatiempo, cine, televisión, lectura, escribir

0 _____ 100

Nada Mucho

10. ANSIEDAD, Nerviosismo

0 _____ 100

Nada Mucho

11. FATIGA O CANSANCIO

0 _____ 100

Nada Mucho

12. SATISFACCIÓN SOCIAL. Hablar con otras personas, visitar amigos, recibir visitas

0 _____ 100

Nada Mucho

13. SUEÑO

0 _____ 100

Nada Mucho

14. VIGILIA

0 _____ 100

Nada Mucho

15. PREOCUPACIÓN POR LOS HIJOS. Si no tiene hijos marque con una X (___)

0 _____ 100

Nada Mucho

16. ACTIVIDADES EN CASA

0 _____ 100

Nada Mucho

17. ASPECTO FISICO

0 _____ 100

Nada Mucho

18. ESTADO DE ANIMO. Depresión y tristeza

0 _____ 100

Nada Mucho

19. RELACIONES DE PAREJA (afectivas, comunicativas, sexuales)

0 _____ 100

Nada Mucho

20. RELACIONES FAMILIARES

0 _____ 100

Nada Mucho

21. APETITO

0 _____ 100

Nada Mucho

22. INFORMACIÓN

0 _____ 100

Nada Mucho

23. CONCENTRACIÓN

0 _____ 100

Nada Mucho

24. GANAS E ILUSIÓN POR LA COSAS (Trabajar, salir, ver amigos..)

0 _____ 100

Nada Mucho

25. PREOCUPACIONES ECONÓMICAS

0 _____ 100

Nada Mucho

26. MIEDO (Preocupaciones, angustia)

0 _____ 100

Nada Mucho

27. VALORACIÓN GENERAL (En mi vida en general)

0 _____ 100

Nada Mucho

15.3. Anexo 3

En estos momentos de dificultad de salud creo que..... (rodee la opción que mejor expresa lo que siente)

.... me han pasado muchas cosas buenas en la vida

1. Ninguna vez 2. Pocas veces 3. Muchas veces 4. Continuamente

.... me voy a recuperar

1. Ninguna vez 2. Pocas veces 3. Muchas veces 4. Continuamente

.... yo puedo hacer cosas para estar bien y mantenerme sana

1. Ninguna vez 2. Pocas veces 3. Muchas veces 4. Continuamente

.... soy la responsable de la situación

1. Ninguna vez 2. Pocas veces 3. Muchas veces 4. Continuamente

.... gracias a la situación valoro más el amor de mi gente o el afecto de los demás

1. Ninguna vez 2. Pocas veces 3. Muchas veces 4. Continuamente

.... en mi vida recuerdo más cosas positivas que negativas

1. Ninguna vez 2. Pocas veces 3. Muchas veces 4. Continuamente

.... al final saldrá bien

1. Ninguna vez 2. Pocas veces 3. Muchas veces 4. Continuamente

.... yo puedo superar esta situación de crisis

1. Ninguna vez 2. Pocas veces 3. Muchas veces 4. Continuamente

.... esto me ha pasado porque tenía que pasar

1. Ninguna vez 2. Pocas veces 3. Muchas veces 4. Continuamente

.... voy a salir de ésta

1. Ninguna vez 2. Pocas veces 3. Muchas veces 4. Continuamente

.... en parte soy la culpable de mi situación

1. Ninguna vez 2. Pocas veces 3. Muchas veces 4. Continuamente

.... casi todo en la vida me ha ido bien

1. Ninguna vez 2. Pocas veces 3. Muchas veces 4. Continuamente

.... a raíz de la situación, vivo y disfruto más de la vida

1. Ninguna vez 2. Pocas veces 3. Muchas veces 4. Continuamente

.... la evolución de la situación depende, en parte, de mí

1. Ninguna vez 2. Pocas veces 3. Muchas veces 4. Continuamente

.... debido a esta experiencia valoro más las pequeñas cosas de la vida

1. Ninguna vez 2. Pocas veces 3. Muchas veces 4. Continuamente

15.4. Anexo 4

A continuación le presentamos una serie de frases que hacen referencia a cómo la gente considera su vida en general. Después de leer cada una de estas frases, díganos si está de acuerdo o en desacuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas: sólo queremos conocer su opinión. Cumplimente este inventario de acuerdo con sus propios sentimientos. Tenga en cuenta la escala de valoración.

Muchas gracias.

- 0= Estoy totalmente en desacuerdo
- 1= Estoy en desacuerdo
- 2= No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 3= Estoy de acuerdo
- 4= Estoy totalmente de acuerdo

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

Adaptación al castellano del LOT-R (Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro, 1998).

