

BIENESTAR PSICOLÓGICO, OPTIMISMO Y RESILIENCIA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

PSYCHOLOGICAL WELL-BEING, OPTIMISM AND RESILIENCE IN WOMEN WITH BREAST CANCER

Rocío Guil, Antonio Zayas, Paloma Gil-Olarte, Cristina Guerrero, Silvia González y José Miguel Mestre

Universidad de Cádiz

Resumen

Objetivo: Evaluar la relación existente entre Bienestar Psicológico Percibido, Optimismo y Resiliencia en mujeres supervivientes de cáncer de mama.

Método: La muestra la conformaron 30 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que se encontraban en fase de tratamiento adyuvante en las Unidades de Oncología del Hospital General de Jerez de la Frontera y del Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz). La media de edad fue de 47,47 años (DT = 6,356) y la media de meses desde el diagnóstico de la enfermedad fue 9,93 (DT= 8,541). Se administraron la Escala de Bienestar Psicológico Percibido de Ryff (1989), el Life Orientation Test Revised (LOT-R) de Scheier, Carver y Bridges (1994) y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) para evaluar el Bienestar Psicológico, el Optimismo disposicional y la Resiliencia respectivamente

Resultados: Los análisis descriptivos muestran que las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama presentan niveles de Bienestar Psicológico, Optimismo disposicional y Resiliencia superiores a los valores medios aportados por las escalas. Por otro lado, los análisis de regresión revelaron que sólo algunas de las dimensiones de Resiliencia permitían explicar y predecir algunas dimensiones de Bienestar psicológico, no así el Optimismo disposicional.

Conclusiones: Los resultados parecen confirmar la idea de que si se trabaja la capacidad

Abstract

Objective: To evaluate the relationship between Perceived Psychological well-being, Optimism and Resilience in women survivors of breast cancer.

Method: The sample was composed of 30 women diagnosed with breast cancer who were undergoing adjuvant treatment in Oncology Units General Hospital of Jerez de la Frontera and the University Hospital Puerta del Mar (Cadiz). The average age was 47.47 years (SD = 6,356) and the average of months from diagnosis of the disease was 9.93 (SD = 8,541). Scale of Psychological Well-being administered Perceived Ryff (1989), the Life Orientation Test Revised (LOT-R) Scheier, Carver and Bridges (1994) and the Scale of Resilience Wagnild and Young (1993) to assess psychological well-being the dispositional optimism and resilience respectively

Results: Descriptive analyzes show that women diagnosed with breast cancer have levels of psychological well-being, dispositional optimism and higher than the average values provided by Resilience scales. On the other hand, regression analyses revealed that only some of the dimensions of resilience allowed to explain and predict some dimensions of psychological wellbeing, not dispositional optimism.

Conclusions: The results seem to confirm the idea that if the capacity of women with

Correspondencia:

Rocío Guil

Departamento de Psicología.

Facultad de Ciencias de la Educación.

Av. República Saharaui, s/n. 11519 Puerto Real, Cádiz.

E-mail: rocio.guil@uca.es

de las mujeres con cáncer de mama de moderar el afecto negativo generado por el propio diagnóstico y las consecuencias derivadas de su tratamiento, así como su capacidad de adaptación a la nueva situación, podremos contribuir al incremento de su Bienestar Psicológico.

Palabras clave: Cáncer de mama, optimismo, resiliencia, bienestar.

breast moderate negative affect generated by the diagnosis itself and the consequences of their cancer treatment works and to promote their adaptation to the new situation we can contribute to increasing psychological well-being.

Keywords: Breast cancer, optimism, resilience, well-being.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye un importante problema de salud pública. Es la enfermedad crónica que más número de muertes causa en el siglo XXI. Su padecimiento afecta al ser humano en múltiples aspectos de la vida como en el trabajo, las relaciones interpersonales, la imagen o los hábitos diarios, ejerciendo una influencia importante en su bienestar tanto físico como psicológico. Esta enfermedad es causante de grandes desajustes psicológicos y emocionales debido a su naturaleza crónica, la incertidumbre que trae consigo respecto al pronóstico de la misma (el esperar resultados de pruebas médicas, tales como biopsias o las revisiones de seguimiento de un enfermo de cáncer desde la unidad de oncología), los efectos secundarios que producen los tratamientos utilizados para su control y remisión, el significado o representaciones sociales de la propia palabra cáncer, etc.⁽¹⁾

El abordaje psicológico en mujeres que padecen cáncer de mama, a pesar de estar siendo estudiado desde la Psicología de la Salud, es un tema que precisa aún de un largo camino por recorrer. Es preciso avanzar en el conocimiento de su relación con todos los ámbitos de la salud, incluido el bienestar de quien lo padece.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽²⁾, desde una concepción

holística e integradora, define la salud como "un estado de bienestar físico, psicológico y social". En la actualidad, la salud se concibe como el mayor grado posible de bienestar, tanto físico, como psicológico y social, y de capacidad funcional que permitan los factores sociales que rodean el contexto del individuo y la colectividad, de ahí la necesidad de una intervención psicosocial a la hora de tratar enfermedades y trastornos en el ámbito clínico (Rodríguez, 1995)⁽³⁾.

