

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES
DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORA:

Cynthia Stephanie Segovia Escobedo

ASESORA:

Patricia Susana Bárrig Jό

Lima, agosto, 2020

Agradecimientos

A mi mamá, que me apoyó desde el primer momento, celebró conmigo cada logro y me dio ánimo en los momentos difíciles. Eres mi ejemplo y motivación.

A mis hermanos Hendry y Vane, por creer en mí e interesarse tanto por todo lo que estaba aprendiendo.

A Cesítar, por todo el cariño, apoyo, paciencia y compañía durante tantos años.

A mi tía Mirtha, mi tía Giannina, mis primos Javi, Francesco y Karem, a la pequeña Sophi y a Tussy, siempre dispuestos a ayudarme.

A mis amigos Francisco, Patty y Mariafernanda que, desde el comienzo y en el transcurso, me apoyaron muchísimo.

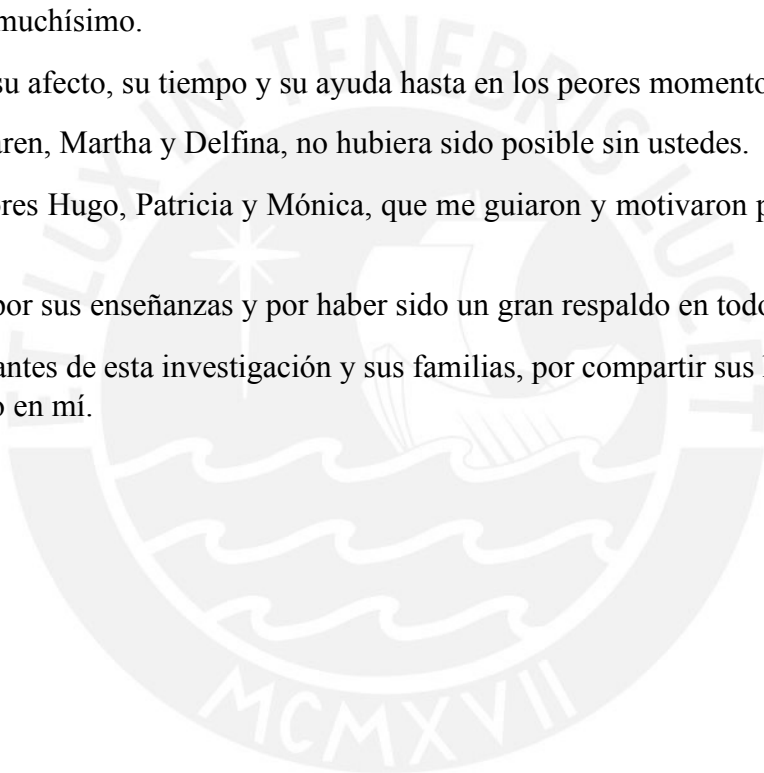
A Klaus, por su afecto, su tiempo y su ayuda hasta en los peores momentos.

A Maritza, Karen, Martha y Delfina, no hubiera sido posible sin ustedes.

A mis profesores Hugo, Patricia y Mónica, que me guiaron y motivaron para hacer posible este trabajo.

A Giovanna, por sus enseñanzas y por haber sido un gran respaldo en todo este proceso.

A los participantes de esta investigación y sus familias, por compartir sus historias conmigo y confiar tanto en mí.



Resumen

El cáncer es una de las enfermedades crónicas con mayor índice de mortalidad a nivel mundial. Durante la adolescencia se consolida como un evento especialmente estresante que se suma a los propios de esta etapa del desarrollo. El tipo de afrontamiento que utilicen los pacientes puede contribuir o perjudicar el proceso de adaptación a la enfermedad en cuanto a superar limitaciones físicas, psicológicas y sociales, lo que se relacionaría con un determinado nivel de calidad de vida.

El objetivo de esta investigación es identificar la relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento y los niveles de Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) que reportan 72 pacientes oncológicos (41 hombres y 31 mujeres), entre 12 y 21 años ($M=17.57$, $DE=2.25$) que reciben tratamiento en una institución hospitalaria de Lima. Para medir el Afrontamiento se utilizó la Escala de afrontamiento para adolescentes – ACS (Frydenberg & Lewis, 1993) adaptada por Canessa (2003) y para la CVRS se utilizó el Cuestionario SF-36, desarrollado por Ware y Sherbourne (1992) y adaptado por Alonso, Prieto, y Anto (1995).

Los resultados muestran relaciones significativas entre ambas variables encontrando correlaciones positivas entre las estrategias de afrontamiento pertenecientes al estilo Resolver el problema y al estilo Referencia a otros y las dimensiones de la CVRS. Mientras que el estilo de Afrontamiento no productivo y sus estrategias presentaron correlaciones negativas con las dimensiones de la CVRS. Adicionalmente, se encontraron diferencias significativas en ambos constructos de acuerdo con datos sociodemográficos y datos de la enfermedad.

Palabras clave: calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), afrontamiento, cáncer, adolescentes

Abstract

Cancer is one of the chronic diseases with the highest mortality rate worldwide. During adolescence, it is as a particularly stressful event that adds to those at this stage of development. The type of coping used by patients can contribute or harm the process of adaptation to the disease in terms of overcoming physical, psychological and social limitations, which would be related to a certain level of quality of life.

The objective of this research is to identify the relationship between coping styles and strategies and the levels of Health Related Quality of Life (HRQL) reported by 72 cancer patients (41 men and 31 women), between 12 and 21 years old ($M = 17.57$, $SD = 2.25$) who receive treatment in a medical institution in Lima. The Adolescent Coping Scale (ACS) (Frydenberg & Lewis, 1993) adapted by Canessa (2003) was used to measure coping, and the SF-36 questionnaire developed by Ware and Sherbourne (1992) and adapted by Alonso, Prieto, and Anto (1995) was used to measure the HRQoL.

The results show significant relationships between both variables, finding positive correlations between the coping strategies belonging to the Solve the problem style and the Reference to others style and the dimensions of HRQL. While the non-productive coping style and its strategies showed negative correlations with the dimensions of HRQL. Additionally, significant differences were found in both constructs according to sociodemographic data and disease data.

Keywords: health related quality of life (HRQL), coping, cancer, adolescents

Tabla de contenidos

| | |
|--|-----|
| Agradecimientos | ii |
| Resumen | iii |
| Abstract | iv |
| Tabla de contenidos | v |
| Introducción | 7 |
| Método | 19 |
| Participantes | 19 |
| Medición | 19 |
| Procedimiento | 23 |
| Análisis de datos | 24 |
| Resultados | 27 |
| Discusión | 33 |
| Referencias | 43 |
| Apéndices | 59 |
| Apéndice A: Consentimiento informado | 61 |
| Apéndice B: Consentimiento informado – Padres/Tutores | 62 |
| Apéndice C: Asentimiento informado | 63 |
| Apéndice D: Ficha de datos sociodemográficos y médicos | 64 |
| Apéndice E: Descriptivos de las variables sociodemográficas y de la enfermedad | 65 |
| Apéndice F: Confiabilidad de la escala de afrontamiento | 66 |
| Apéndice G: Confiabilidad de la escala de CVRS | 70 |
| Apéndice H: Pruebas de normalidad | 73 |
| Apéndice I: Resultados descriptivos de Afrontamiento | 74 |



El cáncer es un grupo de enfermedades que tienen en común el crecimiento anormal y descontrolado de las células del cuerpo pudiendo originarse en cualquier parte de este y dificultando su normal funcionamiento (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2017). Es posible clasificarlas en dos principales grupos: tumores sólidos y enfermedades hematológicas. Los primeros se caracterizan por la presencia de una masa anormal de tejido y adoptan el nombre del órgano inicial en el que se forman (e.g., cáncer de seno, cáncer de pulmón, cáncer de estómago) mientras que los segundos empiezan en el tejido que forma la sangre o en las células del sistema inmunitario (leucemia, linfoma y mieloma múltiple) (Instituto Nacional del Cáncer [NIH] 2015). En todos los casos, las células cancerosas se pueden propagar invadiendo otros tejidos u órganos vecinos o se pueden diseminar a otras partes del cuerpo más distantes y pueden provocar la muerte del paciente si no ha habido un tratamiento efectivo (American Cancer Society, 2016; Die Goyanes & Die Trill, 2003).

Se considera que el cáncer es una de las enfermedades crónicas con mayor índice de mortalidad a nivel mundial. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018), se registraron 8.8 millones de defunciones en el 2015, de las cuales el 70% se registró en países de ingresos medios y bajos. En Latinoamérica, esta enfermedad ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y se prevé que los casos anuales de cáncer continuarán aumentando desde 14 millones registrados en el 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas. En Perú, solo en el 2018, se registraron 66 627 casos nuevos y 33 098 muertes (Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, 2019). Dada su alta incidencia y mortalidad, el cáncer representa un importante problema de salud pública (Ministerio de Salud, 2018).

En adolescentes y en adultos jóvenes hasta los 29 años, el cáncer se considera una enfermedad rara (INEN, 2016). No obstante, estos tienen mayor probabilidad que los niños o que los adultos de ser diagnosticados con tipos específicos de cáncer que tienen características genéticas y biológicas únicas e importantes manifestaciones clínicas (NIH, 2018). Según cifras del INEN (2016), entre las neoplasias más frecuentes en pacientes adolescentes se encuentran las leucemias, que en gran medida se caracterizan por la imprevisibilidad de su evolución y la incertidumbre de su desenlace (Arranz, Ulla, & Coca, 2003); tumores del encéfalo, que pueden generar el deterioro de la función neurocognitiva, trastornos del estado de ánimo y otros trastornos neurológicos (Rodríguez & Die Trill, 2003); cáncer de testículo en los hombres, que involucra posibles mutilaciones y cambios corporales que afectan la fertilidad y sexualidad (Camacho, 2003) y cáncer de tiroides en las mujeres, que amerita un seguimiento de por vida por la alta probabilidad de reincidencia (American Cancer Society, 2019).

En función del tipo de cáncer diagnosticado, el tratamiento expone a los pacientes a protocolos terapéuticos multidisciplinarios en los que frecuentemente interviene más de una especialidad médica oncológica (Die Trill, 2003). Los principales son cirugía, radiación y/o tratamientos médicos con efecto sistémico, como la quimioterapia, entre otros. En su mayoría, estos tratamientos se caracterizan por su prolongada duración, la necesidad de periodos largos de hospitalización y aislamiento (Die Goyanes & Die Trill, 2003) así como por los desagradables efectos secundarios a los que conllevan como dolor, náuseas, vómitos, fatiga, reducción en la movilidad y alteraciones en la imagen corporal (variación del peso, alopecia, cambios en la piel, etc.) (Carrillo-González, 2017; Die Trill, 2003).

A pesar de los avances que se han logrado en los tratamientos y sus consecuentes mejoras en las tasas de supervivencia (Coccia, 2019), esta enfermedad se sigue relacionando frecuentemente con sufrimiento, dolor y muerte (Die Trill, 2003), por lo que afectaría el nivel de calidad de vida de los pacientes que la padecen no solo a nivel físico, sino también a nivel psicológico y social (Rosenberg et al., 2017; Sender & Zabokrtsky, 2015; Xavier et al., 2020).

Un grupo de investigación de la OMS definió el término “Calidad de vida” como la manera en la que un individuo percibe bienestar en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones y en función de su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales dentro del lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el que vive (Grupo de la OMS sobre la calidad de vida, 1996). En un contexto de enfermedad, la medición tradicional de la Calidad de Vida desde un punto de vista biomédico a partir de indicadores cuantitativos como la tasa de mortalidad, morbilidad y la expectativa de vida ya no es suficiente y surge la necesidad de tener en cuenta indicadores cualitativos desde el punto de vista de los pacientes en cuanto al impacto de la enfermedad en la calidad de vida y en la propia satisfacción (Schwartzmann, 2003). En este sentido, se utiliza el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) para medir el grado en el que una enfermedad y su tratamiento alteran el bienestar de quien la padece (Higuera & Cardona, 2015). Esta medición es multidimensional y considera aspectos físicos, psicológicos y sociales e implica una calificación subjetiva del estado funcional de la persona, desde su propia percepción y de acuerdo con lo que cree posible o ideal (Cella, 2003). De acuerdo con esta definición, la CVRS podría definirse como el impacto que el cáncer, los tratamientos, las secuelas y los efectos secundarios de éste pueden tener sobre la percepción que tenga el paciente de su propio bienestar y de su vida en general en cuanto a limitaciones físicas, psicológicas y sociales (Schwartzmann, 2003).

Ante la enfermedad, los adolescentes presentan una mayor vulnerabilidad psicológica (Salvia, Farberman, & Velasco, 2017). Las características propias de esta etapa del desarrollo acentúan aun más el impacto de la enfermedad y del tratamiento (Die Trill, 2003; Llantá et al., 2018; Sodergren et al., 2017; Xavier et al., 2020) por lo que la CVRS se ve mermada en los tres niveles, interfiriendo el desarrollo evolutivo normal (Llantá et al., 2016), el funcionamiento general (Pennant et al., 2020) y creando necesidades psicosociales que difieren de las de los niños y adultos mayores (Galán et al., 2016; Sender & Zabokrtsky, 2015; Sodergren et al., 2017; Thornton, Ruble, & Kozachik, 2020; Xavier et al., 2020).

A nivel físico, las variaciones hormonales, alteraciones físicas propias de la pubertad y la preocupación creciente por la imagen corporal (Papalia, Duskin & Martorell, 2012) se suman al deterioro físico, fatiga, y las consecuencias visibles de la enfermedad como cicatrices o la amputación de algún miembro (Galán et al., 2016; Malboeuf-Hurtubise et al., 2015; Nunes et al., 2018) acentuando la insatisfacción con el propio cuerpo, su funcionamiento físico y apariencia (Die Trill, 2003; Llantá et al., 2016; Salvia et al., 2017; Taylor, 2007).

A nivel psicológico, las tareas del desarrollo relacionadas a la búsqueda de la propia identidad, autonomía e independencia así como las aspiraciones educativas y vocacionales (American Academy of Pediatrics, 2019; Papalia, Wendkos Olds, & Duskin, 2009), se pueden ver afectadas negativamente por la sintomatología del cáncer (Masterton & Tariman, 2016) y se generarían cambios drásticos en el autoconcepto y la autoestima (Chen & Kochen, 2005 como se citó en Higuera & Cardona, 2015; Taylor, 2007). Asimismo, ante el diagnóstico, es posible que se presenten cuadros ansiosos y depresivos (Flores-Carvajal, & Urzúa, 2015), así como altos niveles de miedo, labilidad emocional, desesperanza, conductas regresivas, conductas de evitación, irritabilidad, malestar emocional asociado al dolor físico, síntomas anticipatorios, incertidumbre, vulnerabilidad, insomnio, entre otros (Bell, 2019; Die Trill, 2003; García & Lucio, 2016; Urbano, 2003; Taylor, 2007).

A nivel social, el grupo de iguales adquiere mayor influencia y surge la búsqueda de un sentido de pertenencia (Buitelaar, J., 2012; Papalia, Duskin, & Martorell, 2012). No obstante, los largos periodos de hospitalización pueden interrumpir las rutinas previas (Celma, 2009) y otras actividades placenteras (Die Trill, 2003; Urbano, 2003) propiciando la separación del grupo de amigos y la pareja generando una sensación de aislamiento social (Bellver & Verdet, 2015; Pennant, 2020; Thornton, 2020). A partir de la enfermedad, pueden surgir nuevos temores a futuro sobre el atractivo físico, la posibilidad de enamorarse y casarse en el futuro, la posible esterilidad que les impida formar una familia y la esperanza de ser feliz (Celma, 2009; Quinn, Goncalves, Sehovic, Bowman, & Reed, 2015; Sender et al., 2019; Skaczkowski

et al., 2018; Stinson et al., 2015; Tonsing & Ow, 2017). Por tanto, la amenaza de una enfermedad que pone en riesgo su vida y los desafíos propios del periodo de transición que atraviesan, representan dos importantes fuentes de estrés para los adolescentes (Llantá, Bayarre & Grau, 2018; Masterton & Tariman, 2016; Patterson, McDonald, Zebrack, & Isaacson, 2012).

Según Lazarus y Folkman (1984), el estrés es un concepto dinámico que resulta de la interacción entre una persona y su entorno y surge si existen discrepancias entre la valoración que se tiene sobre las demandas del entorno y la valoración de los recursos con los que se cuenta para hacerle frente. Esta valoración determinará el tipo de respuesta que se tenga ante los eventos estresantes, el tipo de emociones que se generen y su intensidad (Folkman, 1999 como se citó en Barra, 2003). Frente a esto, el afrontamiento hace referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que realizan las personas para manejar las demandas internas y/o externas específicas de eventos estresantes que son valorados como desbordantes o que exceden los recursos personales (Lazarus & Folkman, 1986). Muchas fuentes de estrés no pueden dominarse o modificarse radicalmente, pero es posible manejarlas de una forma más adecuada; tolerándolas, minimizándolas, aceptándolas o incluso ignorándolas (Folkman, 1982).

Un evento estresante se puede percibir como una pérdida, una amenaza o un desafío, por lo que la elección de una u otra forma de afrontar varía de una situación a otra dependiendo de distintos factores como el contexto, el grado de control que se perciba sobre la situación y los recursos de la persona (Lazarus & Folkman, 1986). Además de los recursos, Frydenberg y Lewis (1994, 1997) proponen los valores personales, las creencias y las metas y consideran que el afrontamiento es una competencia psicosocial que determina el proceso de aprendizaje, de desarrollo y el nivel de calidad de vida de cada persona (Frydenberg, 2008).

Inicialmente, Lazarus y Folkman (1986) plantearon dos tipos de afrontamiento: centrado en el problema y centrado en la emoción. El primero incluye estrategias o acciones para modificar las circunstancias problemáticas o aportar nuevos recursos que equilibren el efecto negativo de las condiciones ambientales que son adversas buscando la oportunidad ideal para actuar, mientras que el segundo tiene como fin regular las emociones a través de esfuerzos por disminuir el malestar y paliar o eliminar las emociones negativas causadas por el acontecimiento estresante (Lazarus & Folkman, 1984). Posteriormente, Frydenberg y Lewis (1993) propusieron el desglose conceptual y operacional del afrontamiento centrado en la emoción, ya que consideran que algunas estrategias de este tipo podrían facilitar la aproximación, mientras que otras facilitarían la evitación. De esta forma, se consideran tres estilos de afrontamiento: centrado en el problema, centrado en la emoción y no productivo. Los

dos primeros representarían aspectos funcionales del afrontamiento ya que representan intentos directos de abordar el problema con o sin ayuda de los demás, mientras que el último representaría los aspectos disfuncionales a través del uso de estrategias que no buscan una solución a los problemas, sino que los evitan (Frydenberg & Lewis, 1993, 1996, 1997). El afrontamiento productivo o funcional reduce el estrés de la situación, en cambio el afrontamiento disfuncional, no productivo o la incapacidad de afrontar conlleva a niveles altos de estrés y sufrimiento (Salvia et al., 2017), por lo que su uso a largo plazo conduce a una mala adaptación (Seiffge-Krenke, 2000).

Es así que el tipo de afrontamiento que utilicen los pacientes podría contribuir o perjudicar el proceso de adaptación a la enfermedad ya que será un mediador muy importante de los efectos del estrés generado por esta y por sus tratamientos (Compas et al., 2014; Coppari, Acosta, Buzó, Nery-Huerta, & Ortiz, 2014; Ramon, Krikorian, & Palacio, 2015).

La adaptación se define como un estado de armonía entre las necesidades internas y las demandas externas y los procesos utilizados para lograr esta condición (Walker, 1997). Si los problemas asociados a la enfermedad crónica no son afrontados adecuadamente, el resultado puede ser una respuesta de estrés excesivamente intensa o prolongada que puede dañar el funcionamiento orgánico y alterar el proceso de enfermedad a través de la adopción de comportamientos, hábitos y estilos de vida poco saludables (e.g., fumar, no hacer ejercicio, llevar una dieta inadecuada) y también a través de reacciones inadecuadas que llevan a experimentar estados emocionales negativos asociados al tratamiento y el curso de la enfermedad (Barra, 2003) como una exageración de síntomas y su significado, esfuerzos indiscriminados por afrontar la situación, actitudes cada vez más neuróticas, empeoramiento de la salud (Cheng, Hiu, & Lam, 1999; Drossman et al., 2000; Epker & Gatchel citados en Taylor, 2007) así como altos niveles de angustia psicológica incluso después de haber finalizado el tratamiento (Michel & Vetsch, 2015).

Para adaptarse adecuadamente, se requieren cambios temporales o permanentes en las actividades físicas, laborales y sociales, aprender a manejar los estresores que no puedan ser eliminados e integrar el rol de paciente en la vida psicológica evitando así las consecuencias de niveles altos de estrés como la depresión y la ansiedad (Taylor, 2007) que, en conjunto, conducen a mejor salud y a una mejor calidad de vida, así como a la muerte con dignidad (García & Lucio, 2016; Masterton & Tariman, 2016; Ottati & Souza, 2014).

Algunos estudios realizados sobre afrontamiento y CVRS en pacientes con distintas enfermedades proponen que el afrontamiento funcional sí parece jugar un rol modulador que conlleva a un nivel más alto de CVRS, mientras que se observa una disminución asociada al

estilo de afrontamiento no productivo y a estrategias específicas como falta de afrontamiento y autoinculparse (Coppari et al., 2014; Salinas & Paucar, 2017). En el caso de cáncer en adolescentes, las principales estrategias de afrontamiento utilizadas pertenecen a estilos funcionales y son beneficiosas por lo que se consideran necesarias para protegerse a sí mismo en situaciones amenazantes (Al Omari, Wynaden, Al-Omari, & Khatatbeh, 2016; Haase et al., 2014), predecirían niveles más altos de crecimiento postraumático (Jörngarden, Mattsson, & von Essen, 2007; Turner-Sack, Menna, & Setchell, 2012), se relacionarían positivamente con la resiliencia (Bragado, 2010; Guzmán, 2017) y la sensación de control (Burgess & Haage, 1998 como se citó en Decker, 2006). Además, sería posible lograr un mejor afrontamiento a partir de la aceptación, el pensamiento positivo y/o la distracción lo que se relacionaría con una reducción significativa en la angustia general, depresión y síntomas de ansiedad, mayor esperanza, mayor afecto positivo y mejor nivel de CVRS (Shoshani et al., 2016).

A futuro, se ha encontrado que las consecuencias de un diagnóstico y tratamiento de cáncer no son totalmente negativas (Sodergren et al., 2017). Estudios con adolescentes en remisión mostraron un nivel de CVRS conservado aunque más bajo en cuanto al Componente Físico (Tonsing & Ow, 2017); un puntaje más alto en el Componente Mental que el del grupo sano, en el que la capacidad de poder practicar ejercicio físico en similar frecuencia que un grupo sin antecedentes de cáncer evidencia efectos positivos para la salud en cuanto a hábitos alimenticios más saludables, mejor calidad de sueño e incluso mayor satisfacción dentro de un grupo de iguales (Castellano-Tejedor, 2015). También se ha encontrado que la mayoría de sobrevivientes tienen puntuaciones altas en autoestima y expectativas optimistas hacia el futuro (Tonsing & Ow, 2017).

Contrariamente a estos resultados, en otros estudios se encontró que los adolescentes tienen una CVRS menor en comparación con la población general (Compas, 2014; Quinn et al., 2015). El uso de estrategias no productivas se relacionaría con síntomas de ansiedad y depresión, predecirían niveles más altos de angustia psicológica (Compas, 2014; Turner-Sack et al., 2012), angustia relacionada con la enfermedad, incertidumbre (Haase, Kintner, Monahan, & Robb, 2014) y preocupación (Wu et al., 2012) así como depresión e ira (Decker, 2006; Phipps, 2007) pudiendo empeorar las manifestaciones físicas de la enfermedad (Desaive & Ronson, 2008) y ocasionando que desarrollen enfermedades psiquiátricas en respuesta como trastornos severos de ansiedad y depresión, incluso sin haber tenido antecedentes psiquiátricos previos (Bell, 2019, Taylor, 2007). Las tasas de incumplimiento y baja adherencia al tratamiento son mayores en adolescentes que en niños o adultos (Abrams et al., 2007; Bellver & Verdet, 2015), debido posiblemente a que síntomas psicológicos no regulados como las

fobias, la ansiedad ante un procedimiento médico invasivo y el miedo anticipatorio a experimentar los efectos negativos secundarios de los tratamientos pueden aparecer y actuar como una barrera significativa interfiriendo en el cumplimiento adecuado del tratamiento, lo que perjudicaría la CVRS en cuanto a la recuperación de la salud física y aumentaría el riesgo de muerte (Shoshani, Mifano, & Czamanski-Cohen, 2016).

A futuro, es posible que los sobrevivientes de cáncer diagnosticados durante la adolescencia tengan dificultades para reintegrarse en la sociedad (Patterson, et al., 2015), sean más propensas a estar desempleadas o a tener dificultades para trabajar que aquellos que no tuvieron un diagnóstico (Diez, Galarregui, & Keegan, 2011). Algunos estudios muestran que los sobrevivientes reportan una peor salud mental que sus hermanos y niveles clínicos de angustia emocional en comparación con ellos (Michel, & Vetsch, 2015), existiendo incertidumbre y temor constante a que la enfermedad vuelva (Celma, 2009; Tonsing & Ow, 2017), lo que dificulta la capacidad de planear a futuro (García & Lucio, 2016), de encontrar pareja, entablar amistades y sentirse satisfechos respecto a sus amigos cercanos y familiares (Fernández et al, 2009; Tonsing & Ow, 2017). Además, muestran una alta prevalencia de sintomatología clínica relevante asociada a ansiedad, depresión (Kazak et al., 2010; Schwartz, 2005) y trastorno por estrés postraumático (Kwak et al. como se citó en Sender & Zabokrtsky, 2015; Yi & Kim, 2014). Su salud física también es peor que la de aquellos que no tienen antecedentes de cáncer (Barrera et al., 2005; Geue et al., 2013; Rourke et al., 2007; Instituto Nacional del Cáncer, 2015) ya que tienen conductas menos saludables; fuman más, tienen obesidad, sufren de condiciones crónicas como hipertensión, asma y enfermedades cardiovasculares (Kazak et al., 2010; Tai, 2012) y evitan a los médicos y los entornos de atención médica (American Society of Clinical Oncology, 2017).

El desarrollo de habilidades de afrontamiento saludables a una edad temprana gracias a recursos externos como el apoyo de la familia, del personal de salud, de amigos y también gracias a recursos internos como la religión, la resiliencia y otras fortalezas propias (Cadena et al., 2014), puede afectar significativamente la capacidad del paciente para adaptarse después de un diagnóstico de cáncer (Smorti, 2015; Tai, 2012) evitando que el impacto negativo a nivel físico, psicológico y social pueda extenderse incluso tras superar la enfermedad (Quinn et al., 2015). Con respecto a esto, existe evidencia sobre otros factores como características individuales y familiares así como contextuales y otras características propias de la enfermedad que también influirían en la CVRS y en la manera en la que se utiliza una u otra estrategia de afrontamiento (Bell, 2019, Bellver & Verdet, 2015).

Por un lado, el sexo muestra diferencias reportando un nivel de CVRS más pobre en las mujeres que en los hombres, a pesar de que ambos hacen un uso similar de estrategias de afrontamiento funcionales como Resolver el problema y Distracción física (Castellano-Tejedor et al.2010; Llantá et al., 2016). Incluso las mujeres usan una gama más amplia de estrategias en las que se incluye la búsqueda de apoyo social (Frydenberg & Lewis, 1993; Seiffge-Krenke, 1998), mientras que los hombres hacen un mayor uso de evitación o desconexión (Zimmer-Gembeck, & Skinner, 2008). No obstante, en general las mujeres muestran una mayor preocupación por la apariencia física y la insatisfacción corporal así como por las relaciones interpersonales (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

A medida que los adolescentes atraviesan esta etapa, adquieren una gama más amplia de estrategias de afrontamiento, se vuelven más activos y logran una mayor capacidad para ver los problemas desde múltiples perspectivas (Seiffge-Krenke, 2000). Un estudio sobre el desarrollo del cerebro muestra que el uso de estrategias de resolución del problema está más presente en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana, por lo que, en los más jóvenes, son más evidentes la distracción, rumia, agresión y evitación (Spear como se citó en Zimmer-Gembeck, & Skinner, 2008), lo que afectaría negativamente su nivel de CVRS. Particularmente, la rumia exacerba los afectos negativos, aumenta el recuerdo de experiencias negativas, interfiere con las acciones dirigidas a resolver los problemas e impide el uso de la distracción como forma de aliviar la angustia por lo que está fuertemente relacionada con síntomas depresivos y problemas de comportamiento (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). En contraste, un estudio muestra que los supervivientes de cáncer en la adolescencia reportan un peor nivel de CVRS que los supervivientes de cáncer infantil (Bellver & Verdet 2015).

El grado de instrucción alcanzado tiene una influencia asociada a las tareas del desarrollo. A mayor nivel educativo habría una ruptura en la educación y cuestiones laborales lo que obligaría a los adolescentes a construir un nuevo rol de estudiante con el riesgo de fracaso escolar o por la falta de un adecuado asesoramiento académico y vocacional (Bellver et al., 2015; Higueta & Cardona, 2015; Masterton & Tariman, 2016).

La espiritualidad se asocia positivamente con el afrontamiento general, ya que brinda esperanza y una sensación de equilibrio en la vida, ayuda a aceptar la enfermedad, a crear significado para dar sentido a la experiencia y aumenta la satisfacción con la vida. Todo esto tendría efectos positivos tanto en la salud mental como en los síntomas de la enfermedad y conllevaría a un mejor nivel de CVRS (Smorti, 2015; Torabi et al., 2018; Tonsing & Ow, 2017).

En cuanto a factores contextuales, el uso de una mayor cantidad de estrategias del repertorio se fomenta por la cohesión y adaptabilidad de la vida familiar (Bell, 2019), un

adecuado soporte social (Orozco, Maza, & Bula, 2018), la posibilidad de una comunicación abierta sobre la enfermedad (Haase et al., 2014) así como el apoyo social percibido del personal de atención médica, de los pares, amigos y otras personas significativas (García, López, & Moreno, 2008; Palacios, González, & Zani, 2015; Pennant et al., 2020; Trevino et al., 2014).

Como el diagnóstico de cáncer afecta a todos los miembros de la familia, las características de esta, la forma de afrontar y otros factores asociados a problemas sociales o emocionales, como la tendencia a la depresión, la situación de pobreza y escasez de recursos, aumentan las probabilidades de experimentar estresores severos, crónicos e incontrolables y de recibir menos apoyo social (Stinson, 2015; Zimmer-Gembeck, & Skinner, 2008), pudiendo empeorar las respuestas de afrontamiento del paciente por lo que también influirían en su adaptación a la enfermedad (Bell, 2019; Haase et al., 2014, Pennant et al., 2020).

Obtener apoyo social proveniente de los pares resulta beneficioso para desarrollar nuevos recursos, habilidades de afrontamiento, habilidades sociales, perspicacia y autonomía (Choquette et al. como se citó en Ismail & Hendry, 2018; Galán et al., 2016; Pennant et al., 2020), por lo tanto, mejor CVRS (Clark et al., 1992 como se citó en Thornton et al., 2020). Si la interacción es posible con pares que también están atravesando por esta enfermedad y la están superando, se podría fomentar amistades profundas y significativas a través del entendimiento mutuo, una mayor sensación de normalidad durante la experiencia del cáncer (Patterson et al., 2015; Pennant et al.; 2020) y aumentaría la esperanza de también convertirse en sobrevivientes (Stegenga, 2014).

Construir una alianza fuerte entre el paciente y su oncólogo se relaciona con una mayor adhesión al tratamiento, mayor bienestar psicológico, duelo menos severo por las pérdidas relacionadas con el cáncer, menor riesgo suicida y, a su vez, menos síntomas físicos, menos depresión y puntajes mayores de CVRS (Trevino et al., 2014). La comunicación con los doctores en cuanto a temas como los riesgos relacionados a la fertilidad también se relacionaron positivamente con un mayor bienestar social (Skaczkowski et al., 2018; Stinson, et al., 2015).

Algunos factores asociados a la enfermedad podrían influir en que el repertorio de estrategias funcionales con el que se cuenta no sea suficiente o no se sepa cómo utilizarlas o se carezca de la motivación necesaria para hacerlo dificultando aun más la adaptación a la enfermedad y disminuyendo el nivel de CVRS (Llantá et al., 2018). La variable que más comúnmente muestra diferencias en la CVRS de manera global y por dimensiones es el tipo de diagnóstico (Llantá et al., 2016). La extensión y la gravedad de la enfermedad pueden producir distintos grados de déficits funcionales (Die Trill, 2003). Por un lado, los niveles de estrés y dificultades sociales son mayores en pacientes que sufren de tumores del sistema nervioso

central, tumores óseos y osteosarcomas (Sociedad Española de Oncología Médica, 2017); no obstante, la CVRS de los supervivientes de tumores sólidos parece estar mejor conservada que la de aquellos que han sobrevivido al tratamiento de leucemias y linfomas infantiles (Calaminus, Weinspach, Terke, & Gobel, 2000, Müller, Krauth, Gerß, Rosenbaum, 2016).

En cuanto a las modalidades de tratamiento, el nivel de CVRS estaría mejor conservado en pacientes que requieren una cirugía que en los que requieren quimioterapia o radioterapia. En casos como los de pacientes con tumores del sistema nervioso central que no se benefician de una quimioterapia, la ausencia de los efectos secundarios propios de esta favorece el nivel de CVRS en comparación con el de pacientes con leucemias o linfomas (Llantá et al., 2016). Por otro lado, los periodos de hospitalización son generalmente más cortos para el tratamiento de tumores sólidos que para enfermedades hematológicas, por lo que en estos últimos se genera un nivel mayor de estrés asociado a la pérdida de intimidad, exposición a otros enfermos, cambios en los hábitos, inactividad y ausencia de distractores que contribuyen a aumentar las preocupaciones (Cruzado, 2010) y la sensación de aislamiento social (NIH, 2018).

Otro factor importante, sobre el que existe aún mucha controversia, es el tiempo transcurrido desde el diagnóstico (Llantá et al., 2018). Algunos estudios muestran que la CVRS disminuye en un primer momento y mejora a partir de los 12 meses después del diagnóstico, periodo en el cual los adolescentes informan de una mejor función psicosocial en comparación con su grupo de referencia (Bleyer, 2002; Bellver et al, 2015). Otro estudio muestra una CVRS significativamente mejor y niveles más bajos de ansiedad y depresión después de 1,5 años (Jörngarden et al., 2007). Por otro lado, se ha encontrado que estrategias como la negación pueden cumplir una función protectora ayudando al paciente a controlar sus reacciones emocionales enmascarando el miedo mientras el paciente se va acostumbrando al diagnóstico y sus nuevas restricciones (Lazarus como se citó en Taylor, 2007); no obstante, en la fase de rehabilitación, el uso de la negación podría interferir con el tratamiento y la adaptación a la enfermedad (Taylor, 2007). Otros estudios mencionan que los adolescentes usan el mismo tipo de estrategias antes, durante y después del tratamiento (Decker, 2006) y que se presentan bajos niveles de CVRS independientemente de la fase del proceso oncológico en el que se encuentran haciendo uso de ambos estilos de afrontamiento (García & Lucio, 2016).

Como se ha visto, los casos de cáncer en adolescentes están en aumento y el impacto que causa este diagnóstico en esta etapa de la vida no solo abarca el plano físico sino también psicológico y social en un nivel más catastrófico que en cualquier otra etapa pudiendo generar secuelas que pueden prolongarse por muchos años y que afectarían negativamente la calidad de vida de estas personas (Llantá et al., 2018; Sender & Zabokrtsky, 2015). En este contexto,

conocer los estilos y estrategias de afrontamiento utilizados por adolescentes con cáncer será beneficioso si se tiene en cuenta que pueden representar una herramienta eficaz para reducir el riesgo de sufrir secuelas y alteraciones psicológicas a través del rol modulador que ejercen en el nivel de estrés que provoca el diagnóstico y el tratamiento, favoreciendo una mejor adaptación a la enfermedad que, a su vez, conlleve a un mejor nivel de CVRS en todas sus dimensiones. A pesar de esta ventaja, la relación entre el afrontamiento y el nivel de CVRS ha sido escasamente estudiada en esta población en el contexto peruano.

Obtener información respecto al tipo de afrontamiento que utilizan los adolescentes en nuestro medio durante la etapa de tratamiento activo será el primer paso para identificar que estrategias se relacionan con un nivel de calidad de vida más alto y cuales se relacionan con uno más bajo, de forma que se pueda promover la flexibilidad de las primeras y evitar las segundas en los pacientes que lo requieran. Asimismo, resulta muy necesario explorar la relación entre estos dos constructos en este contexto de acuerdo con características personales y ambientales así como las propias de la enfermedad que puedan mostrar diferencias en los puntajes, de forma que futuras intervenciones se puedan planificar teniéndolas en cuenta.

Hoy en día, el tratamiento multidisciplinar contra el cáncer incluye la prestación de apoyo psicológico y social (Die Trill, Die Trill & Herrera, 2003; Holland, 2002; Patterson et al., 2015), por lo que los resultados de esta investigación podrán contribuir a detectar los problemas y necesidades psicosociales latentes en esta población y a orientar las intervenciones psicosociales no solo a reducir la angustia y malestar psicológico en función de éstos sino a incluir también programas de entrenamiento para promover y enseñar estrategias eficaces que puedan mejorar la capacidad de afrontamiento durante y después de la experiencia oncológica (Die Trill & Vecino, 2003; Cruzado, 2010).

Es así que el objetivo general de la presente investigación es encontrar la relación entre las estrategias y estilos de afrontamiento usados por los adolescentes diagnosticados con enfermedades oncológicas y su relación con el nivel de calidad de vida relacionado a la salud que reportan en un momento específico del tiempo. Con base en la teoría y estudios anteriores, se espera encontrar una relación directa entre el nivel de CVRS y las estrategias funcionales y una relación inversa entre el nivel de CVRS y las estrategias disfuncionales. Adicionalmente, se plantea encontrar cuáles son las variables personales, ambientales y/o variables de la enfermedad que muestran diferencias significativas en el afrontamiento y en el nivel de CVRS que reportan los participantes.



Método

Participantes

La muestra está compuesta por 72 adolescentes de ambos sexos (41 hombres y 31 mujeres) entre 12 y 21 años ($M= 17.57$, $DE= 2.25$) situándose en el rango de edad promedio en el que se inicia la adolescencia hasta que se deja atrás (Castillo, 2013; Coleman & Hendry, 2003). El 63.9% tiene educación escolar, mientras que el 36.1% tiene estudios técnicos o superiores. El 66.7% profesa la religión católica y el 33.3% ninguna u otras religiones. El 77.78% de participantes es soltero/a y sólo el 22.2% se encuentra en una relación de pareja. El 51.4% del total de participantes vive con su familia nuclear y el 48.6% con su familia extendida. El 29.2% proviene de Lima y el 70.8% de otra provincia del país. De estos últimos, el 66.7% se hospeda en Lima en casa propia o en la casa de un familiar y el 33.3% se hospeda en casa de amigos, en un hospedaje pagado/alquilado o en un albergue. En cuanto a los cuidadores, en el 56.9% son los padres y en el 43.1% son otros familiares.

En cuanto a los datos de la enfermedad, el 69.4% fue diagnosticado con una enfermedad hematológica (leucemia, linfoma o mieloma múltiple) y 27.8% con tumores sólidos. El 37.5% recibe el tratamiento de manera ambulatoria y el 62.5% se encuentra hospitalizado. Del total, el 52.8% recibió el diagnóstico entre 3 y 6 meses atrás y el 41.2% restante hace más de 6 meses.

