



## Artículo original

# Adaptación a la enfermedad, resiliencia y optimismo en mujeres con cáncer de mama



Marlen Simancas Fernández<sup>a,\*</sup>, Carla Zapata Rueda<sup>b</sup>, Gonzalo Galván Patrignani<sup>a</sup>,  
Jose Carlos Celedón Rivero<sup>a</sup> y Juan Hernández Padilla<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Universidad Cooperativa de Colombia, Montería, Colombia

<sup>b</sup> Universidad San Buenaventura, Medellín, Colombia

<sup>c</sup> Universidad de Guadalajara CUNORTE, Colombia

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 23 de marzo de 2021

Aceptado el 21 de junio de 2021

On-line el 4 de septiembre de 2021

#### Palabras clave:

Adaptación a la enfermedad

Cáncer de mama

Resiliencia

Optimismo

### R E S U M E N

Esta investigación tiene por objetivo determinar la relación entre las variables adaptación a la enfermedad, resiliencia y optimismo disposicional en mujeres con cáncer de mama en Montería (Colombia). Este estudio es de tipo descriptivo-correlacional, se evaluó a 116 participantes. Los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario de Calidad de Vida de Font, el Índice de Adaptación a la Enfermedad, la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER) y el Life Orientation Test-Revised (LOT-R). Para el análisis de los datos, se empleó el programa estadístico SPSS 25.0. Se aplicó una prueba de normalidad y se calculó el coeficiente de correlación de Spearman. Los hallazgos indicaron adaptación de las participantes y características resilientes y optimistas; sin embargo, no existe relación significativa entre estas variables y la adaptación a la enfermedad.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Adaptation to the Disease, Resilience and Optimism in Woman with Breast Cancer

#### A B S T R A C T

This research aims to determine the relationship between the variables adaptation to the disease, resilience and dispositional optimism in women with breast cancer in Montería (Colombia). This study is a descriptive-correlational type, evaluating 116 participants. The instruments applied were the Font Quality of Life Questionnaire, to assess the Index of Adaptation to Disease, Wagnild and Young's Resilience Scale (RS) and the Life Orientation

#### Keywords:

Adaptation to disease

Breast cancer

Resilience

Optimism

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marlen.simancasf@campusucc.edu.co (M. Simancas Fernández).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.006>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Test-Revised (LOT-R). The statistical program SPSS 25.0 was used for the analysis of the data. A normality test was performed which led to the application of the Spearman correlation coefficient. Findings indicated the presence of adaptation in the participants and resilient and optimistic characteristics, however, there is no significant relationship between these variables and adaptation to the disease.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El cáncer de mama (CaM) no es una enfermedad exclusiva en las mujeres, pero en ellas es más frecuente este diagnóstico. Debido al progresivo aumento mundial de los datos de incidencia (24,5%) y mortalidad (15,5%) de 2021, la enfermedad se ha mantenido como un problema de salud pública<sup>1</sup> que puede producir trastornos mentales como depresión y estrés postraumático<sup>2</sup> a causa de los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de sus intervenciones<sup>3,4</sup>. Por ello gran parte de los estudios sobre variables psicológicas y CaM se han centrado en el malestar emocional y el estrés<sup>5-7</sup>, pues se ha descrito que el CaM es una situación traumática<sup>8,9</sup> con posible impacto en la calidad de vida de quienes la padecen y su entorno<sup>10</sup>.

En Colombia<sup>11</sup>, este tipo de cáncer ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad en mujeres, al igual que en los datos mundiales, y las ciudades de mayor desarrollo son las que muestran un incremento del riesgo. A pesar de considerarlo un cáncer con buen pronóstico, la realidad es que su índice de mortalidad aumenta en los países en desarrollo<sup>12</sup>.

Los datos estadísticos del CaM son reflejo de una realidad causante de malestar emocional debido al temor a lo desconocido, ideas de pérdida del control de la salud y afectación de la vida en general, que hacen más difícil el proceso de ajuste a la enfermedad<sup>4,13</sup>. Lo que fundamenta la necesidad de investigar aspectos que permitan afrontar de buena manera la enfermedad y generen aprendizaje y la expresión de emociones positivas<sup>14</sup>.

Para algunos autores<sup>15,16</sup>, la depresión, la ansiedad, los problemas de imagen corporal, los problemas de sueño, la irritabilidad, la impotencia, la fatiga, el miedo a la muerte y al abandono, el pesimismo y la desadaptación de la persona frente a la enfermedad son reacciones psicológicas y emocionales comunes como respuesta al CaM<sup>17</sup>. Debido a esto, se señala la importancia de centrar la atención en las emociones positivas de las mujeres con CaM, en pro de experiencias de mejoría de su salud física<sup>18</sup>.

