



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en  
mujeres con cáncer de mama**

**Coping strategies and quality of life in women with  
breast cancer**

Elisa Marta Martínez Cattoni

Mayo de 2022

Trabajo Fin De Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en  
mujeres con cáncer de mama**

**Coping strategies and quality of life in women with  
breast cancer**

Trabajo Fin De Máster

Elisa Marta Martínez Cattoni

Alberto Lana Pérez



## MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

Alberto Lana Pérez, Doctor por la Universidad de Oviedo, Área de Medicina Preventiva y Salud Pública (Departamento de Medicina), profesor del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos de la Universidad de Oviedo.

### CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. Elisa Marta Martínez Cattoni, titulado “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama”, realizado bajo la dirección del Dr. Alberto Lana Pérez, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a nuestro juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 09 de mayo de 2022

Vº Bº

Fdo. Alberto Lana Pérez  
Director/Tutor del Proyecto

## ÍNDICE

---

1. RESUMEN .....	1
2. ABSTRACT .....	2
3. GLOSARIO .....	3
4. INTRODUCCIÓN .....	4
5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....	8
6. METODOLOGÍA .....	9
7. RESULTADOS .....	13
8. DISCUSIÓN .....	18
9. CONCLUSIONES .....	23
10. REFERENCIAS .....	24
11. ANEXOS .....	29

## RESUMEN

---

**Objetivo:** Explorar la asociación las estrategias de afrontamiento (EA) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con cáncer de mama (CM). De forma secundaria, este estudio también trató de describir las EA y la CVRS de las pacientes con CM.

**Metodología:** Estudio trasversal de una muestra de mujeres en seguimiento de CM en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Universitario Central de Asturias (n=259). Se emplearon dos escalas validadas, la *BRIEF-COPE* y la *Short Form Health Survey*, además de la recopilación de variables sociodemográficas y estilo de vida a través de una encuesta.

**Resultados:** El afrontamiento activo fue la EA centrada en el problema más utilizada por las participantes, mientras que el apoyo emocional y la aceptación fueron las más usadas dentro de las EA centradas en la emoción. La CVRS de las mujeres fue baja, especialmente su dimensión mental. Varias EA se asociaron de forma significativa con la CVRS en las pacientes con CM. El uso del humor se asoció con una mayor CVRS física y el afrontamiento activo con una mejor CVRS mental; dentro de las EA disfuncionales la descarga emocional y la negación se correlacionaron negativamente con la CVRS mental.

**Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que el entrenamiento en EA funcionales y evitar las disfuncionales puede ser favorables para mejorar la CVRS en aquellas mujeres con CM, por lo que su incorporación en la práctica clínica podría ser de utilidad.

**Palabras clave:** Cáncer de mama; Afrontamiento; Estrategias de afrontamiento; Calidad de vida relacionada con la salud.

## ABSTRACT

---

**Aim:** To explore the association between coping strategies (CS) and health-related quality of life (HRQoL) in patients with breast cancer (BC). Secondly, this study also attempted to describe the CS and HRQoL of BC patients.

**Methods:** Cross-sectional study of a sample of women in BC follow-up in the Breast Pathology Unit of the Central University Hospital of Asturias (n=259). Two validated scales were used, BRIEF-COPE and Short Form Health Survey, in addition to the collection of sociodemographic and lifestyle variables through a survey.

**Results:** Active coping was the problem-focused CS most used by the participants, while emotional support and acceptance were the most used within the emotion-focused CS. The women's HRQoL was low, especially its mental dimension. Several CS were significantly associated with HRQoL in BC patients. The use of humour was associated with a higher physical HRQoL and active coping with a better mental HRQoL; within dysfunctional CS, venting and denial were negatively correlated with mental HRQoL.

**Conclusions:** Our results suggest that training in functional CS and avoiding dysfunctional CS may be favourable for improving HRQoL in women with BC, so its incorporation into the clinical practice could be useful.

**Keywords:** Breast cancer; Coping; Coping strategies; Health-related quality of life.

## GLOSARIO

---

- **Cáncer de mama (CM):** Enfermedad en la cual las células de la mama se multiplican sin control. Existen distintos tipos de CM y estos dependen de qué células de la mama se vuelven cancerosas (1).
- **Incidencia:** Cantidad de casos nuevos de una enfermedad (2).
- **Prevalencia:** Número total de personas que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico o durante un período determinado (3).
- **Afrontamiento:** Conjunto de esfuerzos conductuales y cognitivos que realiza el individuo para hacer frente a las situaciones estresantes, así como para reducir el estado de malestar que produce el estrés (4).
- **Estrategias de afrontamiento (EA):** Esfuerzos cognitivos y conductuales concretos que hacemos para manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las situaciones externas o internas que nos causan estrés (5).
- **Resiliencia:** Capacidad de un individuo de recuperarse ante situaciones traumáticas. Refleja la confluencia dinámica de factores que promueven la adaptación positiva a pesar de la exposición a situaciones adversas (6).
- **Calidad de vida:** Percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (7).
- **Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS):** Evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar (8).

## INTRODUCCIÓN

---

El cáncer abarca un numeroso grupo de enfermedades con diferentes causas, evolución y tratamientos. Entre los diferentes tipos de cáncer encontramos el cáncer de mama (CM), un tumor maligno que se origina en la glándula mamaria. Con diferencia, se trata del cáncer de mayor relevancia epidemiológica para las mujeres. Se estima que una de cada siete mujeres lo padecerán a lo largo de su vida y, según la Sociedad Española de Oncología Médica, el CM lideró el ranking de los tumores más diagnosticados en 2020, con aproximadamente 33.375 nuevos casos diagnosticados, seguido por el cáncer pulmón y colorrectal (9,10). Según las estimaciones del proyecto GLOBOCAN para el año 2020, la incidencia global ajustada por edad fue de 47,8/100.000 mujeres, y casi uno de cada tres diagnósticos de cáncer en mujeres fue un CM (30,7%) (11). En cuanto a la mortalidad, el CM ocupa actualmente el quinto lugar entre los cánceres con mayor tasa de mortalidad. En España, el 17% de los fallecimientos por cáncer en la mujer corresponden al CM, y supone el 3,3% del total de muertes en mujeres (11,12).