16. Lista de tablas

Tabla 1. <i>Artículos empíricos que relacionan la calidad de vida de las pacientes de cáncer de mama y el optimismo</i>	122
Tabla 2. <i>Características demográficas de la muestra (N=96)</i>	159
Tabla 3. <i>Comparación de los datos sociodemográficos de las pacientes en las tres situaciones de salud (Prueba de χ^2)</i>	160
Tabla 4. <i>Descripción de las escalas de Calidad de Vida</i>	161
Tabla 5. <i>Descripción de las creencias cognitivas optimistas (Optimismo estratégico)</i>	162
Tabla 6. <i>Índices de fiabilidad para cada Escala de la Calidad de vida QL-CA-Afex y para el total del instrumento</i>	163
Tabla 7. <i>Índices de fiabilidad y análisis factorial del LOT-R (n=96)</i>	164
Tabla 8. <i>Índices de fiabilidad y análisis factorial de las Creencias cognitivas optimistas del Optimismo Estratégico</i>	165
Tabla 9. <i>Comparación de las medianas de afectación en la Calidad de vida de las pacientes en función de la situación médica (prueba de Kruskal Wallis)</i>	170
Tabla 10. <i>Comparación de las medianas de afectación en la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo y las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	171
Tabla 11. <i>Comparación de las medianas de afectación en la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	172

Tabla 12. <i>Comparación de las medianas de afectación en la Calidad de vida de las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	172
Tabla 13. <i>Comparación de las medianas de afectación en la escala de Síntomas de la Calidad de vida de las pacientes en función de la situación médica (Prueba de Kruskal Wallis)</i>	174
Tabla 14. <i>Comparación de las medianas de afectación en los componentes de la Escala de Síntomas de la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama y las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama (Prueba U de Mann-Whitney)</i> ...	175
Tabla 15. <i>Comparación de las medianas de afectación en los componentes de la Escala de Síntomas de la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	176
Tabla 16. <i>Comparación de las medianas de afectación en la escala de Síntomas de la Calidad de vida de las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	177
Tabla 17. <i>Comparación de las medianas de afectación en la escala de Autonomía de la Calidad de vida de las pacientes en función de la situación médica (Prueba de Kruskal Wallis)</i>	178
Tabla 18. <i>Comparación de las medianas de afectación en la escala de Autonomía de la Calidad de vida de las pacientes en tratamiento activo y las pacientes en fase de intervalo libre del cáncer de mama (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	179
Tabla 19. <i>Comparación de las medianas de afectación en la escala de Autonomía de la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	179
Tabla 20. <i>Comparación de las medianas de afectación en la escala de Autonomía de la Calidad de vida de las pacientes en fase de intervalo libre del cáncer de mama y las pacientes con trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	180

Tabla 21. <i>Comparación de las medianas de afectación en la escala Psicológica y Emocional de la Calidad de vida de las pacientes en función de la situación médica (Prueba de Kruskal-Wallis)</i>	181
Tabla 22. <i>Comparación de las medianas de afectación en la escala Psicológica y Emocional de la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo y las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	182
Tabla 23. <i>Comparación de las medianas de afectación en la escala Psicológica y Emocional de la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo del cáncer y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	183
Tabla 24. <i>Comparación de las medianas de afectación en la escala Psicológica y Emocional de la Calidad de vida de las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	184
Tabla 25. <i>Comparación de las medianas de afectación en la escala Social y Familiar de la Calidad de vida de las pacientes en función de la situación médica (Prueba de Kruskal-Wallis)</i>	185
Tabla 26. <i>Comparación de las medianas de afectación en la escala Social y Familiar de la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo y las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	186
Tabla 27. <i>Comparación de las medianas de afectación en la escala Social y Familiar de la Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	187
Tabla 28. <i>Comparación de las medianas de afectación en la escala Social y Familiar de la Calidad de vida de las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama y las pacientes con Trastorno adaptativo (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	188

Tabla 29. <i>Comparación de las medianas de Optimismo Disposicional de la muestra en función de la situación médica (Prueba de Kruskal-Wallis)</i>	189
Tabla 30. <i>Distribución de las pacientes de la muestra en función de su optimismo (>18) y su pesimismo disposicional (<18)</i>	190
Tabla 31. <i>Comparación de las pacientes en función de los Recuerdos positivos y la situación médica (Test de X^2 de Pearson)</i>	192
Tabla 32. <i>Comparación de las pacientes en función de las Expectativas de solución positiva y la Percepción de control (Test de χ^2 de Pearson)</i>	194
Tabla 33. <i>Comparación de las pacientes en función de las Expectativas de solución positiva y la Percepción de control. Pacientes en Tratamiento activo y pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama (Test de χ^2 de Pearson)</i>	195
Tabla 34. <i>Comparación de las pacientes en función de las Expectativas de solución positiva y la Percepción de control. Pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama y pacientes con Trastorno adaptativo (Test de χ^2 de Pearson)</i>	196
Tabla 35. <i>Comparación de las pacientes en función de las Expectativas de solución positiva y la Percepción de control. Pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama y pacientes con Trastorno adaptativo (Test de χ^2 de Pearson)</i>	197
Tabla 36. <i>Comparación de las pacientes en función de la Responsabilidad de la situación médica (Test de χ^2 de Pearson)</i>	199
Tabla 37. <i>Comparación de las pacientes en función de la Responsabilidad de la situación médica. Pacientes en Tratamiento activo y pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama (Test de χ^2 de Pearson)</i>	200

