



ORIGINAL

Afrontamiento, apoyo social y resiliencia asociados a la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama



María Azucena Hernández Silva^{a,*}, Ana Olivia Ruiz Martínez^b, Sergio González Escobar^c y Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel^d

^a Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México, México

^b Centro Universitario UAEM Zumpango, Universidad Autónoma del Estado de México, México

^c Centro Universitario UAEM Atlacomulco, Universidad Autónoma del Estado de México, México

^d Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México

Recibido el 2 de junio de 2020; aceptado el 16 de septiembre de 2020

Disponible en Internet el 23 de octubre de 2020

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama;
Afrontamiento;
Apoyo social;
Resiliencia;
Calidad de vida

Resumen

Objetivo: Ante el cáncer de mama (CM) se emplean recursos intra e interpersonales que favorecen el mantenimiento de la calidad de vida. El presente estudio buscó analizar la relación que tiene el afrontamiento, el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida de mujeres mexicanas con CM.

Método: Es un estudio transversal que contempló 150 participantes con edades comprendidas entre los 25 a 60 años, en población abierta con tal diagnóstico y sin antecedentes psiquiátricos. Se les aplicó la Escala de ajuste mental al cáncer, la Escala de resiliencia, el Cuestionario MOS de apoyo social percibido y la *European Organization for Research and Treatment of Cancer*.

Resultados: Las variables estudiadas se relacionaron con la calidad de vida. Las estrategias de afrontamiento, como desesperanza, tuvieron relación con la salud global y funcionamiento (físico, de rol y social); y la evitación cognitiva con el funcionamiento de rol y dolor. Por su parte, el apoyo social y la resiliencia con la salud global, el funcionamiento (de rol, físico y social) y las náuseas.

Conclusiones: Se presentaron relaciones de las estrategias de afrontamiento (desesperanza y evitación cognitiva), apoyo social (tangibles, emocionales y sociales) y resiliencia (factores externos) con la calidad de vida, donde el uso de recursos brindados por los miembros de su entorno facilitan la superación del riesgo a pesar de la condición de enfermedad. Se sugiere analizar el efecto de estas variables sobre la calidad de vida en diferentes etapas y tipos de tratamientos del CM.

© 2020 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: fazuherst@hotmail.com, mahernandezs@uaemex.mx (M.A. Hernández Silva).

KEYWORDS

Breast cancer;
Coping;
Social support;
Resilience;
Quality of life

Coping, social support and resilience associated with quality of life in women with breast cancer**Abstract**

Objective: In women with breast cancer (BC), intra- and interpersonal resources are used that help to maintain quality of life. This study aimed to analyse the relationship between coping, social support and resilience with quality of life in Mexican women with BC.

Method: We conducted a cross-sectional study that included 150 participants aged between 25 and 60 years in an open population with BC and no psychiatric history. The women were assessed with the Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC-M), the Resilience Scale, the Medical Outcomes Study (MOS) Perceived Social Support Survey, and the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC-QLQ-C30).

Results: The variables studied were associated with quality of life. Coping strategies such as hopelessness were related to global health and functioning (physical, role, and social), cognitive avoidance with role functioning and pain. Social support and resilience were associated with global health, functioning (role, physical and social) and nausea.

Conclusions: This study describes the associations between coping strategies (hopelessness and cognitive avoidance), social support (tangible, emotional and social) and resilience (external factors) and quality of life. Resources provided by people in the environment help to overcome risk of vulnerability, despite the illness. We suggest that the effect of these variables on quality of life be analysed in distinct stages and types of treatment in BC.

© 2020 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

De acuerdo con estadísticas del GLOBOCAN en 2018, se reportó que el cáncer de mama (CM) causó incidencia de 2.088.849 nuevos casos y 9.555.027 muertes en la población internacional, mientras que en México se tuvieron 27.283 nuevos casos y 6.884 muertes¹.

Se ha reportado que ante el CM existen alteraciones emocionales como la ansiedad, la depresión y el estrés, que disminuyen la calidad de vida de las mujeres desde que reciben el diagnóstico y a lo largo de los diversos tratamientos a los que se someten^{2,3}.