Vázquez et al.<sup>19</sup> señalaron que las investigaciones en cáncer harían énfasis en varios aspectos de la enfermedad. Primero, efecto de los afectos positivos y negativos en su desarrollo y su proliferación; segundo, afrontamiento y factores de personalidad, y por último, emociones y aprendizajes positivos a partir de la enfermedad, aspectos que logran caracterizar condiciones y procesos que facilitan una buena calidad de vida<sup>20</sup>. Los aspectos de la personalidad o formas de afrontamiento de interés para este estudio son la resiliencia y el optimismo disposicional y su relación con la adaptación a la enfermedad.

Bárez<sup>21</sup> definió la «adaptación al cáncer» como un proceso en el que se emplean estrategias de afrontamiento que permiten mitigar las emociones negativas, así como los efectos físicos, sociales y psicológicos de la enfermedad. La adaptación, según Tafoya<sup>22</sup>, depende entonces de la resiliencia, los recursos de afrontamiento, el apoyo social y las emociones y actitudes positivas que permiten mejores funcionalidad y calidad de vida. Para Folkman<sup>23</sup>, la adaptación es un proceso que solo se explica en la medida en que se identifiquen los factores patogénicos y salutogénicos que intervienen en él.

Otra explicación para la adaptación es que esta es un proceso relacionado con el concepto de estrés, debido al proceso de duelo que surge de la pérdida de la salud física y la falta de control de algunos aspectos de la vida<sup>24,25</sup>. En 1946 Selye<sup>26</sup> definió el estrés como la respuesta fisiológica que surge ante un acontecimiento estresante y que tiene la capacidad de estimular cambios en los sistemas inmunológico, nervioso y endocrino, con lo cual aumenta la probabilidad de enfermedades crónicas. Según Solís<sup>27</sup>, los pacientes con cáncer y limitaciones para la expresión de sus emociones y sentimientos, que a su vez afrontan la enfermedad por medio de negación, inhibición y evitación, son los que tienen más problemas para adaptarse a la enfermedad, depresión y deterioro del sistema inmunológico.

Para Cohler<sup>28</sup>, la resiliencia es una característica de la personalidad que impulsa al ser humano a alcanzar los objetivos que se ha trazado, desde la capacidad de generar patrones de comportamiento que se lo permitan. Diferentes autores<sup>29-31</sup> la definen como una variable dependiente e independiente, asociada con el funcionamiento adaptativo del individuo en situaciones estresantes o críticas desde un enfoque del desarrollo y la cultura<sup>32</sup>. Según Leshner et al.<sup>33,34</sup>, permite una historia de adaptación o ajuste en la medida que la persona presente características asociadas con la capacidad de dominio, perseverancia, apoyo social, flexibilidad, adaptabilidad a los cambios, previsión de resultados, empatía, religiosidad y resistencia, en especial frente a situaciones de gran adversidad, actitudes que en el ámbito de la salud permiten la protección de los individuos y un desafío a las cambios y condiciones producto de la enfermedad<sup>35</sup>.

En los pacientes con CaM, las características resilientes más comunes son el apoyo social, la autoeficacia, la esperanza hacia el futuro y el coraje<sup>36,37</sup>, rasgos que, según Seiler et al.<sup>38</sup>, contribuyen a la capacidad de recuperación de los pacientes con cáncer favoreciendo la función de los tratamientos y procesos de recuperación de la enfermedad; en consecuencia, habría un crecimiento postraumático, además de una disminución de los síntomas físicos y psicológicos como depresión y ansiedad<sup>39,40</sup>. Algunos estudios<sup>41-43</sup> han demostrado que la

resiliencia es una fuente de fortaleza para los pacientes con CaM y un factor que influye en el ajuste a la enfermedad.

Scheier et al.<sup>44</sup> definieron el optimismo disposicional en 1985 como una característica estable de la personalidad que tiene la capacidad de influir en las acciones de las personas con el fin de obtener resultados favorables por medio de estas, explicado desde un modelo de autorregulación del comportamiento, dirigido al logro de un objetivo a través de un sistema de retroalimentación negativo que evalúa constantemente la distancia entre lo que se hace y la expectativa de logro. Para los autores<sup>45,46</sup>, las expectativas eran importantes para lograr la consecución de los resultados, ya que estas movilizan el comportamiento frente a asuntos relacionados con la salud. Además de las expectativas, otras variables que influyen en el optimismo son las estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema<sup>47,48</sup>, la capacidad de aceptar y renunciar<sup>46</sup> y la cultura y el apoyo social de las personas<sup>49</sup>.