En las últimas décadas han proliferado numerosas investigaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida en el enfermo crónico. En relación a las mujeres con cáncer de mama, consideramos que el bienestar psicológico, como dimensión subjetiva de la calidad de vida, debe ser atendido y promovido como parte integrante de las acciones de salud.

El interés por comprender y explicar cómo las personas hacen frente a las experiencias traumáticas siempre ha existido⁽⁴⁾. Sin embargo, más allá de los modelos patogénicos de salud, existen otras formas de entender y conceptualizar el trauma. La mayor parte de los expertos centran su atención en atender las debilidades del ser humano. Es habitual concebir a un individuo que ha sufrido una experiencia traumática como una víctima que potencialmente desarrollará un trastorno psicopatológico. Por el contrario, desde los mo-

delos más optimistas y salutogénicos, se entiende que la persona es activa y fuerte, dotada de la capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades. Esta concepción, enmarcada dentro de la Psicología Positiva, busca comprender los procesos, mecanismos y recursos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser⁽⁴⁾.

En esta línea, surge el concepto de resiliencia que, como señala Cerezo (2014)⁽⁵⁾, en las investigaciones sobre cáncer se ha venido llamando crecimiento postraumático, dado que las emociones y cogniciones positivas pueden ser resultado también de la vivencia de situaciones traumáticas. La resiliencia o crecimiento postraumático se podría definir como la capacidad de las personas de generar respuestas de crecimiento y maduración personal, sin negar la experiencia de la adversidad experimentada, dándole un significado o sentido a la misma^(6,7). El evento traumático da lugar a una crisis existencial que desemboca en un proceso de rumiación constructiva, asociado a la búsqueda de significado en medio de una gran incertidumbre y percepción de vulnerabilidad⁽⁵⁾. Se trata de un proceso reparador, una reestructuración cognitiva que puede servir de ayuda para encontrar una explicación a lo ocurrido⁽⁸⁾. El concepto de crecimiento postraumático incluye respuestas como el aumento de la autoestima, mayor apreciación de la vida y su significado, aumento de la espiritualidad, más sentimientos de calma o paz y de sentido⁽⁹⁾.

La mayoría de estudios científicos psicooncológicos llevados a cabo en mujeres con cáncer de mama concluyen que el ajuste psicológico es mucho más adecuado cuando las mujeres encuentran sentido a la experiencia^(10,11), tras los tratamientos tienen menos secuelas emocionales negativas⁽¹²⁻¹⁵⁾, se cuidan más durante el tratamiento, y una vez acabado, llevan una vida más saludable, con un mayor compromiso con su salud⁽⁷⁾. A la vista de estos

resultados, podría decirse que las mujeres que muestran mayores niveles de resiliencia o mayor crecimiento postraumático aprovechan los aspectos positivos que pueden extraer de la enfermedad. García-Serrablo, Acevedo y Ortiz⁽¹⁶⁾ señalan que las mujeres con cáncer de mama han llegado a percibir su enfermedad de forma diferente, y que han llegado a encontrar beneficios después de haber sido diagnosticadas y haber afrontado el tratamiento de la misma.

Los términos “pensamiento positivo”, felicidad u optimismo forman parte de la “psicología popular”, sin embargo, recientemente ha comenzado a ser objeto de estudio científico por parte la Psicología y otras disciplinas afines⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Concretamente, el optimismo ha sido objeto de diversas definiciones. Una de las más destacadas es la de Scheier et al.⁽¹⁹⁾ quienes, proponiéndolo como un constructo unidimensional polar, definen optimismo y pesimismo como las expectativas generalizadas, que pueden ser favorables o desfavorables, acerca de las cosas que le suceden a uno en la vida. Esta definición implica que, tanto el optimismo como el pesimismo, son rasgos relativamente estables, consistentes a través del tiempo y las situaciones. Por tal motivo, Scheier y Carver⁽²⁰⁾ hacen referencia al optimismo disposicional para referirse a una creencia o expectativa generalizada, que se mantiene estable en el tiempo, de que ocurrirán sucesos positivos⁽²¹⁾. Son diversos los estudios que han corroborado la relevancia y utilidad del constructo optimismo, ya que permite predecir variables y estados de considerable importancia en Psicología Clínica^(17,22). Asimismo, el optimismo disposicional ha mostrado ser beneficioso para el bienestar físico y psicológico⁽¹⁹⁾. Se ha asociado a una mejor respuesta inmunocompetente, alarga la vida y mejora el estado de salud⁽²³⁾. En líneas generales, parece ser que aquellas personas más op-