Para entender el comportamiento de la mujer con CM no solo hay que enfocarse en las alteraciones emocionales, sino en el uso de los recursos intra e interpersonales que emplean para enfrentar la enfermedad y mantener una alta calidad de vida⁴; dentro de estos se encuentra el afrontamiento⁵, la resiliencia⁶ y el apoyo social⁷, los cuales permiten que exista un replanteamiento respecto a la percepción de la salud, la enfermedad y la calidad de vida en general.

El CM se convierte en una experiencia estresante desde el diagnóstico, donde se emplean estrategias de afrontamiento para encarar la enfermedad⁸. Estudios indican que al haber alteraciones emocionales como la ansiedad y la depresión, además de emplear la preocupación ansiosa como estrategia de afrontamiento, existe una baja calidad de vida⁹; por el contrario, el uso de afrontamiento activo emocional, religioso, la aceptación y la evitación cognitiva mantienen una alta calidad de vida¹⁰.

Ante la precaria situación de salud que conlleva el CM se pasa por un proceso de adaptación y ajuste, empleando recursos internos y externos con el propósito de superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva, poniendo en

juego su resiliencia¹¹. Esto implica un replanteamiento ante las nuevas demandas sobre el cuidado de la salud, convirtiéndose así en un factor protector al percibir la enfermedad como una oportunidad de crecimiento, alejándose de las alteraciones emocionales y manteniendo una alta calidad de vida¹².

Así también es necesario el apoyo social de tipo material, económico, espiritual o emocional por parte de sus familiares, amigos, vecinos, personal médico y compañeros hospitalarios. El acompañamiento y apoyo que reciben son fundamentales, especialmente cuando se intensifican los síntomas de la enfermedad, pues se disminuye su funcionamiento para desarrollar actividades de autocuidado y la percepción de su calidad de vida¹³; además se le ha considerado como un mediador ante los síntomas físicos y emocionales que acompañan a la enfermedad¹⁴.

Las aportaciones en el contexto internacional muestran que existen recursos personales internos y externos capaces de mantener una alta calidad de vida. Sin embargo, aún es escasa la evidencia empírica para respaldar el efecto conjunto de variables con efecto positivo, como la resiliencia, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social sobre la calidad de vida, por lo que el objetivo de esta investigación fue identificar el efecto predictivo de estas variables sobre las escalas de la calidad de vida en mujeres con CM.

Material y métodos

Se empleó un estudio cuantitativo, correlacional transversal, con una muestra no probabilística de tipo intencional de 150 mujeres mexicanas con CM. La selección fue por medio de la técnica de bola de nieve en domicilios particulares

Tabla 1 Descriptivos de las estrategias de afrontamiento, apoyo social, resiliencia y las escalas de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama

Variable	Mínimo-máximo	Media (DE)	Nivel
<i>Estrategias de afrontamiento</i>			
Espíritu de lucha	9-24	21,60 (2,79)	Moderado
Preocupación ansiosa	8-20	16,01 (3,04)	Bajo
Desesperanza	5-20	13,93 (3,65)	Bajo
Actitud positiva	4-12	10,01 (1,90)	Moderado
Evitación cognitiva	4-12	9,38 (1,92)	Bajo
<i>Apoyo social total</i>	27-95	76,36 (14,90)	Alto
<i>Apoyo emocional</i>	11-40	32,39 (7,16)	Alto
<i>Apoyo tangible</i>	8-20	17,79 (3,14)	Alto
<i>Apoyo afectivo</i>	3-15	11,93 (2,97)	Alto
<i>Interacciones sociales positivas</i>	4-20	14,25 (4,47)	Alto
<i>Resiliencia</i>	72-160	142,25 (15,74)	Alto
<i>Factor interno</i>	33-70	61,41 (7,23)	Alto
<i>Factor externo</i>	22-55	48,89 (7,23)	Alto
<i>Empatía</i>	17-35	31,95 (3,78)	Alto
<i>Escala de salud global</i>	0-92	29,84 (24,94)	Bajo
<i>Escala de funcionamiento</i>			
Físico	0-100	49,99 (28,04)	Bajo
Rol	0-100	24,00 (32,22)	Bajo
Emocional	0-83	17,90 (24,39)	Bajo
Cognitivo	0-100	56,46 (31,61)	Bajo
Social	0-100	29,96 (26,08)	Bajo
<i>Escala de síntomas</i>			
Fatiga	22-100	80,21 (23,00)	Alto
Nauseas	0-100	58,53 (30,42)	Moderado
Dolor	17-100	79,64 (25,24)	Moderado
Disnea	0-100	40,99 (32,93)	Moderado
Insomnio	0-100	73,95 (31,46)	Alto
Pérdida de apetito	0-100	83,57 (28,08)	Alto
Estreñimiento	0-100	41,04 (30,37)	Moderado
Diarrea	0-100	25,65 (26,51)	Moderado
Problemas financieros	0-100	86,69 (24,14)	Alto

N = 150; DE = desviación estándar.

y fuera de hospitales, considerando criterios de selección como edades entre 25 y 60 años, en distintas fases de la enfermedad y sin enfermedades psiquiátricas. A las participantes se les preguntó sobre variables sociodemográficas como el estado civil (soltera, casada, divorciada, en unión libre, viudas), escolaridad (primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura y estudios de posgrado), además de su estadio del CM y los meses posteriores al diagnóstico. Las participantes autorizaron por medio de su consentimiento informado por escrito, garantizando la confidencialidad de los datos recogidos en las pruebas. Esta investigación contó con la aprobación con registro 2019/22 del Comité de Ética en Investigación del CICMED (Centro de Investigación en Ciencias Médicas) de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Para el presente estudio se recogieron los datos por medio de una ficha sociodemográfica considerando la edad, el estado civil, la escolaridad, la fase del cáncer y los meses posteriores al diagnóstico de CM. Para evaluar las variables psicológicas positivas se aplicaron las siguientes escalas validadas para población mexicana:

Escala de ajuste mental al cáncer: tiene el propósito de evaluar las respuestas de afrontamiento y adaptación que genera la persona a partir del cáncer en un contexto hospitalario o ambulatorio; consta de 22 ítems que miden 5 tipos de estrategias: espíritu de lucha, evitación/negación, fatalismo/aceptación estoica, desamparo/desesperanza y preocupación ansiosa. Cuenta con propiedades psicométricas para población oncológica mexicana¹⁵.

Escala de resiliencia de González-Arratia: evalúa la capacidad que tiene el sujeto para responder de forma constructiva ante las situaciones adversas poniendo en marcha sus factores protectores internos (características de disposición o temperamento, inteligencia, sentido del humor y locus de control), factores externos (respaldo, protección y afecto de los miembros de su familia o iguales) y empatía. Contiene 32 ítems, conformados en 3 dimensiones: factor de protección interno, factor de protección externo y empatía¹¹.

Cuestionario MOS de apoyo social percibido: permite identificar la percepción que tiene la persona respecto al acompañamiento y apoyo que recibe de los miembros de

Tabla 2 Análisis de relación entre las estrategias de afrontamiento y las escalas de la calidad de vida (salud global, funcionamiento y síntomas)

Escalas de calidad de vida	Estrategias de afrontamiento				
	Espíritu de lucha	Preocupación ansiosa	Desesperanza	Actitud positiva	Evitación cognitiva
<i>Escala salud global</i>	-	-0,426**	-0,589**	-	-
<i>Escala de funcionamiento</i>					
Físico	-	-0,382**	-0,476**	-	-0,180*
Rol	-0,259**	-0,422**	-0,487**	-	-0,373**
Emocional	-0,183*	-	-	-0,184*	-0,189*
Cognitivo	-	-0,247**	-0,404**	-	-0,201*
Social	-	-0,357**	-0,487**	-	-
<i>Escala de síntomas</i>					
Fatiga	0,219**	0,410**	0,458**	-	0,352**
Náuseas	-	0,380**	0,518**	-	-
Dolor	0,274**	0,460**	0,543**	-	0,322**
Disnea	-	0,196*	0,355**	-	0,249**
Insomnio	-	0,293**	0,406**	-	0,210**
Pérdida de apetito	0,227**	0,415**	0,421**	-	0,325**
Estreñimiento	0,223**	0,198*	0,250**	-	0,298**
Diarrea	-	0,202*	0,337**	-	0,220**
Problemas financieros	0,259**	0,298**	0,386**	-	0,413**

N = 150; r = correlación de Pearson.

*p < 0,05

**p < 0,01.

Tabla 3 Análisis de relación entre la resiliencia y las escalas de la calidad de vida (salud global, funcionamiento y síntomas)

Escalas de calidad de vida	Resiliencia total	Factor interno	Factor externo	Empatía
<i>Escala salud global</i>	0,361**	0,369**	0,304**	0,282**
<i>Escala de funcionamiento</i>				
Físico	0,224**	0,209*	0,230**	-
Rol	0,201*	0,248**	-	-
Emocional	-	-	-	-
Cognitivo	-	-	-	-
Social	0,219**	0,215**	0,198*	0,167*
<i>Escala de síntomas</i>				
Fatiga	-0,270**	-0,274**	-0,235**	-0,200*
Náuseas	-0,231**	-0,194*	-0,247**	-0,181*
Dolor	-0,261**	-0,293**	-0,191*	-0,193*
Disnea	-0,354**	-0,338**	-0,356**	-0,225**
Insomnio	-0,252**	-0,216**	-0,269**	-0,192*
Pérdida de apetito	-0,220**	-0,211**	-0,205**	-0,166*
Estreñimiento	-0,204*	-0,183*	-10,82*	-0,204*
Diarrea	-0,185*	-0,224*	-	-
Problemas financieros	-0,165*	-0,164*	-	-

N = 150; r = correlación de Pearson.

*p ≤ 0,05

**p ≤ 0,01.

su red social. Contiene 20 ítems distribuidos en 4 dimensiones que representan el apoyo emocional e informacional (es el soporte emocional basado en la asesoría, respaldo y acompañamiento), apoyo tangible e instrumental (implica el soporte recibido físicamente para la atención y cuidado de las limitaciones que puede generar la enfermedad), interacción positiva (implica la disponibilidad de personas con

las que puede tener momentos de esparcimiento) y constitución de la red social (número de integrantes que constituyen su red de apoyo, tanto familiares como amigos)¹⁶.

Los datos fueron agrupados en una base en el programa SPSS v.25, se realizaron análisis descriptivos para identificar los tipos de afrontamiento prevalentes, así como el nivel de apoyo social, calidad de vida y resiliencia de las mujeres

Tabla 4 Análisis de relación entre el apoyo social y las escalas de la calidad de vida (salud global, funcionamiento y síntomas)

Escalas de calidad de vida	Apoyo social total	Apoyo emocional	Apoyo tangible	Apoyo afectivo	Interacciones sociales positivas
<i>Escala salud global</i>	-	-	-	-	-
<i>Escala de funcionamiento</i>					
Físico	-0,269**	-0,207*	-0,286**	-0,170*	-0,251**
Rol	-0,404**	-0,374**	-0,441**	-0,198*	-0,306**
Emocional	-	-	-	-	-
Cognitivo	-	-	-	-	-0,176*
Social	-	-	-0,230**	-	-
<i>Escala de síntomas</i>					
Fatiga	-	-	0,247**	-	-
Náuseas	0,224**	-	0,275**	-	0,198*
Dolor	-	-	0,253**	-	-
Disnea	-	-	-	-	-
Insomnio	-	-	0,260**	-	-
Pérdida de apetito	-	-	0,200*	-	-
Estreñimiento	0,244**	-	0,310**	0,163*	0,252**
Diarrea	0,167*	-	0,193*	-	0,221**
Problemas financieros	0,209*	-	0,308*	0,164*	-

N = 150; r = correlación de Pearson.

*p < 0,05.

**p < 0,01.

con CM. Asimismo, se buscó relacionar las variables con la correlación de Pearson y la regresión lineal múltiple paso a paso de las variables: afrontamiento, apoyo y resiliencia sobre la calidad de vida, se retomaron los modelos con mayor coeficiente de determinación ($R^2 > 0,30$, $p < 0,05$) por considerarlos como los más relevantes. Para ambos análisis se respetó un nivel de significación al 0,05 e intervalo de confianza al 95%.

Resultados

Dentro de las principales características de la muestra estudiada se encontró que el promedio de edad fue de 46,25 ($\pm 9,01$) años, en su mayoría casadas (61,3%), con estudios de secundaria (34,7%). El 14% de las participantes se encontraron en estadio I del CAMA, el 54,7% en el II, el 28,7% en el III y el 2,7% en el IV. Además se encontró un promedio de 8,65 ($\pm 5,88$) meses posteriores a su diagnóstico. Respecto al tratamiento el 50% se encontraba con quimioterapia, el 23,3% en hormonoterapia, el 8% en radioterapia y el 18,7% no especificó.

En la [tabla 1](#) se muestran los niveles de las variables, encontrando que respecto a las estrategias de afrontamiento existe un nivel moderado en espíritu de lucha y actitud positiva, mientras que un nivel bajo en preocupación ansiosa, desesperación y evitación. El apoyo social total y sus dimensiones mantienen un nivel alto. Asimismo, con un nivel alto se identificó a la resiliencia total y sus factores.

Respecto a la calidad de vida se presentaron niveles bajos en percepción de la salud global y en las escalas de funcionamiento (físico, rol, emocional, cognitivo y social). En las escalas de síntomas algunos se presentan con un nivel alto: fatiga, insomnio, pérdida de apetito y problemas finan-

cieros, mientras que aquellos como náuseas, dolor, disnea, estreñimiento y diarrea se reportan con un nivel moderado ([tabla 1](#)).

Al correlacionar las estrategias de afrontamiento con las escalas de la calidad de vida se encontraron relaciones significativas, positivas y negativas que van de débiles a medias con la escala de salud global, el funcionamiento (físico, rol cognitivo y social) y con síntomas: dolor, náuseas, fatiga ([tabla 2](#)).

La resiliencia y sus factores (internos, externos y empatía) tienen relaciones moderadas y positivas con la salud global de la calidad de vida y débiles con el funcionamiento físico, rol y social, pero negativamente con los síntomas ([tabla 3](#)).

Se encontraron relaciones negativas estadísticamente significativas del apoyo social con las escalas de funcionamiento, pero positivas con síntomas como náuseas, estreñimiento, diarrea y problemas financieros ([tabla 4](#)).

Por último, en la [tabla 5](#) se muestran las regresiones lineales; al considerar la escala de salud global como variable dependiente se encontró que el tiempo desde el diagnóstico, la desesperanza como estrategia de afrontamiento y el apoyo social afectivo se relacionaron con la salud global. En la escala de funcionamiento el mejor modelo señaló que la desesperanza, la evitación cognitiva, el apoyo social tangible y emocional, además del factor externo de la resiliencia tuvieron relación con el funcionamiento de rol ($R^2 = 0,445$, $F = 23,06$, $p \leq 0,000$); en tanto que la desesperanza, el tiempo desde el diagnóstico, el apoyo social total y la resiliencia (factor externo) se relacionaron con el funcionamiento físico, mientras que desesperanza, el apoyo tangible y emocional se asociaron con el funcionamiento social. En la escala de síntomas las variables tiempo desde el diagnóstico, desesperanza y apoyo social tangible se relacionaron con las náuseas; además la desesperanza, la evitación

Tabla 5 Regresión múltiple de las estrategias de afrontamiento, apoyo social y resiliencia sobre las escalas de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama

Variables predictoras	β	t	Sig.	R ²	F
<i>Escala de salud global</i>					
Tiempo desde el diagnóstico	1,63	9,21	0,000	0,473	43,64*
Desesperanza	-2,54	-4,98	0,000		
Apoyo social afectivo	1,07	2,10	0,037		
<i>Funcionamiento físico</i>					
Desesperanza	-1,64	-2,47	0,014	0,365	20,81*
Tiempo desde el diagnóstico	1,36	3,49	0,001		
Apoyo social total	-,596	-4,27	0,000		
Resiliencia: factor externo	,702	2,25	0,026		
<i>Funcionamiento de rol</i>					
Desesperanza	-3,13	-5,06	0,000	0,445	23,06*
Evitación cognitiva	-2,24	-2,51	0,013		
Apoyo social tangible	-2,96	-2,60	0,010		
Apoyo emocional	-1,00	-2,62	0,010		
Resiliencia: factor externo	,745	2,27	0,025		
<i>Funcionamiento social</i>					
Desesperanza	-3,17	-6,35	0,000	0,303	21,16*
Apoyo tangible	-2,83	-3,66	0,000		
Apoyo emocional	0,971	2,89	0,004		
<i>Náuseas</i>					
Tiempo desde el diagnóstico	-2,02	-5,01	0,000	0,411	33,98*
Desesperanza	2,15	3,28	0,001		
Apoyo tangible	2,03	3,28	0,001		
<i>Dolor</i>					
Desesperanza	2,58	4,54	0,000	0,379	29,72*
Evitación cognitiva	3,47	3,95	0,000		
Tiempo desde el diagnóstico	-0,910	-2,60	0,010		

Variables predictoras: estrategias de afrontamiento, apoyo social, resiliencia y tiempo desde el diagnóstico.

F = F de Fisher (ANOVA); N = 150; β = coeficiente parcial de regresión; R² = coeficiente de determinación; sig. = significación estadística;

t = «t» de Student.,

*p ≤ 0,001.

cognitiva y el tiempo desde el diagnóstico se asociaron con el dolor (tabla 5).

Discusión

De acuerdo con los niveles de las variables presentes en la muestra se encontraron con mayor frecuencia las estrategias de afrontamiento como el espíritu de lucha y la actitud positiva, y con menor uso la preocupación ansiosa, la desesperanza y la evitación cognitiva. Esto indica que ante las condiciones de enfermedad las mujeres presentan un afrontamiento activo, donde el tener esperanza ante el diagnóstico y los tratamientos ayudará a mantener una calidad de vida¹⁷.

Se identificó una relación negativa entre las estrategias de afrontamiento como preocupación ansiosa, desesperanza y evitación cognitiva con la salud global de la calidad de vida y el funcionamiento (físico, rol, emocional y social), y una relación positiva entre la escala de síntomas y estrategias como preocupación ansiosa, desesperanza y evitación cognitiva. Esto puede verse implicado por la angustia que se tiene

por la salud y las condiciones de la vida diaria, donde la excesiva preocupación y la desesperanza ante la enfermedad le pone en riesgo física y emocionalmente, pues el funcionamiento de la calidad de vida en sus distintos dominios se ve disminuido y aumenta la presencia de sintomatología^{8,18}.

En cuanto a la resiliencia se considera que a pesar de la adversidad que implica la presencia del cáncer de mama, las mujeres tienen la capacidad de salir adelante, por lo que esto favorece la percepción de su calidad de vida¹². En los resultados se identificó una relación positiva con la salud global y la escala de funcionamiento (físico, rol y social) de la calidad de vida, pero de forma negativa con los síntomas. Esto indica que al existir factores individuales y sociales de la resiliencia estos actúan como agentes protectores ante la enfermedad¹⁹.

Aunado a estas condiciones personales, el contexto social desempeña un papel importante, pues la mujer con CM al saberse con apoyo emocional, tangible, afectivo y con interacciones sociales positivas, puede mejorar su calidad de vida y su funcionamiento en sus distintos dominios²⁰.

Existió una relación negativa entre los tipos de apoyo y el funcionamiento físico y de rol, pero de

forma positiva se mantiene con síntomas como náuseas, estreñimiento, diarrea y problemas financieros. Puede entenderse que existe un mayor apoyo cuando se dan condiciones de salud que le ponen en vulnerabilidad como: náuseas, estreñimiento, diarrea y el tener problemas financieros^{12,21,22}.

Al identificar la relación de las estrategias de afrontamiento, resiliencia y apoyo social sobre la calidad de vida se encontró de forma recurrente que estrategias como la desesperanza se relacionan de forma negativa con la calidad de vida, y el funcionamiento de rol, físico y social, además de intervenir en síntomas como náuseas y dolor; esto puede deberse a la vulnerabilidad que se genera con la sintomatología de la enfermedad, la cual no puede controlar la salud y funcionamiento^{23,24}. Asimismo, la evitación cognitiva se relacionó de forma negativa con el funcionamiento de rol, pero positivamente con síntomas como el dolor; esto indica que las participantes emplean estrategias de afrontamiento pasivo respecto a la forma de percibir los síntomas y las limitaciones que el CM produce en su vida diaria²⁵.

Así también el apoyo social y la resiliencia (factores externos) se relacionan con el funcionamiento físico, de rol y social. Esto implica que ante una baja calidad de vida suelen ser resilientes, pues emplean recursos externos adquiridos en el apoyo social de forma tangible y emocional, que les brindan sus familiares, amigos, vecinos, equipo hospitalario y compañeros de tratamiento, para tener una mejor adaptación de la enfermedad y de los estragos que generan sus síntomas. De esta manera, el apoyo brindado por los miembros de su entorno es de vital importancia para superar esta condición de vulnerabilidad²⁶⁻²⁸.

Otro de los hallazgos encontrados en el presente estudio fue el tiempo transcurrido a partir del diagnóstico, el cual tuvo relación positiva con la salud global de la calidad de vida y el funcionamiento físico, pero de forma negativa con síntomas como las náuseas y dolor, lo cual indica que conforme se ha vivido con la enfermedad se adquiere una mejor percepción de la calidad de vida, hay una mejor identificación, atención y adaptación de las condiciones que ponen en riesgo su funcionamiento físico^{29,30}.

El presente estudio posee limitaciones, al no considerar un diseño longitudinal que permita identificar cómo la mujer con este diagnóstico se va adaptando al proceso dinámico que representa la enfermedad, los estadios en los que se encuentra y los tratamientos por los que va pasando.

En conclusión, las estrategias de afrontamiento, apoyo social, resiliencia y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico tienen relación con la calidad de vida. De manera particular la desesperanza y la evitación cognitiva, el apoyo social tangible, emocional y afectivo, así como el factor externo de la resiliencia se relacionan con la percepción de la salud global, el funcionamiento y los síntomas de la enfermedad, de tal forma que pese a la baja calidad de vida presente en las mujeres con CM, procuran emplear estrategias de afrontamiento de afecto positivo, aunque las rebasan las estrategias desadaptativas, y a pesar de ello recurren al apoyo social, pues son resilientes al buscar superar la enfermedad con los recursos intra e interpersonales que tienen a su alcance.

Financiación

Financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) con la beca 381475 para estudios de doctorado en México.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. IA for R on C, World Health Organization (WHO). Breast Cancer. Source: Globocan 2018. World Heal Organ [Internet]. 2018;876:2018-9. [Consultado 15 jun 2019]. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today>.
2. Dragomir A. The impact of depression and anxiety on the quality of life in nonmetastatic breast cancer patients in postoperative evaluation [Internet]. PubMed Central (PMC). 2013 [cited 13 April 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462482/>.
3. Fatiregun OA, Olagunju AT, Erinfolami AR, Arogunmati OA, Fatiregun OA, Adeyemi JD. Relationship between anxiety disorders and domains of health related quality of life among Nigerians with breast cancer. *Breast* [Internet]. 2017;31:150-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2016.11.010>.
4. Lee Duckworth A, Steen TA, Seligman MEP. Positive psychology in clinical practice. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:629-51.
5. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
6. González-Arratia L. Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes en tiempos de crisis; 2011. México: Ediciones EON.
7. Hernández MG, Carrasco GM, Rosell CF. Evaluación de las principales redes de apoyo informal en adultos Mayres del Municipio Cerro. *P Per Geron y Ger*. 2010;5:1-11.
8. Brunault P, Champagne A, Huguet G, Suzanne I, Senon J, Body G, et al. Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients. 2016;520:513-20.
9. Kugbey N, Oppong Asante K, Meyer-Weitz A. Depresión, ansiedad y calidad de vida entre las mujeres que viven con cáncer de mama en Ghana: mediando roles de apoyo social y religiosidad. *Support Care Cancer*. 2019;28:2581-8, <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-05027-1>.
10. Sharif SP, Khanekharab J. External locus of control and quality of life among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of coping strategies. *J Psychosoc Oncol*. 2017;35:706-25, <http://dx.doi.org/10.1080/07347332.2017.1308984>.
11. González Arratia López Fuentes NI. Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes: cómo desarrollarse en tiempos de crisis [Internet]. 2016;1:117-28. Disponible en: http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/64951/Resiliencia_y_personalidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
12. Zhang H, Zhao Q, Cao P, Ren G. Resiliencia y calidad de vida: explorando el papel mediador del apoyo social en pacientes con cáncer de mama. *Med Sci Monit*. 2017;23:5969-79. DOI: 10.12659/msm.907730.
13. Bhandari S, Sriyuktasuth A, Pongthavornkamol K. Treatment-related quality of life in Nepalese women with breast cancer. 2017;18:3365-71.
14. Ji L, Tsai W, Sun X, Lu Q, Wang H, Wang L, et al. The detrimental effects of ambivalence over emotional expression on well-being among Mainland Chinese breast cancer patients: Mediating role

- of perceived social support. *Psycho-Oncol.* 2019;28:1142–8, <http://dx.doi.org/10.1002/pon.5069>.
15. Galindo O. Efectos de una intervención cognitivo conductual para tratar síntomas de ansiedad, depresión y calidad de vida, mediante la modificación de los estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular [Tesis de Doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2014.
16. Martínez Basurto AE, Sánchez Román S, Aguilar Villalobos EJ, Rodríguez Pérez V. Adaptación y validación del Cuestionario Mos de apoyo social en pacientes mexicanos con VIH+. *Rev Latinoam Med Conduct /Lat Am J Behav Med* [Internet]. 2014;4:93–101. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/53611>.
17. Elumelu TN, Asuzu CC, Akin-Odanye EO. Impact of active coping, religion and acceptance on quality of life of patients with breast cancer in the department of radiotherapy. *UCH, Ibadan BJM Support Palliat Care.* 2015;5:175–80.
18. Kugbey N, Meyer-Weitz A, Oppong K. Ajuste mental al cáncer y calidad de vida entre las mujeres que viven con cáncer de mama en Ghana. *The Int Jour of Psych in Med.* 2019;54:217–30, <http://dx.doi.org/10.1177/0091217418805087>.
19. García Monzón L, Navarro Machado V. Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. *Rev Finlay* [Internet]. 2017;7:250–9 [consultado 17 Abr 2020]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000400004&lng=es.
20. Hoseini L, Lotfi Kashani F, Akbari S, Akbari ME, Sarafranz Mehr S. Model development of illness perception and consequences in breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17:185–90.
21. Finck C, Barradas S, Zenger M, Hinz A. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama: asociación con optimismo y apoyo social. *Int J Clin Heal Psychol* [Internet]. 2018;18:27–34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>.
22. Tang L, Fritzsche K, Leonhart R, Pang Y, Li J, Song L, et al. Emotional distress and dysfunctional illness perception are associated with low mental and physical quality of life in Chinese breast cancer patients. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15:1–10.
23. 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.
24. Rey R. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Tesis de doctorado. Universidad de la Coruña; 2017.
25. Pastells S. Mecanismos cognitivos del optimismo en cáncer de mama: relaciones con la calidad de vida. Tesis de Doctorado. Universidad Autónoma de Barcelona; 2017.
26. Milena S, Rojas M, Milena S, Rojas M. Investigación, calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama. *Cienc y Cuid.* 2018;15:34–47.
27. Alarcón R, Cerezo MV, Hevilla S, Blanca MJ. Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale in women with breast cancer. *Int J Clin Heal Psychol.* 2020;20:81–9.
28. Villalobos G. Resiliencia y ajuste mental en mujeres con cáncer de mama y quimioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Tesis de licenciatura, 94. Perú: Escuela Profesional de Psicología de Lima; 2018. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3722/3/torres.vg.pdf>.
29. Reich M, Remor E. Psychological variables associated with health-related quality-of-life in uruguayan women surgically intervened for breast cancer. *Psychol Community Heal* [Internet]. 2014;3:172–88. Disponible en: <http://pch.psychopen.eu/article/view/98>.
30. Paek MS, Ip EH, Levine B, Avis NE. Longitudinal reciprocal relationships between quality of life and coping strategies among women with breast cancer. *Ann Behav Med* [Internet]. 2016;50:775–83. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s12160-016-9803-y>.