El optimismo se relaciona con acciones proactivas ligadas a la protección y la promoción de la salud minimizando los factores de riesgo<sup>49,50</sup>. Es un factor que minimiza el estrés y tiene un efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes con cáncer<sup>51</sup>, así como en la adaptación a la enfermedad<sup>52,53</sup> y el crecimiento postraumático<sup>47</sup>.

Asumiendo la importancia de las variables descritas, se planteó como objetivo de este estudio determinar la relación de la variable adaptación a la enfermedad en función de la resiliencia y el optimismo disposicional de las mujeres con CaM en la ciudad de Montería (Colombia).

Se consideró como hipótesis del estudio que los hallazgos evidenciaran relaciones significativas entre la resiliencia y el optimismo con la adaptación a la enfermedad.

## Métodos

Para el estudio se utilizó un diseño no experimental, transversal-correlacional, el cual pretende la descripción y la relación de las variables en un único momento<sup>54</sup>.

### Participantes

Participaron en total 116 mujeres diagnosticadas de CaM, con un promedio de edad de 53,8 (intervalo, 28-83) años, nacionalidad colombiana y residencia en el Departamento de Córdoba y aledaños. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia de sujetos dispuestos y disponibles, debido a las características de vulnerabilidad de la muestra<sup>54</sup>.

Los criterios de inclusión en la muestra fueron ser mujer mayor de 18 años con diagnóstico de CaM en los 3-12 meses previos a la aplicación de los instrumentos, recibir algún tratamiento médico y haber firmado el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron tener un diagnóstico original de otro tipo de cáncer, deterioro cognitivo descrito en historia clínica o estados alterados de la conciencia u otros efectos secundarios adversos de la enfermedad o tratamientos que impidieran el desarrollo continuo de la evaluación (náuseas, vómitos o activación motora involuntaria, entre otros).

## Instrumentos

### Cuestionario ad hoc de datos sociodemográficos y médicos

Diseñado para el estudio con el fin de identificar las características de la muestra como edad, cantidad de hijos, estado civil, nivel académico, nivel económico, estadio de diagnóstico del cáncer y tratamientos recibidos.

### Adaptación a la enfermedad

Se determinó mediante el índice de adaptación a la enfermedad, medida secundaria del cuestionario *Quality of Life* (QoL) de Font<sup>55</sup>, cuyo propósito es evaluar el deterioro de la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

El instrumento fue creado en 1988, contiene 24 ítems distribuidos en 4 subescalas: aumento de síntomas (SINTO), aumento de pérdida de capacidad funcional corporal (CORPO), aumento de pérdida de relaciones familiares y sociales (RELFAM) y aumento de malestar psicológico (PSICOL). Además, la medida global de pérdida de (QoL). Los ítems tienen escalas analógicas de valoración de 0-100 (0, nulo deterioro; 100, el mayor deterioro). La escala global arroja un alfa de Cronbach de 0,85 y las subescalas,  $\alpha=0,57$ ,  $\alpha=0,85$ ,  $\alpha=0,62$  y  $\alpha=0,80$ . La escala global obtuvo en la muestra del presente estudio  $\alpha=0,83$ <sup>55</sup>.

La fórmula del índice de adaptación a la enfermedad propuesta por Blasco et al.<sup>56</sup> en 1992 resulta de la suma de las puntuaciones de las subescalas SINTO, CORPO y RELFAM, dividida por la subescala PSICOL  $\times 3$ . Se considera adaptación una puntuación  $\geq 1,0$ ; a mayor puntuación, mayor la adaptación<sup>57</sup>.

### Resilience Scale

Creada por Wagnild et al.<sup>58</sup> en 1993, consta de 25 ítems que miden 2 factores, la competencia personal y la aceptación de uno mismo, integrados por 5 características de la resiliencia: ecuanimidad, perseverancia, confianza en uno mismo, satisfacción personal y sentirse bien.

Los ítems se responden con una escala tipo Likert de 7 puntos (1, completamente en desacuerdo, a 7, completamente de acuerdo). Respecto a la confiabilidad, la versión original precisa  $\alpha=0,91$  para el total de la prueba, y para los factores y las características oscila entre 0,67 y 0,84<sup>58</sup>. En Colombia<sup>59</sup>, la validación obtuvo  $\alpha=0,84$  para el total de la prueba; en las características obtuvo entre 0,53 y 0,83, y para los factores competencia personal y aceptación de uno mismo, 0,95 y 0,68 respectivamente. Para este estudio, el total de la prueba obtuvo  $\alpha=0,90$ .

Las normas de calificación indican que la puntuación general de la prueba oscila entre 25 y 175 (a mayor puntuación, mayor expresión de la resiliencia de la persona). En los factores, las puntuaciones mínima y máxima son: competencia personal, 17-119; aceptación de uno mismo, 8-56. En las características: ecuanimidad, 4-28; perseverancia, 5-49; confianza en uno mismo, 8-49; satisfacción personal, 4-28 y sentirse bien, 3-21<sup>59</sup>.