En gran parte debido al envejecimiento poblacional y a los cambios negativos en el estilo de vida, incluyendo el auge del sedentarismo y la obesidad, la incidencia del CM ha aumentado en los últimos años; pero, paralelamente, la mortalidad está considerablemente en descenso, gracias al éxito de las campañas de prevención secundaria (i.e. programas poblacionales de cribado para la detección precoz) y los avances terapéuticos (10). De hecho, en España y en la mayor parte de países de altos ingresos, la tasa de supervivencia a los 5 años del diagnóstico se sitúa en el 80-90%. Por esta razón, la prevalencia aumenta en mayor medida que la incidencia, siendo el cáncer más prevalente entre las mujeres, con cifras de hasta 516.827 en España, según la Red Española de Registros de Cáncer. (9)

El diagnóstico de un CM y su abordaje implican una situación nueva y estresante que suele alterar la lógica de la vida personal y familiar de las mujeres, siendo muchas veces necesaria la asunción de nuevos roles y estilos de vida. Por ejemplo, las pacientes con CM suelen sufrir alteraciones en la dimensión emocional, deterioro cognitivo, problemas de imagen corporal, problemas sexuales, cambios funcionales y físicos, cambios en las relaciones, otras dificultades sociales, problemas de empleo y desafíos financieros, entre otros (13-16). En la mayoría de estos procesos de adaptación física y emocional, las estrategias de afrontamiento (EA) que esgrime la mujer para lidiar con la situación desempeñan un papel central (17,18). Las EA hacen referencia al esfuerzo cognitivo y conductual que permiten hacer frente a las necesidades internas y/o externas de una persona para lidiar con situaciones de estrés. Además, describe la capacidad de uno mismo para evitar daño físico, psicológico y social, y contribuye a la capacidad de adaptarse cuando nos vemos expuestos a enfermedades que ponen en riesgo la vida o a diferentes situaciones de crisis. Para las mujeres con CM, las EA adecuadas pueden ayudarle a percibir y hacer frente a los estresores experimentados durante el diagnóstico y tratamiento, y han demostrado influencia en la adaptación psicosocial después del tratamiento (19).

En la literatura científica existe habitualmente mención a dos tipos de EA, uno que se corresponde con el afrontamiento activo y otro el de desvinculación. El afrontamiento activo, también llamado positivo, incluye la búsqueda de apoyo emocional, aceptación y reestructuración cognitiva. Por el contrario, el afrontamiento de desvinculación, también conocido como negativo, incluye la evitación, negación y el pensamiento ilusorio con respecto a la enfermedad. La capacidad de escoger un estilo de afrontamiento u otro depende de cada persona, de sus recursos, de sus valores y de sus metas. Aquellas mujeres que sean más optimistas, optarán por unas EA positivas que les permitirán enfrentarse directamente a la fuente de estrés, utilizando la resolución práctica de problemas y el apoyo social. Sin embargo, aquellas pacientes que sean más pesimistas utilizarán unas EA de desvinculación, siendo éstas principalmente la evitación y la negación. Tras el

diagnóstico del CM, las EA que se lleven a cabo pueden desencadenar o tener influencia sobre la fatiga, depresión, ansiedad y adopción de estilos de vida no saludables (20).

Todas las EA pueden ser clasificadas dentro de la regulación emocional, que hace referencia a una gran variedad de procesos biológicos, sociales y de comportamiento, tanto conscientes como inconscientes. Estudios previos se han centrado únicamente en las EA a nivel conductual, pero no se le ha dado la relevancia pertinente al factor cognitivo. Este factor cognitivo, según otros estudios, puede ayudar a regular las emociones y sentimientos de las pacientes y evitar que se sientan abrumadas por la enfermedad. Las estrategias de aceptación, reenfoque positivo y refuerzo positivo puede ser beneficiosas, mientras que estrategias consideradas catastrofistas probablemente no lo sean.

Algunos autores señalan que la resiliencia es un tipo concreto de EA. La resiliencia se define como *“la capacidad de un individuo para mantener o recuperar una relativa estabilidad fisiológica y física durante o después de una exposición a eventos potencialmente estresantes en la vida”*. Es importante diferenciar entre resiliencia y crecimiento postraumático, puesto que, a pesar de ser términos muy relacionados, son dos conceptos diferentes. La resiliencia indica la capacidad de afrontamiento ante emociones negativas y permite volver a la normalidad una vez la dificultad sea superada, mientras que el crecimiento postraumático hace referencia a un cambio positivo que excede el nivel psicológico previo al suceso (21).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las mujeres con CM se ve afectada por factores potencialmente estresantes tanto a nivel físico como mental, como pueden ser los efectos secundarios de los tratamientos. Por lo tanto, no sólo es importante la supervivencia, sino que estas mujeres puedan vivir una vida adecuada y de calidad. La CVRS también ha demostrado tener una importancia significativa a la hora de predecir la mortalidad y la recidiva del cáncer, por lo que su abordaje es considerado cada vez más importante. Los determinantes de CVRS en mujeres con CM

incluyen factores psicosociales, factores sociodemográficos, incluyendo la personalidad, y factores clínicos (22). En España, existen algunos estudios sobre los factores asociados con la CVRS. De acuerdo a Alonso-Molero et al (23), la CVRS se relaciona especialmente con cuestiones sociodemográficas, como el nivel de estudios, ya que hallaron una mayor puntuación en la escala que midió la CVRS en las mujeres con título universitario que en aquellas sin estudios. En este mismo estudio, aunque las variables clínico-asistenciales del tumor tuvieron poca capacidad explicativa, el grado histológico y la recurrencia se asociaron con peor calidad de vida. Sin embargo, pocos estudios en España han indagado en las variables psicosociales, y sus resultados no son muy consistentes. Por ejemplo, se informó de un efecto positivo sobre la CVRS tanto del llamado "espíritu de lucha" como de la negación como mecanismo de defensa (24), que no dejan de ser EA funcionales y disfuncionales, respectivamente.

En definitiva, se sabe que la investigación sobre la CVRS de las pacientes con CM es un campo poco desarrollado en España, y su interés es creciente a medida que mejora la supervivencia (23). Además, aunque algunos estudios han encontrado que las EA, que se engloban dentro de los factores psicosociales, tienen efectos significativos sobre la CVRS de las mujeres con CM (25), se necesitan más estudios que añadan consistencia y que expliquen con mayor profundidad los entresijos de esta interesante asociación.

## HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

---

La **hipótesis** de este trabajo de investigación fue que existe una correlación positiva entre las EA utilizadas por las mujeres con CM y la CVRS

El **objetivo** principal fue explorar la asociación las EA y la CVRS en pacientes con CM. De forma secundaria, este estudio también trató de describir las EA y la CVRS de las pacientes con CM.

### Diseño, población a estudio y consideraciones éticas

Estudio transversal de una muestra de mujeres en seguimiento de un CM en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). La muestra fue captada de forma oportunista en el periodo de enero-abril de 2022. En este periodo, y siempre después de la asistencia sanitaria habitual, el personal médico y de enfermería de la Unidad de Patología Mamaria ofreció a todas las mujeres que cumplían los criterios de selección la oportunidad de participar en el programa. En ese momento, además de información verbal detallada sobre los objetivos y el procedimiento del estudio, también se les entregó una hoja con información y un formulario para que la mujer otorgara consentimiento informado escrito en caso de querer participar. La participación consistió en una encuesta telefónica y permitir la revisión de los datos relativos al CM en el registro de tumores (**anexo I**). Las mujeres que aceptaron participar proporcionaron su número de teléfono para el posterior contacto.

Los criterios de inclusión fueron, tener un diagnóstico de CM confirmado por anatomía patológica, haber superado la fase de tratamiento (mínimo de 2 años desde el diagnóstico), hablar idioma español y no presentar déficit cognitivo. De esta manera, sólo se incluyeron mujeres que han sobrevivido como mínimo dos años al diagnóstico (para evitar la fase de ajuste a la enfermedad). Fueron excluidas del estudio, las mujeres con CM avanzado o metastásico, o con mal pronóstico.

El estudio contó con el apoyo de la Unidad de Patología Mamaria del HUCA y la aprobación del Comité de Ética para la Investigación de Asturias (**anexo II**). La decisión de participar o no con el estudio no entrañó riesgo alguno, ni cambió la relación de la mujer con la citada Unidad ni con su asistencia sanitaria. Tampoco existió un beneficio directo para la participante, más allá de contribuir

a los resultados del proyecto, que quizá sirvan para mejorar la asistencia sanitaria de las mujeres con CM durante el seguimiento. Por la naturaleza del estudio no fue necesaria la contratación de seguros adicionales.

### **Procedimiento para la recogida de información y variables del estudio**

Personal de enfermería entrenado para estandarizar el procedimiento, contactó telefónicamente con las mujeres para realizar una encuesta que incluía la medición de la IE y las EA (anexo III). La encuesta también recogió información básica y autoinformada de carácter sociodemográfico (edad, hijos, convivencia y máximo nivel de estudios) y del estilo de vida (consumo de tabaco, alcohol, peso y talla). Específicamente, para el consumo de alcohol, se realizó un breve cuestionario de frecuencia de consumo de las principales bebidas alcohólicas, que permitió calcular el número de unidades de bebida estándar (equivalente a 10 g de alcohol) consumidas a la semana.

Las variables principales del estudio se midieron con dos escalas validadas:

- **EA:** medidas con la escala BRIEF-COPE (26), la cual está compuesta por 28 ítems con respuestas tipo Likert (0: no hice esto en absoluto / 1: hice esto una pocas veces / 2: hice esto con cierta frecuencia / 3: hice esto muchas veces) (**anexo I**). Esta escala se reduce a 14 factores: afrontamiento activo (ítems 2,10), planificación (ítems 6,26), reformulación positiva (ítems 14,18), aceptación (ítems 3,21), humor (ítems 7,19), religión (ítems 16,20), apoyo emocional (ítems 9,17), apoyo instrumental (ítems 1,28), autodistracción (ítems 4,22), negación (ítems 5,13), descarga emocional o desahogo (ítems 12,23), uso de sustancias (ítems 15,24), renuncia (ítems 11,25) y autoinculpación (ítems 8,27). Posteriormente estos 14 factores se agruparon en tres: estrategias centradas en la emoción (apoyo emocional, reformulación positiva, aceptación, religión y humor), estrategias centradas en el problema (afrontamiento activo, planificación y apoyo instrumental) y estrategias disfuncionales (negación, uso de sustancias, renuncia,

autodistracción y autoinculpación) (27). El rango de todas las puntuaciones calculadas osciló entre 0 y 3 puntos, siendo esta última la puntuación que indica mayor utilización de las EA consideradas.

- **CVRS:** medida a través de la escala *Short Form Health Survey 12* (SF-12) que ha sido validada en España y mide ocho dimensiones que posteriormente se resumen en dos indicadores globales de CVRS, el componente físico y el mental (28). Las ocho dimensiones se corresponden con la función física (grado que la salud limita las actividades físicas), función social (grado de salud física y emocional que afectan la vida social habitual), rol físico (grado donde la salud física interfiere en el trabajo y las actividades diarias), rol emocional (grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias), salud mental (salud mental general), vitalidad (sentimiento de energía y vitalidad), dolor corporal (intensidad del dolor) y salud general (valoración personal de la salud). Es un cuestionario muy sencillo (**anexo I**), que se puede responder en dos minutos. Las puntuaciones de las dimensiones y componentes se estandarizaron a la norma nacional, con una media de 50 y desviación estándar de 10. De esta forma se pueden comparar las puntuaciones con la media de la población española. El rango teórico de la escala oscila entre 0 y 100 puntos, y mayor puntuación indica mayor CVRS.

### **Análisis de los datos**

La información obtenida fue introducida en una base de datos SPSS en su versión 27 (IBM Corp., Nueva York). Posteriormente, y tras la depuración y control de calidad de dichos datos, se llevó a cabo el análisis estadístico. Se describieron las variables cualitativas utilizando frecuencias absolutas y relativas (%), y las variables cuantitativas calculando su media y desviación estándar (de). Se realizaron regresiones lineales para obtener los coeficientes b de las asociaciones entre las puntuaciones de las escalas utilizadas. Coeficientes b positivos indicaron una asociación directa y negativos una asociación inversa. Finalmente, para descartar el potencial efecto confusor de

algunas variables sobre las asociaciones estudiadas, se repitieron las mismas regresiones ajustando las variables sociodemográficas (edad, estudios, hijos y convivencia) y del estilo de vida (tabaco, alcohol e índice de masa corporal). Sólo aquellos p-valores  $<0,05$  fueron considerados estadísticamente significativos.