Tabla 38. Comparación de las pacientes de la muestra en función de la Responsabilidad de la situación médica. Pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama y pacientes con Trastorno adaptativo (Test de χ^2 de Pearson).....	201
Tabla 39. Comparación de las pacientes en función de la Responsabilidad de la situación médica. Pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer de mama y pacientes con Trastorno adaptativo (Test de χ^2 de Pearson).....	201
Tabla 40. Comparación de las pacientes de la muestra en función del Sentido positivo que otorgan a la experiencia médica (Benefit finding)(Test de χ^2 de Pearson).....	203
Tabla 41. Optimismo Disposicional (LOT-R) y Calidad de vida. Total de la muestra y cada situación médica (Coeficiente correlación de Spearman)	206
Tabla 42. Capacidad predictiva del Optimismo Disposicional en cada una de las escalas de la Calidad de vida (N= 96). Análisis de regresión por cuantiles (mediana).....	207
Tabla 43. Comparación de las medianas de Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo optimistas y pesimistas disposicionales (n= 35) (Prueba U de Mann-Whitney).....	208
Tabla 44. Comparación de las medianas de Calidad de vida de las pacientes en Intervalo libre del cáncer de mama optimistas y pesimistas disposicionales (n= 30) (Prueba U de Mann-Whitney)	209
Tabla 45. Comparación de las medianas de Calidad de vida de las pacientes con Trastorno adaptativo optimistas y pesimistas disposicionales (n= 31) (Prueba U de Mann-Whitney)	210
Tabla 46. Optimismo Estratégico y Calidad de vida. Toda la muestra (N= 96) (Coeficiente de correlación Spearman).....	211
Tabla 47. Comparación de las medianas de Calidad de vida de las pacientes en función de los mecanismos del Optimismo estratégico (N= 96) (Prueba de Mann-Whitney)	212

Tabla 48. <i>Calidad de vida y mecanismos del Optimismo estratégico. Pacientes en tratamiento activo del cáncer de mama (n=35) (Coeficiente de correlación de Spearman)</i>	213
Tabla 49. <i>Comparación de las medianas de Calidad de vida de las pacientes en Tratamiento activo del cáncer de mama, en función de los mecanismos del Optimismo estratégico (n= 35) (Prueba de Mann-Whitney).....</i>	214
Tabla 50. <i>Calidad de vida y mecanismos del Optimismo Estratégico. Pacientes en Int libre del cáncer de mama (n=30)(Coeficiente de correlación de Spearman).....</i>	215
Tabla 51. <i>Comparación de las medianas de Calidad de vida de las pacientes en fase de Intervalo libre del cáncer, en función de los mecanismos del Optimismo estratégico (n= 30) (Prueba de Mann-Whitney).....</i>	216
Tabla 52. <i>Calidad de vida y mecanismos del Optimismo Estratégico. Pacientes con Trastorno adaptativo (n=31) (Coeficiente de correlación de Spearman)</i>	217
Tabla 53. <i>Comparación de las medianas de Calidad de vida de las pacientes con Trastorno adaptativo, en función de los mecanismos del Optimismo estratégico (n= 31) (Prueba de Mann-Whitney)</i>	218
Tabla 54. <i>Capacidad predictiva de los mecanismos valorados en el Optimismo Estratégico en las escalas de la Calidad de vida (n=96) (Regresión por cuantiles (R^2)).....</i>	219
Tabla 55. <i>Mecanismos del Optimismo Estratégico y Optimismo Disposicional (LOT-R) para toda la muestra y para cada situación médica (Coeficiente de correlación de Spearman)</i>	220
Tabla 56. <i>Comparación del rango promedio de recuerdos positivos, expectativas positivas y de control, benefit finding y responsabilidad de la situación médica, de optimistas y pesimistas disposicionales (n=96) (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	221

Tabla 57. <i>Comparación del rango promedio de recuerdos positivos, expectativas positivas y de control, benefit finding y responsabilidad de la situación médica, de optimistas y pesimistas disposicionales. Pacientes en Tratamiento activo (n=35) (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	222
Tabla 58. <i>Comparación del rango promedio de recuerdos positivos, expectativas positivas y de control, benefit finding y responsabilidad de la situación médica, de optimistas y pesimistas disposicionales. Pacientes en intervalo libre (n=30) (Prueba U de Mann-Whitney)</i>	223
Tabla 59. <i>Comparación del rango promedio de recuerdos positivos, expectativas positivas y de control, benefit finding y responsabilidad de la situación médica, de optimistas y pesimistas disposicionales. Pacientes con Trastorno adaptativo (n=31) (Prueba U de Mann-Whitney).</i>	
Tabla 60. <i>Prueba KMO y de Barlett de adecuación muestral</i>	225
Tabla 61. <i>Varianza total explicada</i>	225
Tabla 62. <i>Matriz de componentes rotados</i>	227