### Life Orientation Test-Revised

Se desarrolló originalmente en 1994<sup>60</sup> y consta de 10 ítems; 3 miden optimismo, 3 miden pesimismo y los 4 restantes no se tienen en cuenta en la calificación. Las respuestas se

presentan en una escala Likert de 0 a 4 (0, muy en desacuerdo; 4, muy de acuerdo). Para la calificación, las puntuaciones  $\leq 6$  indican poca presencia de la característica y las  $\geq 7$  indican gran presencia tanto de optimismo disposicional como de pesimismo. Los 6 ítems de la prueba original obtuvieron  $\alpha = 0,78$ . En Colombia, Valdelamar-Jiménez et al.<sup>61</sup> validaron la prueba en una muestra de pacientes con cáncer ( $\alpha = 0,96$ ). Para este estudio se obtuvo  $\alpha = 0,76$ .

### Procedimiento

Este estudio contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad San Buenaventura de Medellín y de la Clínica IMAT Oncomédica. Una vez aprobada la investigación, se procedió a la identificación de pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión del estudio y se les invitó a participar, al tiempo de presentarles el consentimiento informado en el que se daba a conocer el objetivo del estudio y su alcance. Tras la firma de los consentimientos de las participantes, los testigos y el investigador a cargo, se iniciaba la cumplimentación. A continuación se digitaban y codificaban los datos para su análisis en el paquete estadístico SPSS versión 25.0 para Windows<sup>62</sup>.

### Análisis de los datos

Antes del análisis de los datos, se evaluó el cumplimiento de los supuestos para emplear las técnicas paramétricas aplicando la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, apta para muestras  $> 50$  sujetos<sup>63</sup>. Los resultados oscilaron entre  $p < 0,001$  y  $p = 0,030$ , lo que orientó a la técnica no paramétrica del coeficiente de correlación de Spearman para el análisis de las correlaciones entre las variables resiliencia y adaptación a la enfermedad, así como entre el optimismo disposicional y la adaptación a la enfermedad. Antes del análisis de correlaciones, se obtuvo el alfa de Cronbach global para las pruebas y se realizó el análisis descriptivo de las variables numéricas y cualitativas.

### Consideraciones éticas del estudio

El desarrollo de este estudio contó con el criterio de consentimiento informado de las participantes, de acuerdo con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964 enmendada en diferentes periodos hasta el año 2013<sup>64</sup>.

## Resultados

En cuanto a las características de las mujeres con CaM incluidas en el estudio, tenían una edad promedio de  $53,8 \pm 11,6$  años, vivían en una relación de hecho (31,0%) o eran solteras (28,4%) en su mayoría, tenían un promedio de  $2,5 \pm 1,8$  hijos, un nivel de formación centrado en estudios completos de primaria (28,4%), bachillerato (24,1%) y universitarios (20,2%) y un nivel económico bajo (71,6%). La gran mayoría procedía de zonas urbanas (72,4%). Respecto a las variables médico-clínicas, el 42,2% se trató exclusivamente con quimioterapia y el 46,6%, con la combinación de quimioterapia y cirugía. Los diagnósticos más reportados fueron los estadios IIA (22,4%)

**Tabla 1 – Adaptación a la enfermedad**

Índice adaptación a la enfermedad, media $\pm$ desviación estandar (intervalo)	1,7 $\pm$ 1,5 (1-10)
--	----------------------

**Tabla 2 – Factores y características de la resiliencia**

Competencia personal	104,5 $\pm$ 11,8 (29-119)
Aceptación de uno mismo y de la vida	48,9 $\pm$ 6,6 (8-56)
Características	
Ecuanimidad	23,4 $\pm$ 4,0 (8-28)
Perseverancia	42,1 $\pm$ 5,2 (12-49)
Confianza en uno mismo	44,2 $\pm$ 5,8 (7-49)
Satisfacción personal	25,1 $\pm$ 3,8 (4-28)
Sentirse bien solo	18,6 $\pm$ 2,9 (6-21)
Resiliencia global	153,4 $\pm$ 17,6 (37-175)

Los valores expresan media  $\pm$  desviación estandar (intervalo).

**Tabla 3 – Optimismo disposicional**

Optimismo	12,0 $\pm$ 3,8 (4-33)
Pesimismo	5,4 $\pm$ 4,4 (0-25)

Los valores expresan media  $\pm$  desviación estandar (intervalo).

y IIIB (22,4%); fue notorio que el grueso de los diagnósticos estuviera entre estos estadios.