## RESULTADOS

---

La muestra estuvo formada por 259 mujeres. La mayor parte de las mujeres tenían entre 50 y 64 años (edad media: 57,4 años; de: 0,62), tenían hijos, vivían acompañadas y habían superado un nivel de estudios medio/alto (**tabla 1**). Con respecto a las conductas relacionadas con la salud, más de la mitad de las mujeres eran fumadoras o exfumadoras, la mayor parte eran abstemias o bebían el equivalente a una consumición alcohólica al día (consumo medio: 1,85 UBE/semana, de: 0,20) y tenían sobrepeso/obesidad (IMC medio: 25,5 kg/m<sup>2</sup>; de: 0,30).

Como se muestra en la **tabla 2**, de los tres factores que componen las EA, el de mayor puntuación se correspondió con utilizar estrategias centradas en el problema (media: 1,53 puntos; de: 0,04). Cuando se analizan los 14 factores individuales, el de mayor puntuación fue la aceptación (media: 2,16 puntos; de: 0,03) seguido del apoyo emocional (media: 1,95 puntos; de: 0,04), ambos pertenecientes a las estrategias centradas en el problema. Por el contrario, los factores de menos puntuación fueron, en general, los disfuncionales, como el uso de sustancias (media: 0,08 puntos; de: 0,02) o la autoinculpación (media: 0,30 puntos; de: 0,04). En cuanto a la CVRS, el nivel fue menor para la dimensión mental que para la física, y en ninguno de los casos llegaron a superar los 50 puntos.

**Tabla 1.** Descripción de la muestra (n=259).

	<b>n (%)</b>
<b>Edad</b>	
<50 años	51 (19,69)
50-64 años	143 (55,21)
≥65 años	65 (25,10)
<b>Hijos</b>	
Ninguno	63 (24,32)
1	75 (28,96)
2	92 (35,52)
3 o más	29 (11,20)
<b>Vive</b>	
Sola	44 (16,99)
En pareja	155 (59,85)
Con otras personas	60 (23,17)
<b>Nivel de estudios</b>	
Primarios	98 (37,84)
Secundarios	87 (33,59)
Universitarios	74 (28,57)
<b>Tabaco</b>	
Nunca ha fumado	112 (43,24)
Exfumadora	108 (41,70)
Fuma actualmente	39 (15,06)
<b>Alcohol</b>	
0 UBE/semana	114 (44,02)
1-7 UBE/semana	135 (52,12)
>7 UBE/semana	10 (3,86)
<b>IMC</b>	
<25 kg/m <sup>2</sup>	134 (51,74)
25-29,9 kg/m <sup>2</sup>	83 (32,05)
≥30 kg/m <sup>2</sup>	42 (16,22)

UBE: unidad de bebida estándar; IMC: índice de masa corporal

**Tabla 2.** Puntuaciones de las EA y de la CVRS (n=259).

	<b>Puntuación media (ds)</b>
<b>EA</b>	
Centradas en la emoción	1,41 (0.03)
Apoyo emocional	1,95 (0,04)
Reformulación positiva	1,35 (0,05)
Aceptación	2,16 (0,03)
Religión	1,03 (0,06)
Humor	0,53 (0,05)
Centradas en el problema	1,53 (0,04)
Afrontamiento activo	1,84 (0,05)
Planificación	1,33 (0,05)
Apoyo instrumental	1,41 (0,05)
Disfuncionales	0,73 (0,02)
Negación	0,85 (0,05)
Uso de sustancias	0,08 (0,02)
Renuncia	0,31 (0,03)
Autodistracción	1,64 (0,05)
Autoinculpación	0,30 (0,04)
Descarga emocional	1,15 (0,25)
<b>CVRS</b>	
Física	45,3 (0,57)
Mental	33,8 (0,58)

La asociación entre los factores de las EA y las dos dimensiones de la CVRS se muestra en la **tabla 3** (modelos crudos) y en la **tabla 4** (modelos ajustados). Inicialmente, las estrategias centradas en los problemas se asociaron con una mejor CVRS física, pero la asociación desapareció al ajustar por confusores. Las estrategias centradas en la emoción, fundamentalmente en humor, se asociaron con una mejor CVRS física, tanto en los modelos crudos como en los ajustados. El afrontamiento activo se asoció consistentemente con una mejor CVRS mental, mientras que la negación y la descarga emocional se asociaron con una menor puntuación en la dimensión mental de la CVRS.

**Tabla 3.** Coeficientes de regresión (p-valor) para la asociación entre la EA y la CVRS (n=259).

	CVRS	
	<i>Física</i>	<i>Mental</i>
<b>EA</b>		
<i>Centradas en la emoción</i>	2,71 (0,049)	1,93 (0,167)
Apoyo emocional	0,69 (0,392)	0,49 (0,544)
Reformulación positiva	1,00 (0,184)	0,86 (0,255)
Aceptación	0,71 (0,452)	1,41 (0,132)
Religión	-0,08 (0,897)	0,38 (0,536)
Humor	2,01 (0,007)	0,05 (0,950)
<i>Centradas en el problema</i>	3,04 (0,002)	1,78 (0,067)
Afrontamiento activo	1,96 (0,013)	1,94 (0,014)
Planificación	1,81 (0,014)	1,45 (0,050)
Apoyo instrumental	1,75 (0,016)	-0,03 (0,970)
<i>Disfuncionales</i>	2,52 (0,091)	-3,36 (0,024)
Negación	0,01 (0,989)	-1,88 (0,004)
Uso de sustancias	2,27 (0,217)	-1,56 (0,397)
Renuncia	-0,25 (0,815)	-1,61 (0,128)
Autodistracción	1,19 (0,072)	1,02 (0,121)
Autoinculpación	1,04 (0,306)	-1,76 (0,082)
Descarga emocional	1,53 (0,046)	-2,08 (0,007)