timistas gozan de mejor salud, se quejan menos de los síntomas físicos y acuden menos al médico^(24,25).

En general, el perfil del optimista está relacionado con una menor vulnerabilidad a la experiencia de problemas de salud⁽²⁶⁾. Otra característica de las personas optimistas es que atribuyen las causas de los eventos negativos que les sucede a factores externos, inestables en el tiempo y relacionados con un ámbito concreto⁽²⁷⁾. Teniendo en consideración todo ello, se podría esperar que aquellas pacientes que afronten con pensamientos positivos el diagnóstico de cáncer de mama, puedan atribuir lo que les está sucediendo a causas externas a ellas, inestables en el tiempo, y controlable en gran medida por los tratamientos a los que serán sometidas. Estas atribuciones les permitirá alejar sentimientos de culpa por estar enfermas, así como el miedo a la no superación de la propia enfermedad, y/o experimentar una reaparición de la misma⁽²⁸⁾.

Con el objetivo último de poder diseñar intervenciones terapéuticas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las mujeres supervivientes de cáncer de mama, en el presente estudio piloto nos planteamos como objetivo específico evaluar la relación existente entre los niveles de resiliencia y optimismo disposicional, respecto al bienestar psicológico percibido. Ello nos aportará las claves sobre qué aspectos concretos de la resiliencia y del optimismo disposicional sería necesario mejorar para conseguir incrementar la calidad de vida percibida de estas pacientes.

MÉTODO

Participantes

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados, para este estudio piloto se ha seleccionado un grupo de 30 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y que

se encontraban en tratamiento adyuvante, con una media de edad de 47,47 años (DT=6,356) y 9,93 meses desde el diagnóstico de la enfermedad (DT= 8,541). Respecto a la evolución del cáncer en el momento del diagnóstico, el 80% presentaba enfermedad localmente avanzada, es decir, la afectación abarcaba los tejidos contiguos a la zona donde se encontraba el tumor (como máximo afectación ganglios linfáticos axila), el 16,6% localizada (enfermedad *in situ*) y el 3,3% avanzada (el cáncer presentaba metástasis a distancia). El 56,7% habían sido intervenidas quirúrgicamente (mastectomía) y el 60% de las mujeres estaban recibiendo quimioterapia (QT) en el momento de la evaluación. Un 6,7% estaban en tratamiento con radioterapia, un 26,7% recibían tratamiento hormonal con Tamoxifeno, y un 6,7% del total había recibido un tratamiento combinado de alguno de los anteriores. Finalmente, comentar que sólo han requerido tratamiento psiquiátrico debido al diagnóstico de cáncer un 6,7% (n=2). Concretamente hacían uso de ansiolíticos por problemas para conciliar el sueño.

Variables e instrumentos

Con el fin de obtener, de una forma sistemática, la información necesaria, se elaboró una entrevista *ad hoc* en la que se recogía tanto datos sociodemográficos (edad, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, etc.), como datos de salud en general (padecimiento de alguna enfermedad relevante, dolor, toma de medicamentos y antecedentes de salud mental, fecha del diagnóstico, estadio de la enfermedad...)

Para evaluar la *Resiliencia* se utilizó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young⁽²⁹⁾. En este caso se ha utilizado la adaptación realizada por Novella⁽³⁰⁾. Ella permite describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortu-

nios de la vida, así como obtener indicadores de su capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas, cuando todo parece actuar en contra. La prueba está compuesta por 25 ítems que puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo y 7 un máximo de acuerdo. Los participantes han de indicar el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente. Las puntuaciones más elevadas serán indicadores de mayor Resiliencia. Se estructura en los siguientes factores:

- *Ecuanimidad*: denota adoptar una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente, y moderar sus actitudes ante la adversidad. Esta dimensión en la muestra estudiada ha mostrado una fiabilidad de α de Cronbach=0,533.
- *Perseverancia*: hace referencia a la persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo de logro y autodisciplina. La fiabilidad mostrada en la presente muestra para este factor es de α de Cronbach=0,874.
- *Confianza en sí mismo*: habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades. Esta dimensión ha mostrado una fiabilidad de α de Cronbach=0,843.
- *Satisfacción personal*: comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta. Esta dimensión no ha podido ser tenida en cuenta en esta investigación dada su baja fiabilidad, siendo de α de Cronbach=0,439.
- *Sentirse bien solo*: hace referencia al significado de libertad y de sentirse únicos y muy importantes. Esta dimensión ha mostrado una fiabilidad de α de Cronbach=0,674.