Dentro de los criterios de inclusión, se requirió tener entre 12 y 21 años, presentar adecuadas condiciones para responder en el momento de la aplicación, haber recibido el diagnóstico de una enfermedad oncológica hace no menos de 3 meses, tener conocimiento y consciencia de la enfermedad oncológica y actualmente recibir el tratamiento de forma ambulatoria o en hospitalización. Por otro lado, se excluyó a pacientes que se encontraban en estadios muy avanzados, indispuestos en el momento de la aplicación o que presentaran comorbilidad con alguna enfermedad grave, alguna enfermedad crónica además del cáncer o algún diagnóstico psiquiátrico previo, deterioro cognitivo y/o que no dominaran el español.

Medición

Escala de Afrontamiento para Adolescentes – Adolescents Coping Scale (ACS, Frydenberg & Lewis, 1993). Esta escala fue elaborada por Frydenberg y Lewis en el año 1993 en Australia, adaptada al español por Pereña y Seisdedos (1997) y posteriormente adaptada al contexto peruano por Canessa (2002).

En la escala original, el afrontamiento es representado en 79 ítems cerrados, los cuales se puntúan a partir de una escala Likert de 5 niveles, y un ítem abierto. Estos se agrupan para formar 18 estrategias diferentes que se distribuyen en tres estilos: Resolver el problema, que

aborda los problemas directamente; Referencia a otros, cuando se comparten éstos con terceros y Afrontamiento no productivo, en el que no se busca una solución sino que se tiende a evitar (Frydenberg & Lewis, 1997). Dentro del primer estilo se incluye cinco estrategias de afrontamiento consideradas funcionales: Concentrarse en resolver el problema, que requiere un estudio sistemático que lo analiza desde distintos puntos de vista; Esforzarse y tener éxito, implica acciones que muestren compromiso, ambición y dedicación; Distracción física, se refiere a dedicar el tiempo al deporte, realizar esfuerzo físico y mantenerse en forma; Buscar diversiones relajantes, se centra en tener actividades de ocio que sean relajantes; y Fijarse en lo positivo, abarca una visión más optimista y positiva de la situación. El estilo Referencia a los otros incluye seis estrategias: Buscar apoyo social, al compartir el problema con personas y obtener apoyo de ellos para su resolución; Buscar apoyo espiritual, representa la tendencia a orar creyendo en la ayuda de Dios o de un líder espiritual; Buscar ayuda profesional, requiere la participación de profesionales, con experiencia en el problema como un maestro o un consejero; Acción social, permitir que los demás sepan que se tiene un problema y tratar de conseguir la ayuda necesaria a través de peticiones o actividades grupales; Invertir en amigos íntimos, esforzarse por buscar y entablar una relación personal íntima con alguien y Buscar pertenencia, que se refiere al interés puesto en las relaciones que la persona tiene con otros y la preocupación por lo que ellos piensen. El tercer estilo, Afrontamiento no productivo, se compone de siete estrategias: Preocuparse, se caracteriza por indicadores de temor hacia el futuro y temor por la felicidad a futuro; Hacerse ilusiones, anticipar una salida positiva y un final feliz a pesar de todo; Falta de afrontamiento, muestra la incapacidad para enfrentar el problema y se tiende a desarrollar síntomas psicósomáticos; Ignorar el problema, implica un esfuerzo consciente por evitar, negar o desentenderse de la dificultad; Reducción de la tensión, se refiere al esfuerzo por sentirse mejor de inmediato y relajar la tensión que genera la situación estresante sin enfrentarla; Reservarlo para sí, consiste en apartarse, huir de los demás ya que no se desea que se sepa el problema y Autoinculparse, cuando la persona se considera culpable o responsable del suceso o el evento que le genera estrés.

Existen dos versiones del ACS: la forma específica y la forma general, que difieren entre ellas únicamente en las instrucciones de aplicación. La primera se utiliza para evaluar el afrontamiento frente a una problemática en particular mientras que la segunda, utilizada en la presente investigación, evalúa el afrontamiento de la persona frente a los problemas en general.

Se realizaron dos estudios a fin de verificar la validez y confiabilidad del instrumento original. Uno de ellos se ejecutó en Australia en 1990 con 643 adolescentes de 15 a 18 años y el otro en 1992 con 576 escolares entre los 13 y 17 años (Frydenberg y Lewis, 1996, 1997).

Con respecto a la validez, se realizaron tres análisis factoriales utilizando el método de componentes principales con rotación Oblimin que confirmaron la validez de constructo de las 18 escalas. En cuanto a la confiabilidad, en ambos estudios se obtuvieron coeficientes de consistencia interna superiores a .65 a excepción de dos escalas con sólo tres reactivos cada una. En la forma específica estos coeficientes oscilaron entre .62 y .87 y en la forma general entre .54 y .84 (Frydenberg, 1997). Adicionalmente, a pesar de tratarse de un constructo dinámico, se obtuvo correlaciones test-retest moderadas con coeficientes mayores a .7 en cerca del 50% de los casos variando entre .49 a .82 en la forma específica y .44 a .84 en la forma general.

Pereña y Seisdedos (1997) adaptaron la escala al español con la participación de 452 adolescentes de ambos sexos en un rango de 12 a 20 años. Se analizaron los elementos comparando la media más alta y la media más baja, la diferencia por sexos, la capacidad discriminativa de los elementos así como los que presentaron mayor heterogeneidad y homogeneidad. Adicionalmente, se analizaron las correlaciones entre subescalas e intercorrelaciones con el total de la muestra obteniendo una matriz con la que se realizó un análisis factorial de componentes principales que encontró cuatro dimensiones diferenciadas. De esta forma, se comprobó la validez y confiabilidad de esta versión.

Posteriormente, Canessa (2002) llevó a cabo la adaptación psicométrica de la forma general de esta escala en el contexto peruano. Empezó por realizar una adaptación lingüística con la ayuda de 10 jueces psicólogos, identificó algunos ítems confusos y modificó su redacción, cambió las instrucciones y las alternativas de respuesta. Omitió el ítem abierto por un nuevo enunciado, de forma que la versión final contiene 80 ítems cerrados que representan las 18 estrategias agrupadas en los 3 estilos. Luego aplicó la escala modificada a 1236 escolares de ambos sexos entre los 14 y 17 años. En cuanto a la validez, realizó tres análisis factoriales de los ítems, como en la versión original, obteniendo 6 factores en cada análisis. En el primero, se obtuvo una varianza explicada por estos de 50.2%, 50.3% en el segundo y 49.7% en el tercero, concluyendo que la escala tendría validez de constructo. También se confirmó la confiabilidad de las escalas a través del método alfa de Cronbach, según el cual se reportaron valores en un rango de .48 hasta .84. Esta escala ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas en otros estudios realizados con adolescentes peruanos (Maguiña, 2017; Zavaleta, 2017; Peirano, 2017) y con adolescentes peruanos diagnosticados con cáncer (Aubert, 2017).

En la presente investigación, se obtuvo coeficientes alfa de Cronbach mayores a .81 en los tres estilos de afrontamiento: Resolver el problema ($\alpha=.83$), Referencia a otros ($\alpha=.89$) y Afrontamiento no productivo ($\alpha=.81$). En el caso de las estrategias, se obtuvo coeficientes alfa

de Cronbach mayores a .60 en todas las escalas a excepción de Esforzarse y tener éxito ($\alpha=.56$), Hacerse ilusiones ($\alpha=.40$), Reducción de la tensión ($\alpha=.47$), Ignorar el problema ($\alpha=.57$), Buscar apoyo espiritual ($\alpha=.59$) y Buscar diversiones relajantes ($\alpha=.44$) por lo que no fueron consideradas para los análisis posteriores (Ver apéndice F).

Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36, Ware & Sherbourne, 1992). La versión original fue desarrollada por Ware y Sherbourne en Estados Unidos, luego adaptada al español por Alonso, Prieto y Antó (1995) y posteriormente validada en el contexto peruano por Salazar y Bernabé (2015).

Este cuestionario valora los estados positivos y negativos de la salud a través de 36 ítems que se agrupan para abarcar 8 dimensiones que, a su vez, componen dos índices globales: Componente Físico (CSF) y Componente Mental (CSM). Dentro del CSF se consideran las dimensiones Función física, como el grado en que la salud puede limitar actividades físicas; Rol físico refiriéndose al grado en el que la salud física obstruye el trabajo u otras actividades diarias, Dolor corporal mide la intensidad del dolor físico y su impacto en el trabajo habitual, Salud general como una valoración personal de la salud que incluye la percepción actual y a futuro. En cuanto al CSM, se incluye Vitalidad como la percepción de un mayor sentimiento de energía frente al de cansancio, Función social como el grado en el que la salud física o emocional impactan en la vida social, Rol emocional se refiere al grado en que problemas emocionales obstruyen el trabajo u otras actividades diarias y Salud mental que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional así como el efecto positivo en general (Vilagut et. al, 2005; Ware & Sherbourne, 1992).

Existen dos versiones del cuestionario que se diferencian únicamente en el periodo que se evalúa; la forma estándar, utilizada en esta investigación, abarca las últimas 4 semanas y la forma aguda se aplica solo a la última semana. Las respuestas se registran en escalas de tipo Likert que varían entre dos y seis alternativas dependiendo de la pregunta. Después de codificarlas y estandarizarlas se obtienen puntajes entre 0 y 100 para cada dimensión. Se toma como media poblacional un puntaje de 50, por lo que un puntaje superior se relaciona con una mejor percepción del estado de salud, es decir, un mayor nivel de CVRS y un puntaje menor muestra una peor percepción del estado de salud y peor CVRS (Vilagut et al., 2005).

En cuanto a las propiedades psicométricas, la escala original mostró adecuados niveles de validez y confiabilidad. En cuanto a la validez, a partir de los datos de una muestra de 10 países se realizó un análisis factorial exploratorio en el que se obtuvo un modelo de dos factores con 4 dimensiones cada uno. Estas explicaban entre el 55% y el 83% del total de la varianza (Ware et al., 1998). Además, uno de los cuatro modelos obtenidos del análisis factorial

confirmatorio propuso una estructura de 8 factores de primer orden y 2 factores de segundo orden ($\chi^2= 2938.72$ CFI= 0.95) (Keller et al., 1998). Con respecto a la confiabilidad, se obtuvo coeficientes alfa de Cronbach superiores a .80 tanto en el CSF ($\alpha=.92$) como en el CSM ($\alpha=.88$) y en todas las dimensiones, exceptuando Función Social ($\alpha=.68$) (Ware & Gandek, 1998).

El cuestionario original fue traducido al español, adaptado y validado por Alonso, Prieto y Anto (1995) como parte del proyecto de Evaluación Internacional de la Calidad de Vida utilizando el método de traducción y retrotraducción. A partir de las respuestas de 46 pacientes con enfermedad coronaria se obtuvo coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach con valores superiores en un rango de .71 a .94, en todas sus dimensiones, teniendo como excepción a Función Social que alcanzó un valor de .45 (Alonso, Prieto, & Anto, 1995). Asimismo, Vilagut y sus colaboradores (2005) revisaron las propiedades psicométricas del SF-36 en español reportadas en 17 artículos concluyendo que este instrumento es psicométricamente sólido y cumple con el objetivo de evaluar la CVRS a partir del funcionamiento físico y mental.

En Perú, Salazar y Bernabé (2012) realizaron un estudio con 4 344 personas entre 15 y 64 años para evaluar las propiedades psicométricas del SF-36. En cuanto a la validez de constructo, el análisis factorial mostró 3 modelos, uno de los cuales presentó un adecuado ajuste (CFI = 0.96; RMSEA = 0.05) considerando 8 factores de primer orden y 2 de segundo orden. En cuanto a la confiabilidad, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .82 para la escala global y los coeficientes de las dimensiones oscilaron en un rango entre .66 y .92. Además, se evaluó la capacidad del cuestionario para medir la CVRS en subgrupos formados a partir de variables sociodemográficas como la edad, sexo y nivel socioeconómico. En el contexto peruano, también se han realizado estudios utilizando este cuestionario obteniendo coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach superiores a .60 para todas las dimensiones; en pacientes con cáncer (Laos, 2010; Torres, 2011), pacientes con diabetes mellitus (Romero, 2015) y en adultos mayores (Manrique, 2014).

En el presente estudio se obtuvo adecuados coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach en sus componentes y en todas sus dimensiones. El índice de la escala global alcanzó un valor de .88; el Componente Físico .84 y el Componente Mental .85. En cuanto a las dimensiones, los coeficientes alcanzaron valores en un rango entre .67 y .88. Al igual que en la versión original y la versión en español, la escala Función Social fue la que presentó el menor coeficiente de confiabilidad ($\alpha=.67$) (Ver apéndice G).

Procedimiento

La propuesta de estudio fue presentada a una institución hospitalaria que ofrece tratamientos para enfermedades oncológicas. Para evaluar la viabilidad de realizar la investigación con la participación de sus pacientes, la institución derivó la propuesta a su comité de investigación y luego al comité de ética. Una vez obtenida la aprobación, la institución brindó el acceso a la lista de historias clínicas, lista de pacientes hospitalizados y citas médicas de los pacientes ambulatorios en el rango de edad solicitado. Con esta información se seleccionó a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. Para solicitar su participación en el estudio, se contactó a los pacientes hospitalizados en sus respectivas habitaciones y a los pacientes ambulatorios en las salas de espera antes de sus tratamientos. A todos los participantes se les explicó los objetivos de la investigación y el carácter voluntario, confidencial y anónimo de su participación, a través de un formulario de consentimiento informado que fue firmado por aquellos que estuvieron de acuerdo. En el caso de los pacientes menores de edad, además de firmar un asentimiento informado, se solicitó la autorización de sus padres o tutores. Se les explicó que la información brindada sería codificada para proteger la confidencialidad y no sería compartida con terceras personas. Además, se les informó sobre la posibilidad de desistir de la aplicación y suspender su participación en la investigación en cualquier momento si así lo desearan.

Teniendo en cuenta la situación de enfermedad de los participantes, se realizó un piloto de aplicación de ambas escalas previo a la recolección de datos para evaluar el nivel de comprensión de los ítems y la forma más eficiente de aplicarlas. Para lograr esto se eligió al azar a un grupo de adolescentes hospitalizados de distintas edades y se les aplicó ambas escalas. A partir de los resultados, se detectaron ítems que requerían aclaraciones y la necesidad de brindar información adicional respecto a las instrucciones y opciones de respuesta, por lo que la aplicación de los instrumentos se realizó de manera individual. Se acordaron visitas individuales con cada paciente en una única sesión de aproximadamente 35 a 45 minutos, en las que se presentó la ficha sociodemográfica, la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) y, por último, el cuestionario SF-36. En el caso de los pacientes hospitalizados, la aplicación se realizó en sus respectivas habitaciones durante los días de su estadía, mientras que, en el caso de los pacientes ambulatorios, la aplicación se realizó en los espacios de espera de los módulos dentro de las instalaciones del hospital antes o después de una cita médica previamente programada o en las salas de quimioterapia mientras recibían el tratamiento. De esta forma, no se incurrió en costos adicionales de transporte, alimentación u otros para el participante. Además, se tuvo las consideraciones necesarias en coordinación con el personal

de salud del piso de forma que no se interrumpa o dificulte ningún procedimiento médico o de higiene que requiera el paciente.

A los pacientes que presentaron sintomatología ansiosa o depresiva o que se mostraron emocionalmente lábiles durante la aplicación, se les programó interconsultas con el servicio de psicología. A los demás, se les explicó la importancia y ventajas de contar con este servicio y se les invitó a acudir a él. Finalmente, se les agradeció por el tiempo brindado y se les recordó que su participación ayudará a generar información valiosa para proteger y promover la salud de otras personas que estén viviendo una situación similar. Se les brindó los contactos necesarios en el caso de querer conocer los resultados del estudio y se les informó que los protocolos serán guardados por un plazo máximo de 6 meses, luego del cual serán destruidos.

Análisis de datos

Los datos obtenidos de la ficha sociodemográfica y de ambos instrumentos se registraron elaborando una base de datos utilizando el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (IBM-SPSS, por sus siglas en inglés) versión 22. Primero, se realizaron análisis descriptivos para conocer las características de los participantes y se calculó el coeficiente alfa de Cronbach de las escalas de ambos instrumentos con el fin de corroborar la confiabilidad de éstas. Después, se realizó la prueba de normalidad de la distribución de las puntuaciones de ambos instrumentos con el estadístico Kolmogorov-Smirnov encontrando que algunas estrategias de afrontamiento no presentaron normalidad en sus distribuciones, al igual que algunas dimensiones de la CVRS; no obstante, el análisis de asimetría y curtosis de la distribución indicó que no se trata de una falta de normalidad severa (Kline, 2010), por lo que se optó por utilizar estadísticos paramétricos en los siguientes análisis (ver apéndice H).

Para cumplir con el objetivo principal, se realizó un análisis de correlación entre los estilos y estrategias de afrontamiento y los componentes y las dimensiones de la CVRS utilizando la r de Pearson. Luego, se midió la magnitud de la correlación a través de los criterios de Cohen.

Con el fin de encontrar posibles diferencias en los puntajes de ambos constructos, se definieron distintos grupos en base a las variables sociodemográficas y de la enfermedad y se realizaron análisis de comparación de medias utilizando el estadístico t -Student.



Resultados

A fin de responder a los objetivos planteados en la presente investigación, primero se exponen los niveles de CVRS alcanzados por los adolescentes participantes. Luego, se presentan los resultados de la correlación entre los estilos y estrategias de afrontamiento y los componentes y dimensiones de la CVRS para responder al objetivo general. Por último, se responde al objetivo específico mostrando las diferencias significativas en ambos constructos.

En cuanto a los niveles de CVRS reportados, se encontró que el puntaje en el Componente Mental es significativamente mayor que en el Componente Físico ($t(72) = -6.53$; $p < .001$; $d = .61$). Además, se observa que las dimensiones de salud mejor preservadas son Rol emocional, Salud mental y Vitalidad pertenecientes al Componente Mental, mientras que las áreas más debilitadas son Rol físico, Dolor Corporal y Función física pertenecientes al Componente Físico (ver tabla 1).

Tabla 1

Estadísticos Descriptivos de los Componentes y Dimensiones de la CVRS

| | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>Min.</i> | <i>Máx.</i> | <i>IC 95%</i> | |
|-------------------|----------|------------|-----------|-------------|-------------|---------------|-------|
| Componente Físico | 54.90 | 56.31 | 15.76 | 15 | 87 | 51.19 | 58.60 |
| Función física | 59.65 | 60.00 | 21.73 | 5 | 100 | 54.55 | 64.76 |
| Rol físico | 41.61 | 37.50 | 25.35 | 0 | 100 | 35.65 | 47.57 |
| Dolor corporal | 56.57 | 62.00 | 24.62 | 0 | 100 | 50.78 | 62.35 |
| Salud general | 61.75 | 60.00 | 19.52 | 20 | 97 | 57.16 | 66.34 |
| Componente Mental | 65.78 | 65.63 | 16.62 | 28 | 98 | 61.87 | 69.69 |
| Vitalidad | 61.81 | 62.50 | 18.55 | 13 | 100 | 57.45 | 66.16 |
| Función social | 61.63 | 62.50 | 27.14 | 0 | 100 | 55.25 | 68.01 |
| Rol emocional | 70.60 | 75.00 | 26.20 | 0 | 100 | 64.44 | 76.76 |
| Salud mental | 69.08 | 75.00 | 18.48 | 20 | 100 | 64.74 | 73.42 |

Nota: $n = 72$; nivel de CVRS muy bajo (0-19); relativamente bajo (20-39); promedio (40-59); relativamente alto (60-79); muy alto (80-100)

Sobre el objetivo general de la investigación, el análisis muestra la existencia de pequeñas, medianas y altas correlaciones entre los estilos y las estrategias de afrontamiento y los componentes y las dimensiones de la CVRS. Las relaciones son directas y positivas entre las estrategias de los dos primeros estilos de afrontamiento considerados funcionales: Resolver el problema y Referencia a otros y la CVRS; e indirectas y negativas entre las estrategias del estilo Afrontamiento no productivo y la CVRS. De estas últimas, destaca la cantidad de relaciones negativas significativas entre todas las estrategias del estilo de Afrontamiento no productivo con el Componente Mental de la CVRS y sus dimensiones (Ver tabla 2).

Tabla 2: Relaciones entre estilos y estrategias de afrontamiento y los componentes y las dimensiones de la CVRS

| | Comp. Físico | Función física | Rol Físico | Dolor corporal | Salud General | Comp. Mental | Vitalidad | Función Social | Rol Emocional | Salud mental |
|--------------------------------------|--------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
| Resolver el problema | .23 | .37** | -.07 | .14 | .26* | .29* | .35** | .23 | .08 | .23 |
| Concentrarse en resolver el problema | .01 | .12 | -.18 | .02 | .11 | .16 | .16 | .08 | .09 | .19 |
| Fijarse en lo positivo | .15 | .13 | -.08 | .17 | .23 | .29* | .32** | .26* | .03 | .29* |
| Distracción física | .30* | .45*** | .05 | .12 | .23 | .20 | .28* | .17 | .07 | .10 |
| Referencia a otros | .04 | .07 | -.05 | -.13 | .31* | .06 | .10 | .13 | -.11 | .08 |
| Buscar apoyo social | .07 | .14 | -.10 | -.06 | .27* | .21 | .26* | .12 | .05 | .26* |
| Invertir en amigos íntimos | .07 | .15 | -.07 | -.08 | .26* | .18 | .10 | .12 | .10 | .22 |
| Buscar pertenencia | .09 | -.02 | .05 | .00 | .23 | -.08 | -.06 | .11 | -.20 | -.12 |
| Acción social | .02 | .00 | -.02 | -.13 | .25* | .01 | .11 | .10 | -.19 | .06 |
| Buscar ayuda profesional | -.01 | .08 | -.02 | -.20 | .17 | -.05 | -.02 | .05 | -.13 | -.02 |
| Afrontamiento no productivo | -.25* | -.25* | -.08 | -.16 | -.22 | -.52*** | -.36** | -.34** | -.35** | -.52*** |
| Preocuparse | -.14 | .01 | -.32** | -.11 | .10 | -.23 | -.08 | -.07 | -.29* | -.24* |
| Falta de afrontamiento | -.25* | -.24* | -.07 | -.19 | -.22 | -.49*** | -.36** | -.32** | -.35** | -.45*** |
| Autoinculparse | -.11 | -.12 | -.04 | -.05 | -.10 | -.39*** | -.22 | -.26* | -.28* | -.42*** |
| Reservarlo para sí | -.17 | -.28* | .14 | -.10 | -.30** | -.28* | -.28* | -.24* | -.07 | -.28* |

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Correlación pequeña ($.1 \leq r < .3$); mediana ($.3 \leq r < .5$); alta ($.5 \leq r \leq 1$) (Cohen, 1988)

En cuanto al objetivo específico, se han encontrado diferencias significativas en ambos constructos de acuerdo con variables sociodemográficas y de la enfermedad.

Sobre el sexo, se encontró que los hombres muestran preferencia por el estilo Resolver el problema y hacen un mayor uso de la estrategia distracción física (ver tabla 3).

Tabla 3

Diferencias en las Estrategias y Estilos de Afrontamiento según Sexo

| Sexo | Hombres <i>n</i> = 41 | | Mujeres <i>n</i> = 31 | | <i>t</i> (72) | <i>gl</i> | <i>p</i> | <i>d</i> de Cohen |
|--------------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|---------------|-----------|----------|-------------------|
| | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>M</i> | <i>DE</i> | | | | |
| Estilo 1: Resolver el problema | 76.79 | 12.16 | 68.02 | 12.55 | 2.95 | 68 | .00 | .71** |
| Distracción Física | 70.34 | 25.04 | 51.48 | 19.93 | 3.45 | 70 | .00 | .82*** |

Nota: ** La diferencia es mediana ($.5 \leq d < .8$); *** grande ($.8 \leq d$)

Al comparar a los participantes según la edad promedio ($M=17.57$ años), se encontró una diferencia mediana en el Componente físico de la CVRS ($t(70)=2.09$; $p<.04$; $d=.50$) estando mejor conservado en los adolescentes más jóvenes ($M=59.03$, $DE=15.41$, $n=33$) que en los adolescentes mayores ($M=51.40$, $DE=15.38$, $n=39$). Asimismo, se encontró una correlación pequeña e inversa entre la edad con la estrategia de afrontamiento Distracción física ($r=-.24$; $p=.04$), y con la dimensión de Dolor corporal de la CVRS ($r=-.24$; $p=.04$).

Teniendo en cuenta el grado de instrucción de los adolescentes, se observa el uso de estrategias de afrontamientos más adaptativas a mayor grado de instrucción como Concentrarse en resolver el problema e Invertir en amigos íntimos (ver tabla 4).

Tabla 4

Diferencias en las Estrategias y Estilos de Afrontamiento según Grado de Instrucción

| Grado de instrucción | Escolar <i>n</i> = 46 | | Técnico/Su <i>n</i> = 26 | | <i>t</i> (72) | <i>gl</i> | <i>p</i> | <i>d</i> de Cohen |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|---------------|-----------|----------|-------------------|
| | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>M</i> | <i>DE</i> | | | | |
| Concentrarse en resolver el problema | 72.53 | 15.78 | 81.23 | 12.43 | -2.41 | 69 | .02 | .58** |
| Estilo 2: Referencia a otros | 59.65 | 13.11 | 65.86 | 10.51 | -2.06 | 69 | .04 | .49* |
| Invertir en amigos íntimos | 56.52 | 17.70 | 71.85 | 10.27 | -4.04 | 70 | .00 | .97*** |

Nota: * La diferencia es pequeña ($.2 \leq d < 0.5$); ** mediana ($.5 \leq d < .8$); *** grande ($.8 \leq d$)

En cuanto a la religión, existe una diferencia mediana en el uso de la estrategia Reservarlo para sí ($t(70) = -3.14$; $p < .00$; $d = .75$) siendo menor en el grupo de participantes católicos ($M = 51.15$, $DE = 19.68$, $n = 48$) que en aquellos que pertenecen a ninguna u otras religiones ($M = 65.63$, $DE = 15.63$, $n = 24$).

Los participantes que tienen pareja presentaron mayor uso de la estrategia Invertir en amigos íntimos, considerada funcional, y reportaron también un nivel mayor de CVRS en cuanto a la dimensión Salud General (ver tabla 5).

Tabla 5

Diferencias en Afrontamiento y Dimensiones de la CVRS según Relación de Pareja

| Pareja | Sí $n = 16$ | | No $n = 56$ | | $t(72)$ | gl | p | d de Cohen |
|----------------------------|----------------|-------|----------------|-------|---------|----|-----|--------------|
| | M | DE | M | DE | | | | |
| Invertir en amigos íntimos | 70.50 | 15.65 | 59.64 | 16.79 | 2.31 | 70 | .02 | .55** |
| Salud General | 70.81 | 19.48 | 59.16 | 18.91 | 2.16 | 70 | .03 | .52** |

Nota: ** La diferencia es mediana ($.5 \leq d < .8$)

Asimismo, se encontró una diferencia mediana de acuerdo al tipo de familia de los participantes en la dimensión Salud general de la CVRS ($t(70) = 2.33$; $p < .02$; $d = .56$), siendo más alta en los pacientes que viven con su familia nuclear ($M = 66.81$, $DE = 18.80$; $n = 37$) que en aquellos que viven con miembros de su familia extendida ($M = 56.40$; $DE = 19.09$; $n = 35$).

La condición de migrantes también se relaciona con un afrontamiento no productivo. El uso de este estilo y de la estrategia Reservarlo para sí, perteneciente a este, es mayor en personas migrantes que deben hospedarse con terceras personas, en un hospedaje pagado o albergue que en aquellas que llegan a una casa propia o de familiares (Ver tabla 6).

Tabla 6: Diferencias en afrontamiento según lugar de residencia de personas de provincias

| Lugar de residencia en Lima de personas de provincias | Propio o familiar $n = 34$ | | De terceros $n = 17$ | | $t(51)$ | gl | p | d de Cohen |
|--|-------------------------------|-------|-------------------------|-------|---------|----|-----|--------------|
| | M | DE | M | DE | | | | |
| Estilo 3: Afrontamiento no productivo | 51.48 | 10.06 | 58.72 | 9.90 | -2.43 | 49 | .02 | .69** |
| Reservarlo para sí | 51.62 | 17.18 | 67.35 | 16.12 | -3.15 | 49 | .00 | .90*** |

Nota: ** La diferencia es mediana ($.5 \leq d < .8$); *** La diferencia es grande ($.8 \leq d$)

Las variables de la enfermedad también presentan diferencias significativas en ambos constructos. Por un lado, el tipo de diagnóstico muestra que los adolescentes con enfermedades hematológicas tienen una preferencia por el estilo Resolver el problema y hacen uso más frecuente de una estrategia funcional como Distracción Física. No obstante, estos mismos pacientes suelen utilizar también una de las estrategias menos adaptativas: Preocuparse. En cuanto a las dimensiones de la CVRS, por un lado, los pacientes con enfermedades hematológicas informan de un mayor nivel de CVRS en la dimensión Función física, mientras que los pacientes con tumores sólidos son los que informan de un mayor nivel de CVRS en cuanto a la dimensión Rol físico (Ver tabla 7).

Tabla 7: Diferencias en afrontamiento y CVRS según el Tipo de Diagnóstico

| Tipo de diagnóstico | Enf. hematológicas <i>n</i> = 50 | | Tumores sólidos <i>n</i> = 20 | | <i>t</i> (72) | <i>gl</i> | <i>p</i> | <i>d</i> de Cohen |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|---------------|-----------|----------|-------------------|
| | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>M</i> | <i>DE</i> | | | | |
| Estilo 1: Resolver el problema | 75.54 | 11.31 | 66.93 | 15.20 | 2.58 | 66 | .01 | .64** |
| Distracción Física | 66.64 | 22.55 | 52.15 | 26.34 | 2.31 | 68 | .02 | .56** |
| Preocuparse | 81.52 | 13.54 | 73.00 | 14.56 | 2.33 | 68 | .02 | .57** |
| Función física | 63.60 | 20.38 | 49.50 | 22.12 | 2.55 | 68 | .01 | .62** |
| Rol físico | 36.13 | 23.19 | 56.98 | 25.64 | -3.30 | 68 | .00 | .80*** |

Nota: ** La diferencia es mediana ($.5 \leq d < .8$); *** La diferencia es grande ($.8 \leq d$)

Una última variable de la enfermedad, la condición en la que se da el tratamiento, también presenta diferencias significativas en la dimensión Dolor Corporal de la CVRS ($t(70) = -2.39$, $p = .02$, $d = .57^*$); siendo mejor la percepción de salud en esta dimensión para los pacientes con tratamiento de forma ambulatoria ($M = 65.22$, $DE = 22.68$; $n = 27$) que en aquellos con tratamiento en hospitalización ($M = 51.38$, $DE = 24.50$, $n = 45$).

Finalmente, no se encontraron diferencias significativas en los análisis realizados de los puntajes de ambos constructos según otras variables sociodemográficas como el lugar de procedencia (Lima o provincias), el tipo de cuidador primario en Lima (Padres u otros), ni otras variables de la enfermedad como el tiempo de diagnóstico (de 3 a 6 meses o de 6 meses a más).



Discusión

A partir de la información presentada, se discutirá sobre la relación encontrada entre ambos constructos, tomando en cuenta las características particulares del grupo de participantes y de su enfermedad. Se presentarán las conclusiones, implicancias, limitaciones del estudio y recomendaciones para futuras líneas de investigación.

El presente estudio plantea la necesidad de identificar los estilos y estrategias de afrontamiento de los adolescentes con diagnósticos oncológicos y su relación con los niveles de CVRS que reportan. De acuerdo con lo esperado, se ha encontrado que el uso de estrategias pertenecientes a los estilos de afrontamiento Resolver el problema y Referencia a otros, considerados funcionales, se relacionan de forma directa con una mejor percepción de la salud en ambos componentes de la CVRS y sus dimensiones y que el uso de estrategias pertenecientes al estilo de Afrontamiento no productivo se relaciona inversamente con el nivel de CVRS en todas sus dimensiones.

Al igual que en otros estudios, los participantes de la investigación muestran una tendencia hacia un mayor bienestar físico y menores síntomas de depresión, estrés postraumático y síntomas somáticos con el uso de un afrontamiento adaptativo (Matalinares et al., 2016, Phipps, 2007), así como una mayor probabilidad de resolver los eventos (Taylor, 2003). De aquí la importancia de desarrollar mejores habilidades de afrontamiento, maximizando el uso de respuestas de afrontamiento de este tipo para favorecer la adaptación (Folkman, & Greer, 2000; Franks & Roesch, 2006; Turner-Sack et al., 2012) y minimizando el afrontamiento no productivo, ya que podría dificultar la aceptación de la realidad y la elaboración del problema a nivel cognitivo y emocional (Castellano-Tejedor, 2015).

Los resultados muestran una menor percepción de la CVRS a nivel del componente físico y sus dimensiones, lo que se relacionaría con la severidad de la enfermedad, sus síntomas, la dureza de los tratamientos y la presencia de síntomas debilitantes (Llantá et al., 2016; Taylor, 2007). Entre las principales preocupaciones físicas que los adolescentes reportan durante el tratamiento activo se encuentran el estado de salud, la movilidad, síntomas como dolor, náuseas, anorexia, caquexia, dificultad para dormir, fatiga, entre otros (Sodergren, 2017). De estos, la fatiga es uno de los síntomas físicos más frecuente y estresante que puede interferir con las actividades diarias, ocasionando un rendimiento menor que el deseado, limitándolas o dificultándolas (Li et al., 2018; Nunes et al., 2018). En cuanto a la valoración personal y la perspectiva de la salud física a futuro, estudios han encontrado que se vería mermada por el temor a perder el control de las funciones corporales (Die Trill, 2003), el miedo a la infertilidad

(Skaczkowski et al., 2018; Sender & Zabokrtsky, 2015; Sodergren, 2017) y la insatisfacción con la apariencia física y la imagen corporal (Stinson et al., 2015).

En cuanto al Componente mental, este está significativamente mejor conservado que el Componente físico. Efectivamente existe estrés emocional al recibir un diagnóstico y a esto se suma que síntomas físicos como la fatiga conducen también a la prevalencia de sentimientos de cansancio y agotamiento frente a los de energía y vitalidad, ya que tienen un impacto negativo en la calidad del sueño y juega un papel en el desarrollo y mantenimiento de síntomas de depresión (Li et al., 2018; Nunes et al., 2018). No obstante, se observa que en los participantes estarían presentes no solo sentimientos de angustia sino también sentimiento de tranquilidad y calma. Esto podría relacionarse con el hecho de que se encuentran ya bajo una condición de asistencia y cuidados médicos, lo que les daría la sensación de contención y de manejo activo de la enfermedad haciendo que su estado actual difiera del imaginario colectivo que suele haber en torno a la enfermedad como sufrimiento, dolor y muerte (Die-Trill, 2003).

Como muestran los resultados, las actividades cotidianas se ven interferidas en menor grado por problemas emocionales que por problemas físicos lo que indicaría que no necesariamente se producirá psicopatología grave incapacitante asociada a estos siendo posible hacerles frente y recuperarse del impacto negativo si se logra una adecuada regulación de las respuestas emocionales (Llantá et al., 2018). En este sentido, los puntajes alcanzados en este componente, a pesar de las características del impacto emocional del diagnóstico, dan indicios positivos sobre la posibilidad de adaptación de los participantes.

En cuanto al tipo de afrontamiento de los adolescentes, los resultados muestran que el uso de algunas estrategias productivas de su repertorio como Distracción física, que involucra hacer deporte, esfuerzo físico e intentos por mantenerse en forma, se relacionan positivamente con una mejor percepción de la salud en el componente físico y con sentimientos de energía y vitalidad. Esto coincide con estudios que han encontrado que los adolescentes que no son capaces de dedicar tiempo al deporte o mantenerse en forma perciben un peor estado de salud (Medina, Chamarro y Parrado, 2013) y mayor fatiga (Lam et al., 2018). En un contexto oncológico de tratamiento activo, resulta difícil dedicarse a realizar algunas o muchas de las actividades placenteras como el deporte; sin embargo, es posible beneficiar la CVRS por medio de programas de actividad física (Chung et al., 2015; Howell et al., 2018; Lam et al., 2018; Li et al., 2018); ejercicio terapéutico (Beulertz et al., 2015;) y ejercicio aeróbico basado en contracción rítmica y relajación (Khodashenas et al., 2017). Así también, los programas de rehabilitación física han mostrado efectos positivos, inmediatos y sostenibles en los puntajes globales de la CVRS (Müller, Krauth, Gerss & Rosenbaum, 2016). En otros estudios, se sugiere

buscar nuevas actividades placenteras para compensar las que permanente o momentáneamente no pueden realizar y que ofrecen una mejora en el nivel de CVRS como el yoga (Orsey et al., 2017; Wurz et al, 2014) y la musicoterapia (Uggla, 2018), lo que también fomentaría recursos como la innovación y la creatividad (García & Lucio, 2016).

Otra estrategia activa como fijarse en lo positivo manteniendo una visión optimista de las cosas y sintiéndose afortunado a pesar de los problemas favorece la percepción de un mejor estado de salud a nivel psicológico y social, tanto actual como a futuro. Esto se muestra en la misma línea que otros estudios que encontraron una relación directa entre mantenerse optimista y un mejor funcionamiento del sistema inmunológico, una tasa menor de mortalidad y menor propensión a rendirse (Kyngäs, 2000; Londoño & Velasco, 2015; Urra, 2010). Así el optimismo se considera una condición necesaria para sobrellevar la enfermedad de un modo más adaptativo con independencia del pronóstico (Castellano-Tejedor, 2015).

La mayor afectación en la CVRS de los participantes se observa a nivel social, ya que los adolescentes reportan dificultades en sus actividades sociales habituales con familia, amigos, vecinos u otras personas significativas debido a su actual salud física o sus problemas emocionales. Esto parece reflejarse en las escasas relaciones encontradas entre las estrategias del estilo Referencia a otros, que implican recurrir al apoyo y recursos de personas significativas así como profesionales o deidades, y las dimensiones de la CVRS.

Por un lado, se debe considerar que para los adolescentes representa un desafío adicional tener que encontrar un nuevo equilibrio entre el deseo de ser independiente, propio de la adolescencia, y la forzosa dependencia de otros adultos de su entorno para curarse (Die Trill, 2003; Sender & Zabokrtsky, 2015). Por otro lado, es probable que, antes que a sus padres, tutores o sus doctores, los adolescentes acudan a sus compañeros o pares para obtener apoyo emocional durante la enfermedad (Sender & Zabokrtsky, 2015). Para ellos, los amigos representan fuentes únicas de apoyo social que pueden proporcionar diversas formas de distraerse y no sentirse paralizados y son quienes ayudan a procesar y encontrar sentido a temas sobre los cuales les es incómodo conversar con sus padres (Pennant et al., 2019). No obstante, el uso de estrategias funcionales que los incluyen podría verse limitado por el propio proceso de enfermedad y los periodos de hospitalización que involucran aislamiento, incapacidad de socializar con otros, la separación del grupo de amigos y la pareja, aumentan el miedo a perder el contacto y la sensación de ser “diferente” y exigen mayores esfuerzos dirigidos a la búsqueda de un sentido de pertenencia, lo que dificulta una adaptación psicosocial óptima (Die Trill, 2003; Sodergren et al., 2017) que impactaría negativamente en el bienestar (Bellver & Verdet, 2015; Die Trill, 2003; Masterton & Tariman, 2016; Pennant et al., 2019; Salvia et al., 2017;

Thornton, 2020). Para atenuar este efecto, un estudio propone formar grupos de apoyo o autoayuda con otros pacientes diagnosticados ya que pertenecer a estos se relacionaría directamente con un mayor nivel de apoyo informativo, incluso mejor que el brindado por la familia o amigos, y con un mejor proceso de adaptación psicológica y social (Durá & Hernández, 2003).

La estrategia Concentrarse en resolver el problema se considera productiva, ya que involucra un intento dirigido a resolver el problema de forma sistemática y analizando diferentes opciones para lograrlo. Los resultados muestran que esta está presente en el repertorio de los adolescentes, más no se relaciona con el nivel de CVRS, lo que podría dar indicios de que la enfermedad es considerada como una pérdida o daño frente al que no se puede hacer nada y sobre lo que no se tiene control. Esto podría señalar la importancia de fomentar la percepción de la enfermedad como una amenaza que se irá superando o como un reto al que se le puede hacer frente gracias a sus recursos y herramientas.

Entre pacientes con enfermedades crónicas que evalúan su enfermedad como una pérdida o daño de la que se tiene poco control es más frecuente el afrontamiento no productivo (Franks & Roesch, 2006; Palacios, González & Zani, 2015; Taylor, 2007). Como se observa en los resultados, existe una gran cantidad de asociaciones negativas entre las estrategias de este tipo y las dimensiones de la CVRS, lo que indicaría que los pacientes que optan por ellas perciben menores niveles de CVRS. Estas formas de afrontar se consideran de riesgo por las probabilidades de desarrollar psicopatología con su uso (Seiffge-Krenke, 1998, 2000) y por su relación con un mayor malestar físico (Carver & Schreier, 1994).

En el caso de los participantes, los resultados muestran que, frente a la enfermedad, algunos podrían no saber qué hacer, pensarían que no se puede hacer nada o que no es necesario hacer nada y terminarían dándose por vencidos, mostrando una baja percepción de su autoeficacia que se relacionaría con una mayor vulnerabilidad y menor capacidad de adaptarse a la enfermedad (Avendaño & Barra, 2008), perjudicando así su CVRS. A pesar de que los adolescentes ya cuentan con la capacidad cognitiva para valorar la gravedad de la enfermedad y las repercusiones asociadas a la muerte, recurrencia y efectos tardíos, su comportamiento se caracteriza frecuentemente por la creencia de que son inmortales, lo que los lleva a actuar como si la enfermedad no fuese severa, como si fuera a desaparecer de pronto o como si a largo plazo tuviese pocas implicaciones (Taylor, 2007), lo que se relacionaría con el uso común de la negación tanto de la enfermedad en sí, como de su importancia (Die Trill, 2003).

Es importante considerar que, para adaptarse adecuadamente, los adolescentes podrían requerir recursos personales o experiencias de vida de las que aún se carece a esa edad (Bellver

& Verdet, 2015; Sender & Zabokrtsky, 2015). Por un lado, habría indicios de la dificultad que podrían tener los participantes para identificar y expresar sus emociones y pensamientos negativos optando por la supresión de éstos (Gaviria et al., 2007). Los adolescentes que mostraron una tendencia al aislamiento, guardando sus sentimientos y emociones y evitando que los demás se enteren de sus preocupaciones obtuvieron una valoración personal más negativa de su salud actual y sus perspectivas a futuro, que los adolescentes que comparten sus problemas con otros y se esfuerzan por establecer relaciones íntimas con los demás. Esto muestra la necesidad de fomentar la comunicación y voluntad de recurrir a los otros, dejando que se conozca el problema y permitiéndoles que puedan ofrecer su ayuda, lo que conllevaría a una mejor percepción de su salud y mayor bienestar emocional y social (Taylor, 2007).

Por otro lado, el uso de estrategias disfuncionales como Autoinculparse y Preocuparse también se relacionan de forma inversa con el nivel de CVRS. Es posible que la complejidad del origen de la enfermedad y el poco conocimiento que se tiene sobre éste, ocasione que algunos adolescentes muestren un gran sentimiento de culpa asociada a no haberse hecho chequeos, a no haber detectado antes la enfermedad, a no haberse cuidado o incluso a haberla provocado (Souza et al., 2015). De igual manera, el tratamiento, secuelas y pronóstico de cada caso podría generar en ellos grandes preocupaciones asociadas a su futuro, a recaídas potenciales, a su imagen corporal, autoestima, fertilidad, posibilidad de formar una familia, entre otras (Quinn et al., 2015). Frente a esto, necesitan información médica específica y relevante relacionada con el cáncer así como apoyo emocional y psicológico continuo para adaptarse incluso tras superar la enfermedad (Moody et al., 2014).

En este sentido, resultaría beneficioso para los adolescentes poder forjar una alianza terapéutica con sus doctores, obtener información confiable a partir de ellos y participar activamente en las decisiones relacionadas al cuidado de su propia salud (Trevino et al., 2014). No obstante, al observar los resultados, resalta la ausencia de la relación que se esperaba encontrar entre la estrategia Buscar ayuda profesional y una mejor percepción de la CVRS en sus diferentes dimensiones. Además de lo ya mencionado sobre las características de la adolescencia, posiblemente esto se deba a que el ambiente hospitalario no brinde las condiciones necesarias para fomentar este tipo de relaciones o que no se den adecuadamente.

Tal como propone Die Trill (2003), la información médica transmitida de forma adecuada al paciente es beneficiosa para prepararlo a lo que se enfrenta. Ya que el equipo médico es el encargado de comunicar sobre todo lo relacionado a la enfermedad, es importante que tenga en cuenta la cantidad y el contenido de información así como la edad y el grado de madurez cognitiva y emocional del paciente para que se logre una correcta asimilación de la

información y se eviten confusiones (Cadena et al., 2014). En cuanto al apoyo psicológico, será necesario brindar un espacio para abordar los pensamientos y creencias que surjan en los adolescentes diagnosticados a partir de las experiencias previas que hayan tenido con la enfermedad o el escaso o nulo conocimiento anterior que tengan sobre esta y así ayudarlos a comprender lo que les está pasando y a darle un significado (Eslava, 2009). En este contexto, se requiere identificar y cambiar una posible comprensión cultural fatalista y amenazante sobre el cáncer (Die Trill, 2003), insistiendo en la aleatoriedad de la naturaleza de esta enfermedad y en la inexistencia de responsabilidad o culpabilidad por su aparición (Díaz, Madrid, & Gonzáles, 2009).

Con base en todo lo expuesto, se han visto reflejadas carencias en habilidades de afrontamiento en esta muestra que estimulen el uso de estrategias funcionales y desestimen las disfuncionales evitando así las consecuencias de un alto nivel de estrés y conduciendo a un estado más saludable. Para lograr esto, resulta necesario también tener en cuenta las variables personales y de la enfermedad que pueden ayudar a entender mejor la elección de estrategias de los adolescentes y el nivel de CVRS que reportan.

Según lo encontrado, la preferencia por un afrontamiento dirigido al problema y estrategias funcionales como Resolver el problema y Distracción física es mayor en hombres. Esta diferencia podría explicarse a partir de estudios que muestran una tendencia en las mujeres a enfocarse repetitivamente en sus emociones negativas y sus problemas, mientras que los hombres buscan actuar para encontrar una solución de forma más activa (Eaton et al., 2012).

En la muestra, a mayor edad, habría un mejor grado de comprensión de la enfermedad por un lado y menor CVRS con respecto a las diversas tareas del desarrollo (Bell, 2019; Llantá et al. 2016; 2018). No obstante, a medida que aumenta la edad, también aumentaría el repertorio de estrategias (Frydenberg y Lewis, 2000, 1997, 1993; Zimmer-Gembeck, & Skinner, 2008), lo que llevaría a un mejor nivel de CVRS. Los resultados obtenidos de acuerdo con el grado de instrucción avalarían esta postura ya que se observa un mayor uso de estrategias funcionales a mayor grado de educación. Esta fomentaría la complejidad cognitiva, la madurez social y la capacidad de considerar las perspectivas de los demás, por lo que, a mayor grado de instrucción, existiría una mayor reflexión sobre las posibles formas de afrontamiento y se adoptarían estrategias más eficaces y adaptativas (Seiffge-Krenke, 2000).

El menor uso de estrategias disfuncionales como reservarlo para sí en personas católicas va de acuerdo con diversos estudios en todo tipo de poblaciones que relacionan la religión con efectos positivos en la salud física, mental y en el bienestar (Zabel, 2000 citado en Cadena et al., 2014), así como con niveles altos de ajuste al cáncer (Martínez, Méndez, & Ballesteros,

2004) y menor sufrimiento (Lagoueyte, 2016). Las prácticas religiosas y espirituales como la oración representan un factor de protección que conlleva a desarrollar comportamientos más resilientes (Puentes, Urrego & Sánchez, 2015). No obstante, es importante considerar que podría representar un riesgo si es llevada a un extremo en el que se deje todo “en manos de Dios” dificultando la capacidad de tomar la responsabilidad que el proceso de enfermedad y sus tratamientos requieren (Cadena et al., 2014).

En cuanto a las relaciones de pareja, los resultados van de acuerdo con otro estudio que afirma que representan una importante fuente de apoyo moral, social y económico (Stinson et al., 2015). No obstante, en adolescentes, la ruptura de las relaciones de pareja puede tener un impacto significativo en la salud mental e incluso se les ha relacionado con el primer inicio de depresión clínica (Monroe et al., 1999 como se citó en Zimmer-Gembeck, & Skinner, 2008).

La mejor percepción de la salud en los pacientes que cuentan con el apoyo de su familia nuclear que los que cuentan con el apoyo de su familia extendida demuestra la importancia de la cohesión y de la adaptabilidad familiar para afrontar mejor la enfermedad. La presencia de uno de los padres biológicos o legales se relaciona con una mejor percepción de los vínculos afectivos por parte de los adolescentes (Villarreal-Zegarra, & Paz-Jesús, 2017), lo que facilita la comunicación y esto contribuye a lograr mayores niveles de autoeficacia (Cabrolier & Sandoval, 2011; Taylor, 2007) ayudando a lidiar con la enfermedad y a sentirse mejor emocional, social, física y espiritualmente (Akard et al., 2015).

La condición de migrante repercute negativamente en el nivel de CVRS, ya que será necesario adaptarse no solo a la enfermedad, sino también a un lugar nuevo en el que las creencias, valores y tradiciones, e incluso el idioma, pueden ser distintos (González, 2005). Es posible que la migración cause o se acompañe de problemas económicos o sociales, lo que agravaría la percepción de la enfermedad como un evento muy estresante y conduciría a un mayor nivel de aislamiento social (Aubert, 2017; Rodríguez, 2017). Además, en la mayoría de los casos, los cuidadores también se encuentran en una situación de migración que muchas veces implica el abandono parcial o total de sus propias labores y roles y, al sobrecargarse, pueden ofrecer un cuidado inadecuado al paciente, poniéndolo en riesgo.

De acuerdo con las variables de la enfermedad, se ha encontrado que los adolescentes que padecen de enfermedades hematológicas muestran un mayor uso de la estrategia de Distracción física, que, como se mencionó anteriormente, muestra una relación positiva con el componente físico de la CVRS. Esto se refleja en la mejor percepción que tienen estos pacientes en cuanto a su capacidad de realizar actividades que requieren esfuerzos moderados o intensos como subir escaleras, cargar pesos, inclinarse, etc. No obstante, el mayor uso de la estrategia

preocuparse, que se relaciona de forma negativa con el nivel de CVRS, se mostraría en la mayor dificultad que estos pacientes presentan para retomar sus actividades cotidianas. Es probable que esto se explique a partir de la duración y las expectativas con relación al resultado del tratamiento, ya que las enfermedades hematológicas demandan un mayor tiempo de quimioterapia en el que se acentúa y prolonga la preocupación e incertidumbre. En cuanto a las personas que padecen de algún tumor sólido, los resultados van de acuerdo con un estudio que encontró que, independientemente del tipo de cáncer, los pacientes que se someten a una cirugía reportan mejores niveles de calidad de vida que los pacientes que recibían quimioterapia o radioterapia (Llantá et al., 2016). En este caso, esto se reflejaría en la percepción de un mejor nivel de CVRS, a partir de un mejor rendimiento en la realización de sus actividades diarias con menos limitaciones e interferencias para realizarlas. Por último, llevar el tratamiento de forma ambulatoria muestra una percepción más favorable de la CVRS en la dimensión de Dolor corporal lo que va de acuerdo con otros estudios que muestran que estar fuera del hospital brinda un sentimiento de normalidad y propicia un afrontamiento más activo y optimista (Coppari et al., 2014).

Todas estas características personales, ambientales y las de la propia enfermedad contribuyen a comprender cómo los adolescentes experimentan, reaccionan, piensan y afrontan los eventos estresantes y así poder ayudarlos a hacer mejores valoraciones del evento estresante, a encontrar los recursos con los que cuentan y a orientar sus habilidades de afrontamiento de forma adaptativa (Zimmer-Gembeck, & Skinner, 2008). A partir de los hallazgos encontrados, se podrían crear intervenciones multidisciplinarias adecuadas a esta población cuyo objetivo no sea únicamente la supervivencia del paciente sino también disminuir los riesgos asociados y lograr calidad de vida objetiva desde el punto de vista médico y también subjetiva desde la propia percepción del paciente. De esta forma, se podrían obtener resultados similares a lo hallado en otros estudios en cuanto al crecimiento a partir de una experiencia difícil que asegura que las personas que han sido expuestas a eventos traumáticos durante la etapa de la adolescencia, podrían experimentar un nivel de maduración superior frente a sus pares, un mayor desarrollo emocional y mejor apreciación de la vida en general, abarcando cambios positivos en la autopercepción, las relaciones con otros, la filosofía de vida y la adquisición de hábitos más saludables (Engvall et al., 2011).

En cuanto a las limitaciones del estudio, los resultados se han obtenido de adolescentes que se encuentran en una fase de tratamiento activo, por lo que no se cuenta con información de cómo varían los constructos en otras fases de la enfermedad, como la remisión, recidiva/recaída o supervivencia. Además, se han considerado todos los tipos de cáncer dentro

de la muestra, por lo que no considera las posibles diferencias de acuerdo con la ubicación, extensión o secuelas físicas que podrían requerir ser estudiadas con mayor profundidad. Por otro lado, se consideró únicamente la condición en la que los participantes reciben el tratamiento pero, por dificultades logísticas, no se tomó en cuenta el tipo de tratamiento, ni la frecuencia, dosis o vía de administración que podrían presentar diferencias significativas. Adicionalmente, en el presente estudio se obtuvo 6 estrategias de afrontamiento que no mostraron un adecuado nivel de consistencia interna y no se incluyeron en los análisis. Es posible que la escala utilizada presente limitaciones al no ser dirigida a pacientes con cáncer por lo que las situaciones que recoge no son las más pertinentes en este contexto.

En cuanto a recomendaciones para futuras líneas de investigación, se propone un estudio longitudinal que pueda mostrar los cambios generados en ambos constructos y la variabilidad de sus características a lo largo de las etapas de la enfermedad. Puede ser recomendable enfocarse en un solo tipo de cáncer y en sus tratamientos aumentando la cantidad de la muestra, lo que permitiría encontrar diferencias más claras. También se podría incluir una variable adicional importante en este contexto como la relación médico-paciente que permita explorar a mayor profundidad las condiciones hospitalarias y el proceso de atención en cuanto al manejo científico, ético y humano. Asimismo, se podría obtener información muy valiosa sobre esta población al considerar otras variables personales como la estabilidad emocional premórbida, la motivación, la experiencia previa con la enfermedad, el significado que el paciente le atribuye u otras variables provenientes de la perspectiva de terceras personas, como el afrontamiento de los padres, dada la relación que este podría tener con el proceso de adaptación del paciente. De igual manera, sería importante utilizar instrumentos acorde al contexto oncológico o crearlos si no existieran.

Finalmente, se espera que la presente investigación incentive la realización de nuevos estudios que profundicen en los problemas y necesidades psicosociales latentes en esta población tan vulnerable. De esta manera, se espera contribuir a orientar las intervenciones psicosociales para promover y enseñar estrategias de afrontamiento eficaces que puedan favorecer la adaptación a la enfermedad y así mejorar el nivel de calidad de vida.



Referencias

- Abrams, A., Hazen, E., & Penson, R. (2007). Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treatment Review* 33(7), 622-630. doi: 10.1016/j.ctrv.2006.12.006
- Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. (2019). *GLOBOCAN 2018: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012*. Lyon, France: IARC.
- Akard, T. F., Dietrich, M. S., Friedman, D. L., Hinds, P. S., Given, B., Wray, S., & Gilmer, M. J. (2015). Digital storytelling: An innovative legacy-making intervention for children with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(4), 658–665. doi:10.1002/pbc.25337
- Al Omari, O., Wynaden, D., Al-Omari, H., & Khatatbeh, M. (2016). Coping Strategies of Jordanian Adolescents With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(1), 35–43. doi:10.1177/1043454215622408
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina clínica*, 104(20), 771-776.
- American Academy of Pediatrics. (2019). *Etapas de la adolescencia*. Recuperado de <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- American Cancer Society. (2016). *Aspectos básicos sobre el cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>
- American Cancer Society. (2019). *¿Qué es el cáncer de tiroides?* Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-tiroides/si-usted-tiene-cancer-de-tiroides.html>
- American Society of Clinical Oncology [ASCO]. (2017). *Efectos tardíos del cáncer infantil*. Recuperado de <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/para-los-ni%C3%B1os/efectos-tard%C3%ADos-del-c%C3%A1ncer-infantil>
- Arranz, P., Ulla, S., y Coca, C. (2003). Leucemias, linfomas y mielomas. En M. Die Trill, *Psico-oncología* (pp. 223-238). Madrid, España: ADES Ediciones.
- Aubert, F. (2017). *Afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes con cáncer* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Avendaño, M.J., & Barra, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 165-172. doi:10.4067/S0718-48082008000200002

- Barra, E. (2003). Estrés y salud. En *Psicología de la Salud* (pp. 34-50). Santiago de Chile: Mediterránea.
- Bell, P. (2019). Psychosocial aspects of cancer. *Salem Press Encyclopedia of Health*. Recuperado de: http://widgets.ebscohost.com/prod/customlink/proxify/proxify.php?count=1&encode=0&proxy=&find_1=&replace_1=&target=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds_live&db=ers&AN=94462403&authtype=sso&custid=s1007886.
- Bellver, A., & Verdet, H. (2015). Adolescencia y cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 141-156. doi:10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48909
- Beulertz, J., Prokop, A., Rustler, V., Bloch, W., Felsch, M., & Baumann, F. T. (2015). Effects of a 6-month, group-based, therapeutic exercise program for childhood cancer outpatients on motor performance, level of activity, and quality of life. *Pediatric Blood & Cancer*, 63(1), 127–132. doi:10.1002/pbc.25640
- Bleyer, W. (2002). Cancer in the older adolescents and young adults: Epidemiology, diagnosis, treatment, survival, and importance of clinical trials. *Medical and Pediatric Oncology*, 38(1), 1-10. doi:10.1002/mpo.1257
- Bragado, C. (2010). Ajuste psicológico y resiliencia en niños y adolescentes con cáncer. *INFOCOP: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 47, 37-38. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Carmen_Bragado-Alvarez/publication/235349052_Ajuste_psicologico_y_resiliencia_en_ninos_y_adolescentes_con_cancer/links/0fcfd5112a2ca688c8000000/Ajuste-psicologico-y-resiliencia-en-ninos-y-adolescentes-con-cancer.pdf
- Buitelaar, J. (2012). Adolescence as a turning point: for better and worse. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(7), 357-359. doi:10.1007/s00787-012-0296-3
- Cabroler, E. & Sandoval, Y. (2020). Autocuidado en adolescentes portadores de cáncer. *Revista Horizonte De Enfermería*, 22(1), 73-81. doi:10.7764/Horiz_Enferm.22.1.73
- Cadena, A., Castro, G., & Franklin, E. (2014). Vivencias y significados de adolescentes sobrevivientes al cáncer. *TRILOGÍA. Ciencia, Tecnología y Sociedad* 6(10), 145-163. Recuperado de: <http://repositorio.itm.edu.co/bitstream/20.500.12622/1260/1/441-Texto%20del%20art%C3%ADculo-609-1-10-20170220.pdf>
- Calaminus, G., Weinspach, S., Terke, C., & Gobel, U. (2000). Quality of life in children and adolescents with cancer. First of an evaluation of 49 patients with the PEDQOL questionnaire. *Klinische Pädiatrie*, 212(4), 211-215. doi: 10.1055/s-2000-9679

- Camacho, S. (2003). Tumores propios del varón. En M. Die Trill, *Psico-oncología* (pp. 239-249). Madrid, España: ADES Ediciones.
- Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las escalas de Afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. *Persona*, (5), 191-233.
- Carrillo-González, G. (2017). Los grupos de síntomas en personas con cáncer: una revisión integrativa. *Aquichan*, 17(3), 257-269. doi:10.5294/aqui.2017.17.3.
- Carver, C.H. & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Castellano-Tejedor, C. (2015). Optimismo, afrontamiento y cáncer pediátrico: Un estudio descriptivo. *Psicooncología*, 12(1), 19-38. doi:10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48901
- Castillo, G. (2009). *El adolescente y sus retos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cella, D. (2003). Métodos de evaluación de la calidad de vida en Psico-oncología. En M. Die Trill, *Psico-oncología* (pp. 779-781). Madrid: ADES Ediciones.
- Celma, A. (2009). Psicooncología infantil y adolescente. *Psicooncología*, 6(2), 285-290. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC0909220285A/15116>
- Guzmán, M. (2014). Variables psicológicas positivas en pacientes con cáncer. *Información psicológica*, (106), 17-27. doi:10.14635/IPsic.2014.106.2
- Chung, O. K. J., Li, H. C. W., Chiu, S. Y., Ho, K. Y., & Lopez, V. (2015). Sustainability of an Integrated Adventure-Based Training and Health Education Program to Enhance Quality of Life Among Chinese Childhood Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 38(5), 366–374. doi:10.1097/ncc.0000000000000211
- Coccia, P. F. (2019). Overview of Adolescent and Young Adult Oncology. *Journal of Oncology Practice*, 15(5), 235-237. doi:10.1200/jop.19.00075
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coleman, J. & Hendry, L.B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Compas, B. E., Desjardins, L., Vannatta, K., Young-Saleme, T., Rodriguez, E. M., Dunn, M., ... Gerhardt, C. A. (2014). Children and adolescents coping with cancer: Self- and parent reports of coping and anxiety/depression. *Health Psychology*, 33(8), 853–861. doi:10.1037/hea0000083

- Coppari, N., Acosta, B., Buzó, J., Huerta, P. N., & Ortiz, V. (2014). Calidad de vida y afrontamiento de pacientes con cáncer y sida de Paraguay. *Salud & Sociedad*, 5(1), 82-96. doi: 10.22199/S07187475.2014.0001.00005
- Decker, C. (2006). Coping in adolescents with cancer: a review of the literature. *Journal of psychosocial oncology*, 24(4), 123-140. doi:10.1300/J077v24n04_07
- Desaive, P., & Ronson, A. (2008). Stress spectrum disorders in oncology. *Current Opinion in Oncology*, 20(4), 378-385. doi:10.1097/cco.0b013e328302166a
- Díaz, H., Madrid, M. C., & Gonzáles, M. J. (2009). Intervención en el momento del diagnóstico y durante el tratamiento de su enfermedad. En Comisión de Psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, *Intervención psicosocial en adolescentes con cáncer* (pp. 31-44). Barcelona: Federación Española de Padres de Niños con Cáncer.
- Die Goyanes, A., & Die Trill, J. (2003). El cáncer y sus tratamientos. En M. Die Trill, *Psico-oncología* (pp. 41-55). Madrid: ADES Ediciones.
- Die Trill, M. (2003). El niño y el adolescente con cáncer . En M. Die Trill, *Psico-oncología* (pp. 85-92). Madrid: ADES ediciones.
- Die Trill, M., & Vecino, S. (2003). El superviviente de cáncer. En M. Die Trill, *Psico-oncología* (pp. 125-140). Madrid: ADES Ediciones.
- Die Trill, M., Die Trill, J., & Herrera, D. (2003). Factores de riesgo, prevención y screening. En M. Die Trill, *Psico-oncología* (pp. 57-61). Madrid: ADES ediciones.
- Diez, M., Galarregui, M., & Keegan, E. (2011). Adolescentes sobrevivientes de cáncer: Estrategias de afrontamiento, bienestar psicológico y síntomas psicopatológicos. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp. 66-70). Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Durá, E., & Hernández, S. (2003). Los grupos de auto-ayuda como apoyo social en el cáncer de mama. *Boletín de Psicología* (78), 21-39. Recuperado de www.uv.es/seoane/boletin/previos/N78-2.pdf
- Eaton, N., Krueger, R., Skodol, A., Grant, B., Keyes, K., Balsis, S., Markon, K., & Hasin, D. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 282-288. doi:10.1037/a0024780
- Engvall, G., Cernvall, M., Larsson, G., Von Essen, L., & Mattsson, E. (2011). Cancer during adolescence: Negative and positive consequences reported three and four years after diagnosis. *PLoS ONE*, 6(12), 1-5. doi:10.1371/journal.pone.0029001

- Eslava, V. (2009). Proceso de adaptación en el adolescente con cáncer. En Comisión de psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, *Intervención psicosocial en adolescentes con cáncer* (pp. 31-44). Barcelona: Federación Española de Padres de Niños con Cáncer.
- Fernández, B., Llorens, A., Arcos, L., García, R., Zabalza, A., & Jorge, V. (2009). Calidad de vida y estado de salud en niños y en adolescentes supervivientes de cáncer. *Psicooncología*, 6(2), 459-468. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220459A>
- Flores-Carvajal, D., & Urzúa, A. (2015). Propuesta de evaluación de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad crónica en adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(3), 169-174. doi:10.1016/j.rchipe.2015.08.007
- Folkman, S. (1982). An approach to the measurement of coping. *Journal of Organizational Behavior*, 3(1), 95-107. doi:10.1002/job.4030030108
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9(1), 11-19. doi:10.1002/(sici)1099-1611(200001/02)9:1<11::aid-pon424>3.0.co;2-z
- Franks, H. M., & Roesch, S. C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15(12), 1027-1037. doi:10.1002/pon.1043
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1993). *Adolescent Coping Scale: Administrator's manual*. Melbourne: Australian Council for Educational Research
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1993). Boys plays sport and girls turn to others: age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 16(3), 253-266. doi:10.1006/jado.1993.1024
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1996). A Replication Study of the Structure of the Adolescent Coping Scale: Multiple Forms and Applications of a Self-Report Inventory in a Counselling and Research Context. *European Journal of Psychological Assessment*, 12(3), 224-235. doi:10.1027/1015-5759.12.3.224
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1997): *ACS Escalas de afrontamiento para adolescentes*. Adaptación española de Jaime Pereña y Nicolás Seisedos. Madrid, TEA Ediciones
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (2000). Teaching Coping to Adolescents: When and to Whom? *American Educational Research Journal Fall*, (37)3, 727-745. doi:10.3102/00028312037003727
- Frydenberg, E. (1993). The coping strategies used by capable adolescents. *Australian Journal of Guidance & Counselling*, 3(1), 1-9

- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent Coping: Theoretical and Research Perspective*. Londres: Routledge
- Frydenberg, E. (2008). *Adolescent Coping: Advances in Theory, Research and Practice*. Londres: Routledge
- Galán, S., De la Vega, R., Tomé Pires, C., Racine, M., Solé, E., Jensen, M. P., & Miró, J. (2016). What are the needs of adolescents and young adults after a cancer treatment? A Delphi study. *European Journal of Cancer Care*, 26(2), 1-10. doi:10.1111/ecc.12488
- García, A., & Lucio, M. E. (2016). Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. *Gaceta mexicana de oncología*, 15(1), 3-9. doi:10.1016/j.gamo.2016.02.004
- García, R., López, J., & Moreno, M. J. (2008). Estrategias de afrontamiento al estrés según sexo y edad en una muestra de adolescentes uruguayos. *Ciencias Psicológicas*, II(1), 7-25. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4595/459545421002>
- Geue, K., Sender, A., Schmidt, R., Richter, D., Hinz, A., Schulte, T., ... Stöbel-Richter, Y. (2013). Gender-specific quality of life after cancer in young adulthood: a comparison with the general population. *Quality of Life Research*, 23(4), 1377-1386. doi:10.1007/s11136-013-0559-6
- González, V. (2005). El duelo migratorio. *Revista de Trabajo Social*, 7(7), 77-97. doi:10.15446/ts
- Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. (1996). Qué calidad de vida? *Foro mundial de la salud*, 17(4), 385-387.
- Haase, J., Kintner, E., Monahan, P., & Robb, S. (2014). The resilience in illness model, part 1: Exploratory evaluation in adolescents and young adults with cancer. *Cancer Nursing*, 37(3), 1-12. doi:10.1097/ncc.0b013e31828941bb
- Higuera, L., & Cardona, J. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes: Revisión sistemática de las investigaciones publicadas en el periodo 1970-2013. *Médicas UIS*, 28(1), 23-30. doi:10.18273/revmed
- Holland, J., & Murillo, M. (2003). Historia internacional de la psico-oncología. En M. Die Trill, *Psico-oncología* (pp. 21-39). Madrid: ADES ediciones.
- Howell, C. R., Krull, K. R., Partin, R. E., Kadan-Lottick, N. S., Robison, L. L., Hudson, M. M., & Ness, K. K. (2018). Randomized web-based physical activity intervention in adolescent survivors of childhood cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 65(8), 1-7. doi:10.1002/pbc.27216

- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN]. (2017). *Infocáncer INEN*. Recuperado de <https://portal.inen.sld.pe/infocancer-inen/>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN]. (2016). *Registro de Cáncer de Lima Metropolitana*. Recuperado de <https://portal.inen.sld.pe/registro-de-cancer-en-lima-metropolitana/>
- Instituto Nacional del Cáncer (NIH). (2018). *Adolescentes y adultos jóvenes con cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/adolescentes-adultos-jovenes>
- Instituto Nacional del Cáncer [NIH]. (2015). *¿Qué es el cáncer?* Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Ismail, Y., & Hendry, J. (2018). Support needs of adolescents' post-cancer treatment: A systematic review. *Radiography*, 24(2), 175–183. doi:10.1016/j.radi.2017.12.004
- Jörngarden, A., Mattsson, E., & Von Essen, L. (2007). Health-related quality of life, anxiety and depression among adolescents and young adults with cancer: A prospective longitudinal study. *European Journal of Cancer* 43(13), 1952-1958. doi:10.1016/j.ejca.2007.05.031
- Kazak, A. E., DeRosa, B. W., Schwartz, L. A., Hobbie, W., Carlson, C., Ittenbach, R. F., ... Ginsberg, J. P. (2010). Psychological outcomes and health beliefs in adolescent and young adult survivors of childhood cancer and controls. *Journal of Clinical Oncology*, 28(12), 2002–2007. doi:10.1200/jco.2009.25.9564
- Keller, S. D., Ware Jr, J. E., Bentler, P. M., Aaronson, N. K., Alonso, J., Apolone, G., Bjorner, J.B., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplège, A., Sullivan, M., & Gandek, B. (1998). Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 health survey in ten countries: Results from the IQOLA project. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 1179-1188. doi: 10.1016/S0895-4356(98)00110-3
- Khodashenas, E., Badiee, Z., Sohrabi, M., Ghassemi, A. & Hosseinzade, V. (2017). The effect of an aerobic exercise program on the quality of life in children with cancer. *Turkish Journal of Pediatrics*, 59(6), 678–683. doi:10.24953/turkped.2017.06.009
- Kline, R. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3era ed.). New York; Guilford Press.
- Kyngäs, H. (2000). Compliance of adolescents with chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 549-556. doi:10.1046/j.1365-2702.2000.00368.x
- Lagoueyte, M. I. (2016). Religiosidad: baluarte en el afrontamiento del cáncer de cérvix. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(1), 6-15. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000100003

- Lam, K., Li, W., Chung, O. K., Ho, K. Y., Chiu, S. Y., Lam, H. S., & Chan, G. (2018). An integrated experiential training programme with coaching to promote physical activity and reduce fatigue among children with cancer: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, *101*(11), 1947–1956. doi: 10.1016/j.pec.2018.07.008
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Li, W., Ho, K. Y., Lam, K. K. W., Lam, H. S., Chui, S. Y., Chan, G. C. F., ... Chung, O. K. (2018). Adventure-based training to promote physical activity and reduce fatigue among childhood cancer survivors: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *83*, 65–74. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.04.007
- Llantá, A., Grau, Á., Bayarre, V., Renó, C., Machín, G., & Verdecia, C. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes con cáncer atendidos en servicios de Oncohematología de La Habana, 2011-2013. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *15*(2), 285-299. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172919X2016000200016&lng=es&tlng=es.
- Llantá, M., Bayarre, H., & Grau, J. (2018). Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes con cáncer. *Salud & Sociedad*, *9*(2), 192-205. doi: 10.22199/S07187475.2018.0002.00006
- Londoño, C., & Velasco, M. (2015). Estilo de afrontamiento, optimismo disposicional, depresión, imagen corporal, IMC, y riesgo de TCA como predictores de calidad de vida relacionada con la salud. *Psychologia. Avances de la disciplina.*, *9*(2), 35-47. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1900-23862015000200003
- Lostanau, F., Torrejon, M., & Casaretto, M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*, *31*(122), 75-90. doi:10.15517/ap.v31i122.25345
- Maguiña, F. (2017). *Clima Familiar y Afrontamiento en adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Lima Metropolitana*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Malboeuf-Hurtubise, C., Achille, M., Muise, L., Beauregard-Lacroix, R., Vadnais, M., & Lacourse, É. (2015). A mindfulness-based meditation pilot study: Lessons learned on

- acceptability and feasibility in adolescents with cancer. *Journal of Child and Family Studies*, 25(4), 1168–1177. doi:10.1007/s10826-015-0299-z
- Manrique, B. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud y esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima metropolitana*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Masterton, K., & Tariman, J. (2016). Effective transitional therapy for adolescent and young adult patients with cancer: An integrative literature review. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(4), 391–396. doi:10.1188/16.cjon.391-396
- Matalinares, M., Díaz, G., Ornella, R., Baca, D., Uceda, J., Yaringaño, J., (2016) Afrontamiento del estrés y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de Lima y Huancayo. *Revista de Investigación en Psicología* 16(2), 123-143. doi: 10.15381/rinvp.v19i2.12894
- Medina, J., Chamarro, A., & Parrado, E. (2013). Efecto del deporte en el bienestar psicológico de las personas con gran discapacidad física de origen neurológico. *SERMEF*, 47(1), 10-15. doi:10.1016/j.rh.2012.10.006
- Mendoza, J. A., Baker, K. S., Moreno, M. A., Whitlock, K., Abbey-Lambertz, M., Waite, A., ... Chow, E. J. (2017). A Fitbit and Facebook mHealth intervention for promoting physical activity among adolescent and young adult childhood cancer survivors: A pilot study. *Pediatric Blood & Cancer*, 64(12), 1-9. doi:10.1002/pbc.26660
- Michel, G., & Vetsch, J. (2015). Screening for psychological late effects in childhood, adolescent and young adult cancer survivors. *Current Opinion in Oncology*, 27(4), 297–305. doi:10.1097/cco.0000000000000196
- Ministerio de Salud. (2018). Situación epidemiológica del cáncer de acuerdo a la vigilancia epidemiológica de cáncer basada en registros hospitalarios. Enero-diciembre 2017. *Boletín Epidemiológico del Perú*, 703-705. Recuperado de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/52.pdf>
- Moody, L., Turner, A., Osmond, J., Hooker, L., Kosmala-Anderson, J., & Batehup, L. (2014). Web-based self-management for young cancer survivors: consideration of user requirements and barriers to implementation. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(2), 188–200. doi:10.1007/s11764-014-0400-4
- Müller, C., Krauth, K., Gerß, J., & Rosenbaum, D. (2016). Physical activity and health-related quality of life in pediatric cancer patients following a 4-week inpatient rehabilitation program. *Support Care Cancer*, 24(9), 3793-3802. doi:10.1007/s00520-016-3198-y

- Nunes, M. D. R., Bomfim, E., Olson, K., Lopes-Junior, L. C., Silva-Rodrigues, F. M., Garcia de Lima, R. A., & Nascimento, L. C. (2018). Interventions minimizing fatigue in children/adolescents with cancer: An integrative review. *Journal of Child Health Care*, 22(2), 186–204. doi:10.1177/1367493517752498
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cáncer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Orozco, M., Maza, L., & Bula, J. (2018). Abrazando mi historia de vida: la experiencia de vivir con cáncer siendo adolescente. *Avances en Salud*, 2(2), 12-20. doi:10.21897/25394622.1453
- Orsey, A. D., Park, C. L., & Pulaski, R. (2017). Results of a pilot yoga intervention to improve pediatric cancer patients' quality of life and physical activity and parents' well-being. *Rehabilitation Oncology*, 35(2), 15-23. doi:10.1097/01.reo.0000000000000062
- Ortiz, M. (2006). Estrés, Estilo de Afrontamiento y Adherencia al Tratamiento de Adolescentes Diabéticos Tipo 1. *Terapia Psicológica*, 24(2), 139-147. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=785/78524203>
- Ottati, F. & Souza Campos, M.P. (2014). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento oncológico. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(2), 103-111. doi:10.14718/ACP.2014.17.2.11
- Palacios, X., González, M., Zani, B., (2015). Las representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en la familia del paciente oncológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 497-515. doi:10.12804/apl33.03.2015.09
- Papalia, D., Duskin, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. Mexico DF: McGraw-Hill Companies.
- Papalia, D., Wendkos Olds, S. & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia* (11a. ed.). México: McGrawHill.
- Patterson, P., McDonald, F. E. J., Zebrack, B., & Medlow, S. (2015). Emerging issues among adolescent and young adult cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 31(1), 53–59. doi:10.1016/j.soncn.2014.11.006
- Peirano, R. (2017). *Afrontamiento y sintomatología clínica en adolescentes que acuden a un hospital de Salud Mental de Lima*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Pennant, S., C. Lee, S., Holm, S., Triplett, K. N., Howe-Martin, L., Campbell, R., & Germann, J. (2020). The role of social support in adolescent/young adults coping with cancer treatment. *Children*, 7(1), 1-25. doi:10.3390/children7010002

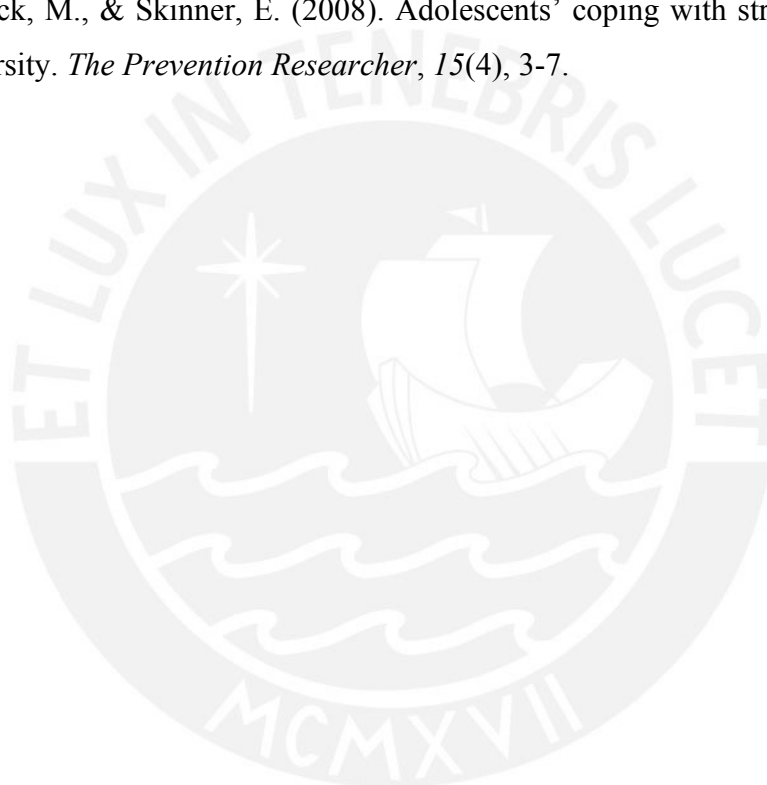
- Phipps, S. (2007). Adaptive style in children with cancer: implications for positive psychology approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(9), 1055-1066. doi:10.1093/jpepsy/jsm060
- Pintado, M. & Cruz, M. (2017). Factores de resiliencia en niños y adolescentes con cáncer y su relación con el género y la edad. *CIENCIA ergo-sum* 24(2). 137-144. doi:10.30878/ces.v24n2a5
- Puentes, Y., Urrego, S., Sánchez, R., (2015). Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: Una mirada desde mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 481-495. doi:10.12804/apl33.03.2015.08
- Quinn, G., Goncalves, V., Sehovic, I., Bowman, M., & Reed, D. (2015). Quality of life in adolescent and young adult cancer patients: A systematic review of the literature. *Patient Related Outcome Measures*, 2015(6), 19-51. doi:10.2147/prom.s51658
- Ramon, J., Krikorian, A., & Palacio, C. (2015). Afrontamiento del cáncer: adaptación al español y validación del Mini-MAC en población colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 531-544. doi:10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3157
- Rodríguez, C. (2017). *Afrontamiento y CVRS en pacientes migrantes con cancer de mama*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Rodriguez, S. & Die Trill, M. (2003). Tumores del sistema nervioso central. En M. Die Trill, *Psico-oncología* (pp. 185-206). Madrid: ADES Ediciones.
- Romero, C. (2015). *Percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2* (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Rosenberg, A. R., Bradford, M. C., Bona, K., Shaffer, M. L., Wolfe, J., Baker, K. S., ... Yi-Frazier, J. (2017). Hope, distress, and later quality of life among adolescent and young adults with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 36(2), 137-144. doi:10.1080/07347332.2017.1382646
- Salazar, R., & Bernabé, E. (2012). The Spanish SF-36 in Peru: factor structure, construct validity, and internal consistency. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27(2). 1-8 doi:10.1177/1010539511432879.
- Salinas, A., & Paucar, R. (2017). Comprendiendo el afrontamiento y la calidad de vida en adolescentes con espina bífida. *CASUS*, 2(3),139-146. doi:10.35626/casus.3.2017.9
- Salvia, L., Farberman, D., & Velasco, A. (2017). Ideas, necesidades y afrontamiento de adolescentes en tratamiento oncológico. *Medicina Infantil*, 24(2), 111-118.

- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 9-21. doi:10.4067/S071795532003000200002
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents' health. A developmental perspective*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping styles and adolescents symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675-691. doi: 10.1006/jado.2000.0352
- Sender, A., Friedrich, M., Leuteritz, K., Nowe, E., Stöbel-Richter, Y., Mehnert, A., & Geue, K. (2019). Unmet supportive care needs in young adult cancer patients: Associations and changes over time. Results from the AYA-Leipzig study. *Journal of Cancer Survivorship*, 13(4), 611–619. doi:10.1007/s11764-019-00780-y
- Sender, L., & Zabokrtsky, K. B. (2015). Adolescent and young adult patients with cancer: a milieu of unique features. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 12(8), 465–480. doi:10.1038/nrclinonc.2015.92
- Shoshani, A., Mifano, K., & Czamanski-Cohen, J. (2016). The effects of the Make a Wish intervention on psychiatric symptoms and health-related quality of life of children with cancer: a randomised controlled trial. *Quality of Life Research*, 25(5), 1209–1218. doi:10.1007/s11136-015-1148-7
- Skaczkowski, G., White, V., Thompson, K., Bibby, H., Coory, M., Orme, L. M., ... Anazodo, A. (2018). Factors influencing the provision of fertility counseling and impact on quality of life in adolescents and young adults with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 36(4), 484-502. doi:10.1080/07347332.2018.1443986
- Smorti, M. (2015). Expectations towards future, resiliency, social self-efficacy in adolescents after bone cancer treatment. *Procedia–Social and Behavioral Sciences*, 185(13), 123–127. doi:10.1016/j.sbspro.2015.03.364
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2017). *Tumores cerebrales*. Recuperado de <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/tumores-cerebrales?showall=1>
- Sodergren, S. C., Husson, O., Robinson, J., Rohde, G. E., Tomaszewska, I. M., ... Darlington, A.-S. (2017). Systematic review of the health-related quality of life issues facing adolescents and young adults with cancer. *Quality of Life Research*, 26(7), 1659–1672. doi:10.1007/s11136-017-1520-x
- Souza, V., Frizzo, H., Paiva, M., Bouso, R., & Santos, A. (2015). Spirituality, religion and personal beliefs of adolescents with cancer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 509-514. doi:10.1590/0034-7167.2015680504i

- Stegenga, K. (2014). Impact of a teen weekend on the social support needs of adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 31(5), 293–297. doi:10.1177/1043454214531858
- Stinson, J., Jibb, L., Greenberg, M., Barrera, M., Luca, S., White, M., & Gupta, A. (2015). A qualitative study of the impact of cancer on romantic relationships, sexual relationships, and fertility: Perspectives of Canadian adolescents and parents during and after treatment. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 4(2), 84–90. doi:10.1089/jayao.2014.0036
- Tai, E., Buchanan, N., Townsend, J., Fairley, T., Moore, A., & Richardson, L. (2012). Health status of adolescent and young adult cancer survivors. *Cancer*, 118(19), 4884–4891. doi:10.1002/cncr.27445
- Taylor, S. (2007). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En S. Taylor, *Psicología de la Salud* (pp. 286-309). México DF: Mc. Graw Hill.
- Thornton, C. P., Ruble, K., & Kozachik, S. (2020). Psychosocial interventions for adolescents and young adults with cancer: An integrative review. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 00(0), 1-15. doi:10.1177/1043454220919713
- Tonsing, K. N., & Ow, R. (2017). Quality of life, self-esteem, and future expectations of adolescent and young adult cancer survivors. *Health & Social Work*, 43(1), 15–21. doi:10.1093/hsw/hlx047
- Torabi, F., Rassouli, M., Nourian, M., Borumandnia, N., Shirinabadi Farahani, A., & Nikseresht, F. (2018). The effect of spiritual care on adolescents coping with cancer. *Holistic Nursing Practice*, 32(3), 149–159. doi:10.1097/hnp.0000000000000263
- Torres, J. (2011). *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Trevino, K., Abbott, C., Fisch, M., Friedlander, R., Duberstein, P., & Prigerson, H. (2014). Patient-oncologist alliance as protection against suicidal ideation in young adults with advanced cancer. *Cancer*, 120(15), 2272–2281. doi:10.1002/cncr.28740
- Turner-Sack, A., Menna, R., & Setchell, S. (2012). Posttraumatic growth, coping strategies, and psychological distress in adolescent survivors of cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2(29), 70-79. doi:10.1177/1043454212439472
- Uggla, L., Bonde, L.-O., Hammar, U., Wrangsjö, B., & Gustafsson, B. (2018). Music therapy supported the health-related quality of life for children undergoing hematopoietic stem cell transplants. *Acta Paediatrica*, 107(11), 1986–1994. doi:10.1111/apa.14515

- Urbano, S. (2003). Rehabilitación psicológica del niño y del adolescente. En M. Die Trill, *Psico-oncología* (pp. 605-616). Madrid: ADES ediciones.
- Urrea, F. (2010). Perú, el desafío del optimismo. *Política Exterior*, 25(140), 148-158. Recuperado de www.jstor.org/stable/43922834
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., & Alonso J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Villarreal-Zegarra, D., & Paz-Jesús, A. (2017). Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propósitos y Representaciones*, 5(2), 21 - 64. doi:10.20511/pyr2017.v5n2.158
- Walker, A. (Ed.) (1997). *Thesaurus of psychological index terms*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ware Jr, J. E., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912. doi:10.1016/S0895-4356(98)00081-X
- Ware Jr, J. E., Kosinski, M., Gandek, B., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bech, P., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Lepège, A., Prieto, L., & Sullivan, M. (1998). The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 1159-1165. doi:10.1016/S0895-4356(98)00107-3
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483. doi:10.1097/00005650-199206000-00002
- Wu, L.-M., Sheen, J.-M., Shu, H.-L., Chang, S.-C., & Hsiao, C.-C. (2012). Predictors of anxiety and resilience in adolescents undergoing cancer treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 158-166. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06003.x
- Wurz, A., Chamorro-Vina, C., Guilcher, G. M. T., Schulte, F., & Culos-Reed, S. N. (2014). The feasibility and benefits of a 12-week yoga intervention for pediatric cancer out-patients. *Pediatric Blood & Cancer*, 61(10), 1828-1834. doi:10.1002/pbc.25096
- Xavier, W. S., Pacheco, S. T. A., Silva, L. F., Nascimento, L. C., Lopes-Junior, L. C., Araújo, B. B. M., & Nunes, M. D. R. (2020). Nonpharmacological interventions in the improvement of quality of life in children and adolescent cancer patients. *Acta Paulista De Enfermagem*, 33(1), 1-11. doi:10.37689/acta-ape/2020AR0022

- Yi, J., & Kim, M. A. (2014). Postcancer experiences of childhood cancer survivors: How is posttraumatic stress related to posttraumatic growth? *Journal of Traumatic Stress*, 27(4), 461–467. doi:10.1002/jts.21941
- Zavaleta, A. (2017). *Personalidad, afrontamiento y consumo de sustancias psicoactivas entre adolescentes infractores no privados de la libertad* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Zebrack, B., & Isaacson, S. (2012). Psychosocial care of adolescent and young adult patients with cancer and survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1221-1226. doi:10.1200/jco.2011.39.5467
- Zimmer-Gembeck, M., & Skinner, E. (2008). Adolescents' coping with stress: development and diversity. *The Prevention Researcher*, 15(4), 3-7.







Apéndices



Apéndice A

Consentimiento Informado

La presente investigación se titula “Relación entre Afrontamiento y Calidad de Vida Relacionada a la Salud en pacientes oncológicos adolescentes y jóvenes” y es conducida por Cynthia Segovia, estudiante de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú y actual interna del servicio de Psicología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

El objetivo de este estudio es identificar la relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento y el nivel de calidad de vida relacionada a la salud en adolescentes y jóvenes diagnosticados con una enfermedad oncológica que reciben tratamiento en el INEN.

Si accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una ficha de datos y responder dos cuestionarios en una sesión individual de aproximadamente 35 a 45 minutos de duración. Su participación es totalmente voluntaria siendo posible desistir en cualquier momento, si así lo deseara, sin que esto represente ningún perjuicio. Sus respuestas serán codificadas de forma que se mantenga el anonimato de su participación. La información que se recoja será confidencial y se utilizará únicamente para los fines de la presente investigación, no siendo posible compartirla con terceras personas. Se conservarán los datos por un tiempo máximo de 6 meses y luego serán destruidos. Los resultados serán discutidos de manera general, por lo que no será posible hacer una devolución individual.

Si tuviera alguna pregunta posterior sobre el estudio o desea información sobre los resultados, puede comunicarse con la investigadora al correo cynthia.segovia@pucp.edu.pe, con su supervisor al correo hmorales@pucp.edu.pe o con el con el Dr. Aristides Juvenal Sánchez Lihon, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del INEN, al correo comité_etica@inen.sld.pe o al teléfono 2016500 anexo: 3001.

La información generada a partir de su participación será muy valiosa y útil para proteger y promover la salud mental de otros adolescentes y jóvenes que se encuentren en una situación similar a la suya contribuyendo a mejorar su calidad de vida. Desde ya, ¡muchas gracias por colaborar!

| | | |
|------------------------|-----|-------|
| | | |
| Firma del Investigador | DNI | Fecha |

Yo, acepto participar voluntariamente en esta investigación. Soy consciente de que la información que yo provea se usará únicamente para los fines de esta investigación, no se compartirá con nadie y servirá para proteger y promover la salud mental de otros adolescentes y jóvenes. Entiendo que mi participación será confidencial, se mantendrá anónima y que puedo desistir de participar en cualquier momento sin ningún perjuicio y que, posteriormente, puedo consultar por los resultados a los contactos brindados.

| | | |
|------------------------|-----|-------|
| | | |
| Firma del Participante | DNI | Fecha |

Apéndice B

Consentimiento Informado – Padres/Tutores

La presente investigación se titula “Relación entre Afrontamiento y Calidad de Vida Relacionada a la Salud en pacientes oncológicos adolescentes y jóvenes” y es conducida por Cynthia Segovia, estudiante de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú y actual interna del servicio de Psicología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

El objetivo de este estudio es identificar la relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento y el nivel de calidad de vida relacionada a la salud en adolescentes y jóvenes diagnosticados con una enfermedad oncológica que reciben tratamiento en el INEN.

Si accede a que su menor hijo(a) participe en este estudio, se le pedirá completar una ficha de datos y responder dos cuestionarios en una sesión individual de aproximadamente 35 a 45 minutos de duración. Su participación es totalmente voluntaria siendo posible desistir en cualquier momento, si así lo deseara, sin que esto represente ningún perjuicio. Sus respuestas serán codificadas de forma que se mantenga el anonimato de su participación. La información que se recoja será confidencial y se utilizará únicamente para los fines de la presente investigación, no siendo posible compartirla con terceras personas. Se conservarán los datos por un tiempo máximo de 6 meses y luego serán destruidos. Los resultados serán discutidos de manera general, por lo que no será posible hacer una devolución individual.

Si tuviera alguna pregunta posterior sobre el estudio o desea información sobre los resultados, puede comunicarse con la investigadora al correo cynthia.segovia@pucp.edu.pe, con su supervisor al correo hmorales@pucp.edu.pe o con el Dr. Aristides Juvenal Sánchez Lihon, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del INEN, al correo comité_etica@inen.sld.pe o al teléfono 2016500 anexo: 3001.

La información generada a partir de la participación de su menor hijo(a) será muy valiosa y útil para proteger y promover la salud mental de otros adolescentes y jóvenes que se encuentren en una situación similar a la suya contribuyendo a mejorar su calidad de vida. Desde ya, ¡muchas gracias por colaborar!

| | | |
|------------------------|-----|-------|
| | | |
| Firma del Investigador | DNI | Fecha |

Yo,, autorizo voluntariamente la participación de en esta investigación. Soy consciente de que la información que se provea se usará únicamente para los fines de esta investigación, no se compartirá con nadie y servirá para proteger y promover la salud mental de otros adolescentes y jóvenes. Entiendo que la participación será confidencial, se mantendrá anónima y que es posible desistir de participar en cualquier momento sin ningún perjuicio y que, posteriormente, puedo consultar por los resultados a los contactos brindados.

| | | |
|------------------------------------|-----|-------|
| | | |
| Firma del Padre/Madre/Apoderado(a) | DNI | Fecha |

Apéndice C

Asentimiento Informado

La presente investigación se titula “Relación entre Afrontamiento y Calidad de Vida Relacionada a la Salud en pacientes oncológicos adolescentes y jóvenes” y es conducida por Cynthia Segovia, estudiante de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú y actual interna del servicio de Psicología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

El objetivo de este estudio es identificar la relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento y el nivel de calidad de vida relacionada a la salud en adolescentes y jóvenes diagnosticados con una enfermedad oncológica que reciben tratamiento en el INEN.

Si accede a participar en este estudio, y cuenta con la autorización de sus padres o apoderados, se le pedirá completar una ficha de datos y responder dos cuestionarios en una sesión individual de aproximadamente 35 a 45 minutos de duración. Su participación es totalmente voluntaria siendo posible desistir en cualquier momento, si así lo deseara, sin que esto represente ningún perjuicio. Sus respuestas serán codificadas de forma que se mantenga el anonimato de su participación. La información que se recoja será confidencial y se utilizará únicamente para los fines de la presente investigación, no siendo posible compartirla con terceras personas. Se conservarán los datos por un tiempo máximo de 6 meses y luego serán destruidos. Los resultados serán discutidos de manera general, por lo que no será posible hacer una devolución individual.

Si tuviera alguna pregunta posterior sobre el estudio o desea información sobre los resultados, puede comunicarse con la investigadora al correo cynthia.segovia@pucp.edu.pe, con su supervisor al correo hmorales@pucp.edu.pe o con el Dr. Aristides Juvenal Sánchez Lihon, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del INEN, al correo comité_etica@inen.sld.pe o al teléfono 2016500 anexo: 3001.

La información generada a partir de su participación será muy valiosa y útil para proteger y promover la salud mental de otros adolescentes y jóvenes que se encuentren en una situación similar a la suya contribuyendo a mejorar su calidad de vida. Desde ya, ¡muchas gracias por colaborar!

| | | |
|------------------------|-----|-------|
| | | |
| Firma del Investigador | DNI | Fecha |

Yo, acepto participar voluntariamente en esta investigación. Soy consciente de que la información que yo provea se usará únicamente para los fines de esta investigación, no se compartirá con nadie y servirá para proteger y promover la salud mental de otros adolescentes y jóvenes. Entiendo que mi participación será confidencial, se mantendrá anónima y que puedo desistir de participar en cualquier momento sin ningún perjuicio y que, posteriormente, puedo consultar por los resultados a los contactos brindados.

| | | |
|------------------------|-----|-------|
| | | |
| Firma del Participante | DNI | Fecha |

Apéndice D

Ficha de Datos Sociodemográficos y de información médica

| | | |
|---|---|--|
| HC: | Fecha: | Hora: |
| ¿Qué fecha es hoy? _____ | 1. Lugar de aplicación: | |
| ¿De qué año? _____ | <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Ambulatorio | |
| ¿Dónde estamos? _____ | 2. Sexo: | |
| ¿Domina el español/castellano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |
| ¿Conocimiento de enfermedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 3. Edad: | |
| ¿Déficit de atención o memoria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 4. Grado de Instrucción alcanzado: | 5. Estado Civil: |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Soltero/a |
| <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> Técnico | <input type="checkbox"/> Casado/a |
| <input type="checkbox"/> Superior | <input type="checkbox"/> Superior | <input type="checkbox"/> Conviviente |
| 6. Ocupación: | 7. Religión: | <input type="checkbox"/> Separado/a – Divorciado/a |
| 8. ¿Actualmente tiene pareja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 9. N° de hijos: | <input type="checkbox"/> Viudo/a |
| 10. Lugar de procedencia: | 11. Cuidador(es) primario(s) en Lima: | |
| <input type="checkbox"/> Lima <input type="checkbox"/> Provincias: _____ | | |
| 12. Tipo de familia en lugar de procedencia: | 13. Lugar de residencia en Lima: | |
| <input type="checkbox"/> Familia Nuclear | <input type="checkbox"/> Casa propia | |
| <input type="checkbox"/> Familia Extendida | <input type="checkbox"/> Casa familiar | |
| <input type="checkbox"/> Familia Monoparental (Padre/Madre) | <input type="checkbox"/> Casa amigos | |
| <input type="checkbox"/> Familia Homoparental | <input type="checkbox"/> Hospedaje pagado | |
| <input type="checkbox"/> Familia Compuesta (no parentesco) | <input type="checkbox"/> Albergue | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |
| Ficha de información médica | N°: | |
| 14. Diagnóstico médico y estadio | 15. Presencia de recaída/recidiva: | |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| 16. Fecha de diagnóstico inicial: | 17. Fecha de recaída: | |
| <input type="checkbox"/> De 3 a 6 meses | <input type="checkbox"/> De 3 a 6 meses | |
| <input type="checkbox"/> De 6 a 12 meses | <input type="checkbox"/> De 6 a 12 meses | |
| <input type="checkbox"/> De 12 a más | <input type="checkbox"/> De 12 a más | |
| 18. Tipo de tratamiento actual: | 19. Otro Tratamiento recibido anteriormente: | |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Radioterapia | |
| <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Cirugía | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |
| 20. Si corresponde, tipo de cirugía: | 21. Fecha de Cirugía: | |
| | | |
| 22. Otras enfermedades físicas: | 23. Otras enfermedades mentales: | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Apéndice E**Descriptivos de las variables sociodemográficas y de la enfermedad**

| <i>Variables Sociodemográficas</i> | | <i>f</i> | <i>%</i> |
|---|----------------------------|----------|----------|
| Sexo | Masculino | 41 | 56.94 |
| | Femenino | 31 | 43.06 |
| Grado de instrucción | Escolar | 46 | 63.89 |
| | Técnico/Superior | 26 | 36.11 |
| Religión | Católico | 48 | 66.67 |
| | No católico | 24 | 33.33 |
| Tiene pareja | Sí | 16 | 22.22 |
| | No | 56 | 77.78 |
| Tipo de familia en el lugar de procedencia | Familia nuclear | 37 | 51.39 |
| | Familia extendida | 35 | 48.61 |
| Lugar de Procedencia | Lima | 21 | 29.17 |
| | Provincias | 51 | 70.83 |
| Lugar de residencia en Lima (sólo personas de provincias) | Propio o familiares | 34 | 66.67 |
| | Terceros | 17 | 33.33 |
| Cuidador primario en Lima | Padres | 41 | 56.94 |
| | Otros | 31 | 43.06 |
| <i>Variables de la enfermedad</i> | | <i>f</i> | <i>%</i> |
| Diagnóstico médico | Enfermedades hematológicas | 50 | 69.44 |
| | Tumores sólidos | 20 | 27.78 |
| Condición de tratamiento | Hospitalización | 45 | 62.50 |
| | Ambulatorio | 27 | 37.50 |
| Tiempo de diagnóstico | de 3 a 6 meses | 38 | 52.78 |
| | 6 meses a más | 34 | 47.22 |

Apéndice F

Confiabilidad de la escala de Afrontamiento

Confiabilidad de los estilos de Afrontamiento

| Estilo 1 - Resolver el problema ($\alpha=.83$) | | | Estilo 2 - Referencia a otros ($\alpha=.89$) | | | Estilo 3 - Afrontamiento no productivo ($\alpha=.81$) | | |
|--|-------------------------|--|--|-------------------------|--|---|-------------------------|--|
| Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem |
| 2 | .54 | .82 | 1 | .45 | .88 | 4 | .12 | .81 |
| 3 | .38 | .82 | 5 | .39 | .88 | 7 | -.08 | .82 |
| 16 | .07 | .84 | 6 | .36 | .88 | 8 | .30 | .81 |
| 18 | .26 | .83 | 10 | .47 | .88 | 9 | .40 | .80 |
| 19 | .27 | .83 | 11 | .58 | .88 | 12 | .43 | .80 |
| 21 | .58 | .81 | 15 | .22 | .89 | 13 | .40 | .80 |
| 22 | .31 | .83 | 17 | .61 | .88 | 14 | .32 | .81 |
| 34 | .40 | .82 | 20 | .55 | .88 | 23 | .23 | .81 |
| 36 | .45 | .82 | 24 | .32 | .89 | 26 | .29 | .81 |
| 37 | .58 | .81 | 25 | .63 | .88 | 27 | .43 | .80 |
| 39 | .51 | .82 | 29 | .57 | .88 | 28 | .13 | .81 |
| 40 | .46 | .82 | 33 | .49 | .88 | 30 | .45 | .80 |
| 52 | .50 | .82 | 35 | .60 | .88 | 31 | .38 | .80 |
| 54 | .41 | .82 | 38 | .55 | .88 | 32 | .39 | .80 |
| 55 | .52 | .82 | 42 | .15 | .89 | 41 | .23 | .81 |
| 57 | .49 | .82 | 43 | .31 | .89 | 44 | .32 | .81 |
| 58 | .42 | .82 | 47 | .36 | .88 | 45 | .49 | .80 |
| 70 | .42 | .82 | 51 | .29 | .89 | 46 | .41 | .81 |
| 73 | .46 | .82 | 53 | .55 | .88 | 48 | .10 | .81 |
| 74 | .34 | .83 | 56 | .72 | .88 | 49 | .66 | .79 |
| | | | 60 | .37 | .88 | 50 | .24 | .81 |
| | | | 61 | .67 | .88 | 59 | .38 | .80 |
| | | | 65 | .40 | .88 | 62 | .36 | .80 |
| | | | 69 | .28 | .89 | 63 | .32 | .81 |
| | | | 71 | .69 | .88 | 64 | .33 | .81 |
| | | | 72 | .56 | .88 | 66 | .57 | .80 |
| | | | 76 | .46 | .88 | 67 | .52 | .80 |
| | | | 77 | -.01 | .89 | 68 | .38 | .80 |
| | | | | | | 75 | -.01 | .82 |
| | | | | | | 78 | -.07 | .82 |
| | | | | | | 79 | .28 | .81 |
| | | | | | | 80 | .33 | .81 |

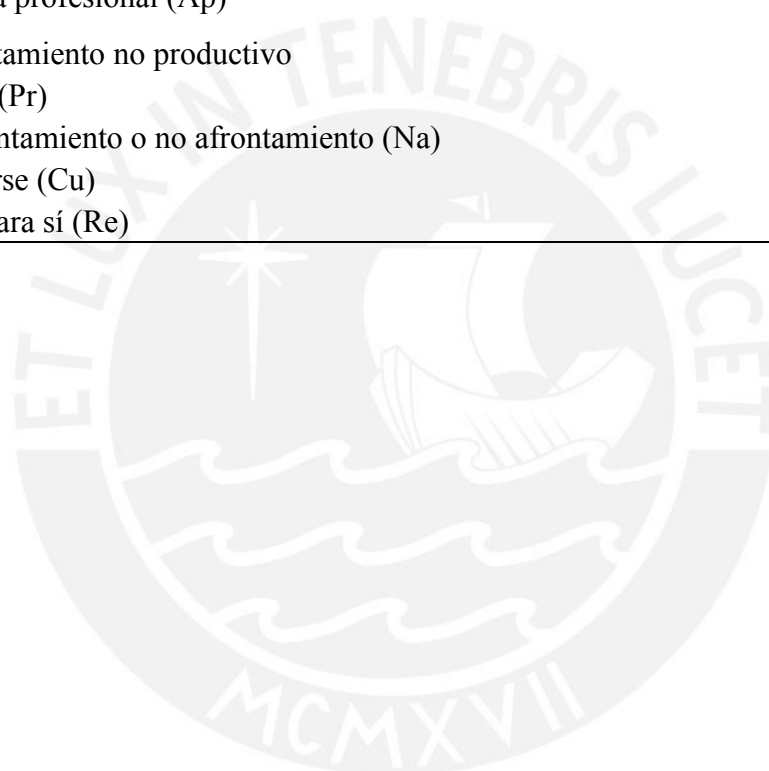
Confiabilidad de las estrategias de Afrontamiento

| 1. Buscar apoyo social ($\alpha=.72$) | | | 6. Buscar pertenencia ($\alpha=.66$) | | |
|--|-------------------------|--|---|-------------------------|--|
| Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem |
| 1 | .33 | .73 | 6 | .33 | .64 |
| 20 | .52 | .66 | 25 | .47 | .58 |
| 38 | .48 | .67 | 43 | .46 | .58 |
| 56 | .60 | .63 | 61 | .64 | .51 |
| 72 | .49 | .67 | 77 | .20 | .70 |
| 2. Concentrarse en resolver el problema ($\alpha=.76$) | | | 7. Hacerse ilusiones ($\alpha=.40$) | | |
| Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem |
| 2 | .54 | .72 | 7 | .18 | .36 |
| 21 | .55 | .71 | 26 | .30 | .25 |
| 39 | .53 | .72 | 44 | .04 | .47 |
| 57 | .56 | .71 | 62 | .29 | .27 |
| 73 | .47 | .74 | 78 | .21 | .34 |
| 3. Esforzarse y tener éxito ($\alpha=.56$) | | | 8. Falta de afrontamiento ($\alpha=.61$) | | |
| Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem |
| 3 | .30 | .53 | 8 | .32 | .58 |
| 22 | .36 | .50 | 27 | .30 | .59 |
| 40 | .42 | .44 | 45 | .47 | .50 |
| 58 | .26 | .54 | 63 | .40 | .54 |
| 74 | .33 | .50 | 79 | .34 | .57 |
| 4. Preocuparse ($\alpha=.61$) | | | 9. Reducción de la tensión ($\alpha=.47$) | | |
| Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem |
| 4 | .31 | .59 | 9 | .46 | .24 |
| 23 | .42 | .54 | 28 | .10 | .49 |
| 41 | .44 | .52 | 46 | -.01 | .53 |
| 59 | .38 | .56 | 64 | .31 | .37 |
| 75 | .33 | .58 | 80 | .36 | .32 |
| 5. Invertir en amigos íntimos ($\alpha=.67$) | | | 10. Acción social ($\alpha=.73$) | | |
| Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem |
| 5 | .58 | .55 | 10 | .46 | .70 |
| 24 | .50 | .58 | 11 | .63 | .63 |
| 42 | .33 | .67 | 29 | .55 | .66 |
| 60 | .41 | .63 | 47 | .43 | .71 |
| 76 | .33 | .66 | 65 | .41 | .71 |

| 11. Ignorar el problema ($\alpha=.57$) | | | 15. Fijarse en lo positivo ($\alpha=.60$) | | |
|--|-------------------------|--|--|-------------------------|--|
| Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem |
| 12 | .50 | .38 | 16 | .22 | .71 |
| 30 | .41 | .45 | 34 | .59 | .38 |
| 48 | .13 | .67 | 52 | .40 | .53 |
| 66 | .41 | .44 | 70 | .43 | .51 |
| 12. Autoinculparse ($\alpha=.72$) | | | 16. Buscar ayuda profesional ($\alpha=.81$) | | |
| Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem |
| 13 | .36 | .73 | 17 | .49 | .83 |
| 31 | .53 | .64 | 35 | .75 | .71 |
| 49 | .57 | .61 | 53 | .68 | .74 |
| 67 | .56 | .62 | 71 | .65 | .76 |
| 13. Reservarlo para sí ($\alpha=.76$) | | | 17. Buscar diversiones relajantes ($\alpha=.44$) | | |
| Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem |
| 14 | .63 | .67 | 18 | .14 | .54 |
| 32 | .50 | .74 | 36 | .28 | .34 |
| 50 | .53 | .72 | 54 | .42 | .09 |
| 68 | .59 | .69 | | | |
| 14. Buscar apoyo espiritual ($\alpha=.59$) | | | 18. Distracción física ($\alpha=.87$) | | |
| Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem |
| 15 | .52 | .41 | 19 | .66 | .90 |
| 33 | .07 | .74 | 37 | .80 | .77 |
| 51 | .39 | .51 | 55 | .80 | .76 |
| 69 | .61 | .33 | | | |

Estilos y estrategias de afrontamiento utilizadas en los análisis

| <i>Escalas</i> | <i>Alfa de Cronbach</i> |
|--|-------------------------|
| Estilo 1: Resolver el problema | .83 |
| Concentrarse en resolver el problema (Rp) | .76 |
| Fijarse en lo positivo (Po) | .60 |
| Distracción física (Fi) | .87 |
| Estilo 2: Referencia a otros | .89 |
| Buscar apoyo social (As) | .72 |
| Invertir en amigos íntimos (Ai) | .67 |
| Buscar pertenencia (Pe) | .66 |
| Acción social (So) | .73 |
| Buscar ayuda profesional (Ap) | .81 |
| Estilo 3: Afrontamiento no productivo | .81 |
| Preocuparse (Pr) | .61 |
| Falta de afrontamiento o no afrontamiento (Na) | .61 |
| Autoinculparse (Cu) | .72 |
| Reservarlo para sí (Re) | .76 |



Apéndice G
Confiabilidad de la escala de Calidad de Vida Relacionada a la Salud

Confiabilidad de la escala global y componentes de la CVRS

| Confiabilidad global ($\alpha=.88$) | | | Componente Físico ($\alpha=.84$) | | | Componente Mental ($\alpha=.85$) | | |
|---------------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|-------------------------|--|
| Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem |
| 1 | .45 | .88 | 1 | .48 | .83 | 5a | .61 | .83 |
| 2 | -.41 | .90 | 3a | .44 | .84 | 5b | .61 | .83 |
| 3a | .44 | .88 | 3b | .44 | .84 | 5c | .60 | .83 |
| 3b | .43 | .88 | 3c | .54 | .83 | 6 | .30 | .85 |
| 3c | .47 | .88 | 3d | .54 | .83 | 10 | .44 | .85 |
| 3d | .47 | .88 | 3e | .42 | .84 | 9a | .45 | .84 |
| 3e | .44 | .88 | 3f | .40 | .84 | 9b | .41 | .85 |
| 3f | .44 | .88 | 3g | .42 | .84 | 9c | .68 | .83 |
| 3g | .32 | .88 | 3h | .41 | .84 | 9d | .59 | .84 |
| 3h | .33 | .88 | 3i | .38 | .84 | 9e | .54 | .84 |
| 3i | .37 | .88 | 3j | .23 | .84 | 9f | .37 | .85 |
| 3j | .28 | .88 | 4a | .51 | .83 | 9g | .33 | .85 |
| 4a | .44 | .88 | 4b | .49 | .83 | 9h | .42 | .85 |
| 4b | .43 | .88 | 4c | .41 | .84 | 9i | .61 | .83 |
| 4c | .28 | .88 | 4d | .38 | .84 | | | |
| 4d | .31 | .88 | 7 | .50 | .83 | | | |
| 5a | .49 | .88 | 8 | .55 | .83 | | | |
| 5b | .51 | .88 | 11a | .42 | .84 | | | |
| 5c | .50 | .88 | 11b | .33 | .84 | | | |
| 6 | .34 | .88 | 11c | .42 | .84 | | | |
| 7 | .56 | .88 | 11d | .30 | .84 | | | |
| 8 | .61 | .88 | | | | | | |
| 9a | .46 | .88 | | | | | | |
| 9b | .36 | .88 | | | | | | |
| 9c | .53 | .88 | | | | | | |
| 9d | .47 | .88 | | | | | | |
| 9e | .55 | .88 | | | | | | |
| 9f | .28 | .88 | | | | | | |
| 9g | .48 | .88 | | | | | | |
| 9h | .32 | .88 | | | | | | |
| 9i | .65 | .88 | | | | | | |
| 10 | .52 | .88 | | | | | | |
| 11a | .46 | .88 | | | | | | |
| 11b | .30 | .88 | | | | | | |
| 11c | .45 | .88 | | | | | | |
| 11d | .26 | .88 | | | | | | |

Confiabilidad de las dimensiones de la CVRS

| Función física ($\alpha=.84$) | | | Vitalidad ($\alpha=.68$) | | |
|---------------------------------|-------------------------|--|---------------------------------|--|---|
| Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem |
| 3a | .48 | .83 | 9a | .35 | .68 |
| 3b | .56 | .82 | 9e | .45 | .62 |
| 3c | .61 | .82 | 9g | .42 | .64 |
| 3d | .59 | .82 | 9i | .63 | .50 |
| 3e | .47 | .83 | | | |
| 3f | .56 | .82 | | | |
| 3g | .60 | .82 | | | |
| 3h | .54 | .82 | | | |
| 3i | .53 | .82 | | | |
| 3j | .34 | .84 | | | |
| Rol físico ($\alpha=.82$) | | | Función social ($\alpha=.67$) | | |
| Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem |
| 4a | .60 | .80 | 6 | .50 | |
| 4b | .70 | .75 | 10 | .50 | |
| 4c | .71 | .74 | | | |
| 4d | .58 | .80 | | | |
| Dolor corporal ($\alpha=.86$) | | | Rol emocional ($\alpha=.88$) | | |
| Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem |
| 7 | .76 | | 5a | .74 | .86 |
| 8 | .76 | | 5b | .81 | .80 |
| | | | 5c | .76 | .84 |
| Salud general ($\alpha=.78$) | | | Salud mental ($\alpha=.73$) | | |
| Ítems | Correlación ítem - test | Alfa de Cronbach si se elimina el ítem | Ítems | Correlación total de elementos corregida | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido |
| 1 | .54 | .74 | 9b | .47 | .69 |
| 11a | .38 | .79 | 9c | .61 | .63 |
| 11b | .61 | .71 | 9d | .66 | .62 |
| 11c | .57 | .73 | 9f | .32 | .74 |
| 11d | .66 | .69 | 9h | .40 | .71 |

Componentes y dimensiones de la CVRS utilizadas en los análisis

| <i>Escalas</i> | <i>Alfa de Cronbach</i> |
|-------------------|-------------------------|
| Componente Físico | .84 |
| Función física | .84 |
| Rol físico | .82 |
| Dolor corporal | .86 |
| Salud general | .78 |
| Componente Mental | .85 |
| Vitalidad | .68 |
| Función social | .67 |
| Rol emocional | .88 |
| Salud mental | .73 |



Apéndice H
Prueba de normalidad

Prueba de normalidad para Afrontamiento

| | Kolmogorov-Smirnov | | Asimetría | Curtosis |
|---|--------------------|-----|-----------|----------|
| | Z | Sig | | |
| Estilo 1: Resolver el problema | .08 | .20 | -.25 | -.40 |
| Concentrarse en resolver el problema | .12 | .01 | -.36 | -.65 |
| Fijarse en lo positivo | .17 | .00 | -.39 | -.95 |
| Distracción física | .10 | .06 | -.09 | -.83 |
| Estilo 2: Referencia a otros | .06 | .20 | -.05 | .24 |
| Buscar apoyo social | .07 | .20 | -.27 | .35 |
| Invertir en amigos íntimos | .11 | .06 | -.30 | -.71 |
| Buscar pertenencia | .11 | .04 | -.35 | -.23 |
| Acción social | .10 | .10 | .61 | .26 |
| Buscar ayuda profesional | .09 | .20 | .04 | -.70 |
| Estilo 3: Afrontamiento no productivo | .09 | .20 | -.32 | -.32 |
| Preocuparse | .17 | .00 | -.61 | -.60 |
| Falta de afrontamiento o no afrontamiento | .16 | .00 | .32 | -.32 |
| Autoinculparse | .10 | .20 | .31 | -.33 |
| Reservarlo para sí | .10 | .06 | .05 | -.71 |

Prueba de normalidad para la CVRS

| | Kolmogorov-Smirnov | | Asimetría | Curtosis |
|-------------------|--------------------|-----|-----------|----------|
| | Z | Sig | | |
| Componente Físico | .09 | .20 | -.33 | -.01 |
| Función Física | .09 | .20 | -.27 | -.42 |
| Rol Físico | .11 | .04 | .26 | -.43 |
| Dolor Corporal | .11 | .05 | .03 | -.41 |
| Salud General | .10 | .20 | -.03 | -.91 |
| Componente Mental | .06 | .20 | -.08 | -.64 |
| Vitalidad | .09 | .20 | -.47 | .23 |
| Función Social | .14 | .00 | -.37 | -.47 |
| Rol emocional | .14 | .00 | -.60 | -.45 |
| Salud mental | .17 | .00 | -.74 | .16 |

Apéndice I**Resultados descriptivos de Afrontamiento***Estadísticos Descriptivos para Estilos y Estrategias de Afrontamiento*

| | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>Min.</i> | <i>Máx.</i> | <i>IC 95%</i> | |
|---|----------|-----------|-------------|-------------|---------------|-------|
| Estilo 1: Resolver el problema | 73.03 | 13 | 43.33 | 101.67 | 69.93 | 76.13 |
| Concentrarse en resolver el problema | 75.72 | 15.15 | 40 | 100 | 72.27 | 79.62 |
| Fijarse en lo positivo | 80.56 | 13.43 | 50 | 100 | 77.54 | 84.05 |
| Distracción física | 62.22 | 24.69 | 21 | 105 | 56.39 | 68.39 |
| Estilo 2: Referencia a otros | 61.92 | 12.52 | 30.80 | 92.80 | 58.93 | 64.94 |
| Buscar apoyo social | 65.72 | 15.19 | 20 | 100 | 61.86 | 69.27 |
| Invertir en amigos íntimos | 62.06 | 17.05 | 20 | 92 | 58.40 | 66.58 |
| Buscar pertenencia | 66.03 | 15.30 | 28 | 96 | 62.00 | 69.35 |
| Acción social | 49.22 | 16.85 | 20 | 100 | 45.10 | 53.21 |
| Buscar ayuda profesional | 65.49 | 18.67 | 25 | 100 | 61.43 | 70.45 |
| Estilo 3: Afrontamiento no productivo | 55.90 | 10.26 | 28 | 79.21 | 53.46 | 58.41 |
| Preocuparse | 79.22 | 14.09 | 44 | 100 | 76.33 | 83.09 |
| Falta de afrontamiento o no afrontamiento | 40.50 | 11.82 | 20 | 72 | 37.51 | 43.30 |
| Autoinculparse | 47.92 | 17.19 | 20 | 95 | 43.78 | 52.16 |
| Reservarlo para sí | 55.97 | 19.57 | 20 | 100 | 50.95 | 60.50 |

n = 72