EA: estrategias de afrontamiento; CVRS: calidad de vida relacionada con la salud

**Tabla 4.** Coeficientes de regresión\* (p-valor) para la asociación entre la EA y la CVRS (n=259).

	CVRS	
	Física	Mental
<b>EA</b>		
<i>Centradas en la emoción</i>	2,83 (0,028)	1,90 (0,189)
Apoyo emocional	0,50 (0,505)	0,03 (0,967)
Reformulación positiva	1,19 (0,091)	1,24 (0,114)
Aceptación	0,90 (0,298)	0,95 (0,325)
Religión	0,37 (0,530)	0,31 (0,635)
Humor	1,56 (0,031)	0,51 (0,533)
<i>Centradas en el problema</i>	1,60 (0,079)	1,46 (0,153)
Afrontamiento activo	1,11 (0,130)	1,68 (0,039)
Planificación	1,02 (0,138)	1,19 (0,133)
Apoyo instrumental	0,72 (0,290)	-0,15 (0,839)
<i>Disfuncionales</i>	1,19 (0,390)	-2,99 (0,049)
Negación	-0,08 (0,891)	-0,18 (0,008)
Uso de sustancias	3,02 (0,073)	-1,60 (0,398)
Renuncia	0,01 (0,993)	-1,18 (0,282)
Autodistracción	0,58 (0,331)	1,01 (0,132)
Autoinculpación	0,52 (0,589)	-1,32 (0,217)
Descarga emocional	0,36 (0,616)	-2,16 (0,008)

EA: estrategias de afrontamiento; CVRS: calidad de vida relacionada con la salud  
\*Ajustados por la edad, hijos, convivencia, nivel educativo, tabaco, alcohol e IMC

## DISCUSIÓN

---

Las características sociodemográficas y conductuales de las mujeres con CM de nuestro estudio fueron similares a las que cabría esperar. La edad media de las mujeres que participaron en nuestro estudio coincide con los datos de la SEOM, que señala que la incidencia máxima se sitúa por encima de los 50 años. También es frecuente encontrar en otros estudios que las mujeres con CM tienen un IMC elevado y el consumo actual o pasado de tabaco (10).

Las mujeres con CM de nuestro estudio utilizaron, espontáneamente, más EA funcionales que disfuncionales. Dentro de estas, a pesar de que las EA centradas en el problema obtuvieron una mayor puntuación en nuestro estudio, al analizar individualmente cada uno de los factores el apoyo emocional y la aceptación fueron las más frecuentemente utilizadas, ambas pertenecientes a las EA centradas en la emoción. Diferentes EA son empleadas según cada persona, su circunstancia y, especialmente, los valores culturales, motivo por el cual este tipo de estudios son necesarios en todas las partes del mundo. Por ejemplo, se ha encontrado en estudios previos que la búsqueda de apoyo emocional era la más referida por pacientes con CM en Tailandia, mientras que en Irán destacó el abordaje espiritual y religioso (29). Por otro lado, en Egipto, una gran proporción de pacientes utilizó la aceptación, la religión y el apoyo emocional para afrontar el estrés que les supuso el diagnóstico (30). En la ciudad de Los Ángeles (EEUU) se observó que la creencia en el control divino se relacionó positivamente con el enfoque de afrontamiento, es decir, reformulación positiva, afrontamiento activo y planificación, en todos los grupos étnicos (31). En general, los aspectos religiosos y la espiritualidad parecen tener una gran importancia en muchas muestras de mujeres con CM, pero no en España.

Con respecto a la CVRS, tanto su dimensión mental como la física obtuvieron puntuaciones inferiores a la media nacional, y pueden ser consideradas notablemente bajas. Este es un hallazgo

común en los estudios previos, ya que, en general, las pacientes que han sido diagnosticados con CM tienen un elevado riesgo de afectación de sus capacidades, ya sea o no por la presencia de problemas de salud que aparecen como consecuencia del diagnóstico (32). De acuerdo a un metaanálisis realizado únicamente con mujeres de países mediterráneos, sólo el 21% de las mujeres tenían CVRS considerada buena (33), lo que coincide con nuestros hallazgos. A pesar de estos datos, según diversos estudios, la CVRS de las pacientes con CM mejoró durante la última década. Varias intervenciones sencillas pero eficaces, como la actividad física, han demostrado ser efectivas para mejorar la CVRS en esta población y se han implementado en muchos países, bien a través de atención especializada, de atención primaria o a través de asociaciones de pacientes. Para las supervivientes, el tratamiento de síntomas como el dolor y el linfedema, los problemas relacionados con la preocupación, la función sexual, especialmente en el caso de las pacientes jóvenes, y las perspectivas de futuro son algunos de los temas que merecen una mayor consideración (34). Como se puede apreciar, la mayor parte de cuestiones que socavan la CVRS de las mujeres tiene que ver con el encaje psicosocial de la enfermedad. En todo caso, parece ser que todavía hay un largo camino por recorrer para entender lo que realmente importa a las pacientes. Una revisión reciente sobre los determinantes psicosociales de la CVRS en supervivientes al CM que incluyó 33 estudios halló que un nivel más alto de influencia positiva (como el apoyo social) y un nivel más bajo de influencia negativa de un determinante psicosocial se asoció con una mejor CVRS. Según esta revisión, el papel de algunos determinantes, como la espiritualidad y las EA, todavía se había estudiado poco (35).

En nuestro estudio, como se hipotetizó durante la fase de diseño del estudio, aquellas EA centradas en la emoción, sobre todo el humor, tuvieron una influencia positiva sobre la CVRS física. Por el contrario, las EA disfuncionales se asociaron con menor CVRS mental, especialmente la negación y la descarga emocional. Las EA centradas en la emoción pueden mejorar la resiliencia de aquellas pacientes con CM y aliviar el dolor tanto físico como emocional que conlleva tal enfermedad. Un

ejemplo podría ser aquellas mujeres que son capaces de ver la situación a la que se enfrentan con otros ojos, para hacer que parezca más positiva y soportable, o aquellas que reciben apoyo emocional y comprensión por parte de otros. Este apoyo emocional funciona como ayuda a la hora de hacer frente a una situación difícil, en el sentido de que la involucración de aquellas personas importantes para una mujer con CM puede influenciar en cómo lidiar mejor con las diferentes condiciones físicas y mentales a las que se enfrentan y, consecuentemente, mejorar su autoestima y sensación de control sobre la enfermedad. En la literatura científica previa se ha observado que aquellas pacientes que refieren una mayor autoestima son capaces de enfrentarse a la enfermedad de forma más positiva y activa, con tendencia a utilizar EA como afrontamiento activo y refuerzo positivo (36,37).