Esta prueba también ofrece una puntuación de Resiliencia considerada globalmente como una variable, a partir de la suma de la puntuación de todos los ítems. Esta variable como tal ha mostrado un α de Cronbach de 0,919.

Para evaluar el *Optimismo Disposicional*, se utilizó el *Life Orientation Test Revised* (LOT-R) de Scheier et al.⁽¹⁹⁾. Para esta ocasión se ha utilizado la versión española de Otero-López et al.⁽³¹⁾. Mide la predisposición generalizada hacia las expectativas de resultados positivos. Consta de 10 ítems con una escala Likert de 5 puntos, 6 ítems miden la dimensión de Optimismo disposicional, en tanto que los otros 4 ítems son de relleno. Para el presente trabajo, la consistencia interna de la escala ha mostrado en la dimensión de Optimismo disposicional una fiabilidad de α de Cronbach=0,758.

Para evaluar el *Bienestar Psicológico Percibido* fue utilizada la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff⁽³²⁾ en su versión reducida por Van Dierendonck⁽³³⁾, y adaptada al español por Díaz et al.⁽³⁴⁾. El instrumento consta de 39 ítems a los que hay que responder como en una escala Likert de 6 opciones que van desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. Aporta información sobre 6 dimensiones:

- *Autoaceptación*: o capacidad de aceptarse a uno mismo. Para funcionar psicológicamente de forma positiva habría que tener actitudes positivas hacia uno mismo, siendo la persona consciente de las propias limitaciones. En la presente investigación, esta dimensión muestra un α de Cronbach de 0,787.
- *Relaciones positivas*: o capacidad de mantener relaciones positivas con otras personas⁽³⁵⁻³⁶⁾. Este factor destaca el hecho de que las personas necesitan y desean mantener

relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. El aislamiento social, la soledad, y la pérdida de apoyo social están firmemente relacionados con el riesgo de padecer una enfermedad y reducen el tiempo de vida. En la muestra de este estudio la fiabilidad para esta dimensión ha sido de α de Cronbach=0,710.

- *Autonomía*: o capacidad de poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales. Las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal⁽³⁷⁾, así como ser capaces de resistir la presión social y auto-regular su comportamiento⁽³⁸⁾. En esta investigación, esta dimensión ha mostrado una fiabilidad α de Cronbach=0,509.
- *Dominio del entorno*: o capacidad para elegir o crear entornos favorables, así como para satisfacer los deseos y necesidades propias. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea. En la presente investigación no se ha podido tener en cuenta esta dimensión del bienestar psicológico de cara a los análisis estadísticos debido a que la fiabilidad que muestra es de α de Cronbach=0,220.
- *Crecimiento personal*: el funcionamiento positivo óptimo no sólo requiere de las características anteriormente señaladas; necesita también del empeño por desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades⁽³⁹⁾. Esta dimensión tampoco se ha podido tener en cuenta en el presente trabajo dada

la baja fiabilidad mostrada, siendo el α de Cronbach de 0,360.

- *Propósito en la vida*: o capacidad de marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido. En la muestra, esta dimensión presenta una fiabilidad de α de Cronbach=0,822.

Procedimiento

Selección de la muestra

En este estudio piloto participaron un total de 30 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que estaban siendo atendidas por tal motivo en la Unidad de Oncología del Hospital General de Jerez de la Frontera y en el Hospital Universitario Puerta del Mar de la ciudad de Cádiz.

Los criterios de inclusión utilizados para la selección muestral fueron: ser mujer y haber recibido diagnóstico de cáncer de mama, haber cumplido la mayoría de edad en el momento de la evaluación, estar en proceso de tratamiento o seguimiento activo de la enfermedad y disponer de una capacidad cognitiva que les permitiera comprender de manera adecuada las distintas pruebas que conformaron la batería de estudio.

Como criterio de exclusión se atendió a: estar recibiendo tratamiento psiquiátrico o psicológico motivado por la presencia de un trastorno mental grave, estar ante los efectos de psicofármacos, presentar alguna patología grave o incapacitante y estar diagnosticada de otras patologías graves concomitantes al proceso oncológico.

La obtención de datos se realizó en una única sesión, y se procedió de dos maneras. Una de ellas era a través del personal de enfermería quien, mientras atendía a las pacientes en la sala de tratamiento, les mostraba el Consentimiento informado para su aprobación y firma. Una vez el

evaluador disponía de los datos de la paciente, se contactaba con ella, vía telefónica, y se concertaba una cita en las instalaciones cedidas por el Hospital. Otra forma de acceder a las pacientes era personándose el evaluador en la sala de tratamientos del Hospital de Día de ambos centros, y seleccionando directamente a las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que se encontraban presentes en ese momento.

La duración de las entrevistas fue aproximadamente de una hora. Las pruebas fueron autoadministradas, estando el evaluador junto a la evaluada para la aclaración de cualquier duda que pudiera surgirle.

Una vez obtenidos en el plazo de nueve meses todo el material de la muestra, se procedió a introducir la información en una base de datos del programa informático SPSS versión 22.0.

RESULTADOS

En la figura 1 se muestran los valores medios obtenidos por las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, en las dimensiones de la variable Resiliencia que mostraron una fiabilidad, aplicando el α de Cronbach, mayor o igual a 0,5. Concretamente, se muestran los valores medios obtenidos en las dimensiones Ecuanimidad, Perseverancia, Confianza en sí mismo, Sentirse bien solo y Resiliencia Global.

Como se puede observar, las mujeres mostraron niveles de Resiliencia superiores a los valores medios aportados por la escala en todas las dimensiones evaluadas y en la medida general de Resiliencia. Concretamente, los valores más elevados fueron los obtenidos en la Confianza en sí mismas, seguidas de la Capacidad de sentirse bien solas, la Perseverancia y, finalmente, la Ecuanimidad.

Respecto al Optimismo Disposicional se obtuvo un valor medio de 4,0111 (DT=0,88) que, igualmente supera los valores medios aportados por la escala.

En la figura 2 se muestran los valores medios obtenidos en los niveles de Bienestar psicológico percibido que mostraron una fiabilidad, aplicando el α de Cronbach, mayor o igual a 0,5.

Como se puede observar nuevamente, se obtuvieron niveles de Bienestar psicológico superiores a los valores medios aportados por la escala en todas las dimensiones evaluadas. Concretamente, los niveles más elevados se dieron en las dimensiones Relaciones positivas, Propósito en la vida, Autoaceptación y, finalmente, Autonomía.

Para cubrir nuestro objetivo específico y evaluar la relación existente entre los niveles de Resiliencia y el Optimismo disposicional con las diferentes dimensiones del Bienestar percibido, realizamos los análisis de correlación bivariadas que aparecen en la tabla 1.

Figura 1. **Valores medios obtenidos en las subescalas de la variable Resiliencia y en la medida general de la misma**

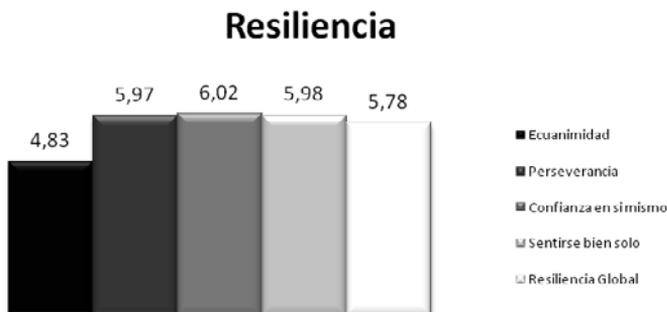


Figura 2. Valores medios obtenidos en las dimensiones del bienestar psicológico

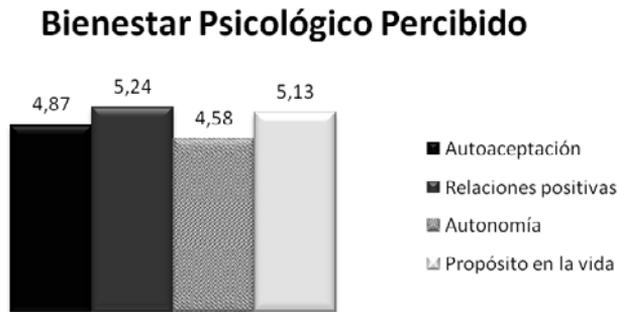


Tabla 1. Correlaciones bivariadas entre las distintas dimensiones de bienestar psicológico respecto a las de resiliencia y optimismo disposicional

Variable	Media	DT	Autoaceptación	Relaciones Positivas	Autonomía	Propósito en la vida
Ecuanimidad	4,83	1,256	,617**	,260	,305	,477*
Perseverancia	5,97	1,095	,601**	,176	,423*	,680**
Confianza	6,02	,981	,716**	,368*	,318	,822**
Sentirse bien solo	5,98	1,159	,284	,075	,473**	,403*
Resiliencia T.	5,78	,894	,705**	,288	,473**	,749**
Optimismo Dispo.	4,01	,886	,589**	,350	,305	,609**

p 0,05

Como se puede observar, tanto la Resiliencia total como cuatro de sus dimensiones presentan correlaciones positivas estadísticamente significativas con alguna de las dimensiones evaluadas de Bienestar psicológico. Por su parte, el Optimismo disposicional presenta correlaciones positivas estadísticamente significativas con las dimensiones Auto-aceptación y Propósito en la vida.

Para evaluar la posible capacidad explicativa y predictiva que sobre las dimensiones de Bienestar psicológico tienen las variables con las que presentan correlaciones estadísticamente significativas, realizamos distintos análisis de regresión por pasos cuyos resultados principales se muestran en la tabla 2 (se muestra el modelo más ampliado).

Como puede comprobarse, la *Autoaceptación*, como dimensión de Bienestar psicológico, es explicada en un 51,2% por las dimensiones de Resiliencia: *Confianza* y *Ecuanimidad*, mostrando un β positivo de 0,543 y 0,247 respectivamente. Esto indicaría que si incrementamos la Confianza y la Ecuanimidad de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, incrementaríamos su capacidad de aceptarse y mostrar actitudes positivas hacia uno mismo para funcionar psicológicamente de forma adecuada, siendo consciente de las propias limitaciones.

Es la *Confianza* nuevamente la que explica por ella misma un 13,5% de las dimensiones de Bienestar psicológico *Relaciones positivas* ($\beta=0,368$), y un 67,6% de *Propósito en la vida* ($\beta=0,822$). Ello

Tabla 2. **Resumen de los análisis de regresión efectuados**

Variable /variable predictor	%R ²	F	β
Autoaceptación	51,2 %	(2,27) 20,490 (sig ,000)	
• Confianza			,543 (sig ,001)
• Ecuanimidad			,247 (sig ,020)
Relaciones Positivas	13,5 %	(1,28) 4,383 (sig ,045)	
• Confianza			,368 (sig ,045)
Autonomía	22,4%	(1,28) 8,071 (sig ,008)	
• Resiliencia Total			,473 (sig ,008)
Propósito en la vida	67,6%	(1,28) 58,504 (sig ,000)	
• Confianza			,822 (sig ,000)

sería indicativo de que su incremento repercutiría igualmente en un incremento de la capacidad de mantener Relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar y que le aporten apoyo social (Relaciones positivas) y su capacidad de marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido (Propósito en la vida).

Finalmente, la *Resiliencia* explicaría un 22.4% de la dimensión de Bienestar psicológico *Autonomía* ($\beta=0,473$). Ello sería indicativo de que su incremento podría conllevar el incremento de la percepción de autonomía en estas mujeres.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos muestran cómo las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama presentan niveles de Resiliencia, Optimismo disposicional y Bienestar psicológico superiores a los valores medios aportados por las escalas utilizadas para evaluarlas. Ello confirmaría las teorías que sostienen que las emociones y cogniciones positivas pueden ser resultado también de la vivencia de situaciones traumáticas, y que las personas tienen la capacidad de generar respuestas de crecimiento y maduración personal, sin negar la experiencia

de la adversidad experimentada y dándole un significado o sentido a la misma⁽⁶⁻⁸⁾. Los resultados de las correlaciones efectuadas confirmarían a su vez estas teorías.

Respecto a los resultados de las regresiones realizadas para evaluar la capacidad explicativa y predictiva que sobre las dimensiones de Bienestar psicológico han mostrado tener las variables con las que presentaron correlaciones estadísticamente significativas, sólo algunas de las dimensiones de Resiliencia permitían explicar y predecir algunas dimensiones de Bienestar psicológico, no así el Optimismo disposicional que fue excluida de los análisis.

Concretamente, las dimensiones de Resiliencia, Confianza, Ecuanimidad y la medida de Resiliencia total explicaban las cuatro dimensiones de Bienestar psicológico evaluadas. Así, la Confianza y la Ecuanimidad (β positivo de 0,543 y 0,247 respectivamente) explicaban el 51,2% de la Autoaceptación, lo que sería indicativo de que si incrementamos éstas en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, incrementaríamos su capacidad de aceptarse y mostrar actitudes positivas hacia sí mismas para funcionar psicológicamente de forma adecuada, aún siendo conscientes de las propias limitaciones.

Por su parte, como vimos, la *Confianza* explica por ella misma un 13,5% de las dimensiones de Bienestar psicológico *Relaciones positivas* ($\beta=0,368$), y un 67,6% de *Propósito en la vida* ($\beta=0,822$). Ello sería indicativo de que su incremento repercutiría igualmente en un incremento de la capacidad de mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar y que le aporten apoyo social (Relaciones positivas) y su capacidad de marcarse metas y definir objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido (Propósito en la vida).

Finalmente, la *Resiliencia* explicaría un 22,4% de la dimensión de Bienestar psicológico *Autonomía* ($\beta=0,473$). Ello sería indicativo de que su desarrollo conllevaría el incremento de la percepción de autonomía en estas mujeres.

Es de destacar la relevancia de la confianza o habilidad para creer en sí mismo y en las propias capacidades, ya que su desarrollo predice el incremento de la capacidad de las pacientes de cáncer de mama de aceptarse y mostrar actitudes positivas hacia sí mismas y funcionar psicológicamente de forma más adecuada. Asimismo, son conscientes de las propias limitaciones (Autoaceptación), de su capacidad de mantener relaciones sociales estables y disponer de una red amplia de relaciones íntimas, en los que pueda confiar y que le aporten apoyo social (Relaciones positivas), así como de marcarse metas y definir objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido (Propósito en la vida). Todos ellos aspectos muy relevantes para experimentar bienestar psicológico y, por ende, mejorar su calidad de vida.

Estos resultados están en la línea de aquellos estudios que encuentran que las mujeres que muestran mayores niveles de Resiliencia o mayor crecimiento postraumático aprovechan los aspectos positivos que pueden extraer de la enfermedad. Al igual que el trabajo de García-Serrablo et

al.⁽¹⁶⁾, pareciera que las mujeres con cáncer de mama han llegado a percibir su enfermedad de forma diferente, y han llegado a encontrar beneficios, después del diagnóstico y del afrontamiento del tratamiento adyuvante.

Los resultados de este estudio piloto parecen confirmar la idea de que si se trabaja la capacidad de las mujeres con cáncer de mama de moderar el afecto negativo generado por el propio diagnóstico y las consecuencias derivadas de su tratamiento, así como su capacidad de adaptación a su nueva situación, podremos incrementar su Bienestar psicológico. Más específicamente, el desarrollo de la capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas y bien hechas, cuando todo parece actuar en contra (Resiliencia), de creer en sí misma y en sus capacidades (Confianza) y de balancear la propia vida y experiencias, así como tomar las cosas tranquilamente, y moderando sus actitudes ante la adversidad (Ecuanimidad), conllevaría un incremento del Bienestar percibido. Concretamente, favorecería su capacidad de aceptarse y mostrar actitudes positivas hacia sí mismas, de funcionar psicológicamente de forma adecuada, aún siendo conscientes de las propias limitaciones (Autoaceptación), de mantener relaciones sociales estables y poder contar con redes de apoyo social (Relaciones positivas), de marcarse metas y objetivos que les aporten sentido a sus vidas (Propósito en la vida) y, finalmente, de poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, resistir en mayor medida ante la presión social y autorregular mejor su comportamiento (Autonomía).

REFERENCIAS

1. Alonso Fernández C, Bastos Flores A. Intervención psicológica en pacientes con cáncer. *Clin Contemp* 2011;2:187-207. Doi: 10.5093/cc2011v2n2a6.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). World Health Organization Constitution. En Basic Documents. Ginebra. Suiza, 1948
3. Rodríguez Marín J. Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis, 1995.
4. Vera B, Carbelo B, Vecina ML. La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles Psicol* 2006;27:40-9.
5. Cerezo MV. Variables psicológicas positivas en pacientes con cáncer. *Inf Psicol* 2013;16:17-27.
6. Costa G, Gil FL. Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico de cáncer. *Psicooncología* 2008;5:27-37.
7. Vázquez C, Castilla C. Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología* 2007;4:385-404
8. Calhoun LG, Tedeschi RG. The foundations of Posttraumatic Growth: an expanded framework. En: Calhoun LG, Tedeschi RG, editors. *Handbook of Posttraumatic Growth*. Mahwah, New York: Lawrence Erlbaum Associate Publishers, 2006; p. 3-23.
9. Acinas MP. Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatria* 2014;21: 65-71. Doi: 10.1016/j.psiq.2014.05.003
10. Bellizzi, KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer Survivors. *Health Psychol* 2006;25:47-56. Doi: 10.1037/0278- 6133.25.1.47.
11. Scrignaro M, Barni S, Magrin ME. The combined contribution of social support and coping strategies in predicting posttraumatic growth: A longitudinal study on cancer patients. *Psychooncology* 2010;20: 823-31. Doi: 10.1002/pon.1782.
12. Aspinwall LG, McNamara A. Taking positive changes seriously: Toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. *Cancer* 2005;104:2549-56. Doi: 10.1002/cncr.21244
13. Aydin E. Trauma and resilience in women diagnosed with breast cancer: A transactional analysis perspective. *Transactional Anal J* 2008;38:323-34.
14. Bozo O, Toksabay N, Kürüm O. Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. *J Psychol* 2009;143:193-205. Doi: 10.3200/JRLP.143.2.193-206
15. Salsman JM, Sergerstrom SC, Brechting EH, Carlson CR, y Andrykowski MA. Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psychooncology* 2009;18:30-41. Doi: 10.1002/pon.1367
16. García-Serrablo P, Acevedo S y Ortiz N. Benefit finding in breast cancer patients: The perspective of Puerto Rican women. 118th APA Convention 2011; Washington: DC.
17. Fernando P, Chico E y Tous J. Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema* 2002;14:673-80.
18. Vera-Villarroel P, Valenzuela P, Lillo S, Martín N, Milos I. Felicidad y optimismo: estado actual de la investigación. Manuscrito enviado para publicación, 2008
19. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol* 1994;67:1063-78 Doi:10.1037/0022-3514.67.6.1063
20. Scheier MF, Carver C. Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol* 1985; 4: 219-47. Doi: 10.1037/0278-6133.4.3.219
21. Ji L, Zhang Z, Osborne E, Guan Y. Optimism across cultures: In response to the severe acute respiratory syndrome outbreak. *Asian J Soc Psychol* 2004;7:25-34. Doi: 10.1111/j.1467-839X.2004.00132.
22. Ortiz J, Ramos N, Vera-Villarroel PE. Optimismo y salud: estado actual e implica-

- ciones para la Psicología Clínica y de la Salud. *Suma Psicol* 2003;10:119-34.
23. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: An introduction. *Am Psychol* 2000;55:5-14. Doi: 10.1007/s00520-011-1129-5.
 24. Ostir GV, Markides KS, Black SA, Goodwin JS. Emotional wellbeing predicts subsequent functional independence and survival. *Res Aging* 2000; 22: 715-737. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.918557.
 25. Tindle HA, Chang Y-F, Kuller LH, Manson JE, Robinson JG, Rosal, MC. *Circulation* 2009;120:656-62. Doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.929166.
 26. Remor E, Amorós M, Carroble JA. El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *An Psicol* 2006;22:37-44.
 27. Seligman MEP. *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa.* Barcelona, España: Grijalbo, 1998.
 28. Mera PC, Ortiz M. La relación del optimismo y las estrategias de con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Ter Psicol* 2012;30:69-78. Doi:10.4067/S0718-48082012000300007
 29. Wagnild G, Young H. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas* 1993;1:165-7.
 30. Novella A. Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes. Tesis para optar el grado de Magíster en Psicología, mención en Psicología clínica y de la salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, 2002.
 31. Otero JM, Luengo A, Romero F, Gómez JA, Castro C. *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas.* Barcelona: Ariel Practicum, 1998.
 32. Ryff C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 1989;57:1069-81. Doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
 33. Van Dierendonck D. The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *J Individ Differ* 2004;36:629-44. Doi: 10.1016/S0191-8869(03)00122-3
 34. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema* 2006;18:572-7
 35. Erikson R. Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En Nussbaum M, Sen A, Comps. *La calidad de vida.* México: F.C.E, 1996; p. 101-120.
 36. Ryff C, Singer B. The contours of positive health. *Psychol Inq* 1998;9: 1-28.
 37. Ryff C, Keyes C. The structure of psychological wellbeing revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69: 719-727. Doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
 38. Ryff C, Singer B. From social structure to biology: Integrative science in pursuit of human health and well-being. En Snyder CR, López SJ, editors. *Handbook of positive psychology.* New York: Oxford University Press, 2002; p. 541-555.
 39. Keyes C, Ryff C, Shmotkin D. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol* 2002;82:1007-22. Doi: 10.1037//0022-3514.82.6.1007