En cuanto a las variables psicológicas de estudio, la tabla 1 indica valores de la variable adaptación a la enfermedad ( $1,7 \pm 1,5$ ) que muestran que hay ajustes de las participantes frente a las condiciones de la enfermedad en los aspectos físico, funcional y familiar/social, es decir, frente a los cambios provocados por el CaM en su apariencia física, su condición de salud, su capacidad para realizar las actividades del día a día y las forma de interactuar con los demás.

En cuanto a la resiliencia, los resultados (tabla 2) resaltan en las mujeres evaluadas un balance frente a la vida, persistencia y autodisciplina, creencia en sí mismas y en sus capacidades, reflejo de las puntuaciones altas en los factores competencia personal (104,5  $\pm$  11,8) y aceptación de uno mismo y de la vida (48,9  $\pm$  6,6), así como en las características de ecuanimidad (23,4  $\pm$  4,0), perseverancia (42,1  $\pm$  5,2) y confianza en uno mismo (44,2  $\pm$  5,8). La puntuación global de resiliencia fue igualmente alta (153,4  $\pm$  17,6).

La tabla 3 presenta puntuaciones altas en optimismo (12,0  $\pm$  3,8) y bajas en pesimismo (5,4  $\pm$  4,4) asociadas con la percepción de control de uno mismo, sumada a expectativas y actitudes favorables hacia el futuro, hacia aquello que desean, por lo que se movilizan para conseguirlo.

En la relación de la adaptación a la enfermedad según la resiliencia y el optimismo disposicional (tabla 4) se identifica ausencia de relaciones estadísticamente significativas; todos los coeficientes resultaron ser bajos para la resiliencia, sus factores y sus características ( $\rho$  de Spearman entre  $-0,012$  y  $-0,126$ ), y para el optimismo y el pesimismo ( $\rho = -0,012$  y  $\rho = -0,002$ ), todas las relaciones presentaron  $p > 0,05$ . Por lo tanto, la adaptación a la enfermedad no mostraría ningún cambio según varían las características resilientes y optimistas de las participantes. Tener puntuaciones altas en las 3

**Tabla 4 – Adaptación a la enfermedad en función de la resiliencia y el optimismo disposicional**

Adaptación a la enfermedad en función de la resiliencia	CP	AMV	EC	PE	CM	SP	SS	RG	
$\rho$		-0,099	-0,013	-0,012	-0,082	-0,077	0,065	-0,126	-0,078
$p$		0,291	0,887	0,896	0,380	0,411	0,491	0,178	0,407
Adaptación a la enfermedad en función del optimismo-pesimismo							Optimismo	Pesimismo	
	$\rho$		$p$				-0,012 0,902	-0,002 0,981	

AMV: aceptación de uno mismo y de la vida; CM: confianza en uno mismo; CP: competencia personal; EC: ecuanimidad; PE: perseverancia; RG: resiliencia global; SP: satisfacción personal; SS: sentirse bien solo.

variables no ha demostrado que sea una garantía de que haya relación entre ellas y la adaptación al CaM de las pacientes.

## Discusión

Los hallazgos de este estudio muestran concordancia con resultados previos en participantes con condiciones de salud similares o iguales.

Se pudo descubrir en estudios previos que las pacientes con CaM que muestran estar adaptadas, conocen su diagnóstico y las implicaciones de este<sup>65</sup> hacen uso de estrategias de afrontamiento que les permiten afrontar las condiciones adversas<sup>66</sup> y aceptar la enfermedad<sup>67</sup> respondiendo de forma resiliente y optimista<sup>68</sup>. Puntuaciones altas en los factores y características resilientes muestran el constructo en la forma de actuar de las pacientes frente al diagnóstico, la enfermedad y los efectos secundarios de sus tratamientos, actitudes que facilitan la protección de los pacientes al momento de generar cambios en su estilo de vida<sup>35</sup>.

La historia de reacciones resilientes frente a situaciones adversas permite la expresión recurrente de capacidades como perseverancia, flexibilidad, empatía, adaptación al cambio y previsión de consecuencias<sup>34</sup>; características que no dejan de ser comunes en pacientes con CaM, sumadas a la autoeficacia, el optimismo y el coraje<sup>36,37</sup>, y en los que se resalta además la capacidad de recuperación que favorece los resultados de tratamientos<sup>40</sup>, y la disminución del desencadenamiento de respuestas emocionales negativas como la ansiedad y la depresión<sup>38</sup>, lo que fortalece la adaptación a la enfermedad<sup>42,43</sup>. Esto convierte a la resiliencia en una variable con un efecto significativo en la salud y la calidad de vida<sup>69</sup>.

El optimismo es otra de las variables que suele aparecer frente a situaciones desfavorables<sup>70</sup>. Para el caso de las participantes del estudio, el optimismo mostró puntuaciones altas en contraposición al pesimismo, en concordancia con estudios que hallaron una disminución en la fatiga y el malestar emocional en pacientes optimistas<sup>53,71</sup>.

El optimismo disposicional permite fijar la atención de los pacientes con CaM en la solución de los problemas<sup>47,48</sup>; esto las conduce a acciones relacionadas con la protección y la promoción de la salud<sup>49,50</sup> y contribuye a la adaptación a la enfermedad<sup>52,72</sup>, mejora de la calidad de vida<sup>51,68</sup> y crecimiento postraumático<sup>47</sup>.

Pese a que la resiliencia y el optimismo disposicional son variables que se han mostrado relacionadas con la adaptación a la enfermedad, en este estudio los resultados fueron contradictorios. No se presentan como características que en algún momento podrían llegar a explicar en las pacientes del estudio su adaptación al CaM.

Para esta investigación, la limitación más clara es el tamaño de la muestra, que para ser un estudio clínico tiene un buen número de participantes, pero no lo suficiente para lograr la homogeneidad ni la posibilidad de realizar análisis desde las variables médico-clínicas.

Una recomendación factible, además de aumentar el tamaño de la muestra, es realizar estudios longitudinales en diferentes etapas del tratamiento, con el apoyo de otros centros de investigación en el país.

## Conclusiones

La presencia de características resilientes y optimistas en mujeres diagnosticadas y tratadas de CaM no garantiza la relación entre dichas variables y la adaptación a la enfermedad, lo que implica el análisis de una variedad de otras características psicológicas, como apoyo social, estrategias de afrontamiento, tipo de personalidad, ansiedad, depresión y estrés, entre otras, que podrían estar relacionadas y explicar de alguna forma la adaptación al CaM.

Aun así, se considera importante preservar las características resilientes y optimistas de las pacientes, dado que facilitan los cambios de actitud y estilos de vida frente a la enfermedad y, por lo tanto, mejoran su calidad de vida.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://n9.cl/3y6k0>. Consultado 2 Feb 2021.
2. Moreno Acosta AI, Krikorian A, Palacio C. Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos

- y su relación con la competencia percibida. *Av Psicol Latinoam.* 2015;33:517-29.
3. Becerra A, Reynoso L, García F, Ramírez A. Intervención cognitivo-conductual para el control de ansiedad ante la biopsia insional en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología.* 2016;13:85-99.
  4. Kim B, Cho O, Yoo Y. The effects of Dying Well Education Program on Korean women with breast cancer. *Applied Nurs Res.* 2016;30:61-6.
  5. Conley C, Bishop B, Andersen B. Emotions and emotion regulation in breast cancer survivorship. *Healthcare.* 2016;4:56-78.
  6. Duprez C, Vanlemmens L, Untas A, Antoine P, Lesur A, Loustalot C, et al. Emotional distress and subjective impact of the disease in young women with breast cancer and their spouses. *Future Oncology.* 2017;13:2667-80.
  7. Martínez O, Andreu Y, Martínez P, Galdón MJ. Emotional distress and unmet supportive care needs in survivors of breast cancer beyond the end of primary treatment. *Support Care Cancer.* 2018;1-9.
  8. Williams F, Jeanetta S. Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis, treatment and beyond: qualitative study. *Health Expectations.* 2016;19:631-42.
  9. Borstelmann N, Rosenberg S, Ruddy K, Tamimi RM, Gelber S, Schapira L, et al. Partner support and anxiety in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology.* 2015;24:1679-85.
  10. Lostaunau V, Torrejón C, Cassaretto M. Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología.* 2017;31:75-90.
  11. Instituto Nacional de Cancerología ESE e Instituto Geográfico Agustín Codazzi. *Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia.* 2.ª ed. Bogotá: Instituto Nacional De Cancerología; 2017. Disponible en [https://www.cancer.gov.co/ATLAS.de.Mortalidad\\_por\\_cancer\\_en\\_Colombia.pdf](https://www.cancer.gov.co/ATLAS.de.Mortalidad_por_cancer_en_Colombia.pdf). Consultado 10 Sep 2020.
  12. Sánchez G, Niño C, Estupiñan A. Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia. *Rev Fac Nal Salud Pública.* 2016;34:297-305.
  13. Drageset S, Lindstrøm T, Giske K, Under T. Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *J Adv Nurs.* 2011;67:1941-51.
  14. Groarke A, Curti R, Groarke J, Hogan M. Post-traumatic growth in breast cancer: how and when do distress and stress contribute? *Psycho-Oncology.* 2016;26:967-74.
  15. Campbell-Enns H, Woodgate R. The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review protocol. *JBIC Database System Rev Implement Rep.* 2015;13:112-21.
  16. Lebel S, Beattie S, Arès I, Bielajew C. Young and worried: Age and fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychol.* 2013;32:695-705.
  17. Fuentes S, Blasco T. Factores predictores de la adaptación a la enfermedad en pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama que acuden a un servicio de psicooncología. *An Psicol.* 2012;28:736-42.
  18. Bellver A, Sánchez-Cánovas J, Santaballa A, Munárriz B, Pérez-Fidalgo J, Montalar J. Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo de un programa de intervención en el ámbito hospitalario. *Psicooncología.* 2009;6:139-54.
  19. Vázquez C, Castilla C. Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología.* 2007;4:385-404.
  20. Linley P, Joseph S, Word A. Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *J Positive Psychol.* 2006;1:3-16.
  21. Báñez M. Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama [Tesis doctoral]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2002. Disponible en: [www.tdx.cat/bitstream/10803/4740/2/mbv2de4.pdf](http://www.tdx.cat/bitstream/10803/4740/2/mbv2de4.pdf).
  22. Tafoya SA. Factores asociados a la adaptación psicosocial de pacientes con enfermedad pulmonar crónica. *Revista Instituto Nacional De Enfermería Montesinos México.* 2008;21:15-21.
  23. Folkman S. Overview an introduction. In: Folkman S, (edr.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping.* New York: Oxford Library of Psychology; 2011. p. 3-14.
  24. Montesinos F. Significados del cáncer y aceptación psicológica. *Aprendiendo a convivir con el miedo.* Saarbrücken: Editorial Académica Española; 2011.
  25. Robert V, Álvarez C, Valdívies F. Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2013;24:677-84.
  26. Selye H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *J Allergy Clin Immunol.* 1946;17:231-47.
  27. Solís A. Psicología oncológica. En: Medina E, Martínez R, editores. *Fundamentos de oncología.* México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. p. 122-8.
  28. Cohler B. Adversity, resilience, and the study of lives. En: Anthony E, Cohler B, editores. *The invulnerable child.* New York: Guilford; 1987. p. 363-424.
  29. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. En: Rolf J, Masten A, Cicchetti D, Nuechte K, editores. *Risk and protective factors in the development of psychopathology.* New York: Cambridge University Press; 1990. p. 181-214.
  30. Spencer M, Cole S, DuPree D, Glymph A, Pierre P. Self-efficacy among urban African American early adolescents: Exploring issues of risk, vulnerability, and resilience. *Develop Psychopathol.* 1993;5:719-39.
  31. Kaplan H. Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. En: Glantz M, Johnson J, editores. *Resilience and Development: Positive life adaptations.* New York: Kluwer Academic Publishers; 2002. p. 17-84.
  32. Masten A. Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. En: Wang M, Gordon E, editores. *Educational resilience in innercity America.* Hillsdale: Erlbaum; 1994. p. 3-25.
  33. Leshner A. Introducción. En: Glantz MD, Johnson JL, editores. *Resilience and Development: Positive life adaptations.* New York: Kluwer Academic Publishers; 2002. p. 1-4.
  34. Piña JA. Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *An Psicol.* 2015;31:751-8.
  35. Cortés JE. Resiliencia: Una mirada desde la enfermería. *Ciencia y Enfermería.* 2010;16:27-32.
  36. Yang J, Kim O. The structural equation model on resilience of breast cancer patients receiving chemotherapy. *J Korea Acad Nurs.* 2016;46:327-37.
  37. Ye Z, Peng C, Zhang H, Liang M, Zhao J, Sun Z, et al. A biopsychosocial model of resilience for breast cancer: A preliminary study in mainland China. *Eur J Oncol Nurs.* 2018;36:95-102.
  38. Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. *Front Psychiatry.* 2019;10:2-35.
  39. Ristevska-Dimitrovska G, Stefanovski P, Smichkoska S, Raleva M, Dejanova B. Depression and resilience in breast cancer patients. *J Med Sci.* 2015;3:661-5.
  40. Fradelos E, Papatthanasiou I, Veneti A, Daglas A, Christodoulou E, Zyga S, et al. Psychological distress and resilience in women diagnosed with breast cancer in Greece. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.* 2017;18:2545-50.
  41. Dooley L, Slavich G, Moreno P, Bower J. Strength through adversity: Moderate lifetime stress exposure is associated with psychological resilience in breast cancer survivors. *Stress Health.* 2017;33:549-57.

42. Liu Y, Li Y, Chen L, Li Y, Qi W, Yu L. Relationships between family resilience and posttraumatic growth in breast cancer survivors and caregiver burden. *Psycho-Oncology*. 2018;27:1284-90.
43. Tu P, Yeh D, Hsieh H. Positive psychological changes after breast cancer diagnosis and treatment: The role of trait resilience and coping styles. *J Psychosoc Oncol*. 2019;1-15.
44. Scheier M, Carver C. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*. 1985;4:219-47.
45. Scheier ME, Carver CS. Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *J Personality*. 1987;55:169-210.
46. Brydon L, Walker C, Wawrzyniak A, Chart H, Steptoe A. Dispositional optimism and stress-induced changes in immunity and negative mood. *Brain Behav Immunity*. 2009;23:810-6.
47. Bellur Z, Aydin A, Alpay E. Mediating role of coping styles in personal, environmental and event related factors and posttraumatic growth relationships in women with breast cancer. *Turkish Journal Clinical Psychiatry*. 2018;21:38-51.
48. Nes L, Segerstrom S. Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. *Personal Soc Psychol Rev*. 2006;10:235-51.
49. Carver C, Scheier M, Segerstrom S. Optimism. *Clin Psychol Rev*. 2010;30:879-89.
50. Segerstrom S, Taylor S, Kemeny M, Fahey J. Optimism is associated with mood, coping and immune change in response to stress. *J Personal Soc Psychol*. 1998;74:1646-55.
51. Moscoso M. El estudio científico del estrés crónico en neurociencias y psicooncología. *Persona*. 2014;17:53-70.
52. Kolokotroni P, Anagnostopoulos F, Hantzi A. The role of optimism, social constraints, coping, and cognitive processing in psychosocial adjustment among breast cancer survivors. *J Clin Psychol*. 2018;25:452-62.
53. Leung J, Atherton I, Kyle R, Hubbard G, McLaughlin D. Psychological distress, optimism and general health in breast cancer survivors: a data linkage study using the Scottish Health Survey. *Support Care in Cancer*. 2015;24:1755-61.
54. Creswell J. Educational research: planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research. En: 4.ª ed. Boston: Pearson; 2012.
55. Font A. Cáncer y calidad de vida. *An Psicol*. 1994;41-50.
56. Blasco T, Bayés R. Adaptation to illness in cancer patients: A preliminary report. *Eur J Psychol Assess*. 1992;8:207-11.
57. Blasco T, Inglés N. Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. *An Psicol*. 1997;72:81-90.
58. Wagnild G, Young H. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Measur*. 1993;1:165-78.
59. Crombie P, López M, Mesa M, Samper L. Adaptación de la escala de resiliencia de Wagnild y Young. Bogotá: Universidad de los Andes; 2015.
60. Scheier M, Carver C, Bridges M. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *J Personal Soc Psychol*. 1994;67:1063-78.
61. Valdelamar-Jiménez J, Sánchez-Pedraza R. Traducción y adaptación transcultural de la escala Life Orientation Test-Revised para medir optimismo disposicional en cuidadores de pacientes con cáncer en Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 2017;35:216-24.
62. IBM. IBM SPSS Statistics for Windows, version 25.0. Armonk: IBM Corp; 2017.
63. Rani Das K, Rahmatullah Imon AH. A brief review of tests for normality. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*. 2016;5:5-12.
64. Manzino JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Análisis de la 5.ª reforma, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en octubre del año 2000, en Edimburgo\*, respecto del texto aprobado en Somerset West (Sudáfrica) en octubre de 1996. *Acta Bioethica*. 2000;6:321-34.
65. Font A, Cardoso A. Afrontamiento en cáncer de mama: Pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*. 2009;6:27-42.
66. Pahlevan Sharif S, Ahadzadeh A, Perdamen H. Uncertainty and quality of life of Malaysian women with breast cancer: Mediating role of coping styles and mood states. *Applied Nursing Research*. 2017;38:88-94.
67. Czerw A, Religioni U, Deptala A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer*. 2016;23:654-61.
68. Zhan T, Li H, Liu A, Wang H, Mei Y, Dou W. Factors promoting resilience among breast cancer patients: a qualitative study. *Contemporary Nurse*. 2018;54:293-303.
69. Ristevska-Dimitrovska G, Filov I, Rajchanovska D, Stefanovski P, Dejanova B. Resilience and quality of life in breast cancer patients. *J Med Sci*. 2015;3:727-31.
70. Bahrami M, Mohamadirizi S, Mohamadirizi S. Hardiness and optimism in women with breast cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery*. 2018;23:105-10.
71. Schou-Breda I, Tøien K. Is dispositional optimism associated with fatigue in breast cancer survivor? *Psychology*. 2017;8:1762-73.
72. Popa-Velea O, Diaconescu L, Jidveian Popescu M, Trușescu C. Resilience and active coping style: Effects on the self-reported quality of life in cancer patients. *Int J Psychiatr Med*. 2017;52:124-36.