En estudios previos en pacientes con cáncer se había demostrado que el uso de EA centradas en el problema reducía los niveles de ansiedad, depresión y desesperanza y, consecuentemente, aumentaba la CVRS (38), pero en nuestro estudio estas asociaciones no fueron tan robustas y sólo el afrontamiento activo se asoció con mejor puntuación en la CVRS mental. Este resultado podría ser explicado a través del modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1987) (39), quienes establecieron que, en las EA centradas en el problema, los pacientes centran su atención principal en afrontar la situación y encontrar soluciones para lidiar con los diferentes factores estresantes. Este proceso puede reducir los niveles de estrés, los cuales están relacionados con la CVRS en pacientes con cáncer. De esta manera, en los pacientes con CM, una EA centrada en el problema puede estar directamente relacionada con sus esfuerzos para afrontar la enfermedad, lo cual reduciría el estrés y, por tanto, resultaría en una mejor CVRS. Sin embargo, EA disfuncionales como la negación o la autodistracción derivan en una desconexión del paciente con el medio y, por tanto, un alejamiento del factor estresante. A la larga, esto ha sido relacionado en diferentes estudios previos con peor adherencia al tratamiento y, consecuentemente, con una peor CVRS, lo cual también coincide con los resultados de nuestro estudio (32,39-41). En general, se sabe que las EA

disfuncionales tienen un gran impacto sobre la CVRS de las personas y dificulta su día a día. Además, se ha sugerido que el estadio de la enfermedad y el tiempo desde el diagnóstico tienen un papel relevante en estas asociaciones, ya que aquellas pacientes cuyo diagnóstico tuvo lugar hace más tiempo tienden a optar por EA disfuncionales (42).

De vuelta con la teoría propuesta por Lazarus (2003), se podría considerar que, a pesar de darle mayor relevancia a las emociones consideradas como positivas, no debe hacerse en detrimento de las negativas, ya que están estrechamente relacionadas. Las emociones pueden tener una vertiente positiva o negativa según el contexto en el que se desarrollen (43). Estos datos, junto con los resultados obtenidos en nuestro estudio y en línea con estudios anteriores, nos harían pensar que una atención multidimensional, en dónde no solo nos centrásemos en tratar aquellas emociones negativas, sino en el abordaje de unas EA adecuadas y su correspondiente refuerzo positivo, podrían mitigar las consecuencias de una enfermedad como el CM sobre la CVRS (41).

En cuanto a las implicaciones para la práctica clínica de nuestros hallazgos, se propone la indagación rutinaria de las EA que utiliza la mujer durante los primeros meses tras el diagnóstico en las consultas de enfermería o mediante la incorporación de especialistas en psico-oncología, como parte de un abordaje multidisciplinar del CM. Esto podría crear un clima terapéutico con un enfoque más holístico, lo que podría aumentar la adherencia al tratamiento, prevenir posibles recaídas y mejorar las actitudes hacia el autocuidado, y aumentar la CVRS. Se recomienda, por tanto, la incorporación del apoyo emocional para ofrecer unos cuidados de calidad. También sería necesario realizar seguimientos a medio y largo plazo de las EA y la CVRS de las mujeres con CM para dar una mayor visión sobre el impacto de la enfermedad, o estudios cualitativos con entrevistas en profundidad, tanto a los pacientes como a sus familiares, para poder ampliar nuestros conocimientos sobre las EA y la CVRS de las mujeres con CM.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones. Primero, al ser un estudio transversal no se puede establecer una relación causal entre las variables, puesto que aporta datos en un momento único del tiempo y la asociación podría ser reversa. Segundo, el tamaño reducido y localizado de la muestra dificulta su generalización, limitando la capacidad de detectar tamaños de efecto menores en el análisis de correlación. Por último, nuestro estudio tuvo en cuenta únicamente aquellas mujeres cuyo diagnóstico de cáncer de mama tuvo lugar hace más de dos años, por lo que nuestros resultados no podrían ser aplicados a pacientes cuyo diagnóstico ha sido más reciente o que padecen otro tipo de cáncer.

## CONCLUSIONES

---

**Primera.** Las puntuaciones obtenidas por las mujeres con CM para las EA fueron moderadas. Destacaron las EA funcionales, especialmente la aceptación y el conjunto de estrategias centradas en el problema. En cuanto a la CVRS, la puntuación fue más baja que la media poblacional, con una apreciable afectación de la esfera mental.

**Segunda.** El conjunto de EA centradas en la emoción se asociaron con una mejor CVRS física y las disfuncionales con una menor CVRS mental. En cuanto a los factores concretos, por un lado, el uso del humor se asoció con una mayor CVRS física y el afrontamiento activo con una mejor CVRS mental; por otro lado, la descarga emocional y la negación se correlacionaron negativamente con la CVRS mental.

## REFERENCIAS

---

1. División de Prevención y Control del Cáncer, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. ¿Qué es el cáncer de mama? [Internet]. Atlanta: CDC; 2020 [citado el 29 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic\\_info/what-is-breast-cancer.htm](https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm).
2. Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Atlanta (GA): A.D.A.M., Inc.; 2005 [citado el 19 mayo 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002387.htm>.
3. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Bethesda: Instituto Nacional del Cáncer; 2011 [citado el 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/prevalencia>.
4. Diccionario Médico [Internet]. Pamplona: Clínica Universidad de Navarra; 2012 [citado el 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/afrentamiento>.
5. Medina MD. Estrategias de afrontamiento: definición y clasificación [Internet]. Madrid: MDM Psicología Clínica; 2020 [citado el 01 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.mdmpsicologiaclinica.com/2020/06/02/estrategias-de-afrontamiento/>
6. Cabanyes Truffino J. Resiliencia: una aproximación al concepto. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2010;3(4):145-51. doi: 10.1016/j.rpsm.2010.09.003.
7. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia Promoc Salud. 2007; 12(1):11-24.
8. Soto M, Failde I. Health-related quality of life as an outcome measure in patients with ischemic cardiopathy. Rev Soc Esp Dolor. 2004; 11: 505-14.

9. Cáncer de mama [Internet]. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer; 2021 [citado el 06 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama>
10. Bertrán AS. Cáncer de mama [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2020 [citado el 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama>
11. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249.
12. European Cancer Information System [Internet]. Bruselas: Comisión Europea; 2022 [citado el 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>.
13. LeMasters T, Madhavan S, Sambamoorthi U, Kurian S. A population-based study comparing HRQoL among breast, prostate, and colorectal cancer survivors to propensity score matched controls, by cancer type, and gender. *Psychooncology.* 2013;22(10):2270-82.
14. Campbell-Enns H, Woodgate R. The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2015;13(1):112-21.
15. Villaseñor A, Ballard-Barbash R, Baumgartner K, Baumgartner R, Bernstein L, McTiernan A, Neuhaus ML. Prevalence and prognostic effect of sarcopenia in breast cancer survivors: the HEAL Study. *J Cancer Surviv.* 2012;6(4):398-406.
16. Brandão T, Schulz MS, Matos PM. Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psychooncology.* 2017;26(7):917-26
17. Al-Azri M, Al-Awisi H, Al-Moundhri M. Coping with a diagnosis of breast cancer-literature review and implications for developing countries. *Breast J.* 2009;15(6):615-22.

18. Mehrabi E, Hajian S, Simbar M, Hoshyari M, Zayeri F. Coping response following a diagnosis of breast cancer: A systematic review. *Electron Physician*. 2015;7(8):1575-83
19. Kang NE, Kim HY, Kim JY, Kim SR. Relationship between cancer stigma, social support, coping strategies and psychosocial adjustment among breast cancer survivors. *J Clin Nurs*. 2020;29(21-22):4368-78.
20. Fasano J, Shao T, Huang HH, Kessler AJ, Kolodka OP, Shapiro CL. Optimism and coping: do they influence health outcomes in women with breast cancer? A systemic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2020;183(3):495-501.
21. Aizpurua-Perez I, Perez-Tejada J. Resilience in women with breast cancer: A systematic review. *Eur J Oncol Nurs*. 2020;49:101854.
22. El Haidari R, Abbas LA, Nerich V, Anota A. Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Women with Breast Cancer in the Middle East: A Systematic Review. *Cancers (Basel)*. 2020;12(3):696.
23. Alonso-Molero J, Dierssen-Sotos T, Gomez-Acebo I, Fernandez de Larrea Baz N, Guevara M, Amiano P, et al. Quality of Life in a Cohort of 1078 Women Diagnosed with Breast Cancer in Spain: 7-Year Follow-Up Results in the MCC-Spain Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):8411.
24. Delgado-Sanz MC, García-Mendizábal MJ, Pollán M, Forjaz MJ, López-Abente G, Aragonés N, Pérez-Gómez B. Heath-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2011 Jan 14;9:3.
25. Li L, Zhu X, Yang Y, He J, Yi J, Wang Y, et al. Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13(1):51.
26. Carver C. You want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *Int J Behav Med*. 1997;4:92–100.

27. Solberg MA, Gridley MK, Peters RM. The Factor Structure of the Brief Coping: A Systematic Review. *West J Nurs Res.* 2021;1939459211012044.
28. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin (Barc).* 2008;130(19):726-35.
29. Khalili N, Farajzadegan Z, Mokarian F, Bahrami F. Coping strategies, quality of life and pain in women with breast cancer. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013;18(2):105-11.
30. Elsheshtawy EA, Abo-Elez WF, Ashour HS, Farouk O, El Zaafarany MI. Coping strategies in egyptian ladies with breast cancer. *Breast Cancer (Auckl).* 2014;8:97-102.
31. Umezawa Y, Lu Q, You J, Kagawa-Singer M, Leake B, Maly RC. Belief in divine control, coping, and race/ethnicity among older women with breast cancer. *Ann Behav Med.* 2012;44(1):21-32.
32. Mohammadipour M, Pidad F. Coping Strategies, Locus of Control, and Quality of Life in Patients with Early-Stage Breast Cancer. *J Psychol.* 2021;155(4):375-86.
33. Hashemi SM, Balouchi A, Al-Mawali A, Rafiemanesh H, Rezaie-Keikhaie K, Bouya S, et al. Health-related quality of life of breast cancer patients in the Eastern Mediterranean region: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat.* 2019;174(3):585-96.
34. Mokhtari-Hessari P, Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. *Health Qual Life Outcomes.* 2020;18(1):338.
35. Culbertson MG, Bennett K, Kelly CM, Sharp L, Cahir C. The psychosocial determinants of quality of life in breast cancer survivors: a scoping review. *BMC Cancer.* 2020;20(1):948.
36. Ahadzadeh AS, Sharif SP. Uncertainty and Quality of Life in Women With Breast Cancer: Moderating Role of Coping Styles. *Cancer Nurs.* 2018;41(6):484-90.
37. Mingorance MJ, Arbinaga F, Márquez JC, & Bayo-Calero J. Estrategias de afrontamiento y autoestima en mujeres con cáncer de mama. *Anales de Psicología.* 2019;35(2):188–94. 1

38. Tuncay T. Coping and quality of life in Turkish women living with ovarian cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(9):4005-12.
39. Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality.* 1987;1(3, Spec Issue):141-69.
40. Zamanian H, Amini-Tehrani M, Mahdavi Adeli A, Daryaafzoon M, Arsalani M, Enzevaei A, et al. Sense of coherence and coping strategies: How they influence quality of life in Iranian women with breast cancer. *Nurs Open.* 2021;8(4):1731-40.
41. Velasco L, Gutiérrez Hermoso L, Alcocer Castillejos N, Quiroz Friedman P, Peñacoba C, Catalá P, et al. Association between quality of life and positive coping strategies in breast cancer patients. *Women & Health.* 2020;60(9):1063-9.
42. Ośmiałowska E, Misiąg W, Chabowski M, Jankowska-Polańska B. Coping Strategies, Pain, and Quality of Life in Patients with Breast Cancer. *J Clin Med.* 2021;10(19):4469.
43. Lazarus RS. Does the Positive Psychology Movement Have Legs? *Psychological Inquiry.* 2003;14(2):93-109

### Anexo 1. Encuesta para pacientes

¿Cuántos años tiene?: \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos tiene (sumando chicas y chicos)? \_\_\_\_\_

¿Con quién vive?

- Sola
- En pareja
- Con familiares, pero sin pareja.
- Con otras personas, en una vivienda
- Con otras personas, en una residencia o similar

¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha completado?

- Estudios primarios o menos
- Enseñanza secundaria obligatoria (ESO)
- Formación profesional de grado medio
- Bachillerato / Formación profesional de grado superior
- Estudios Universitarios

¿Fumas o has fumado de forma regular?:

- No fumo y nunca he fumado
- No fumo, pero he fumado en el pasado de forma regular
- Fumo de forma regular, sea la cantidad que sea

En una semana normal, ¿aproximadamente cuántas bebidas con alcohol tomas? \_\_\_\_\_

\*Para calcular las unidades tenga en cuenta que:

1 whisky = 1 ron = 1 combinado = 1 copa de coñac = 1 vermut = 2 unidades de alcohol

1 caña o un quinto de cerveza = 1 vaso pequeño de vino = 1 una copa de champán o cava = 1 chupito de licor de 40º = 1  
unidad de alcohol

1 chupito de licor 20º = ½ unidad de alcohol

Ejemplo: si toma dos copas de vino al día, 3 cervezas por semana y un güisqui el fin de semana debería marcar 19 unidades  
de alcohol por semana:  $(7 \times 2) = 14$  por el vino, 3 por la cerveza y 2 por el whisky.

¿Cuánto pesa sin ropa de abrigo? \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ kg

¿Cuánto mide descalza? \_\_\_\_\_ Cm

Las siguientes preguntas tienen que ver con cómo gestionas tus emociones en el día a día. Por favor, marca con una "X" tu grado de acuerdo con cada una de las frases.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
Sé cuándo hablar con los demás a cerca de mis problemas personales					
Cuando me enfrente a obstáculos, recuerdo otras veces que fui capaz de resolver problemas similares					
Espero hacer bien la mayoría de cosas que intento					
Otras personas confían fácilmente en mí					
Tengo dificultades para entender los mensajes no verbales de otras personas					
Algunos de los sucesos más importantes de mi vida me han llevado a replantearme lo que es importante y lo que no					
Cuando cambia mi estado de ánimo, veo nuevas posibilidades					
Las emociones son una de las cosas que hacen que mi vida valga la pena					
Soy consciente de mis emociones cuando las experimento					
Espero que sucedan cosas buenas					
Me gusta compartir mis emociones con los demás					
Cuando experimento una emoción positiva, sé cómo hacer que sea duradera					
Organizo eventos que otros disfrutan					
Busco actividades que me hacen feliz					
Soy consciente de los mensajes no verbales que les envío a los demás					
Me presento a los demás de manera que pueda causarles buena impresión					
Cuando tengo un estado de ánimo positivo, resolver problemas es fácil para mí					
Soy capaz de reconocer las emociones que otros están experimentando mirando su expresión facial					
Sé por qué cambian mis emociones					
Cuando tengo un estado de ánimo positivo, soy capaz de aportar nuevas ideas					
Tengo control sobre mis propias emociones					
Reconozco fácilmente mis emociones mientras las estoy experimentando					
Me motiva imaginar el buen resultado de las tareas que hago					
Felicito a los demás cuando han hecho algo bien					
Soy consciente de los mensajes no verbales que otras personas envían					
Cuando otra persona me cuenta algún evento importante de su vida, casi me siento como si lo hubiera experimentado yo mismo/a					
Cuando siento un cambio en mis emociones, tengo tendencia a aportar nuevas ideas					
Cuando me enfrente a un reto, me rindo porque creo que fracasaré					
Sé cómo se sienten otras personas con sólo mirarlas					
Ayudo a otras personas a sentirse mejor cuando están decaídas					
Utilizo el buen estado de ánimo para ayudarme a seguir intentando enfrentarme a los obstáculos					
Puedo decir cómo se sienten las personas con sólo oír el tono de su voz					
Es difícil para mí entender por qué las personas se sienten de una determinada manera					

<p><b>Las siguientes preguntas se refieren al modo en que afrontaste tu enfermedad. Nos interesa saber cómo te enfrentaste y adaptaste a esa situación difícil. ¿Con qué frecuencia hiciste lo siguiente cuando le diagnosticaron su enfermedad?</b></p>	<p>No hice esto en absoluto</p>	<p>Hice esto unas pocas veces</p>	<p>Hice esto con cierta frecuencia</p>	<p>Hice esto muchas veces</p>
Intenté conseguir que alguien me ayudara o aconsejara sobre qué hacer				
Concentré mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estaba				
Acepté la realidad de lo que estaba sucediendo				
Recurrí al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente				
Me decía a mí misma "esto no es real"				
Intenté proponer una estrategia sobre qué hacer				
Hacía bromas sobre ello				
Me criticaba a mí misma				
Conseguí apoyo emocional de otros				
Tomé medidas para intentar que la situación mejorara				
Renuncié a intentar ocuparme o manejar la situación				
Decía cosas para que se fueran mis sentimientos desagradables				
Me negaba a creer que haya sucedido				
Intentaba verlo con otros ojos, para hacer que pareciera más positivo				
Utilicé alcohol u otras drogas para sentirme mejor				
Intenté hallar consuelo en mi religión o en mis propias creencias espirituales				
Conseguí el consuelo y la comprensión de alguien				
Traté de buscar algo bueno en lo que estaba sucediendo				
Me reía de la situación				
Recé o medité				
Aprendí a vivir con ello				
Hacía algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine, ver la TV o ir de compras				
Expresé mis sentimientos negativos				
Utilizaba alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo				
Renuncié al intento de afrontar el problema				
Pensaba detenidamente sobre los pasos a seguir				
Me echaba la culpa de lo que había sucedido				
Conseguí que otras personas me ayudaran o aconsejara				

## Anexo II. Carta de aceptación del Comité de Ética (Asturias)

<b>GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</b>	<b>Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias</b>
CONSEJERÍA DE SALUD	Hospital Universitario Central de Asturias
Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento	N-1, S3.19
	Avda. de Roma, s/n
	33011 Oviedo
	Tfno: 9851079 27 (ext. 37927/38028).
	ceim.asturias@asturias.org

Oviedo, 24 de enero de 2022

El Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto nº 2022.023, titulado "INTELIGENCIA EMOCIONAL, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA". Investigador Principal Alberto Lana Pérez, Universidad de Oviedo.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Los Consentimientos informados deberán firmarse por duplicado (para dejar constancia de ello) y una copia deberá ser archivada con la documentación del estudio.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.



Fdo: PABLO ISIDRO MARRON  
Secretario del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias