



Universidad Abierta Interamericana

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con Cáncer

Tesista: Colombre, Alejandra Del Carmen

Número de Legajo: A0940002705-P1

Título a obtener: Lic. En Psicología

Directora: Lic Hauché, Rocío

Mail de contacto: colombrealejandra@gmail.com

Fecha de presentación: Febrero del 2021

Agradecimientos

A Gastón, por estos años de apoyo y ayuda incondicional para que pueda realizar una meta tan esperada: emprender una carrera universitaria y recibirme. Gracias por enseñarme tantas dimensiones del amor y por cada palabra de aliento cuando pensaba que no podía más. Te amo.

A Octavio, por tu paciencia y amor. Por aprender que había tiempos de estudio, dónde mamá necesitaba silencios. Por acompañarme, mientras estudiaba, con tu mirada atenta y por las preguntas que surgían, mientras te sostenía en mis brazos. Te amo, en un dimensión que no puedo explicar. Sos mi niño soñado.

A mis padres que en estos años han sido de gran ayuda y a quienes les debo la vida. Gracias por enseñarme que lo que se desea, con esfuerzo se puede lograr.

A mi amiga, a quien conocí en la carrera y hemos forjado una relación incondicional, gracias por las horas de estudio, las conversaciones, las risas y los llantos. Te quiero Jimena.

A Abril y en nombre de ella, a todos los jóvenes que se encuentran en tratamiento Oncológico, por su ayuda para llevar a cabo esta investigación. Todos han formado una gran cadena de favores y eso me emociona mucho.

A quienes son parte de mi vida y me ayudaron de alguna u otra manera para que pueda estudiar, en todos estos años muchas manos se han extendido hacia mí persona y eso me llena de gratitud y agradecimiento.

Por último, quiero agradecer a quien me acompaña hace 15 años, el dolor físico relacionado a mi diagnóstico de Artritis Reumatoide. Juntos hemos recorrido duras batallas y lo seguimos haciendo. Aceptar tu compañía me motivó en cada instante a valorar más la vida y la oportunidad que tengo de estudiar, y de avanzar en todo aquello

que me propongo. Hoy puedo decir gracias por hacerme más fuerte y decidida en mis decisiones, quién soy hoy en parte es por el vínculo que logré establecer con vos.

Resumen

El impacto de un diagnóstico de cáncer en la adolescencia no es fácil de transitar. Teniendo en cuenta esto, en la presente investigación se buscó evaluar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en adolescentes con cáncer. La muestra estuvo conformada por 60 sujetos adolescentes, de entre 13 y 21 años ($M = 17.1$, $DS = 2.391$) que se encontraban en tratamiento oncológico durante julio y agosto de 2020. Se les administró un cuestionario de datos sociodemográficos (ad-hoc para la presente investigación) y las siguientes escalas: la calidad de vida fue evaluada por medio de la escala WHOQOL-BREF (OMS, 2004) y se empleó el CRI-Y (Moos, 1993) adaptado para jóvenes para medir estrategias de afrontamiento, en su versión Argentina de Ongrato, De la Iglesia, Stover, Fernández Liporace (2009). Los resultados encontrados a partir de una investigación cuantitativa, de alcance descriptiva correlacional, de corte transversal permiten confirmar las hipótesis formuladas: el uso de estrategias de afrontamiento de “aproximación al problema” correlacionan con puntajes más altos de calidad de vida. Por otro lado, las adolescentes mujeres informan mayor uso de estrategias relacionadas a la “búsqueda de apoyo” que los participantes varones y estiman una mejor calidad de vida que éstos. Por último, la “búsqueda de apoyo” correlaciona positivamente con una mejor percepción de calidad de vida de los adolescentes con cáncer. Se concluye que existe una correlación significativa entre las estrategias de afrontamiento empleadas y la calidad de vida en adolescentes en tratamiento oncológico. Se recomienda diseñar intervenciones en Argentina centradas en el afrontamiento activo en el proceso de la enfermedad oncológica a partir de un enfoque psicológico que planifique intervenciones de forma interdisciplinaria.

Palabras clave: Afrontamiento, Calidad de vida, Apoyo social, Adolescencia, Cáncer.

Abstract

The impact of a cancer diagnosis in adolescence is not easy to navigate. Bearing this in mind, the present research sought to evaluate the relationship between coping strategies and quality of life in adolescents with cancer. The sample consisted of 60 adolescent subjects, between 13 and 21 years old ($M = 17.1$, $SD = 2.391$) who were in cancer treatment during July and August 2020. They were administered a questionnaire of sociodemographic data (ad-hoc for the present research) and the following scales: quality of life was assessed using the WHOQOL-BREF scale (WHO, 2004) and the CRI-Y (Moos, 1993) adapted for young people was used to measure coping strategies, in its version Argentina de Ongrato, De la Iglesia, Stover, Fernandez Liporace (2009).

The results found from a quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional study investigation allow to confirm the formulated hypotheses: the use of coping strategies of "approach to the problem" correlate with higher scores of quality of life. On the other hand, female adolescents report greater use of strategies related to "seeking support" than male participants and they estimate a better quality of life than the male participants. Finally, "seeking support" positively correlates with a better perception of the quality of life of adolescents with cancer. It is concluded that there is a significant correlation between the coping strategies used and the quality of life in adolescents in cancer treatment. It is recommended to design interventions in Argentina focused on active coping in the oncological disease process from a psychological approach that plans interventions in an interdisciplinary way.

Keywords: Coping, Quality of life, Social support, Adolescence, Cancer.

ÍNDICE GENERAL

Agradecimientos	1
Resumen	3
Abstract	4
ÍNDICE GENERAL	5
1. Planteamiento del problema	9
1.1 Introducción	9
1.2 Justificación	13
1.2.1 Relevancia Teórica	13
1.2.2 Relevancia Práctica	13
1.2.3 Relevancia social	14
2. Marco teórico	15
2.1 Cáncer. Descripción histórica. Definición del autor	15
2.1.1 Causas	15
2.1.2 Signos y síntomas	16
2.1.3 Fases y estadios de la enfermedad	18
2.1.4 Tratamientos	19
2.2 La calidad de vida	21
2.2.1. Descripción histórica. Definición de autor	21
2.2.2. Calidad de Vida y Salud	24
2.2.3. Calidad de Vida y Cáncer	26
2.3. Adolescencia y Cáncer	27
2.4. Las Estrategias de afrontamiento	30
2.4.1. Descripción histórica. Definición del autor	30
2.5. Antecedentes	42
3. Objetivos	51
3.1 General	51
3.2. Específicos	51

4. Hipótesis	52
4.1. General	52
4.2. Específicas	52
5. Metodología	53
5.1. Diseño	53
3.3. Instrumentos de recolección de datos	55
5.4. Procedimiento	57
5.5 Análisis de datos	58
6. Resultados	59
6.1 Caracterización de la muestra	59
6.2 Descripción de las Respuesta de Afrontamiento y de Calidad de Vida	65
6.3. Comparación de las variables según género	67
6.4. Cruce de variables	70
6.5. Análisis de correlación	71
7. Conclusiones	76
Anexos	112

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Distribución de la variable Sexo.....	59
GRÁFICO 2. Distribución de la variable Edad.....	60
GRÁFICO 3. Distribución de la variable Grupo Conviviente.....	61
GRÁFICO 4. Distribución de la variable Diagnostico.....	62
GRÁFICO 5. Distribución de la variable Tiempo de Diagnostico (expresado en meses)	63
GRÁFICO 6. Distribución de la variable Tipo de tratamiento que recibe o recibió.	64

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Descripción de las Respuestas de Afrontamiento en la muestra general.....	65
TABLA 2. Descripción de la Calidad de vida en la muestra general.....	66
TABLA 3. Descripción del Nivel de la Calidad de vida según la clasificación del instrumento	67
TABLA 4. Descripción de la comparación de las respuestas de Afrontamiento según género.....	68
TABLA 5. Descripción de la comparación de la calidad de vida según género.....	69
TABLA 6. Prueba de Normalidad.....	70
TABLA 7. Correlación de las Estrategias de Afrontamiento y las Dimensiones de la Calidad de vida.....	71
TABLA 8. Correlación estrategias de afrontamiento y puntajes de calidad de vida.....	74
TABLA 9. Correlación nivel de calidad de vida y búsqueda de apoyo.....	75

1. Planteamiento del problema

1.1 Introducción

El presente trabajo desarrolla la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes oncológicos, con una edad de 13 a 21 años que asisten a las distintas fundaciones que ayudan a niños y adolescentes con cáncer en nuestro país.

El cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) 8,8 millones de muertes ocurridas en el mundo en 2015 se atribuyen a enfermedades oncológicas. En Argentina en el año 2018, se presentó una tasa de incidencia de 212 casos por 100.000 habitantes, en donde se consideró ambos sexos y los distintos tumores. Esta cifra posiciona al país dentro de los países del mundo con incidencia de cáncer media-alta, ubicándola en el séptimo lugar en Latinoamérica. Estos datos, estiman más de 125.000 casos nuevos de cáncer en ambos sexos por año. (Ministerio de Salud, Instituto Nacional del Cáncer, 2019).

Además de la incidencia de la enfermedad, la elección de este tema se debe al impacto que tiene la misma en una población que, debido al diagnóstico oncológico, el nivel físico y psicológico del adolescente se ven afectados. Carrión y Muñoz (2005) mencionan que la enfermedad tiene implicaciones relacionadas con la escolaridad, lo social y económico tanto para el niño como para el resto de la familia. Por este motivo, los mencionados autores consideran que incorporar la perspectiva de los adolescentes, así como la de sus cuidadores, aporta una información muy útil para mejorar la calidad de la atención de los servicios dirigidos a ellos.

En suma, dicha enfermedad impacta en demasía cuando es diagnosticada en adolescentes. La adolescencia es definida por la OMS (2016) como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 21 años. Se trata de una etapa de transición en la vida del ser humano, la cual se caracteriza por un crecimiento y cambios que se dà de forma acelerada. Esta etapa es condicionada por distintos procesos biológicos. Asimismo, la adolescencia es un complejo proceso o conjunto de procesos de adaptación psicosocial, cuya posibilidad y devenir está influido por el desarrollo previo del sujeto desde su nacimiento (Aberastury y Knobel, 1983; Blos, 1981; López y Castro, 2007) y depende en gran medida de la respuesta del entorno, de los padres, los pares y el entorno directo, así como también de la sociedad en su conjunto (Blos, 1981; Erikson, 1977; Roussillon, 2010).

En cuanto, a los adolescentes pacientes oncológicos se han identificado sentimientos tanto de esperanza como de frustración, al percibir que sus vidas se transforman, y que su interacción social disminuye al igual que las actividades educativas y recreativas. Mencionan que no es fácil enfrentar los cambios, el dolor, la preocupación, el temor a la muerte e incertidumbre, y a las representaciones sociales que hay del Cáncer. No obstante, conceden a todas estas experiencias un significado de transformación y crecimiento personal, y destacan que ahora sus familias les expresan más amor y comprensión (Puello, Espitia y Orozco, 2020).

El paciente oncológico padece de estrés psicofisiológico y psicosocial (Camps, Sánchez y Sirera, 2006). Afrontar un diagnóstico de cáncer, -que en nuestra sociedad es una enfermedad que se relaciona con dolor, miedo y muerte-, inicia en las personas que son diagnosticadas, una serie de desafíos, emociones y estresores con los que necesariamente deben empezar a convivir. El impacto es grande y se expande hacia todas las áreas de la vida de quienes se encuentran afectados, conmoción que afecta la calidad de vida, genera mucha incertidumbre y aumenta el estrés. En los adolescentes, el tránsito por esta enfermedad tan cargada de connotaciones negativas lleva implícito un reto aún mayor para su psiquismo dado que se suman las ya consabidas demandas y cambios propios de este momento clave de su ciclo vital (Petersen et al., 1991).

Siendo ésta una situación que irrumpe, se precisa de la presencia de mecanismos adaptativos, que pongan en juego la propia capacidad estabilizadora ante una situación estresante y perturbadora. Se denominan ‘estrategias de afrontamiento’ a las acciones de los individuos que tienden a frenar, amortiguar, y si es posible anular, los efectos de estas situaciones (Morán et al., 2010). Estas acciones que se utilizan para sobrellevar el malestar favorecen la calidad de vida y con ello, mejora el estado de salud general (Dugarte y Oxford, 2008).

El abordaje del cáncer debe pensarse desde el trabajo interdisciplinario, abarcando cada una de las áreas necesarias para la recuperación del paciente y enfatizando en las intervenciones centradas en la influencia de factores psicológicos relevantes tendientes a reforzar, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida del paciente, de modo de promover la salud mental en el proceso oncológico, para la optimización y mejora en los resultados del tratamiento (Mera y Ortiz, 2012).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, se busca responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida en adolescentes pacientes oncológicos?.

1.2 Justificación

1.2.1 Relevancia Teórica

El presente estudio muestra su importancia desde la perspectiva del conocimiento, en el deseo de profundizar en la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en adolescentes con cáncer. Así, la reflexión teórica sobre los factores que inciden en la calidad de vida de las personas que transitan una enfermedad posibilita generar argumentos y miradas renovadoras para el análisis de estrategias de superación y tratamiento de casos puntuales en Argentina, debido al vacío de conocimiento teórico acerca de la temática en el país ya que hasta el momento no se ha investigado lo suficiente.

1.2.2 Relevancia Práctica

Los resultados obtenidos permitirán un acercamiento concreto a la información sobre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos, lo cual favorecerá a centros de salud que brinden atención a estos pacientes y a los profesionales que intervengan durante el tratamiento. Se podrán establecer programas que colaboren con procurar el bienestar psico-bio-social de los pacientes.

1.2.3 Relevancia social

El estudio posee relevancia social ya que sus resultados contribuyen al desarrollo e implementación de estrategias para mejorar los entornos de salud y ayudar a que los adolescentes en tratamiento Oncológico, se beneficien con propuestas de abordaje que les posibilite establecer vínculos más solidarios consigo mismos y su comunidad.

2. Marco teórico

2.1 Cáncer. Descripción histórica. Definición de autor

El cáncer asoma como un grupo de enfermedades raras hasta el siglo XVIII, cuando empieza su incremento hasta los niveles actuales (Salaverry, 2013).

Etimológicamente, la palabra cáncer es griega y significa cangrejo ('karkinos'). Se menciona que las formas de cáncer avanzado adoptan una forma similar a la de un cangrejo marino, y de ahí proviene su nombre (Lugones Botell y Ramírez Bermúdez, 2009).

Según Huerta (2014), el médico Hipócrates fue el primero en contribuir al entendimiento del cáncer y más tarde Galeno habló de tumor, señalando también cierta analogía con los cangrejos, por su fuerza (igual que la dureza del caparazón del animal), el dolor que genera su avance (el de las pinzas que atrapan) y porque una vez que te atrapa con sus pinzas, no suelta (Oropeza, 2018). El cangrejo es un crustáceo que se adhiere y camina lento y silencioso de un lado a otro (Camps et al., 2006).

Definimos al cáncer como una enfermedad donde las células, unidades básicas de vida, se reproducen de manera anormal e incontrolada. Esta proliferación anormal puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo (órgano o tejido) y en cualquier momento del desarrollo celular. Las células tienen mecanismos normales de control que regulan su reproducción y diferenciación. De haber alguna alteración o daño en el material genético, se producen mutaciones o cambios que afectan dicha regulación. Se produce una división descontrolada y se origina un tumor (una masa de tejido) que se denomina

tumor primario (Olea Ferreras, 2017). Las neoplasias o tumores pueden ser benignos o malignos (Marks et al., 2008).

Las metástasis (diseminación del cáncer de una parte del cuerpo a otra) son la principal causa de muerte a causa del cáncer (Campdepadrós, 2015).

El cáncer, en tanto transformación maligna de una célula, es una enfermedad universal. Es capaz de afectar a cualquier sujeto, y presentarse en cualquier momento de la vida. Los cánceres infanto-juveniles son distintos de los cánceres de los adultos por la manera en que se forman y diseminan, así como el modo en que se tratan y la respuesta que tienen al tratamiento (Campdepadrós, 2015).

2.1.1 Causas

Los tejidos anormales pueden darse por una mutación específica, una translocación, amplificación, delección, y ganancia/pérdida de todo un cromosoma. Existen genes que tienen mayor disposición a las mutaciones que forman el cáncer.

El cáncer se produce por alteraciones en nuestro genoma (ADN), así como también el medio donde vivimos juega un rol central por lo que el riesgo de padecer la enfermedad combina factores celulares y aquellos ligados a condiciones externas de vida como el estrés, la alimentación, entre otros (Chambi Arratia, 2018).

El crecimiento canceroso en diferentes partes del cuerpo se conjuga con diferentes tratamientos y diferentes pronósticos de supervivencia. Algunos (cánceres comunes de piel, por ejemplo), muestran baja amenaza de muerte, mientras que otros,

(hígado, por ejemplo) presentan muy escasas posibilidades de supervivencia (Kaplan et al., 1993).

2.1.2 Signos y síntomas

Los signos y síntomas que presenta el cáncer, dependen de factores como su localización, su tamaño y que tanto afectan a otros órganos o tejidos. La OMS (septiembre, 2018) y la American Cancer Society (ACS, septiembre 2014) agrupan y coinciden en los signos y síntomas que el cáncer presenta. Entre ellos: pérdida de peso, fiebre, cansancio, dolor, alteraciones en la coloración de la piel, cambios repentinos en la evacuación o secreción de los riñones, lesiones que no cicatrizan, manchas blancas en la lengua o en la boca, sangrado o secreción inusual, aparición de una masa o endurecimiento en cualquier parte del cuerpo, indigestión o dificultad para la alimentación, cambios recientes en una verruga o lunar en la piel (Álvarez Guillén, 2019).

Según el lugar donde se genere o aloje el tumor maligno, será el nombre que reciba (cáncer de garganta, de pulmón, de mama, de colon, etc. (Rodas Mosquera, 2016).

El cáncer se presenta en dos diferentes tipos: en tumores sólidos y neoplasias hematológicas. Dentro de los tumores sólidos, encontramos: carcinoma, sarcoma, melanoma, tumores formados en los órganos reproductores, tumores del sistema nervioso. Se esperaría que estos tumores sean más fáciles de diagnosticar o detectar ya que por lo general se presentan como bultos o masas visibles en el cuerpo. Dentro de las neoplasias hematológicas, están las leucemias y los linfomas. El comportamiento

anormal se da en las células de la sangre. La médula ósea, ganglios linfáticos, bazo e hígado se hallan por lo general involucrados en este tipo de cáncer (Suárez, 2015).

2.1.3 Fases y Estadios de la Enfermedad

Según el tipo de cáncer, se puede reconocer cuatro fases bien diferenciadas (Chambi Arratia, 2018): 1. Inducción o iniciación (aparición de las mutaciones genéticas), 2. Cáncer “in situ” (se genera el tumor primario), 3. Invasión local (extensión del tumor hacia otros lugares, aparición de síntomas), 4. Metástasis (diseminación y origen de tumores secundarios).

Se habla de estadios (estadificación o estadiaje del cáncer) a la consideración del tamaño del tumor y su grado de diseminación. A partir de aquí se determina qué tipo de tratamiento será el que se elija. No es lo mismo el tratamiento local de un tumor localizado que el de aquel que se ha diseminado (Rodríguez, 2014). La exploración del estadio se determina a partir de pruebas de imagen como la tomografía computarizada (TAC), la resonancia magnética (RMN) o incluso también la cirugía (Rodas Mosquera, 2016).

Según la Unión for International Cancer Control (UICC, 2018) y el American Joint Committee on Cancer (AJCC, 2018), se pueden describir cuatro estadios para los tumores, a partir de los cuales se agrupa a los pacientes. Por lo general, el estadio I implica tumores pequeños limitados, operables, sin estar afectados los ganglios ni haber diseminación, el II es cuando hay invasión de tejido próximo, operable, el III es cuando se trata de un tumor extenso que se fija en estructuras profundas, hay invasión ósea o

afectación de ganglios linfáticos y el IV es donde hay evidencia de metástasis, es inoperable y la esperanza de supervivencia es baja (Álvarez Guillén, 2019).

2.1.4 Tratamientos

Aunque el cáncer ya no es sinónimo de morir, el peso del diagnóstico sigue siendo grande. Existen muchos tipos de tratamiento destinados a curar la enfermedad o alargar la vida de quienes la padecen, para lo cual, es fundamental la detección temprana y un enfoque integral del proceso oncológico (Chambi Arratia, 2018). Los tratamientos que tenemos son:

- Cirugía, que consiste en extirpar el tumor y el tejido circundante mediante una intervención quirúrgica en manos de un cirujano oncólogo.
- Radioterapia, que utiliza radiación ionizante que destruye las células malignas y disminuye el tamaño del tumor. Se usa a veces combinado con cirugía y quimioterapia.
- Quimioterapia ambulatoria, que, por medio de estrictos protocolos, utiliza fármacos también de destruir o parar/demorar el crecimiento de las células malignas (53). La quimioterapia puede curar el cáncer, controlarlo o mejorar sus síntomas, cumpliendo en este caso, una función paliativa cuando hay dolor en fases más avanzadas. Se administra de forma oral, por inyección, intraarterial, intraperitoneal, intravenosa o tópica (crema).
- Trasplante de médula, donde se intenta cambiar las células malignas por células sanas Álvarez Guillén, J. (2019).

Todos los tratamientos tienen efectos secundarios, de modo que hay que lidiar con ellos (Bienes, 2001). Según Moorey y Ger (1989), el paciente oncológico debe afrontar los síntomas propios de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento y todos los cambios que la situación tiene sobre los diversos aspectos de su vida.

Se denominan secuelas a aquellos efectos negativos (físicos, psicológicos o sociales), que aparecen a corto, medio o largo plazo, como consecuencia de la enfermedad o su tratamiento y que no remiten espontáneamente (Campdepadrós, 2015).

La CTCAE clasifica la gravedad de cada efecto en cinco grados: 1: efectos mínimos/medios sin interferencia a nivel funcional, por lo general, asintomáticos; 2: efectos moderados que requieren tratamientos locales o medicamentosos. No hay afectación de la vida cotidiana; 3: efectos graves que requieren intervención o incluso hospitalización; 4: efectos que amenazan la vida o son incapacitantes o implican la pérdida de algún miembro o amputación; 5: muerte (Totti et al, 2003).

Alrededor de tres cuartos de los que sobreviven a un cáncer infantil tienen al menos una secuela del tratamiento, y casi la mitad (el 42%) tiene una complicación tardía seria (Greenen et. al., 2007).

Se considera que algunos factores representan un riesgo para desarrollar un cáncer: la edad, el tabaquismo, la dieta, el sedentarismo, la exposición solar,

la contaminación, la exposición a productos químicos, entre otros (Vassallo y Barrios, 2003).

2.2 La calidad de vida

2.2.1. Descripción histórica. Definición de autor

Proponer una definición del constructo calidad de vida fue siempre algo complejo ya que se trata de un concepto amplio y abstracto muy influenciado por el contexto social, cultural, político y asistencial. Así, se reconoce, en principio, la dificultad para encontrar consenso en la definición del constructo, que aparece por primera vez en la década de 1950 (Schwartzmann, 2003) y en la base de datos Medline, como palabra clave, en 1977 (Lizán, 1997).

Se puede decir que la preocupación individual y social por mejorar las condiciones de vida y la forma en que ésta se experimenta existe desde muy lejos en la historia y se extiende hasta nuestro presente.

A lo largo de su desarrollo histórico, el concepto de calidad de vida ha ido extendiendo sus fronteras. Inicialmente se ligó al cuidado de la salud personal, luego se convirtió en una preocupación por la salud e higiene públicas para extenderse más adelante a los derechos humanos, laborales y ciudadanos (Piédrola, 1991). Durante el siglo XX, el constructo se conecta a la idea de un Estado de bienestar. El estado debía promover el bienestar de sus comunidades. (Harris, 1990). La idea evoluciona y se difunde tras la segunda guerra mundial, ligada a la idea de desarrollo y crecimiento social y económico, la instauración de un mercado de consumo y a la adquisición de bienes materiales (Jiménez y Gómez, 1996).

Esta idea de la calidad de vida asociada al puro crecimiento económico, relegando aspectos más cualitativos del concepto, ha sido seriamente cuestionada últimamente (Blanco, 1985). En la actualidad, existe un interés por la experiencia de la persona en su propia vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) define calidad de vida como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”.

Esta definición, que como toda definición pertenece a un universo ideológico, es coherente con la definición de salud de la misma organización, que tiene en cuenta los aspectos físicos, psicológicos, afectivos, sociales, el entorno y lo espiritual (Cardona y Agudelo, 2005).

Según Schalock (1996), el estudio de la calidad de vida es relevante porque resulta un comienzo para pensar mejorías de una sociedad que se encuentra sostenida por, modificaciones socio-políticas, tecnológicas y económicas.

Según Maslow (1982), la calidad de vida está relacionada con las necesidades del hombre, que pueden ser básicas y otras que están enfocadas en las relaciones con los demás y el sentimiento hacia uno mismo.

La definición de la OMS contribuye a fortalecer puntos de encuentro y disminuir las dificultades para construir consensos en torno al entendimiento del concepto. De esta manera y según esta comprensión, la calidad de vida tiene presente cómo el individuo evalúa, en tanto juicio subjetivo, su posición vital en el entorno cultural, evaluación de las normas que lo rigen, sus creencias, objetivos, expectativas, normas, experiencias e inquietudes (Testa y Simonson, 1996). Alude así a cómo las personas

juzgan globalmente el grado en el que han alcanzado la satisfacción y el bienestar (Diener, 1984).

Pensar conceptualmente la calidad de vida implica tener presente las necesidades físicas y fisiológicas, psíquicas y sociales, añadiéndose la autoapreciación o evaluación de los acontecimientos por el individuo, referida por el mismo y no por los demás (Kaasa, 1995; Aaronson, 1993; Hietanen, 1996).

Es con el tiempo que la noción ha ido adquiriendo complejidad hasta la actualidad, e incluye aspectos respecto de la salud y la experiencia de la persona, intersectando elementos objetivos (materiales y de nivel de vida) y subjetivos de la existencia (satisfacción, felicidad, etc.), convirtiéndose así en una idea multidimensional (Fayers y Machin, 2000).

De esta forma, por ejemplo, personas con similar situación de salubridad, pueden manifestar tener diferente calidad de vida. Factores específicos evaluados como más o menos satisfactorios por el sujeto en determinada oportunidad, pueden cambiar. La calidad de vida atribuible, sin embargo, puede permanecer estable o cambiar según cómo interactúen dichos factores específicos entre sí. (Ferriols et. al., 1995).

Una definición amplia (Urzúa y Caqueo-Úrizar, 2012) ubica la calidad de vida como el “nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida” (pág. 65).

Autores como Bowling (1991) explican lo que parece ser la perspectiva dominante y es que calidad de vida es una idea difusa, que incluye distintas dimensiones y que teóricamente incorpora todos los aspectos de la vida de un individuo, aspectos que son, al mismo tiempo, multifacéticos.

2.2.2. Calidad de Vida y Salud

Desde sus inicios en 1948, la OMS, en su Carta Magna, ha recalcado que la salud "es un estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad" y no puede ser estudiada desde un reduccionismo biológico individual, sino desde sus varias dimensiones (Gómez, 2009). La concepción de calidad de vida se nutre de este planteo. Factores de carácter físico, psicológico, laboral, social, cultural y familiar influyen sobre la estimación del bienestar y la calidad de vida (Cardona y Agudelo González, 2005). La OMS introduce así la importancia de aspectos subjetivos en la noción de salud, la cual desde ahora es pensada de manera integral y que entiende que el deterioro del bienestar psicológico tiene repercusión en las otras esferas de vida del ser humano (Campdepadrós, 2015). Se puede decir que la salud, en la sociedad occidental, ha sufrido recientemente, un desarrollo de psicologización (Hernández Bienes, 2001).

La comprensión de la calidad de vida engloba la salud física pero la trasciende. Tradicionalmente, la asociación entre estos dos constructos, calidad de vida y salud, ha sido muy fuerte (Robles-Espinoza, et. al., 2016). La preocupación y sensibilidad por la salud del cuerpo deriva de la práctica médica-biológica e individual, con foco el proceso de curación (Camarero Sánchez, 1982).

Bajo esta nueva mirada, la calidad de vida se aleja así de la dimensión biológica, médica, y apunta a la importancia de las variables sociopolíticas e institucionales (laborales, económicas, domésticas, de seguridad, religiosas...) que exceden al ámbito médico sanitario (Fernández López y Hernández Mejía, 1993). La búsqueda del bienestar y la calidad de vida se ha erigido como un valor tanto individual como colectivo (Casas, 1999).

El auge de las enfermedades crónicas en nuestras sociedades ha llevado a considerar el valor de los puntos de vista y respuestas subjetivas, psicológicas implicadas indefectiblemente (Taylor, 1991). Como señala Polaino (1987), se ha pasado de un modelo patogénico a otro salutogénico, que contempla e intenta maximizar (incluso desde las políticas sanitarias) la salud integral de las personas, pensando no sólo en cantidad, sino en calidad. No parece suficiente que la vida se prolongue (McDowell y Newell, 1987). El hombre no es un mero organismo sino un ser biopsicosocial para quien una ‘vida de calidad’ resulta relevante.

Es en este contexto en el que la noción de calidad de vida toma relevancia en tanto se empieza a investigar la forma en la que las personas se adaptan y conviven con las limitaciones y costos que imponen los procesos crónicos o de largo plazo (Pelechano, 1992). Así, la salud, que forma parte del constructo de calidad de vida, dio lugar a la aparición del concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Su comprensión incluye la consideración del estatus funcional del sujeto, presencia y gravedad de los síntomas de la enfermedad y tratamientos, el funcionamiento psicológico y social de la persona (Rodríguez Marín, 2001).

El interés por estudiar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud se dà por medio de la confluencia de la concepción de salud-enfermedad propuesta por la OMS sumado al incremento de la supervivencia en enfermedades antes consideradas mortales. La reducción de la mortalidad avanzó con la preocupación por aspectos relacionados con la prevención y el surgimiento de medidas de resultado en salud, como es la medida de calidad de vida (Barrios Rodríguez, 2014). Por supuesto que, a diferencia de la consideración de la calidad de vida en la población general, en el caso de pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer, se deben incluir la consideración de los efectos de la enfermedad y los tratamientos (Rodríguez-Quintana

et. al., 2012). Así, la calidad de vida relacionada con la salud integra la función física, la psicológica, la interacción social, los síntomas de la enfermedad y el tratamiento (Bakas et. al., 2012). La Calidad de Vida Relacionada con la Salud es el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de la persona.

Según Antonovsky (1979, 1987), la estrategia general de la OMS (1978) parte de un enfoque positivo que prioriza la salud como un recurso para conseguir y disfrutar de una mejor calidad de vida. El autor, psicólogo, rechaza la idea dicotómica de salud/enfermedad, sino que piensa que los sujetos se sitúan en un continuum multidimensional y que la mirada debe estar puesta en los elementos que favorecen y fortalecen el polo salud. Él considera que los estresores son un fragmento de la experiencia humana y que resulta central la manera en que éstos se abordan. Aún en situaciones de estrés, hay quienes se mantienen sanos.

2.2.3. Calidad de Vida y Cáncer

En línea con lo propuesto hasta ahora, la importancia de la calidad de vida se delineó como prioridad en este marco ya que el cáncer afecta la integridad del sujeto (Aaronson et. al., 1986; Gore, 1988). El incremento en las tasas de recuperación no disminuye el impacto que en la calidad de vida produce el tránsito por la dolencia, incluida la experiencia de vivir con la amenaza de muerte y las pérdidas que aparecen durante la misma supervivencia (Fernández et. al., 2009).

Del mismo modo, la valoración de la calidad de vida puede variar durante el proceso (Arraras et. al., 2004). Se sabe que la intervención psicológica mejora la supervivencia y la calidad de vida de los enfermos y sus familias (Puerto y Carrillo, 2015).

En 1991, la OMS creó un equipo de trabajo conocido como el Grupo de Calidad de Vida de la OMS (World Health Organization Quality of Life Group, 1991, 1993a, 1993b, 1993c, 1994). En el documento "Sanidad para todos en el año 2000" (World Health Organization, 1981) se explicita, entre otros objetivos, la importancia de prolongar la vida dotada de calidad. De esta manera, se valora el efecto que tiene el diagnóstico en cotidianidad de los sujetos (Belloch, 1996).

2.3. Adolescencia y Cáncer

Se piensa que la adolescencia representa una transición entre la infancia y la adultez. Es una etapa del ciclo vital que oscila entre los 10 y 21 años (OMS) o los 15 a los 19 años (Juárez-Ocaña et. al., 2008), aunque no hay consenso acabado sobre dichos parámetros ya que la adolescencia es un constructo socio histórico y también es definida de acuerdo a los objetivos de estudio (Pérez y Martínez, 2015).

La pubertad trae aparejados cambios físicos y se enuncia que el adolescente se halla en plena redefinición de su identidad. Los cambios ocurren en todas las esferas: cognitivos, emocionales, sociales, familiares, físicos... (Larson y Wilson, 2004) e implican la puesta en marcha de mecanismos de adaptación y ajuste (Weissman, 2013). Estas transformaciones se encuentran atravesados, se vivencian y asumen según el contexto socioeconómico cultural (Papalia et. al., 2009).

Tomando los aportes de Piaget (1950), Papalia y colaboradores (2009) nos recuerdan que el adolescente se sitúa cognitivamente en el nivel de operaciones formales (pensamiento abstracto), despegando de lo concreto y avanzando hacia la creación de hipótesis y pudiendo proyectar metas futuras. Respecto de la familia, se produce progresivamente la 'salida exogámica', que les va confiriendo a los jóvenes en desarrollo más independencia respecto de estas primeras figuras de protección. El foco

empieza a desplazarse y centrarse en los amigos y los pares, grupos de pertenencia con quienes se identifica y de quienes se nutre (Nicolson y Ayers, 2001; Moreno, 2007). En este marco, la importancia psicológica de todos estos cambios reside en la manera en que el adolescente los vivencia, cómo los interpreta e integra en su visión de sí mismo (Raimondo, 2009).

El efecto del diagnóstico de cáncer sobre la calidad de vida de una persona en pleno armado de su proyecto biográfico es anticipable y visible. La autonomía se ve afectada y restringida. El cuerpo, aspecto y la propia imagen se ven afectados. La conexión con los pares y el compartir actividades propias de la edad, también. Las tareas normativas del desarrollo se ven marcadas por la vulnerabilidad y el estrés que supone inicialmente el diagnóstico y luego el tratamiento (Cabrera Macías et. al., 2017; Valeta et. al., 2018). Todo esto ocurre en el contexto de la angustia frente a la incertidumbre sobre el futuro y la amenaza de la muerte (Cuevas-Urióstegui, et. al., 2003), emociones frente a las cuales posiblemente los jóvenes carezcan de experiencia previa. Claramente, el modo en que el cáncer afecta a un niño o un adolescente y a un adulto es diferente. La atención a aspectos psicológicos emocionales que hacen al ajuste a esta situación que se configura como desestructurante para el adolescente y su familia forma hoy parte del abordaje del cáncer (Moorey et. al., 1989). No se piensa a la persona como un organismo enfermo, sino como un ser integral que transita un proceso de salud - enfermedad. Dentro de las variables relevantes, la consideración del afrontamiento es importante ya que permite la construcción de una nueva experiencia, nuevos significados que promueven la reorganización de lo cotidiano (Iamin y Zagonel, 2011). Los estados emocionales negativos son factores de riesgos para la calidad de vida (Vinaccia et. al., 2007).

El cáncer, en tanto enfermedad crónica, irrumpe y empieza a formar parte de la vida de la persona, afectando también a su entorno social y afectivo. Así, la familia, en tanto sistema social y unidad de cuidado y protección, resulta afectada siempre que alguno de sus miembros sufre una disminución o limitación en sus posibilidades producto de la enfermedad (Leventhal et. al., 1985). Por otra parte, se sabe que el ajuste emocional y psicosocial de los hijos se halla en relación con el ajuste parental (Castellano et. al., 2010). Los vínculos establecidos en las familias y las enfermedades físicas crónicas influyen mutuamente en su devenir.

La enfermedad pensada como un estresor y el interés sobre cómo las personas la afrontan con el foco en qué actitudes toman hacia ella, data de mediados de siglo pasado (Soriano, 2002). No todos los individuos reaccionan igual frente al mismo estresor, por lo que resulta tan importante tanto la naturaleza del estresor como la manera en que el sujeto afronta los acontecimientos estresantes.

Con la mirada orientada en los procesos promotores de la salud, la psicología ha ido volcando su interés en muchas problemáticas reservadas hasta hace un tiempo al ámbito médico y biológico. Se piensa el proceso de salud - enfermedad como resultado de la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (Ibáñez, 1991).

Ante una situación de estrés, se producen una cadena de respuestas a nivel biológico (neuroendocrinas y del sistema nervioso), psicológico (emocionales) y conductuales, donde podemos ubicar a las llamadas 'estrategias de afrontamiento' o coping.

2.4. Las Estrategias de afrontamiento

2.4.1. Descripción histórica. Definición del autor

Stress y afrontamiento están considerados entre los conceptos más investigados en el campo de la psicología (Frydenberg, 2014).

La noción de stress comienza con la física, más específicamente en ingeniería usada para describir el efecto que una fuerza mecánica genera al presionar sobre un objeto. Las teorías fisiológicas del stress se focalizan en la respuesta de arousal que ocurre en un organismo ante una amenaza y que puede ser adaptativa o dañina en caso si persiste (Cannon, 1932).

Fue Hans Selye quien primero introduce el término de stress en el lenguaje de la psicología en 1926, donde el stress psicológico aparece como resultado de que una persona perciba las demandas como excediendo sus capacidades de afrontamiento (Baqtayan, 2015).

El interés por el afrontamiento del stress y la enfermedad (como estresor), tuvo su desarrollo durante el siglo pasado. Se intentaba comprender qué pasa con el ser humano cuando se encuentra con situaciones críticas que lo desbordan y que éste intenta controlar por medio de determinadas estrategias. En un comienzo, fue abordado desde el modelo médico (años 30 y 40, centrado en las respuestas fisiológicas), luego por el psicoanálisis del yo (con foco en los mecanismos de defensa) y más tarde desde la psicología cognitiva (Macías et. al., 2013).

Junto a los aportes realizados por autores interesados en la temática, se puede mencionar a Lazarus (1966) interesado en cómo se aborda la amenaza, Lipowski (1970), enfocándose en aquello que hace la persona diagnosticada para preservarse y

revertir o compensar su situación, White (1974), que habla del afrontamiento como adaptación frente a las dificultades, Weissman y Worden (1977), quienes hacen foco en lo que los sujetos hacen para buscar alivio, recompensa o equilibrio, Mechaanic (1978), quien se focaliza en las habilidades instrumentales y de resolución de conflictos ante las demandas y metas, Pearlin y Schooler (1978), quienes mencionan las respuestas para prevenir, evitar o controlar las tensiones externas. (Soriano, 2002).

No obstante, el aporte más sobresaliente y reconocido es el obtenido gracias al trabajo de Lazarus y su colega Susan Folkman (1984), planteado desde una mirada cognitivo sociocultural. Ellos explicaron que el afrontamiento se define como los “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para dar respuestas a las demandas externas y/o internas las cuales son estimadas como excesivas o que desbordan los recursos del individuo” (p. 141). Esta definición encara los aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales del proceso de afrontamiento. Los autores señalan que manejar situaciones estresantes incluye aceptar, tolerar, evitar o minimizar los estresores, al igual que la mirada más tradicional que ve al afrontamiento como un intento de dominar el entorno. Asimismo, los elementos centrales de esta conceptualización, incluye pensar al afrontamiento como una transacción entre la persona y el medio y la valoración o evaluación como elemento importante del proceso, el cual es dinámico y cambia a medida que dà respuesta a las demandas (Frydenberg, 2014; Lazarus y Folkman, 1984).

Según los autores Lazarus y Folkman (1987), frente a situaciones de potencial estrés, la persona realiza dos evaluaciones cognitivas. Inicialmente, la situación es valorada por la persona como neutra o irrelevante, positiva o negativa. En el último caso donde se desencadena una segunda evaluación donde la persona sopesa los

recursos de los que dispone para hacer frente a dicha situación, así como valora también el resultado y la eficacia posible de sus acciones. Aquí es donde aparece el uso de las estrategias de afrontamiento, que pueden combinarse o ir cambiando de acuerdo al procesamiento evaluativo y reevaluación constante que la persona realiza de su situación dinámica.

Se piensa el afrontamiento como un proceso no normativo, en el cual se disponen recursos para el ajuste ante situaciones de estrés. Se da un nexo dinámico y cambiante entre un sujeto y un entorno que propone a la persona un desafío y una necesidad de evaluar (asignar significados), reevaluar y volver a adaptar su conducta conforme se da esa interacción (Lazarus y Folkman, 1986). Las acciones (ya sea conductuales, cognitivas o emocionales) que la persona realiza con el objetivo de contraponerse a situaciones problemáticas de la vida, restaurar el equilibrio perdido (Lazarus, 1993) y reducir el estrés pueden ser adaptativas o desadaptativas, según promuevan o no una mejora de la salud sostenido en el tiempo y no sólo en lo inmediato.

Para Lipowski (1970) el afrontamiento engloba aquellas tareas que una persona enferma realiza en pos de preservar su integridad física y psíquica, recuperar aquel deterioro reversible y compensar, dentro de lo posible aquel deterioro que resulte irreversible.

Según Lazarus y Folkman (1986), las estrategias de afrontamiento se dividen en:

- Aquellas ‘centradas en la emoción’ (también denominado de control secundario), destinadas a regular respuestas emocionales que se derivan de hechos estresantes o amenazantes que la persona estima que no puede cambiar. Esta regulación se produce mediante un proceso cognitivo,

básicamente de reevaluación, donde la persona intenta darle un nuevo significado a aquello que está viviendo. No cambia la situación, sino el modo en que la ve y significarla colabora para poder afrontarla mejor. Incluye las siguientes estrategias (Figuroa y Cohen, 2004): distanciamiento (la persona intenta alejarse del problema o no pensar en él para no sentirse afectado), autocontrol (tratar de controlar las emociones), aceptación de responsabilidad (reconocer la participación que uno haya tenido en la manifestación o mantenimiento del problema), escape-evitación (usar un pensamiento irreal), pensar en algo irreal improductivo, reevaluación positiva (focalizarse en los costados positivos que pueda tener o haber tenido la situación).

- Aquellas ‘centradas en el problema’ (también llamado afrontamiento primario o activo, de resolución de problemas o aproximación). Son respuestas instrumentales que apuntan a encontrar una solución a aquello que provocó el quebranto de la homeostasis previa. Se suelen presentar en situaciones que el sujeto percibe que son susceptibles de cambio y están dirigidas a modificarlas. Se intenta redefinir el problema y encontrar solución de manera activa. Estas estrategias de redefinición del problema, permiten también reevaluarlo, y, por lo tanto, afecta también las emociones. Respecto del problema, se dan estrategias de (Figuroa y Cohen, 2004): confrontación (uso de acciones directas para solucionar la situación) y planificación (diseñar modos o estrategias para dar solución al problema).

Varios investigadores refieren que todas las estrategias de afrontamiento pueden ser funcionales o adaptativas y que eso está sujeto a la fuente de estrés (Grant et. al., 2006; Halama y Bakosová, 2009). En realidad, la idea de afrontamiento se usa más allá

de si las estrategias son o no funcionales ya que la el concepto de afrontamiento está separada de sus resultados (Crespo y Cruzado, 1998). Aun así, la relación entre afrontamiento y salud mental está implícita, ya que la meta es el manejo del estrés y disminuir las consecuencias negativas sobre el sujeto.

El estrés es, básicamente, un constructo mental, ya que una situación se considera estresante toda vez que esta es percibida y definida como tal por el individuo, no siendo algo que sucede independientemente de éste (Singer, 1984). En ese sentido, cabe recordar que la primera definición de estrés la fórmula Seyle en 1936. Seyle lo pensó como una respuesta biológica inespecífica frente al estímulo estresor y que provoca modificaciones en los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico (Seyle, 1956). Del trabajo con animales, se pasó luego a la vigilancia del estrés en los humanos, haciendo foco en la respuestas producidas frente a distintas amenazas (Wolff, 1950). El interés empezó centrándose en la reacción del sujeto para luego centrarse en conocer las particularidades del estresor que generaban demandas a los recursos con los que cuenta la persona (Pearlin 1999; Wheaton 1999). Fue años más tarde que la investigación del estrés se realiza desde un enfoque transaccional o cognitivo-relacional (modelo de R.S. Lazarus y S. Folkman). Como ya se señaló, esta perspectiva tiene en consideración la interdependencia que se observa entre la persona y su entorno y el estrés se piensa en relación a esa relación que es constante, bidireccional y dinámica.

Por su parte, Hariharan y Rath (2008) señalan que existen factores cognitivos, de personalidad y culturales ligados al estrés y su afrontamiento. Las formas particulares de dar sentido a los eventos cotidianos de la vida están relacionadas con varios factores, como la edad y la experiencia subjetiva, lo cual incide sobre la forma en que los sujetos responden a dichos acontecimientos. A la vez, la respuesta ante una enfermedad o ante

un diagnóstico médico es diferente si este es aprehendido como una amenaza o como un desafío (Haber, 2000).

Así, parte de entender el proceso de afrontamiento, es hacer caso a la manera en que la persona realiza atribuciones de sentido y éstas se enmarcan en contextos semánticos más amplios. La evaluación está relacionada con los valores y creencias sobre la vida en general, creencias existenciales e incluso religiosas. Asimismo, el significado que se le otorga al padecimiento está en relación al sentido otorgado a la vida, a entender el mundo, los problemas, la muerte y el sufrimiento (Davis et. al., 1998; Lewis, 1989; Frankl, 1988; Moos y Schaefer, 1984). Las miradas e interpretaciones culturales ante el hecho que se está experimentando también están presentes e influyen en la manera en que éste se experimenta (Rowland, 1989).

La interpretación que las personas despliegan en torno a una enfermedad y como logran incorporarlas al resto de las experiencias de la vida, influye sobre el bienestar psicológico (Lewis, 1989; O' Connor et. al., 1990). Otra variable que actúa como mediadora del bienestar, es la forma en que la persona percibe en cuanto al control que tiene ante situaciones desafiantes, cuánto cree que puede hacer la persona para modificarla. La incertidumbre eleva el nivel de estrés y limita el sentido del control (Lazarus y Folkman, 1986). Una mayor percepción de control se asocia a mayor capacidad para afrontarla al disminuir la evaluación de amenaza y viceversa (Merluzzi y Martínez, 1997; Carver et al., 1989; Ganellen y Blaney, 1984).

Estrategias de tipo pasivo (con foco emocional) se utilizan mayormente en situaciones que se perciben como menos controlables (Lazarus, 1974; Stone y Porter, 1995).

Los estudios sobre las estrategias de afrontamiento intentan entender qué relación existe entre éstas y el ajuste emocional y comportamental (Duhachek y Oakley,

2007). Existe acuerdo en que estrés, ajuste y afrontamiento son tres áreas las cuales están conceptual y empíricamente relacionadas (Cabanach et. al., 2010; Cohen y Wills, 1985). Las estrategias de afrontamiento son consideradas mediadoras e incluso determinantes de las respuestas de estrés. Un afrontamiento exitoso reduce la tensión y el sufrimiento psicológico en tanto que la incapacidad o la implementación de estilos de afrontamiento inadecuados resultan en altos niveles de estrés y sufrimiento (Bonet, 2013).

Hariharan y Rath (2008) indican, a su vez, la necesidad de diferenciar ‘estrategias de afrontamiento’ (técnicas específicas en un contexto específico) de ‘estilos de afrontamiento’ (cantidad de estrategias que una persona tiene en su inventario sumado a una cierta disposición a actuar frente a una situación estresante de una manera particular más que de otra/s, dando lugar a estilos más o menos flexibles).

Juntamente, todo proceso de afrontamiento implica que la persona tenga presente y pueda actualizar los recursos de que dispone. Para Antonovsky (1979), los recursos implican capacidades e instrumentos que tienen como función facilitar el manejo del estrés. Se distinguen los siguientes recursos: recursos físicos, entre ellos, la salud (una persona saludable y con energía se encuentra en mejores condiciones para enfrentar el estrés que una persona enferma, agotada o frágil), recursos psicológicos, cognitivos, (como tener creencias esperanzadoras o creencias positivas acerca de sí mismo), recursos espirituales, recursos sociales (habilidades sociales y de resolución activa de problemas, red de apoyo social) y recursos materiales (Lazarus y Folkman, 1984).

Con respecto al tema, Hammer y Marting (1988) sostienen que los recursos son inherentes a las personas y que quienes cuentan con más recursos propios y sociales tienen mayor probabilidad de hacer uso de un estilo de afrontamiento superior. Dentro

de las limitaciones cabe destacar que, en algunas oportunidades, las demandas del entorno superan los recursos del sujeto. En otras, las limitaciones son internas, en tanto la persona cuenta con los recursos, pero no sabe o no es competente para implementarlos, debido a creencias o esquemas previos (Lazarus y Folkman, 1986).

En circunstancias de enfermedad, personalidades más resistentes (más resilientes) suelen realizar un afrontamiento más activo; estos sujetos muestran más habilidades para resolver problemas, motivación al logro, autonomía, autoestima y locus de control interno, empatía, conocimiento y manejo adecuado de relaciones interpersonales, voluntad y capacidad de planificación y sentido del humor lo cual redundan en una disminución de la tensión como consecuencia de la patología y mejor calidad de vida (Carver et. al., 1989). En cambio, hay estilos de afrontamiento llamados pasivos, como el rezo, la creencia así como los pensamientos desiderativos que han mostrado vinculación con cierto incremento de dolor, la depresión e impotencia (García, 2015).

La distinción teórica clásica (estrategias de afrontamiento centradas en el problema o en la emoción) fue revisada y cuestionada por Skinner y otros (2003) al sostener que en dicha propuesta los procesos de afrontamiento se activan dando respuesta a emociones negativas, de ahí que todos los procesos adaptativos tienen como meta la regulación emocional (Duhachek y Oakley, 2007). Se ha propuesto como más útil (Folkman y Moskowitz, 2004) distinguir entre estrategias de afrontamiento que llevan a las personas a abordar el estrés (aproximación) frente a aquellos intentos que lo llevan a tomar distancia de él (evitación). Así, siguiendo a Moos y de la mano del desarrollo y operacionalización del Inventario de Respuestas de Afrontamiento (Coping Responses Inventory, 1993), se postula un modelo donde el afrontamiento queda establecido en dos tipos: por aproximación al problema (activas) y por evitación al

problema (pasivas). A su vez, estos tipos se dividen en modo cognitivo y modo conductual. Quedan dadas entonces cuatro subcategorías, que resultan en ocho estrategias de afrontamiento distintas (Torrecilla et. al., 2016):

- Análisis lógico y reevaluación positiva (dentro de aproximación cognitiva). El Análisis Lógico refiere a los esfuerzos cognitivos realizados para comprender y prepararse a enfrentar la situación estresante y sus consecuencias. La Reevaluación Positiva refiere a los modos en que se construye y reconstruye cognitivamente un problema en un sentido positivo.
- Evitación cognitiva y aceptación o resignación (dentro de evitación cognitiva). La Evitación Cognitiva hace referencia a la manera en que se evita pensar en el problema. La Aceptación-Resignación refiere a las formas en que se intenta aceptar el problema al que no se le ve solución.
- Búsqueda de orientación y apoyo y resolución de problemas (dentro de aproximación conductual). La Búsqueda de Apoyo refiere a las conductas de búsqueda de información, guía o apoyo. La Solución de Problemas refiere a las acciones que se llevan a cabo para solucionar directamente el problema.
- Búsqueda de recompensas alternativas y descarga emocional (dentro de evitación conductual). La Búsqueda de Recompensas Alternativas refiere a la búsqueda y realización de nuevas actividades que generen satisfacción. La Descarga Emocional refiere a la expresión de los sentimientos negativos con el fin de reducir la tensión.

Estos autores proponen un modelo en el que las estrategias de afrontamiento median entre el sujeto y el bienestar y la salud. El problema es afrontado mediante

aproximación al mismo o mediante evitación del mismo. Esto puede ser realizado por medio de las actividades cognitivas o conductuales, por tanto se encuentra asociado a diferentes resultados (Garnefski et. al., 2001).

Las estrategias del tipo evitativas (cognitiva, con foco en la emoción, de aislamiento social, resignación, descarga emocional, hacerse ilusiones, culparse/criticarse a sí mismo) fueron vinculadas con la presencia de trastornos psicológicos, menores niveles de calidad de vida mental y peor ajuste a largo del tiempo en adolescentes (González y Landero, 2007, Kershaw et. al., 2004), mientras que las estrategias consideradas de tipo aproximativas (con foco en el problema y su resolución, reestructuración cognitiva, reevaluación positiva del estresor) se vinculan con el bienestar psicológico, mejor calidad de vida y la ausencia de psicopatología también en adolescentes (Clarke, 2006; Figueroa et. al., 2005; Garnefski y Kraaij, 2006). Al mismo tiempo, el uso de estrategias de evitación y la negación se relacionan con mayores niveles de malestar psíquico, mientras que centrarse en aspectos positivos y buscar apoyo social, van de la mano con menores niveles de malestar (Carver et. al., 1993). Un afrontamiento sería más eficaz si las repercusiones emocionales del evento estresante son menores (Stone et. al., 1984).

En cuanto a la división cognitivo - conductual, hay un vínculo más marcado entre la manifestación de síntomas llamados internos, depresivos o ansiosos, con el uso de estrategias de afrontamiento cognitivas del tipo rumiación y autoinculpción mientras que la aparición de síntomas externos, como la agresión o la impulsividad, se asocia al uso de estrategias más de tipo evitativas (Garnefski et. al., 2005).

Pese a que el afrontamiento aproximativo se piensa como más eficaz y saludable en relación a sus metas respecto a mitigar las consecuencias del estresor (Byrne, 1964), existen algunas situaciones (estresor crónico o incontrolable) donde el afrontamiento

evitativo aparece como mejor (O'Brien et. al., 1995; Weisenberg et. al., 1993; Chaffin et. al., 1997). Incluso, algunos tipos de afrontamiento pueden ser útiles frente al estresor en un primer momento y luego deben ser reemplazados por otros para que el objetivo de disminuir la activación emocional a un nivel tolerable y ayudar a la adaptación a la realidad sean posibles (Caplan, 1981; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema y Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999; Stanton et. al., 2000). Hay estrategias que pueden ser o no funcionales en virtud de distintas circunstancias o momentos. Así, entre otros, la negación suele pensarse como no adaptativa, pero si se presenta inicialmente tras el diagnóstico de una enfermedad, puede resultar funcional para el manejo del estrés concomitante (Hamburg y Adams, 1967; Lazarus y Folkman, 1986). Así pues, se constata que la calidad de vida de las personas que atraviesan un proceso de salud - enfermedad depende en parte de las respuestas de afrontamiento que utilizan durante el proceso.

Holahan y otros (1996) proponen que quienes tienen disponible un repertorio más amplio de estrategias (coping flexibility) tienen resultados más adaptativos comparado con quienes usan siempre el mismo tipo de estrategia o sólo unas pocas, mostrando cierta rigidez (Lester, Smart y Baum, 1994).

En este caso los adolescentes, en tanto atraviesan un momento de la vida que demanda ajustes (Zahn-Waxler et. al., 2008), el éxito obtenido en el afrontamiento de situaciones estresantes reduce la aparición de síntomas psicológicos, que agravan el malestar y la calidad de vida (Compas et. al., 2017). La posibilidad de psicopatología en adolescentes oncológicos se vincula con el grado de apoyo familiar y social, la manera en que los padres afrontan el estresor, las características del joven, qué tipo de cáncer esté atravesando, su pronóstico, etapa y eficacia del tratamiento, siendo éste

último un foco de estrés permanente que conlleva repercusiones en todas los niveles de la vida del sujeto.

Comparado con los adultos, la cantidad de estrategias disponibles de los adolescentes es menor, debido a las experiencias propias y al devenir de los años que amplía los recursos y las formas de responder a los desafíos que presenta la realidad (Garnefski et. al., 2002).

Hamburg y Adams (1967) mencionan algunas metas del afrontamiento eficaz en el contexto de una enfermedad grave: que el estrés se mantenga dentro de límites manejables, sostener la autoestima, sostener y fortalecer los vínculos significativos, tener expectativas reales y encaminar acciones que tiendan a la recuperación física adecuando al yo a dichas expectativas.

Considerando los aportes antes mencionados, se entiende la importancia de abordar tanto el constructo calidad de vida, como el de las estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad oncológica, ya que ambas permitirán claridad a la investigación propuesta en este trabajo.

2.5. Antecedentes

En la revisión del estado del arte, se puede observar una posible relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes en el tránsito por una enfermedad oncológica. Entre las investigaciones precedentes que aborda nuestra temática y que guardan relación con las variables a nuestro objeto de estudio, se logró discriminar en función a la relevancia adquirida de cada una de ellas.

Como primer antecedente, se remite al trabajo presentado en los inicios de nuestro siglo en la ciudad de México DF, México, Acosta López de Llergo y Sánchez Araiza (2009), se propusieron describir los elementos de protección que favorecen la resiliencia en personas con enfermedades terminales. El estudio permitió conocer las dificultades experimentadas en el transcurso de la enfermedad, proporcionando ayuda concreta para que la práctica de las enfermeras suceda de manera sensible, individualizada y centrada en las necesidades del individuo, aumentando la comodidad y la calidad de vida.

Se evidenciaron sentimientos como de esperanza y frustración. Los participantes perciben una transformación en su vida, que tanto la interacción social como las actividades educativas disminuyeron. Del mismo modo, sintieron miedo y dolor al tener que enfrentar los estigmas arraigados en la sociedad sobre esta enfermedad; no obstante, resaltan que ahora reciben más expresiones de amor y comprensión de toda su familia. Conclusión: Los niños y adolescentes con cáncer expresan que no es fácil afrontar los cambios y temores que viven; sin embargo, le otorgan a esta experiencia un significado

de transformación y crecimiento personal; de forma paralela, experimentan miedos, dolor, preocupación, temor a la muerte e incertidumbre.

Tres años después en Sevilla España la investigación realizada por Estévez, Oliva y Parra (2012) concluye la vinculación entre la vivencia de los acontecimientos vitales estresantes y los problemas de ajuste emocional y comportamental durante la adolescencia con foco en el posible efecto moderador del estilo de afrontamiento. Estudiaron a 90 adolescentes durante seis años, desde su adolescencia media (15-16 años) hasta la adultez emergente (21-22 años). Los resultados mostraron que las estrategias más aproximativas (búsqueda de ayuda y resolución de problemas) aumentaron con la edad, mientras que las estrategias de evitación (cognitiva y conductual) disminuyeron, aunque sólo algunas trayectorias fueron estadísticamente significativas. Respecto al sexo, las adolescentes utilizaron con mayor frecuencia estrategias de búsqueda de ayuda. Los análisis de moderación revelaron que solamente los estilos de afrontamiento de evitación moderaron la relación entre la presencia de estresores y el ajuste. Estos resultados contribuyen a esclarecer el posible efecto de las estrategias de evitación en la adaptación del adolescente a los acontecimientos vitales estresantes.

En los dos años siguientes, Moneta (2014) teoriza sobre los aportes de John Bowlby y su teoría del apego, subrayando que el apego es un proceso que sirve de base para todas las relaciones afectivas de la vida. Enfatiza en la importancia de la calidad del vínculo con las personas significativas y cómo el apego seguro favorece un adecuado desarrollo cognitivo y mental. Menciona que los sujetos tendemos a buscar apego en tiempos de crisis o necesidad al tiempo que señala que existen muchos estudios sobre el vínculo seguro y la capacidad de resiliencia frente eventos estresantes o de pérdida.

Siguiendo la cronología correspondiente, en el siguiente año, en su tesis doctoral, Bueno Ferrán (2015) partió de la idea de que una respuesta de afrontamiento eficaz frente al cáncer es fundamental para el proceso rehabilitador. En ese sentido, orientó su investigación a los procesos de afrontamiento o ajuste a la enfermedad y al análisis de sus repercusiones sobre la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama. Considera que el afrontamiento activo predice el nivel de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama toda vez que supone la adaptación a la enfermedad, al tiempo que tiene un efecto positivo sobre las reacciones emocionales frente al tratamiento, lo cual es un índice de ajuste al mismo. Realizó un estudio longitudinal y de panel con 107 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama primario. Las variables estudiadas fueron el estilo de afrontamiento o ajuste mental al cáncer, las reacciones emocionales, la calidad de vida relacionada con la salud y la valoración de la enfermedad. También se controlaron otras variables. La hipótesis se ha confirmado parcialmente, puesto que el espíritu de lucha predice la calidad de vida relacionada con la salud, aunque no se ha confirmado el efecto modulador de la ansiedad y la depresión. Se han constatado cambios longitudinales tanto en el estilo de afrontamiento o ajuste a la enfermedad como en la calidad de vida, la ansiedad y la depresión. Los resultados llevan a la conclusión de la importancia de diseñar y realizar intervenciones, especialmente en los períodos identificados como más críticos para alcanzar la mayor calidad de vida de las mujeres. Así mismo se abren nuevos campos de investigación para profundizar en este ámbito.

Por otra parte, un año después Moreno Fernández (2016) se propuso conocer las distintas estrategias de afrontamiento que presenta el paciente oncológico y explorar qué efectos tienen en la calidad de vida de estos pacientes, asumiendo que dichas estrategias influyen y tienen una relación directa con la calidad de vida de los mismos y que

afrontar al cáncer es una de las tareas más difícil en que se encuentra el paciente oncológico. Se realizó una revisión de la literatura y se agrupó las estrategias de afrontamiento en dos grupos: estrategias activas o positivas y estrategias pasivas o negativas. Los resultados permiten afirmar que el afrontamiento activo o positivo fue relacionado positivamente con una mejor calidad de vida y el afrontamiento negativo o pasivo se relaciona con una peor calidad de vida.

En este mismo año, Rodas Mosquera (2016) realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y relacional, identificó estilos de afrontamiento y calidad de vida de pacientes oncológicos. Para ello utilizó como instrumentos para la recolección de datos: a) Formulario para datos demográficos y características del cáncer, b) Inventario de recursos de afrontamiento Coping Resources Inventory (CRI) de Hammer y Marting y c) Escala de Karnofsky para calidad de vida. Encontró que aquellos pacientes que utilizaron recursos emocionales y espirituales evidenciaron un afrontamiento superior y una mejor calidad de vida, con lo que concluyó que existe una relación significativa entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida del grupo de estudio.

Al igual que García García y Gómez-Maqueoc (2016) quienes describieron el estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer de una edad media de 16 años. Se aplicaron 2 instrumentos: el Cuestionario de Afrontamiento para adolescentes 3 y la versión estandarizada de la forma general del Inventario de Calidad de Vida Pediátrico, más una entrevista semiestructurada. Encontraron que la estrategia de afrontamiento más utilizada fue la religión; mientras que la impotencia y autolesión se mostró como la menos frecuente. Los participantes reportaron una calidad de vida media. Las áreas más afectadas fueron Malestar emocional y cognitivo, y Funcionamiento emocional. Se concluye que los adolescentes con cáncer hacen uso de

ambos estilos de afrontamiento y presentan deterioro en su calidad de vida independientemente de la fase del proceso oncológico.

Otro estudio realizado en Massachusetts, Estados Unidos por Nipp et al (2016) estudia la relación entre las estrategias de afrontamiento, calidad de vida y humor en pacientes diagnosticados con cáncer incurable (cáncer de pulmón o gastrointestinal). Se estudiaron 350 pacientes adultos, hombres en su mayoría. La mayoría reportó la utilización de estrategias de apoyo emocional (77.0%), mientras que menos reportaron el uso de la aceptación (44.8%), la autoinculpación (37.9%), y la negación (28.2%). El apoyo emocional y la aceptación correlacionaron mejor con la calidad de vida y el humor. La negación y autoinculpación correlacionaron con peor calidad de vida y humor. El estudio señala que las intervenciones para mejorar la calidad de vida y el humor de los pacientes deberían apuntar a usar estrategias de afrontamiento adaptativas.

En el año siguiente Nazari et al (2017) compararon calidad de vida, ansiedad y depresión en niños con cáncer y niños sanos, en Irán. Se utilizaron tres cuestionarios: el WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), Children's Depression Scale (CDS), y el Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS). Los resultados demostraron que hay una diferencia significativa entre los niños con cáncer y los niños sanos en términos de estilos de afrontamiento. Los niños que sufren de cáncer tienen una calidad de vida significativamente menor y mayores niveles de ansiedad y depresión en comparación con los niños sanos.

Por otro lado, Martínez Martínez y Tercero Quintanilla (2017) detallan que el afrontamiento es uno de los recursos psíquicos con los que cuenta el ser humano y que utiliza para planificar y volver a concebir los problemas a los que se enfrenta para fomentar su crecimiento a lo largo de su existencia. Proponen un estudio donde describen las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por los

adolescentes con cáncer. En su estudio transversal tomaron como muestra a 62 adolescentes de 12 a 18 años hospitalizados en el Departamento de Hemato-Oncología del Hospital Infantil de México Federico Gómez en el transcurso de seis meses. Todos los sujetos respondieron la escala de afrontamiento específica para adolescentes (ASC) e Frydenberg y Lewis. Se encontró que las tres estrategias más frecuentemente utilizadas por los adolescentes para afrontar el cáncer fueron fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes y hacerse ilusiones. Así mismo, que las estrategias menos utilizadas fueron auto inculparse e invertir en amigos íntimos.

En este mismo año Rosado Chávez (2017) se propuso determinar qué estrategias de afrontamiento utilizan los adolescentes en todo el proceso de la enfermedad oncológica y cómo se dan los factores sociodemográficos como manifestación por sexo. El diseño que se usó fue del tipo transversal y descriptivo con un enfoque cuantitativo. La muestra se compuso de 48 adolescentes de ambos sexos de entre 12 y 19 años. Se empleó la Escala de Afrontamiento para adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis, además un cuestionario de factores sociodemográficos considerados relevantes para la investigación. Los resultados mostraron que los adolescentes con cáncer utilizan mayoritariamente estrategias para enfrentar la resolución del problema, en menor medida las estrategias basadas en relación a otros y aun con menor frecuencia utilizan la capacidad de afrontamiento no productivo. Asimismo, utilizan a menudo estrategias de afrontamiento basadas en la búsqueda de diversiones relajantes y físicas, se apoyan a menudo en la búsqueda de su fe espiritual y en la búsqueda de apoyo social siendo la búsqueda de ayuda profesional empleada con menos frecuencia. En cuanto a sexo, las mujeres se concentran más en utilizar estrategias de acción social y ejecutan actividades en busca de soluciones y los varones manifiestan estrategias basadas en distracción física, diversiones relajantes y ayuda profesional

También, González Vallejo (2017) encaminó una investigación tendiente a determinar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes oncológicos. Contó con la participación de 100 personas adultas. El tipo de investigación que se realizó fue correlacional, bibliográfica y documental. Para la obtención de datos se administró reactivos psicológicos encaminados a identificar los tipos de afrontamiento (Escala de Afrontamiento de Lazarus), mientras que para medir los niveles de calidad de vida se utilizó (Cuestionario SF-36). Luego de la aplicación de reactivos se efectuó el análisis estadístico, y la verificación de la hipótesis. Se determinó que las estrategias de afrontamiento sí se relacionan con la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Al año siguiente, Chambi Arratia (2018) quiso determinar la relación entre la calidad de vida y afrontamiento en pacientes oncológicos que recibían tratamiento de quimioterapia ambulatoria. Con un estudio de tipo correlacional prospectivo de corte transversal, la muestra fue probabilística de tipo aleatorio simple sistemático y estuvo conformada por 95 pacientes oncológicos. Como instrumento se usó una guía de entrevista elaborada por la investigadora para los datos generales, el cuestionario FACT-G que evalúa la calidad de vida y el cuestionario MAC que evalúa las estrategias de afrontamiento. Los resultados fueron: existe relación entre calidad de vida y afrontamiento de los pacientes con cáncer. Con respecto a la calidad de vida global en la población de estudio, el 62% se encuentra en la categoría regular, el 38% en la categoría deficiente. Al evaluar cada una de las dimensiones de la calidad de vida; en la dimensión de estado físico el 52% presenta calidad de vida regular, en la dimensión del ambiente familiar y social, estado emocional y en la capacidad de funcionamiento personal más del 60% de la población presenta calidad de vida deficiente. Con respecto a las estrategias de afrontamiento de los pacientes con cáncer, el 94% presentó espíritu

de lucha regular, el 60% muestra no negación, el 81% presenta un fatalismo regular, el 61% se muestra indiferente frente al desamparo, el 93% presenta preocupación ansiosa.

Además, Alonso Peña y Villegas (2018) quienes describieron la influencia de las diferentes estrategias de afrontamiento en la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes diagnosticados con cáncer. Realizaron una revisión documental focalizada en categorías centrales de cáncer infantil, calidad de vida y estrategias de afrontamiento, realizada en las bases de datos como Redaya, Scielo y Google académico y consultas en páginas de la Organización Mundial de la Salud y otras institucionales, permitió preseleccionar 43 artículos, de los 30 escogidos. La afectación funcional, trastorno del sueño, imagen corporal y cambios del estado de ánimo, se mitigan con estrategias de afrontamiento que afianzan pensamientos positivos frente a su dimensión familiar, social y escolar. Procesos comunicacionales asertivos, así como la atención en salud humanizada, la óptima relación padre, hijos y redes sociales, se convierten en estrategias eficaces para el afrontamiento adaptativo, la preservación del bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida. El fortalecimiento de estrategias de afrontamiento externas e internas del niño, niña o adolescentes con patología oncológica beneficia su calidad de vida y disminuye el impacto negativo de la enfermedad en la dimensión personal, familiar y social comunitaria.

Mota González, Calva, Bohórquez Zambrano, Martínez Medina y Peralta López (2018) estudiaron las implicancias psicológicas en relación a la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Se revisaron artículos que relacionan cáncer con calidad de vida y ansiedad y constataron que la ansiedad presente durante el tránsito de la enfermedad impacta en la calidad de vida de las personas de manera considerable. El estudio hace hincapié en la importancia de la intervención psicológica para la

disminución de los síntomas, favoreciendo así el proceso de afrontamiento de la enfermedad y contribuyendo a una mejor calidad de vida de las pacientes.

Por último, se destacan las siguientes investigaciones, la primera realizada por Cabezas Quiroga y Madrid Castro (2019) quienes estudiaron y describieron la percepción que tienen los niños/as y adolescentes con cáncer acerca de su calidad de vida a partir de la dimensión física, mental (psicológica) y social. Con un enfoque cualitativo, la recolección de datos se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas las cuales fueron aplicadas a tres niños (2 niñas y 1 adolescente). Los resultados obtenidos en la investigación demuestran que la dimensión “física” y el tratamiento médico influyen en los cambios comportamentales del niño/a (dimensión psicológica), porque los síntomas, los dolores, los cambios físicos, calidad de vida en niños con cáncer les genera estrés, ansiedad, irritabilidad, tristeza y algunos medicamentos les generaba ciertos efectos como: cambios de humor y sueño, lo que impide el desarrollo óptimo del niño en su diario vivir. Se evidencia que la calidad de vida se altera si alguna de las dimensiones ya sea física, social o mental (psicológica) no se encuentra en óptimas condiciones. Las tres dimensiones son parte de la calidad de vida debido a que el óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, sentirse bien, pensar positivo, tener un equilibrio emocional, contar con un entorno social estable, tener apoyo de familia y amigos genera inmediatamente un bienestar en el niño (a) y adolescente si cuenta con estos. Si una de las dimensiones se afecta inmediatamente la calidad de vida del niño disminuye.

La segunda realizada por Galán López (2020) quien se propuso en su investigación, identificar las estrategias de afrontamiento, desesperanza y funcionalidad familiar en pacientes paliativos y su relación con la calidad de vida, en Quito, Ecuador. Se realizó un estudio analítico de corte transversal donde se estudiaron 130 pacientes.

Según los resultados, la calidad de vida se vio afectada en los 4 dominios de RSCL (Rotterdam Symptom Checklist). Sobre la apreciación global de la calidad de vida en la última semana: el 29,23% respondió que se sentía “Bastante mal”. Como conclusión, tuvieron menor calidad de vida los que menos uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y más uso de estrategias desadaptativas adoptaron, al igual que el grupo con disfunción familiar severa y desesperanza quienes requieren de psicoterapia cognitivo conductual y seguimiento.

3. Objetivos

3.1 General

Evaluar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en adolescentes con cáncer.

3.2. Específicos

Describir las estrategias de afrontamiento que los adolescentes utilizan al hacer frente a la enfermedad oncológica.

Determinar la calidad de vida percibida por los participantes.

Caracterizar las estrategias de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes oncológicos según la edad, el sexo, grupo conviviente, diagnóstico, antigüedad de tiempo de diagnóstico y tipo de tratamiento que recibe.

4. Hipótesis

4.1. General

H1: Existe una correlación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en adolescentes con cáncer.

4.2. Específicas

H2: Los adolescentes que utilizan estrategias de afrontamiento de aproximación al problema a la hora de hacer frente al cáncer, manifiestan puntajes más altos cuando estiman su calidad de vida respecto de quienes usan estrategias de evitación.

H3: La calidad de vida estimada por los participantes es normal.

H4: Los adolescentes informan mayor uso de estrategias relacionadas a la búsqueda de apoyo (aproximación conductual).

H5: Las participantes mujeres que señalan la búsqueda de apoyo como estrategia correlacionan con mejor valoración de su calidad de vida (puntajes más altos) que los participantes hombres.

5. Metodología

5.1. Diseño

La investigación fue de tipo cuantitativo, de alcance descriptivo-correlacional, de corte transversal y no experimental, donde se especificaron y midieron las variables de interés en el presente trabajo y se establecieron las relaciones entre las mismas. No se efectuó manipulación de variables, y el grupo de sujetos de estudio no está asignado aleatoriamente (Sampieri et al.,2014).

5.2. Participantes

La muestra estuvo conformada por 60 sujetos adolescentes, de entre 13 y 21 años ($M = 17.1$, $DS = 2.391$) que se encuentran en tratamiento oncológico. Los mismos asisten en distintas Fundaciones que ayudan a niños y adolescentes con cáncer en nuestro país.

El muestreo fue no probabilístico de tipo bola de nieve, intencional ya que se seleccionaron casos o unidades por uno o varios propósitos. No se pretendió que los casos sean estadísticamente representativos de la población (Sampieri et al., 2014).

Criterios de inclusión de la muestra:

- Tener entre 13 y 21 años
- Tener diagnóstico de cáncer

-Que manifieste su consentimiento el adolescente mayor de edad,o el padre responsable si el participante es menor de edad.

- Que posean comprensión y uso correcto del lenguaje.

- Que se presenten aptos física y/o psíquicamente al responder los protocolos .

Criterios de exclusión de la muestra:

-Tener menos de 13 o más de 21 años

-No tener diagnóstico de cáncer

-No aceptar participar en la investigación.

-Que no posean comprensión y uso correcto del lenguaje.

-Que presenten algún impedimento físico y/o psíquico relevante que imposibilite responder los protocolos.

- Que el padre responsable no haya aceptado que participe el menor de edad.

3.3. Instrumentos de recolección de datos

- Cuestionario de variables sociodemográficas ad-hoc: preguntas sociodemográficas relativas a: Edad, Sexo, Grupo familiar, Diagnóstico, Tiempo de Diagnóstico y Tipo de Tratamiento.

- Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF (2004)

La escala de calidad de vida de la OMS, del inglés World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), conocida como Cuestionario WHOQOL-BREF en su versión abreviada en español por Mugieri (2017), (ya que deriva del WHOQOL -100), es un instrumento internacional que evalúa la calidad de vida de las personas y es uno de los cuestionarios canónicos de salud y calidad de vida más utilizados en todo el mundo. El WHOQOL-BREF se administra a las personas para medir la valoración subjetiva de su estado de salud. Tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas o dimensiones: Salud Física (7 ítems), Salud Psicológica (6 ítems), Relaciones Sociales (3 ítems) y Ambiente (8 ítems). Las puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta.

La escala permite obtener un perfil de la persona y una puntuación sobre su percepción de calidad de vida global y salud general. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida (de Salud, S. A., 2010). Las puntuaciones van de cero a cien, siendo cero la peor calidad de vida y cien la mejor.

El instrumento tiene una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.88 para el total de la escala y un promedio de 0.70 a 0.79 en cada una de las dimensiones.

Tanto el WHOQOL-BREF como otro de los más usados, el SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey), evalúan calidad de vida y son de uso internacional. Ambos tienen una muy buena consistencia interna (alfa de Cronbach's de 0.75-0.87 vs. 0.72-0.98). En general, las subescalas del WHOQOL- BREF correlacionan mejor con la medida de calidad de vida global que las subescalas del SF-36 (Huang, y Wu, 2006). Según Cardona-Arias, y Higuaita-Gutiérrez (2014):

A diferencia de otros instrumentos genéricos de medición de calidad de vida empleados en investigación clínica y epidemiológica como el Medical Outcome Study Short Form (MOSSF-36), el WHOQOL BREF no se centra en aspectos funcionales sino en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la escala de mayor solidez conceptual y metodológica (p. 178).

- Coping responses inventory - youth form (CRI-Y, Moos, 1993) - Inventario de Respuestas de Afrontamiento en Jóvenes, en su versión Argentina de Ongrato, De la Iglesia, Stover, Fernández Liporace (2009).

El inventario cuenta con 22 ítems agrupados en ocho dimensiones que miden distintas respuestas de afrontamiento usadas por adolescentes en respuesta a circunstancias estresantes de la vida. Combina elementos de las principales teorías propuestas en la bibliografía clásica: las que se orientan hacia el foco del afrontamiento - el problema o la emoción -, y las que se centran en el modo de afrontar - cognitivo o comportamental-, más el componente de evitación o aproximación a la situación

problemática. Las respuestas de afrontamiento se dividen en dos grupos mayores de dimensiones o escalas: Afrontamiento por Aproximación y Afrontamiento Evitativo. A su vez, cada grupo, se compone de cuatro escalas, dentro de las cuales, las dos primeras dimensiones corresponden a estrategias de tipo cognitivo, en tanto que las dos últimas corresponden al afrontamiento comportamental o conductual.

El análisis de la consistencia interna del instrumento señala que el CRI-Y es confiable cuando se utiliza en su forma global, la confiabilidad baja. Debe tenerse en cuenta que los coeficientes Alpha, si bien están por debajo de lo deseable de 0.66 a 0.53, corresponden a escalas compuestas por pocos elementos y ello estaría afectando estos índices, aunque todavía queda dentro de los márgenes de lo aceptable cuando se analizan las escalas combinadas y la consistencia interna es considerablemente menor si se analizan las escalas específicas. El inventario multidimensional COPE (Carver et. al., 1989) evalúa las estrategias que las personas utilizan para responder al stress. El alfa de Cronbach para sus subescalas va de .65 a .90, lo que demuestra una validez similar al CRI - Y de Moos.

5.4. Procedimiento

Se contactaron diferentes Fundaciones que ayudan a niños y adolescentes con cáncer y se obtuvo la autorización correspondiente para proceder con este trabajo. Se les explicó a los participantes los objetivos de la investigación y en qué consisten los instrumentos a aplicar.

Se les otorgó a los participantes un consentimiento informado explicando que la investigación es anónima, confidencial y voluntaria. Así, los participantes completaron

un cuestionario auto administrado cuya entrada fue a través de un link que permite acceder a la versión online del protocolo de investigación (Google Forms).

Respondieron preguntas sociodemográficas, la escala de calidad de vida y el inventario de estrategias de afrontamiento. Se realizó un control por contrabalanceo, alternando el orden. Una vez finalizada la recolección de datos, se procedió a la confección de la matriz de datos y su posterior análisis e interpretación. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 22.0.

5.5 Análisis de datos

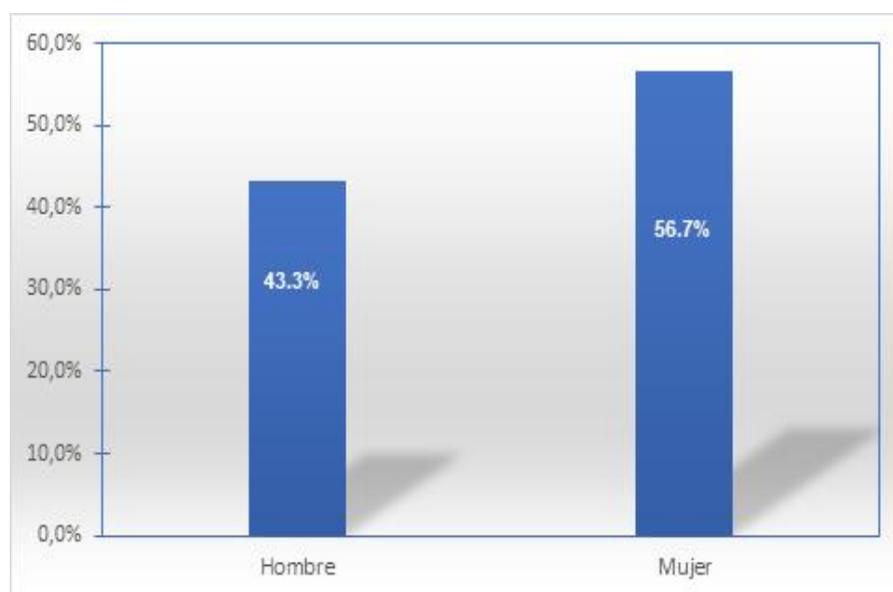
La recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de julio y agosto de 2020. Se aplicó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas: edad, sexo, tratamiento, años de conocimiento del diagnóstico, convivencia. A los fines de decidir el tipo de pruebas a utilizar para determinar la correlación entre las variables estudiadas (estrategias de afrontamiento y calidad de vida), se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnova, cuyo resultado mostró que no se puede asumir la normalidad de la distribución de las variables, por lo cual se utilizaron pruebas no paramétricas para analizar los resultados. Para la descripción de las variables se realizó un resumen estadístico de las dimensiones de cada variable en estudio. Se realizó, posteriormente, un análisis de la correlación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida utilizando el coeficiente r de Pearson y Rho de Spearman. En la búsqueda de diferencias (comparaciones) al considerar las distintas variables sociodemográficas, se utilizó el estadístico no paramétrico Kruskal-Wallis.

6. Resultados

6.1 Caracterización de la muestra

Gráfico 1.

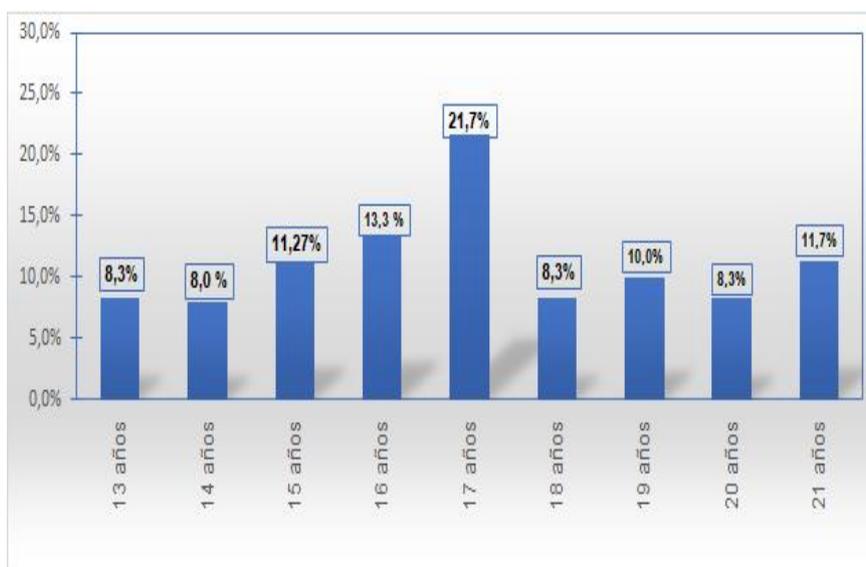
Distribución de la variable Sexo



El análisis de variables sociodemográficas indicó que el 56.7% fueron mujeres mientras que el 43.3% restante fueron hombres.

Gráfico 2.

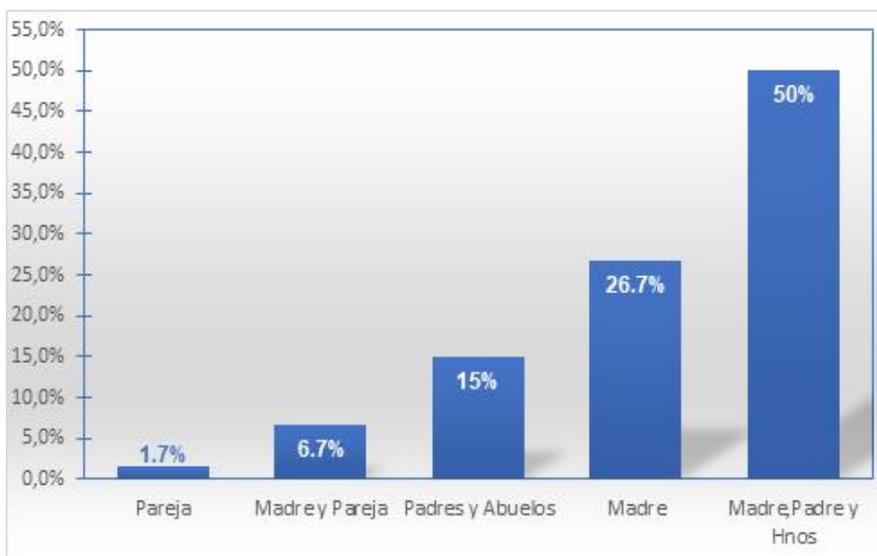
Distribución de la variable Edad



El promedio de edad fue de 17 años, la muestra estuvo conformada por adolescentes de entre 13 y 21 años, habiendo recodificado la variable para fines explicativos se puede observar que el 21.7 % tiene 17 años, otro 13.3% tiene 16 años, el 11.7 % tiene 15 años, el mismo porcentaje que aquellos que tienen 21 años, por otro lado, un 10% tiene 19 años, el 8.3% tiene entre 13,18 y 20 años y, por último, un 6.7% tiene 14 años.

Gráfico 3.

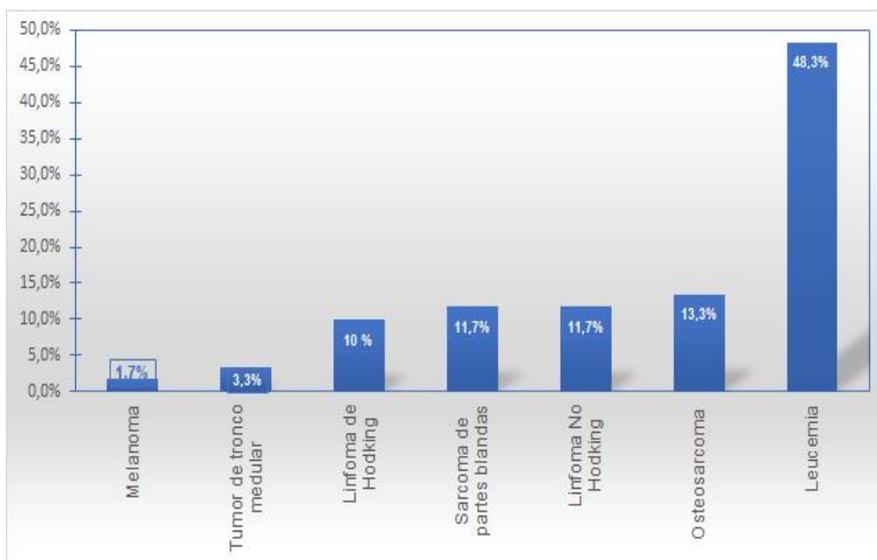
Distribución de la variable Grupo conviviente.



La mayoría de los sujetos de esta muestra convive con su madre, padre y hermanos (50%), el 26.7 % restante convive con su madre únicamente, mientras que con sus padres y abuelos un 15%, el 6.7% vivía con su madre y su pareja, y el 1.7% convivía con su pareja

Gráfico 4.

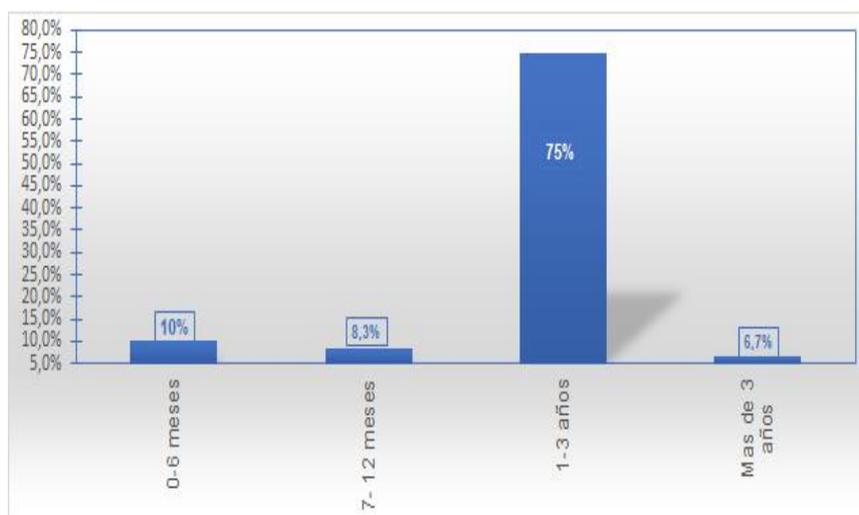
Distribución de la variable Diagnóstico



En esta muestra el 48.3% de los encuestados reportó estar diagnosticado con Leucemia, siendo la patología que prevalece. Le sigue el cáncer óseo (Osteosarcoma) con un 13.3 %, cáncer del tejido conectivo (Osteosarcoma) y Linfoma de No Hodgkin reportan el mismo porcentaje con un 11.7%. Linfoma de Hodgkin un 10%, cáncer cerebral (Tumor de tronco medular) un 3.3% y por último, cáncer de piel (melanoma) con un 1.7%.

Gráfico 5.

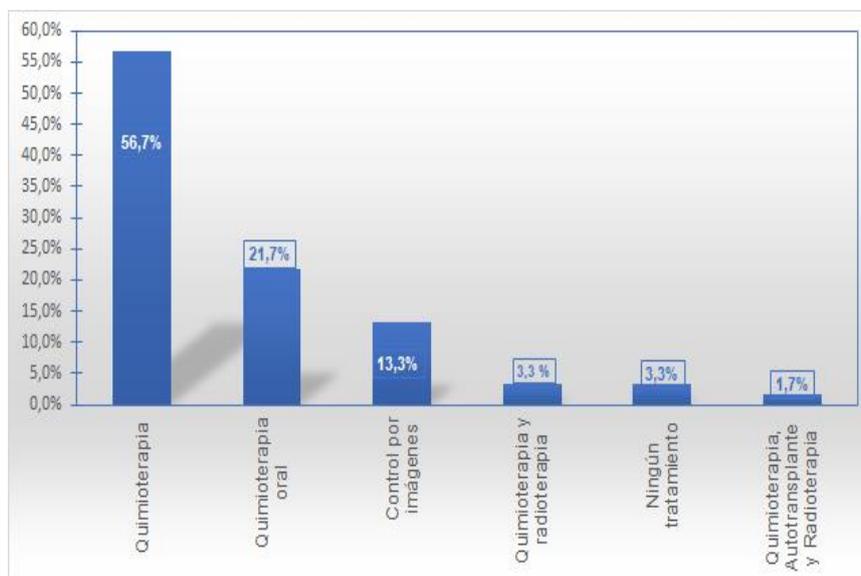
Distribución de la variable Tiempo de diagnóstico



La mayoría de los participantes, un 75%, recibieron el diagnóstico entre 1 y 3 años atrás, el 10% los recibió entre 0 a 6 meses atrás, el 8,3% entre 7 y 12 meses, y el 6,7% hace más de 3 años.

Gráfico 6.

Distribución de la variable tipo de tratamiento



La mayoría de los sujetos refirió estar recibiendo el tratamiento de Quimioterapia 56.7%, en segundo lugar Quimioterapia oral reportando un 21,7%, un 13.3%, recibió control por imágenes, un 3.3 % había recibido quimioterapia y radioterapia, otro 3.3% no recibía ningún tratamiento al momento de la entrevista y por último un 1.7% recibía Quimioterapia, Autotransplante y Radioterapia.

6.2 Descripción de las Respuesta de Afrontamiento y de Calidad de Vida

Tabla 1.

Descripción de las Respuestas de Afrontamiento en la muestra total

	N	M (DS)	Rango	95% IC
Aproximación Cognitiva	60	2.1 (0.57)	1- 3	[1.95, 2.25]
Aproximación Conductual	60	2.11 (0.60)	1- 2	[1.95, 2.27]
Evitación Cognitiva	60	1.64 (0.63)	0 - 3	[1.48, 1.81]
Evitación Conductual	60	1.76 (0.5)	0 - 3	[1.61, 1.91]

Nota. IC: intervalo de confianza

En la mayoría de los encuestados se puede observar una predominancia de puntuaciones en estilos de afrontamiento de aproximación tanto cognitiva (M=2.1; SD=0,57) como conductual (M=2.11; SD=0.60) por sobre las estrategias de evitación.

Tabla 2.

Descripción de la Calidad de vida en la muestra total

	N	M (DS)	Rango	95% IC
Calidad de vida	60	302.43 (52.02)	176-448	[289.02, 315.90]
Salud general	60	158.26 (29.10)	92-228	[150.74, 165.78]
Salud física	60	81.53 (17.08)	44-128	[77.12, 85.94]
Salud psicológica	60	76.73 (16.22)	44-112	[72.54, 80.92]
Relaciones Sociales	60	37.93 (7.94)	24-60	[35.88, 39.98]
Ambiente	60	106.26 (19.75)	44-160	[101.16, 111.36]

Nota. IC: intervalo de confianza.

En la mayoría de los encuestados se puede observar una predominancia de puntuaciones en salud general (M=158.26; DS= 29.10) y ambiente (M=106.26; DS=19.75). La menor puntuación se obtuvo en las relaciones sociales (M=37.93, DS=7.94)

El nivel de la calidad de vida según la clasificación del instrumento resulta “Normal”. Se observa que el 53,3% de los casos resulta en un nivel de Calidad de Vida “Normal”, mientras que un 25% indica “bastante buena”.

Tabla 3.

Nivel de la calidad de vida según la clasificación del instrumento

Nivel	n	%
muy mala	0	0
regular	11	18,3
normal	32	53,3
bastante buena	15	25,0
muy buena	2	3,3

6.3. Comparación de las variables según género

Tanto en calidad de vida como en estrategias de afrontamiento, las mujeres muestran tener valores más altos que los hombres. Ver tabla 4 y 5.

Tabla 4.

Comparación de las respuestas de afrontamiento según género

Variables	Femenino	Masculino	U de M-W	Significación
	Rango promedio	Rango promedio		
Aproximación				
Cognitiva	38,32	20,27	176.00	0.00
Aproximación				
Conductual	34,91	34,91	292.00	0.024
Evitación Cognitiva	23,16	40,1	192.50	0.00
Evitación Conductual	24,59	38,23	241.00	0.002

Prueba utilizada: U de Mann-Whitney

Tabla 5.

Comparación de las respuestas de calidad de vida según género

Variables	Femenino	Masculino	U de M-W	Significación
	Rango promedio	Rango promedio		
Calidad de Vida	39.26	39.26	144.00	0.00
Salud General	38.97	19.42	154.00	0.00
Salud Física	35.71	23.69	265.00	0.01
Salud Psíquica	38.32	20.27	176.00	0.00
Relaciones Sociales	38.12	20.54	183.00	0.00
Ambiente	37.78	20.98	194.50	0.00

Prueba utilizada: U de Mann-Whitney

6.4. Cruce de variables

6.3.1 Análisis de la normalidad

Tabla 6.

Prueba de normalidad de las variables

Variable	Kolmogorov-Smirnova	Significación
Aproximación Cognitiva	0.192	0.00
Aproximación Conductual	0.205	0.00
Evitación Cognitiva	0.1	.200*
Calidad de Vida Total	0.117	0.04
Salud General	0.136	0.01
Salud Física	0.12	0.03
Salud Psicológica	0.154	0.00
Relaciones Sociales	0.131	0.01
Ambiente	0.121	0.03

Prueba utilizada: Kolmogorov-Smirnova

Por medio del estadístico Kolmogorov-Smirnova, se determinó que la mayoría de las variables utilizadas en el estudio, todas exceptuando la respuesta de afrontamiento de evitación cognitiva ($p=0.20$), no corresponden con una distribución normal ($p<0,05$). Por esto en los siguientes análisis se utilizaron estadísticos no paramétricos.

6.5. Análisis de correlación

Se realizó la correlación de las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de la calidad de vida. Debido a que las variables utilizadas son no paramétricas, se utilizó la prueba Rho de Spearman.

Tabla 7.

Correlación de las Estrategias de Afrontamiento y las Dimensiones de la Calidad de vida

		Relacio				
		Salud	nes	Sociale	Ambie	Total
		Salud	Psicoló	Sociale	Ambie	Calidad
		Física	gica	s	nte	de Vida
Análisis Lógico	Coficie	,236	,492	,519	,531	,566
	nte					

	Sig.	,070	,000	,000	,000	,000
Revaluación Positiva	Coficiente	,348	,528	,355	,387	,479
	Sig.	,006	,000	,005	,002	,000
Búsqueda de Apoyo	Coficiente	,225	,288	,371	,362	,377
	Sig.	,085	,026	,003	,005	,003
Solución de Problemas	Coficiente	,288	,480	,466	,441	,505
	Sig.	,026	,000	,000	,000	,000
Evitación Cognitiva	Coficiente	-,433	-,476	-,401	-,513	-,552
	Sig.	,001	,000	,002	,000	,000
Aceptación - Resignación	Coficiente	-,221	-,445	-,209	-,361	-,394
	Sig.	,090	,000	,109	,005	,002
Búsqueda de Recompensa	Coficiente	-,273	-,326	-,284	-,254	-,370
	Sig.	,035	,011	,028	,051	,004
Descarga Emocional	Coficiente	-,225	-,408	-,532	-,523	-,522
	Sig.	,084	,001	,000	,000	,000

Prueba utilizada: Rho de Spearman.

Se puede observar mediante los coeficientes de correlación obtenidos para las estrategias de Análisis Lógico, Revaluación Positiva, Búsqueda de apoyo, Solución de Problemas que las variables se correlacionan positivamente con las dimensiones de la Calidad de Vida. Estas correlaciones son moderadas.

Con respecto a la correlación con la puntuación total de la Calidad de Vida sobresalen las estrategias de Análisis Lógico y Solución de Problemas. Las estrategias de Evitación Cognitiva, Aceptación-Resignación, Búsqueda de Recompensa y Descarga Emocional se correlacionan negativamente con las dimensiones de la Calidad de Vida. Estas correlaciones también son moderadas.

Con respecto a la correlación con la puntuación total de la Calidad de Vida, las que más se destacan son la Evitación Cognitiva y la Descarga Emocional. Se puede ver que cinco de las ocho estrategias de afrontamiento, no se asocian con la dimensión Salud Física.

A fin de segmentar el puntaje Total de la Calidad de Vida en valores altos y bajos, se divide la muestra usando el percentil 50 y se refieren los resultados a aquellos casos por encima de dicho percentil como “puntajes altos” y los que quedan debajo como “puntajes bajos”.

Tabla 8.

Correlación estrategias de afrontamiento y puntajes de calidad de vida

	Calidad de Vida	Media	DS
Dirección	puntajes más bajos	2,9135	,59487
Aproximación	puntajes más altos	3,4885	,16606
Dirección Evitación	puntajes más bajos	2,8639	,47574
	puntajes más altos	2,3611	,50453

Se observa que los puntajes más altos en Calidad de Vida son para aquellos que tienen mayores valores en las estrategias de la dirección Aproximación (M=3,48, DS =0,16), frente a aquellos que tienen valores más bajos (M=2,9, DS= 0,59).

Por otro lado, aquellos que tienen puntajes más altos en Calidad de Vida son los que tienen menores valores en las estrategias de la dirección Evitación (M=2,36, DS= 0,50) y los que tienen puntajes más bajos en Calidad de Vida son los que tienen mayores valores (M=2,86, DS=0,47).

Como las variables Dirección Aproximación y Dirección Evitación son anormales, se hace necesario hacer comparaciones no paramétricas

Los resultados son estadísticamente significativos y hay diferencia entre los que tienen valores mayores en el puntaje de la Calidad de Vida usando las estrategias de la dirección Aproximación frente a los que tienen valores más bajos ($p= ,000 < ,05$). Así como también hay diferencia significativa entre quienes tienen valores más bajos en el puntaje de la Calidad de Vida , usando las estrategias de la dirección Evitación frente a los que los tienen más altos ($p=,000 < ,05$).

Tabla 9.

Correlación nivel de calidad de vida y búsqueda de apoyo

			Nivel de la Calidad de Vida			
			regula		bastante	muy
			r	normal	buena	buena
Búsqueda de	menos	N	9	13	5	0
Apoyo	BA	%	33,3%	48,1%	18,5%	0,0%
	más BA	n	2	19	10	2
		%	6,1%	57,6%	30,3%	6,1%

Se observa que hay un aumento de casos para los niveles “normal”, “bastante buena” y “muy buena”, cuando las puntuaciones de la estrategia Búsqueda de apoyo es mayor.

Ambos segmentos de la estrategia Búsqueda de Apoyo se correlacionan con el puntaje total de la Calidad de Vida, resultando la misma moderada - baja y significativa ($Rho = 0,334, p = 0,009$).

7. Conclusiones y Discusiones

El objetivo principal de la presente investigación fue analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en adolescentes que se encuentran en tratamiento oncológico. Asimismo se evaluó dichas variables con respecto a sexo, edad, grupo familiar conviviente, tipo de cáncer diagnosticado, tiempo desde el diagnóstico y tratamiento que recibe o recibió.

La investigación partió de la hipótesis principal [H1] de que existe una correlación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en adolescentes con cáncer, hipótesis que fue corroborada. La relación entre ambas variables es estadísticamente significativa y es descripta en la bibliografía. Así, un estudio realizado en Massachusetts, Estados Unidos por Nipp et al., (2016) arrojó como resultado que las intervenciones para mejorar la calidad de vida y el humor de los pacientes deberían apuntar a usar estrategias de afrontamiento adaptativas. Asimismo, González Vallejo (2017) encaminó una investigación que determinó que las estrategias de afrontamiento sí se relacionan con la calidad de vida de los pacientes oncológicos

De la misma forma, también se comprueba que aquellos adolescentes que utilizan estrategias de afrontamiento de aproximación al problema a la hora de hacer frente al cáncer, manifiestan puntajes más altos cuando estiman su calidad de vida respecto de quienes usan estrategias de evitación. Por lo tanto, la hipótesis [H2] se confirma. Estos resultados coinciden parcialmente con los que

se obtuvieron en una investigación realizada por Bueno Ferrán (2015) donde los resultados confirmaron la hipótesis, puesto que el espíritu de lucha predice la calidad de vida relacionada con la salud, aunque no se ha confirmado el efecto modulador de la ansiedad y la depresión. Concretamente en nuestro estudio, predominan las puntuaciones en estilos de afrontamiento de aproximación tanto cognitiva ($M=2.1$; $SD=0,57$) como conductual ($M=2.11$; $SD=0.60$) por sobre las estrategias de evitación y más puntualmente, se observa que los puntajes más altos en calidad de vida son de aquellos adolescentes que tienen mayores valores en las estrategias de aproximación ($M=3,48$, $DS =0,16$), frente a aquellos que tienen valores más bajos ($M=2,9$, $DS= 0,59$).

De la misma forma, aquellos que tienen puntajes más altos en calidad de vida son los que tienen menores valores en las estrategias de evitación ($M=2,36$, $DS= 0,50$) y los que tienen puntajes más bajos en calidad de vida son los que tienen mayores valores ($M=2,86$, $DS=0,47$). Los resultados son estadísticamente significativos.

Por otro lado, el nivel de la calidad de vida del 53,3% de la muestra de adolescentes ($n= 32$) resulta, según la clasificación del instrumento, “Normal”, por sobre un 25% que indica que su calidad de vida es “bastante buena”, corroborando así la hipótesis [H3] planteada en el trabajo.

Según la [H4], ratificada también tras los resultados, los adolescentes informan mayor uso de estrategias relacionadas a la búsqueda de apoyo (aproximación conductual). El uso de estrategias activas, tendientes a la reducción y/o regulación del estrés que la enfermedad produce y el acceso a fuentes de apoyo emocional, van de la mano de conductas resilientes y de mejor

calidad de vida referida, lo cual redundaría en una mejora de la salud física y mental (Limonero et. al., 2012).

De acuerdo a investigaciones realizadas por Cabezas Quiroga y Madrid Castro (2019), el óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, el equilibrio emocional, pensar en positivo y contar con un entorno social estable (tener apoyo de familia y amigos) genera inmediatamente un bienestar en el niño (a) y adolescente si cuenta con estos. En este trabajo, se puede observar mediante los coeficientes de correlación obtenidos que los adolescentes, entre otras estrategias, priorizan la búsqueda de apoyo, las cuales se correlacionan positivamente con las dimensiones de la Calidad de Vida de forma moderada.

En lo que refiere a los datos sociodemográficos, se constata que los participantes de sexo femenino manifiestan experimentar mayor calidad de vida por lo que, en este estudio, el género parecería ser una variable asociada a una mejor manera de experimentar el tránsito por la enfermedad y el uso de los recursos disponibles, entre ellos, el de los vínculos (apoyo social). Por lo tanto, la hipótesis [H5] se confirma. Esto coincide con los resultados de la investigación de Rosado Chávez (2017) en donde los resultados mostraron que los adolescentes con cáncer utilizan mayoritariamente estrategias para enfrentar la resolución del problema, en menor medida las estrategias basadas en relación a otros y aun con menor frecuencia utilizan la capacidad de afrontamiento no productivo. Asimismo, utilizan a menudo estrategias de afrontamiento basadas en la búsqueda de diversiones relajantes y físicas, se apoyan a menudo en la búsqueda de su fe espiritual y en la búsqueda de apoyo social siendo la búsqueda de ayuda profesional empleada con menos frecuencia. En cuanto a sexo, las

mujeres se concentran más en utilizar estrategias de acción social y ejecutan actividades en busca de soluciones y los varones manifiestan estrategias basadas en distracción física, diversiones relajantes y ayuda profesional.

En cuanto a edad, grupo familiar conviviente, tipo de cáncer diagnosticado y tratamiento recibido, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre estas variables sociodemográficas y estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer.

El cáncer, en tanto transformación maligna de una célula, es una enfermedad crónica que puede afectar a cualquier ser humano y presentarse en cualquier etapa de la vida. Se trata, en todo caso, de un ser humano, integral, que transita un proceso de salud - enfermedad. En el caso de un adolescente, en pleno proceso de armado de su proyecto biográfico y llevando a cabo las tareas normativas de su desarrollo, el impacto que tiene el diagnóstico y luego el tratamiento es imponente y demoledor, tanto para el sujeto y como para sus seres cercanos y queridos. La situación resulta desestructurante y convoca a un abordaje que haga honor a sus distintas dimensiones donde no parece suficiente aspirar simplemente a que la vida se prolongue.

La consideración de la calidad de vida (sus aspectos no sólo objetivos, sino también subjetivos) y de las maneras en que se afronta el estresor, se han delineado como prioridad frente a una situación que implica aprender a convivir con ansiedad, miedo, dolor, pérdidas y limitaciones. Se sabe que personas con similares condiciones de salud física, llegan a manifestar o percibir diferente calidad de vida. Como ya se mencionó, el estrés es un constructo mental.

Así como se conoce que el medio donde vivimos juega un rol central respecto a la vulnerabilidad de padecer la enfermedad, también el medio resulta un componente esencial para pensar la salud y la calidad de vida, sobre todo en relación a contar con una red de apoyo emocional donde, en el caso de los adolescentes, destaca la familia como unidad de cuidado y protección y los vínculos cercanos. La reorganización de lo cotidiano representa un desafío para todos los involucrados en este proceso doloroso, enmarcado en una cultura que todavía estigmatiza.

A través de lo analizado en esta investigación sobre adolescentes con cáncer y teniendo presente y corroborado que las estrategias de afrontamiento de aproximación al problema se asocian a mayor calidad de vida, se plantea la necesidad de seguir investigando en esta línea, de la misma forma que apuntalar a todas aquellas personas que acompañan a los jóvenes en este difícil proceso. Capacitar en estrategias de abordaje específico para cuidadores se presentan como ineludible. De igual forma, instruir terapéuticamente a los especialistas en contacto con adolescentes oncológicos sobre la importancia inapelable de los vínculos afectivos y del entrenamiento en habilidades que conduzcan al desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces, conlleva a la necesidad de diseñar intervenciones que consideren la situación vital y familiar de cada caso, sus creencias, los sentidos que otorgan, etc.

En cuanto a las limitaciones encontradas durante la presente investigación, cabe resaltar que la selección de la muestra podría haber sido más numerosa, lo que permitiría una mayor generalización de los resultados, aunque cabe destacar que la búsqueda de personas con ánimos de participar en este tipo

de trabajo, no es sencilla debido al monto de angustia que moviliza la problemática.

De igual manera, se recomendaría realizar un estudio longitudinal, para poder comparar a una misma muestra en el tiempo, y así, observar los cambios que se producen en los pacientes desde que son diagnosticados hasta la finalización de su tratamiento oncológico.

A su vez, se sugiere para futuras investigaciones incluir el estudio de otras variables psicológicas relevantes, lo que podría resultar productivo en relación a los puntos que se presentan en el apartado de relevancia, tanto social, práctica como teórica. Al mismo tiempo, se podría pensar en concentrarse en alguna variable sociodemográfica específica, utilizar un rango de edades más acotado, centrarse en algún tipo de cáncer puntual... entre otras posibilidades. Una línea interesante, aunque muy dura, tanto para los participantes como para los investigadores, sería conocer cómo afrontan el proceso y cómo afecta la calidad de vida el adolescente oncológico terminal y su familia.

Por último, teniendo presente que la calidad de vida resulta un constructo ligado al sentido y al contexto, debemos recordar que los resultados de este trabajo no pueden ser generalizados a otros escenarios culturales. El sentido dado a la vida y a la muerte, tan presente en el tránsito de esta enfermedad, se inscribe en un campo semántico mayor que, como toda trama de significados colectivo, favorece o limita los procesos de afrontamiento y debe ser tenido en cuenta. Vivimos, enfermamos y/o morimos encuadrados por los significados que construimos.

Referencias Bibliográficas

Aaronson, N. K, Van Dam, F. S, Polak, C. E. y Zittoun, R. (1986). Prospects and problems in European psychosocial oncology: a survey of the EORTC Study Group on Quality of Life. *Journal of Psychosocial Oncology*, 4(19), 43-53. https://doi.org/10.1007/978-94-017-0389-5_9

Aaronson, N. K. (1993). Assessment of quality of life and benefits from adjuvant therapies in breast cancer. In *Adjuvant Therapy of Breast Cancer IV*, 127, 201-210. https://doi.org/10.1007/978-3-642-84745-5_28

Aberastury, A. y Knobel, M. (1983). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Ed. Paidós.

Alvarez Guillén, J. (2019). Resiliencia y fases del cáncer en adolescentes con tratamiento oncológico en Lima. [Tesis de grado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)].
<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/626299>

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey-Bass Inc Pub.

Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass Inc Pub.

Arraras, J. I., Martínez, M., Manterota, A., y Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la

EORTC. *Psicooncología*, 1(1), 87-98.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110087A>

Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., Hadler, K y Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and quality of life outcomes*, 10(134), 1-12.

<https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-134>

Baqutayan, S. M. S. (2015). Stress and coping mechanisms: A historical overview.

Mediterranean Journal of Social Sciences, 6(2), 479-479.

<https://www.mcser.org/journal/index.php/mjss/article/view/5927/5699>

Barrios Rodríguez, R. (2014). Factores asociados a la calidad de vida en el cáncer oral.

[Tesis de grado, Universidad de Granada] .

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=57693>

Belloch, A. (1996). Mentas y cuerpos: amores, desamores y renunciadas. En V. Pelechano

(Ed), *Psicología clínica y/o psicología de la salud* (pp. 89-115). EDUEPB.

Bienes, M. M. H. (2001). Calidad de vida en enfermos crónicos [Tesis Doctoral,

Universidad de La Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/9979>

Blanco Abarca, A. (1985). La calidad de vida, supuestos psicosociales. En J.F. Morales

y cols (Ed), *Psicología Social aplicada* (pp. 159-182). DDB.

Bonet, J.L. (2013). *PINE. Psiconeuroinmunoendocrinología. Cuerpo, cerebro y*

emociones. Ediciones B26.

Bowling, A. (1991). Measuring health: a review of quality of life measurement scales.

Open University Press. 49, 115-120. <https://doi.org/10.1023/A:1006926723202>

- Bueno Ferrán, M. (2016). Cuidando a las mujeres con cáncer de mama: el afrontamiento como predictor de la calidad de vida. [tesis doctoral, Universidad de Sevilla].
<https://idus.us.es/handle/11441/39125>
- Byrne, D. (1964). Repression-sensitization as a dimension of personality. En B. A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research* (pp. 169-220). Academic Press.
- Cabanach, R.G., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I. y González, P. (2010). Las creencias motivacionales como factor protector del estrés en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and psychology*. [Archivo PDF] <https://www.redalyc.org/pdf/1293/129313736006.pdf>
- Cabezas Quiroga, J. S. y Madrid Castro, L. P. (2019). Percepción de la calidad de vida en niños y adolescentes con cáncer en Villavicencio Meta. [Tesis de grado, Universidad Cooperativa de Colombia].
<http://hdl.handle.net/20.500.12494/12519>
- Cabrera Macías, Y., López González, E., López Cabrera, E., y Arredondo Aldama, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. [Archivo PDF]. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n2/rf07207.pdf>
- Cabroler, E., y Sandoval, Y. (2020). Autocuidado en adolescentes portadores de cáncer. [Archivo PDF]. <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441818010.pdf>
- Camarero Sánchez C. (1982). Servicios sociales y calidad de vida. La política social en España. *Boletín de estudios y documentación de servicios sociales*, 13(86), 57-71.

- Campdepadrós, M. P. (2015). Variables moduladoras de la calidad en supervivientes pediátricos de tumores en el sistema nervioso central. *Psicooncología*, 12(2), 435-436. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/51833/48017>
- Camps, C., Sánchez, P.T. y Sirera-Pérez, R. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0606130035A>
- Cannon, W. (1932). *The wisdom of the body*. Ed Norton.
- Caplan, G. (1981). Mastery of stress. *American Journal of Psychiatry*, 38(4), 413.
<https://doi.org/10.3389/fphys.2010.00001>
- Cardona A.D, Agudelo G.H.B. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. [Archivo PDF]. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12023108.pdf>
- Cardona-Arias, J. A. y Higuera-Gutiérrez, L. F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. [Archivo PDF].
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n2/spu03214.pdf>
- Carver C.S, Scheier M.F, Weintraub J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D. y Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.375>

Casas, F. (1999). Calidad de vida y calidad humana. *Papeles del psicólogo*, 74(1). 1-10 .

<http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=812>

Castellano, C., Sánchez de Toledo, J., Blasco, T., Gros, L., Capdevila, L. y Pérez-Campdepadrós, M. (2010). Afrontamiento y malestar emocional parental en relación a la calidad de vida del adolescente oncológico en remisión.

Psicooncología, 7(2), 415-431.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010220415A>

Chaffin, M., Wherry, J. N. y Dykman, R. (1997). School age children's coping with sexual abuse: Abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies. *Child Abuse and Neglect*, 21(2), 227-240.

[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(96\)00148-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(96)00148-2)

Chambi Arratia, M. J. (2018). Calidad de vida y afrontamiento de los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria en el hospital III Goyeneche-Arequipa 2017. [Tesis de grado, Universidad Nacional del Altiplano].

<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/7606>

Clarke, A. T. (2006). Coping with interpersonal stress and psychosocial health among children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 11-24. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9001-x>

Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis.

Psychological Bulletin, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E. y Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and

psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939-991.

<https://doi.org/10.1037/bul0000110>

Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1998). Estrategias de afrontamiento ante el posible diagnóstico de neoplasia mamaria. *Ansiedad y estrés*, 4(2), 259-279.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=186710>

Cuevas-Urióstegui, M. L., Villasís-Keever, M. A. y Fajardo-Gutiérrez, A. (2003). The epidemiology of cancer in adolescents. [Archivo PDF].

<https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2003/sals031o.pdf>

Davis, M.H., Morris, M.M. y Kraus, L.A. (1998). Relationship-specific and global perceptions of social support: associations with well-being and attachment. *Journal of personality and social psychology*, 74(2), 468-481.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.2.468>

Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF (2010). *Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía*. [Archivo PDF].

http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.pdf

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.

https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6_2

Dugarte, J. y Oxford, M. (2008) Estrategias de afrontamiento en pacientes seropositivos, calidad de vida y su relación con el estadiaje de esta patología. *Archivos venezolanos de psiquiatría y Neurología*, 54(110), 6-7.

- Duhachek, A. y Oakley, J.L. (2007). Mapping the Hierarchical Structure of Coping: Unifying Empirical and Theoretical Perspectives. *Journal of consumer psychology*, 17(3), 218-233. [https://doi.org/10.1016/S1057-7408\(07\)70030-X](https://doi.org/10.1016/S1057-7408(07)70030-X)
- Erikson, E. (1977). *Identidad, juventud y crisis*. Ed Paidós.
- Estévez Campos, R.M, Oliva Delgado, A y Parra Jiménez, A. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. [Archivo PDF] <https://www.redalyc.org/pdf/805/80524058003.pdf>
- Fayers, P. y Machin, D. (2000). Quality of Life: assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. (Vol.2). <https://www.wiley.com/en-ar/9781118699454>
- Fernández López, J.A. y Hernández Mejía ,R. (1993). Calidad de vida: algo más que una etiqueta de moda. [Archivo PDF]. <http://www.pecvec.es/PDF/Calidad%20de%20Vida,%20algo%20mas%20que%20una%20etiqueta%20de%20moda.pdf>
- Fernández, B., Jorge, V., Llorens, À., Arcos, L., García, R. y Zabalza, A. (2009). Calidad de vida y estado de salud en niños y en adolescentes supervivientes de cáncer. *Psicooncología*, 6(2), 459-468. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220459A/15198>
- Ferriols Lisart, R., Ferriols Lisart, F., Alós Alminana, M. y Magraner Gil, J. (1995). Calidad de vida en oncología clínica. [Archivo PDF]. https://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315_322.PDF

Figueroa, M. I. y Cohen, S (2004). Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes. [Archivo PDF].

<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v22n1/v22n1a03.pdf>

Figueroa, M., Contini, N., Lacunza, A., Levin, M. y Suedan, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/27171>

Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1984). Stress, appraisal, and coping.

https://play.google.com/books/reader?id=i-ySQQUpr8C&hl=es_419&pg=GBS.PR4.w.8.0.3.1

Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1988). Manual for the Ways of Coping Questionnaire.

<https://www.worldcat.org/title/manual-for-the-ways-of-coping-questionnaire/oclc/850612604>

Folkman, S. y Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>

Frankl, V. E. (Ed. y Trad.). (1988). El hombre en busca de sentido.

<http://reader.digitalbooks.pro/book/preview/38511/html73609?1611326061834>

Galán López, C. D. L. (2020). Estrategias de afrontamiento, desesperanza y funcionalidad familiar en pacientes paliativos y su relación con la calidad de vida medida a través de Rotterdam Symptom Checklist asistidos por la Unidad de Atención Médica a Domicilio del Hospital de Especialidades Carlos Andrade

Marín y Unidades Nivel 2 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social residentes en Quito y Sangolquí periodo 2019 [Tesis Doctoral, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20945>

Frydenberg, E. (2014). Coping research: Historical background, links with emotion, and new research directions on adaptive processes. *Australian Journal of Psychology*, 66(2), 82-92. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12051>

Ganellen, R. J. y Blaney P. H. (1984). Stress, externality and depression. *Journal of Personality*, 52(4), 326-337. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1984.tb00355.x>

García, A. A. G. y Gómez-Maqueo, M. E. L. (2016). Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. [Archivo PDF]. <https://cyberleninka.org/article/n/630275.pdf>

García, M. (2015) Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento e impacto en la calidad de vida en mujeres con fibromialgia. [Tesis de Grado, Universidad pontificia comillas, Madrid] <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/2611/retrieve>

Garnefski, N., y Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences*, 40(8), 1659-1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>

Garnefski, N., Kraaij, V., y Spinhoven, P. (2001). Negative life events. Cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)

- Garnefski, N., Kraaij, V. y van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of adolescence*, 28(5), 619-631.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.12.009>
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V. V., Van Den Kommer, T. y Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of adolescence*, 25, 603-611. [http://doi: 10.1016/j.adolescence.2004.12.009](http://doi:10.1016/j.adolescence.2004.12.009)
- Gómez, B. (2009). Psicoterapia y cáncer. En Fernández Álvarez, H. *Integración y salud mental*. [Archivo PDF].
<https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433022653.pdf>
- Gómez, E. (2009). Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS.[Archivo PDF].
<http://revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>
- González Vallejo, J. L. (2017). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos [Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato].
<https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/26005>
- González, M. T. y Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Validación en una muestra Mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(3), 189-198.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.3.2007.4044>
- González, C. M., Calva, E. A., Zambrano, L. M. B., Medina, S. M. y López, J. R. P. (2018). Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una

revisión teórica. *Psicología y Salud*, 28(2), 155-165.

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2551/4446>

Gore, S.M. (1988). Integrating reporting of quality and length of life- A statistician's perspective. *European Heart Journal*, 9, 228-234.

<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.eurheartj.a062488>

Grant, K.E., Compas, B.E., Thurm, A.E., McMahon, S., Gipson, P.Y., Campbell, A.J., Krochock, K. y Westerholm, R.I. (2006). Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 257-283. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.011>

Greenen, M.M., Cardous-Ubbink, M.C., Kremer, L. C., van den Bos, C., van der Pal, H., Heinen, R.C, Jaspers, M., Caro, C., Oldenburger, F., Langeveld., E., Hart A., Bakker., m., Caron., H .van Leeuwen., E. (2007). Medical Assessment of Adverse Health Outcomes in Long-term Survivors of Childhood Cancer. *Journal of the American Medical Association*, 297(24), 2705-2715. <http://doi:10.1001/jama.297.24.2705>

Haber, S. (2000). Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico. [Archivo PDF].

<https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2007/ip072b.pdf>

Halama, P. y Bakosová, K. (2009). Meaning in life as a moderator of the relationship between perceived stress and coping. *Studia psychological*, 51(2), 143-148.

<https://search.proquest.com/openview/34bf748e3465ed36525153b4333157b2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=75942>

- Hamburg, D.A y Adams, J.E. (1967). A perspective on coping behaviour. Seeking and utilizing information in major transitions. *Archives of General Psychiatry*, 17(3) 277-284. <https://doi:10.1001/archpsyc.1967.01730270021005>.
- Hammer, A. L, y Marting, M. S.(1988). Manual for the coping resources inventory. Consulting Psychologists Press. <http://www.worldcat.org/oclc/19736162>
- Hariharan, M. y Rath, R. (2008). *Coping with life stress: The Indian experience*. SAGE Publications India. <http://www.worldcat.org/oclc/1159184919>
- Harris, D. (1990). La justificación del estado de bienestar. Instituto de Estudios Fiscales.
- Hernández Bienes, M. M. (2001). Calidad de vida en enfermos crónicos [tesis de Grado, Universidad de La Laguna]. <http://shorturl.at/jF248>
- Hietanen, P.S. (1996). Measurement and practical aspects of Quality of Life in breast cancer. *Acta Oncol*, 35(1), 39-42. <https://doi.org/10.3109/02841869609098477>
- Holahan, C. J., Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1996). Coping. Stress Resistance and Growth: Conceptualizing Adaptive Functioning. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, Research, Applications*. John Wiley y Son Inc.
- <https://www.wiley.com/enus/Handbook+of+Coping%3A+Theory%2C+Research%2C+Applications-p-9780471599463>
- Huang, I., Wu, A. y Frangakis, C. (2006). ¿Do the SF-36 and WHOQOL-BREF Measure the Same Constructs? Evidence from the Taiwan Population. *Quality of Life Research*, 15(1), 15-24.<https://doi.org/10.1007/s11136-005-8486-9>

Huerta, E. (2014). *Confrontando el cáncer: una guía completa para pacientes y sus familiares*. Celebra.

<https://books.google.com.ar/books?id=CBQ4AwAAQBAJ&lpg=PT2&ots=lqCl7EKgae&dq=ISBN%209780698183629&pg=PP1#v=onepage&q=ISBN%209780698183629&f=false>

Iamin, S.R.S. y Zagonel, I.P.S. (2011). The coping strategies and the adolescent with cancer. [Archivo PDF].

<https://biblat.unam.mx/hevila/Psicologiaargumento/2011/vol29/no67/2.pdf>

Ibáñez, E. (1991). Estilos de vida y enfermedad. Historia y vicisitudes de un concepto. En Ibáñez (Ed) (1991). [Archivo PDF].

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7072327.pdf>

Instituto Nacional de Cáncer (2018). Adolescentes y adultos jóvenes con Cáncer.

<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/adolescentes-adultos-jovenes>.

Jiménez, B. M. y Gómez, C. X. (1996). Evaluación de la calidad de vida. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. [Archivo PDF].

https://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos_uam/calidaddevida.pdf

Kaasa, S. (1995). Using quality of life assessment methods in patients with advanced cancer: a clinical perspective. *European Journal of Cancer*, 31(5), 15-17.

[https://doi.org/10.1016/0959-8049\(95\)00493-3](https://doi.org/10.1016/0959-8049(95)00493-3)

Kaplan, R.M., Sallis, J.F. y Patterson, T.L. (1993). *Health and human behavior*.

Universidad Veracruzana. <http://www.sidalc.net/cgi->

bin/wxis.exe/?IsisScript=SUV.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=014557

Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A. y Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychol Health*, 19(2), 139-55.

<https://doi.org/10.1080/08870440310001652687>

Kvam, A.K. y Waage, A. (2015). Health-related quality of life in patients with multiple myeloma does it matter?. *Haematologica*, 100(6), 704-705.

<https://doi.org/10.3324/haematol.2015.127860>

Larson, R., y Wilson, S. (2004). Adolescence across place and time: Globalization and the changing pathways to adulthood en In R. M. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (p. 299–361). John Wiley y Sons Inc.

<https://doi.org/10.1002/9780471726746.ch10>

Lazarus RS y Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.

[https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=i-ySQQUupr8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Lazarus+RS+y+Folkman+S.+\(1984\).+Stress,+Appraisal,+and+Coping.+Springer.&ots=DgDNkogiQi&sig=VLyZUpK6IO0_SDwM0GKLVzOse6Q](https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=i-ySQQUupr8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Lazarus+RS+y+Folkman+S.+(1984).+Stress,+Appraisal,+and+Coping.+Springer.&ots=DgDNkogiQi&sig=VLyZUpK6IO0_SDwM0GKLVzOse6Q)

Lazarus, R.S. (1974). Psychological Stress and coping in adaptation and illness. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 5(4), 321-33.

<https://doi.org/10.2190/T43T-84P3-QDUR-7RTP>

Lazarus, RS (1993). *Coping theory and research: Past, present and future*. [Archivo PDF]. <http://emotionalcompetency.com/papers/coping%20research.pdf>

Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1–21.

<https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>

Lazarus, RS y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Martínez Roca.

<http://hdl.handle.net/1822.1/138>

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1002/per.2410010304>

Lazarus, R. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. McGraw-Hill.

<https://lib.ugent.be/catalog/rug01:000081331>

Lester, N., Smart, L. y Baum, A. (1994). Measuring coping flexibility. *Psychology and Health*, 9(6), 409-424. <https://doi.org/10.1080/08870449408407468>

Leventhal, H., Leventhal, E. A. y Van Nguyen, T. (1985). Reactions of families to illness: Theoretical models and perspectives. *Health, illness, and families: A life-span perspective*, 108-145.

Lewis, F. M. (1989). Attributions of control, experienced meaning and psychosocial wellbeing in patients with advanced cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7(1), 105-119. https://doi.org/10.1300/J077v07n01_08

Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, M. J. y Ardilla-Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Behavioral*

Psychology/Psicología Conductual, 20(1), 183-196.

<https://psycnet.apa.org/record/2012-09168-011>

Lipowski Z. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes.

Psychiatry in Medicine, 1(3), 91-102. <https://doi.org/10.2190/19Q3-9QL8-XYV1-8XC2>

Lizán, L. (1997). La perspectiva del paciente en la valoración de resultados de la atención sanitaria: medida de la calidad de vida relacionada con la salud. *Atención Primaria*, 1, 191-197.

Llantá, M.C., Grau, J.A. y Bayarre, H.D. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes con cáncer atendidos en servicios de Oncohematología de La Habana. [Archivo PDF].

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciem/hcm-2016/hcm162p.pdf>

López-Muñiz, J. I. C., Martínez-Barbeito, González Barboteo, J. *El duelo complicado*. [Archivo PDF].

<http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo18.pdf>

López, A. M. y Castro A. (2007). *Adolescencia. Límites imprecisos*. [Archivo PDF]

<http://biblioteca.ucn.edu.co/Coleccion/Adolescencia/Adolescencia/Adolescencia.%20L%C3%ADmites%20imprecisos.pdf>

Lugones Botell, M. y Ramírez Bermúdez, M. (2009). Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. [Archivo PDF].

https://www.researchgate.net/publication/262710695_Aspectos_historicos_y_c

[ulturales sobre el cancer de mama/fulltext/5981e31a0f7e9b7b524bcd63/Asp
ectos-historicos-y-culturales-sobre-el-cancer-de-mama.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a07.pdf)

Macías, M. A., Orozco, C. M., Amarís, M. V. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. [Archivo PDF] . <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a07.pdf>

Marks, D., Murray, E., Brian, W., Woodall, C., Sykes, y Catherine, M. (2008). *Psicología de la salud teoría, investigación y práctica*. Manual moderno. <https://books.google.je/books?id=bqcUWgtrpAwC&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=false>

Martínez, E. M., y Quintanilla, G. T. (2017). Estrategias de afrontamiento de adolescentes con cáncer. *Psicomotricidad, Movimiento y Emoción*, 3(1), 23-30. <http://www.cies-revistas.mx/index.php/Psicomotricidad/article/view/66>

Maslow, A (1982) *Población, ambiente y calidad de vida*. Trillas.

McDowell, I. y Newell, C. (1987). *Measuring Health. A guide to rating Scales and Questionnaires*. Oxford University Press. <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195165678.001.0001/acprof-9780195165678>

Mechanic, D.(1978). *Medical Sociology*. Free Press. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/medical-sociology-a-comprehensive-text-2nd-edition-by-david-mechanic-new-york-the-free-press-1978-pp-597-1500/9CFD9544C2125DC150041C44652E3537>

- Mera, P. y Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia psicológica*, 30 (3), 69-78.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300007
- Merluzzi, T.V. y Martínez Sánchez, M.A. (1997). Perceptions of coping behaviours by persons with cancer and health care providers. *Psycho-oncology*, 6, 197-203.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199709\)6:3<197::AID-PON270>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199709)6:3<197::AID-PON270>3.0.CO;2-S)
- Ministerio de Salud, Instituto Nacional del Cáncer, Argentina (2019). Estadísticas-Mortalidad. <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad>
- Moneta, M. E. (2014). Apoyo y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista chilena de pediatría*, 85(3), 265-268. [Archivo PDF].
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v85n3/art01.pdf>
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J. y Law, M. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 7(3), 218-228. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199805/06\)7:3<218::AID-PON308>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199805/06)7:3<218::AID-PON308>3.0.CO;2-D)
- Moorey, S. y Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer. A new approach*. Medical Book. <https://doi.org/10.1192/S0007125000006255>

- Moos, R.H., Schaefer, J.A. (1984). The crisis of physical illness. An overview and conceptual approach. En R.H. Moos (Ed), *Coping with physical illness: New Perspectives*, 3-25. Plenum Press.
- <https://doi.org/10.1177/030802269706000806>
- Morán C, Landero R, González MT. (2010). Cope-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief Cope. [Archivo PDF].
- <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a20.pdf>
- Moreno Fernández, C. (2016). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el paciente oncológico. [Tesis de Grado, Universidad Internacional de Catalunya].
- <http://hdl.handle.net/20.500.12328/892>
- Moreno, A. (2007). *La primera infancia y La adolescencia* . Editorial UOC.
- <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/handle/10609/110987>
- Nazari, B., Bakhshi, S., Kaboudi, M., Dehghan, F., Ziapour, A. y Montazeri, N. (2017). A comparison of quality of life, anxiety and depression in children with cancer and healthy children. [Archivo PDF].
- https://ijp.mums.ac.ir/article_8739_4b58ec1d7cf4d37e6b0439661d474681.pdf
- Neira Vargas, E. E. (2019). *Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes de cuarto y quinto de secundaria de la Institución educativa José María Eguren-Barranco*. Repositorio Institucional UPNBOX.
- <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/22438>
- Mota Gonzalez, C. Calva, E. Bohórquez Zambrano, L., Martinez Medina, S., y Peralta Lopez, J. (2018). Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica. [Archivo PDF].

https://www.researchgate.net/profile/Cecilia_Gonzalez12/publication/32735557

[2 Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cancer de mama una revision teorica/links/5ba2816b45851574f7d687ed/Ansiedad-y-calidad-de-vida-en-mujeres-con-cancer-de-mama-una-revision-teorica.pdf](https://www.researchgate.net/publication/32735557/2/links/5ba2816b45851574f7d687ed/Ansiedad-y-calidad-de-vida-en-mujeres-con-cancer-de-mama-una-revision-teorica.pdf)

Nicolson, D. y Ayers, H. (2001). *Problemas de la adolescencia: guía práctica para el profesorado y la familia*. Narcea Ediciones.

<https://books.google.com.gt/books?id=KPCD8zqYwiAC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Eusebio, J., Stagl, J. M., Gallagher, E. R., Park, R., Jackson, A., Pirl, F., Greer, A, y Temel, J. S. (2016). The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*, 122(13), 2110-2116.

<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cncr.30025>

Nolen-Hoeksema, S. y Davis, C. G. (1999). “Thanks for sharing that”: ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 801-814. <http://doi10.1037//0022-3514.77.4.801>

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. [Archivo PDF].

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.474.1353&rep=rep1&type=pdf>

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., y Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. [Archivo PDF].

<http://happierhuman.wpengine.netdna-cdn.com/wp->

<content/uploads/2014/05/Explaining-the-Gender-Difference-in-Depressive-Symptoms.pdf>

O'Connor, A. P. Whicker, C. A. y Germino, B. (1999). Understanding the cancer patient's search for meaning. 13:167-175. *Cancer Nursing*, (13), 167-175.
<http://doi10.1097/00002820-199006000-00006>

O'Brien, M., Margolin, G. y John, R. S. (1995). Relation among marital conflict, child coping, and child adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 346-361.
https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15374424jccp2403_12?journalCode=hcapi9

Olea Ferreras, J. (2017). Experiencia y afrontamiento en pacientes en tratamiento con quimioterapia desde la psicología positiva .(Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid). <https://is.gd/ktdtBk>.

Organización Mundial de la Salud (2002). Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento Activo: un marco político. [Archivo PDF]
https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

Organización Mundial de la Salud (2016). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Blos, P. (1981). *La transición adolescente*. Amorrortu.
https://www.academia.edu/19745591/Blos_Peter_1979_La_transicion_adolescente

- Oropeza, F (2018). *La relación entre creencias que poseen los pacientes adultos con diagnóstico de cáncer sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento*. [Tesis de Grado, Universidad Católica de Salta]. <https://is.gd/5vtdSY>
- Papalia, D. I. A. N. E., Olds, S. y Feldman, R. (2009). Desarrollo Humano. De la infancia a la adolescencia. [Archivo PDF]. <https://www.mendoza.gov.ar/salud/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Psicologia-del-Desarrollo-PAPALIA-2009.pdf>
- Parker, J. D. A. y Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical overview en In M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (p. 3–23). John Wiley y Sons. [https://books.google.es/books?id=IZWHsi0DwZIC&lpg=PA3&ots=ZN3TeD134q&dq=Parker%2C%20J.%20D.%20A.%2C%20y%20Endler%2C%20N.%20S.%20\(1996\).%20Coping%20and%20defense%3A%20A%20historical%20overview.%20In%20M.%20Zeidner%20y%20N.%20S.%20Endler%20\(Eds.\)%2C%20Handbook%20of%20coping%3A%20Theory%2C%20research%2C%20applications%20\(p.%203%E2%80%9323\).%20John%20Wiley%20y%20Sons.&lr&hl=es&pg=PA3#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?id=IZWHsi0DwZIC&lpg=PA3&ots=ZN3TeD134q&dq=Parker%2C%20J.%20D.%20A.%2C%20y%20Endler%2C%20N.%20S.%20(1996).%20Coping%20and%20defense%3A%20A%20historical%20overview.%20In%20M.%20Zeidner%20y%20N.%20S.%20Endler%20(Eds.)%2C%20Handbook%20of%20coping%3A%20Theory%2C%20research%2C%20applications%20(p.%203%E2%80%9323).%20John%20Wiley%20y%20Sons.&lr&hl=es&pg=PA3#v=onepage&q&f=false)
- Pearlin, L.I. (1999). Stress and mental health: A conceptual overview en A.V. Horowitz y T.L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 161-175). Cambridge University Press.
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. [Archivo PDF]. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7079581.pdf>

Pearlin, L., Schooler, C. (1978): The structures of coping. [Archivo PDF].

https://www.researchgate.net/profile/Carmi_Schooler/publication/22492243_The_Structure_of_Coping/links/00b7d53028cb368429000000/The-Structure-of-Coping.pdf

Peña, D. A. (2017). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en niños, niñas y adolescentes diagnosticados con cáncer. [Tesis de Grado, Universidad Católica de Pereira]. <http://hdl.handle.net/10785/4874>

Pérez, A. B. y Martínez, H. V. (2015). Adolescencia y cáncer. [Archivo PDF]

https://www.researchgate.net/profile/Ascension_Bellver_Perez/publication/278038126_Adolescencia_y_cancer/links/557b544108aec87640d9b7c4/Adolescencia-y-cancer.pdf

Petersen AC, Kennedy RE y Sullivan P (1991). Coping with adolescence. In Colten ME, Gore S, editors. *Adolescent stress: Causes and consequences*. Hawthorne.

Polaino, A. (1987). *Educación para la salud*. Herder.

<https://www.abebooks.com/9788425416071/Educaci%C3%B3n-salud-Polaino-Lorente-Aquilino-8425416078/plp>

Piédrola, G. (1991). *Medicina preventiva y salud pública*. Masson Salvat.

Puente, J., López-Tarruella, S., Ruiz, A., Lluch, A., Pastor, M., Alba, E., Ramos, M., Cirera, y Llobart, A., Plazaola, Arrate., Fernandez- Aramburo, A., Sastre, J., Diaz- Rubio, E, y Martin, M. (2010). Practical prognostic index for patients with metastatic recurrent breast cancer: retrospective analysis of 2,322 patients from the GEICAM Spanish. [Archivo PDF]. <http://doi.10.1007/s10549-009-0687-4>

- Puerto, H. y Carrillo, G. (2015). Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. [Archivo PDF].
<https://www.redalyc.org/pdf/3438/343839278004.pdf>
- Puello, E. C., Espitia, K. K. H. y Orozco, S. C. G. (2020). Sentimientos y cambios en niños y adolescentes con cáncer en Montería (2019). *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(2), 33-43.
<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1756>
- Raimondo, M. D. L. Á. P. (2009). *Adolescencia y psicoterapia: análisis de significados a través de grupos de discusión*, 234. Universidad de Salamanca.
<http://doi10.14201/gredos.22569>
- Robles-Espinoza AI, Rubio-Jurado B, De la Rosa-Galván EV. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. [Archivo PDF]. <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
- Rodas Mosquera, M. L. (2016). Estilos de Afrontamiento y Calidad de vida en pacientes oncológicos. Atendidos en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca-Ecuador 2016 [Bachelor's thesis, Universidad del Azuay].
<http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/6354>
- Rodríguez-Marín J. (2001). *Psicología Social de la Salud*. [Archivo PDF].
<https://www.sintesis.com/data/indices/9788497565998.pdf>
- Rodríguez-Quintana, R., Hernando-Trancho, F., Cruzado, J. A., Olivares, M. E., Jamal, I. y Laserna, P. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar.

Psicooncología, 9(1), 95-112.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/39140/37745>

Rodríguez, R. B. (2014). Factores asociados a la calidad de vida en el cáncer oral.

[Tesis Doctoral, Universidad de Granada]

<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/39512/24586900.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rosado Chávez, S. G. (2017). Estrategias de afrontamiento en adolescentes con cáncer.

[Tesis Doctoral, Universidad Nacional de San Agustín Arequipa].

<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4629>.

Rosillo López Barrajaón, M. A. (2019). *Adolescencia y soledad*.

Roussillon, R. (2010). Précarité et vulnérabilité identitaires à l'adolescence.

Adolescence, 2(72), 241-252.

<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/31382/TFG-%20Rosillo%20Lopez-Barrajaon%20C%20Matilde.pdf?sequence=1&isAllowed=>

Rowland JH. (1989) Intrapersonal Resources: Coping. En: Holland JC. *Handbook of Psycho-Oncology*. Oxford University Press.

Saavedra, E. (2005). Resiliencia: La historia de Ana y Luis. *Liberabit*, 11(11), 91-

101. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100011

Sampieri, H., Collado, F., Lucio, B. y Pérez, C. (1998). *Metodología de la investigación*. [Archivo PDF].

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/liberabit/v11n11/v11n11a11.pdf>

Salaverry, O. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 30(1),137-141.
[Archivo PDF]. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n1/a26v30n1.pdf>

Schalock, R.(1996). *Its conceptualization, measurement and us. Quality of life.*
American Association on Mental Retardation.
<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2008.02.001>

Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología.
[Archivo PDF].
https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pastor4/publication/261912132_Soriano_J_2002_Reflexiones_sobre_el_concepto_de_afrontamiento_en_psicooncologia_Boletin_de_Psicologia_75_73-85/links/02e7e535e6c0b1837c000000/Soriano-J-2002-Reflexiones-sobre-el-concepto-de-afrontamiento-en-psicooncologia-Boletin-de-Psicologia-75-73-85.pdf

Suárez, C. (2015). Representaciones De La Enfermedad En Niños y Adolescentes Con Leucemias Y Con Otro Tipo De Cáncer [Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca]. <https://is.gd/frUErm>

Schwartzmann, I. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development and Death.*
Freeman.

- Selye, H. (1983). The stress concept: Past, present, and future. *Stress research*, 1-20.
- Seyle, H. (1956). *The stress of live*. McGraw-Hill. <http://repositorio.cenpat-conicet.gob.ar:8081/bitstream/handle/123456789/415/theStressOfLife.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Singer JE. (1984). Some issues in the study of coping. *Cancer*, 53, 2303-13.
<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1002/cncr.1984.53.s10.2303>
- Skinner, E., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
https://pdfs.semanticscholar.org/c680/3e8f45e674f5fe543f1f00c082c7d1a16a7f.pdf?_ga=2.177879526.2131352059.1611228787-694713630.1611228787
- Solidoro Santisteban, A. (2006). Cáncer en el siglo XXI. *Acta Médica Peruana*, 23(2), 112-118. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000200011&script=sci_abstract
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. [Archivo PDF].
https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pastor4/publication/261912132_Soriano_J_2002_Reflexiones_sobre_el_concepto_de_afrontamiento_en_psicooncologia_Boletin_de_Psicologia_75_73-85/links/02e7e535e6c0b1837c000000/Soriano-J-2002-Reflexiones-sobre-el-concepto-de-afrontamiento-en-psicooncologia-Boletin-de-Psicologia-75-73-85.pdf

Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B. y Sworowski, L. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. [Archivo PDF].

<https://www.apa.org/pubs/journals/releases/ccp685875.pdf>

Stone AA y Porter LS. (1995). Psychological Coping: Its Importance for Treating Medical Problems. *Mid/Body Medicine*, 1(1), 46-54.

Stone, AA y Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: development and preliminary results. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 892.

Taylor, S. (1991). *Seamos optimistas. Ilusiones positivas*. Martínez Roca.

<https://www.iberlibro.com/9788427015456/Seamos-optimistas-Taylor-8427015453/plp>

Testa, M. A., y Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334(13), 835–840.

<http://doi:10.1056/NEJM199603283341306>

Torrecilla, M., Casari, L. y Rivas, J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. *PSIENCIA*. [Archivo PDF].

<http://doi:10.5872/psiencia/8.3.21>

Trotti, A., Colevas, D., Setzer., Rusch, V., Jaques, D., Budack, V. (2003). CTCAE v3.0: Development of a Comprehensive Grading System for the Adverse Effects of Cancer Treatment. *Seminars in Radiation Oncology* 13(3): 176-181.

Urzúa M, Alfonso, Caqueo-Urizar y Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30 (1), 61-71.

- Valeta, M. O., Padilla, L. E. M., Romero, J. A. B., Moreno, E. B. y Velásquez, S. D. (2018). Abrazando mi historia de vida: la experiencia de vivir con cáncer siendo adolescente. *Revista avances en salud*, 12-20.
<https://doi.org/10.21897/25394622.1453>
- Vassallo, J. A. y Barrios, E. (2003). Actualización ponderada de los factores de riesgo del Cáncer. *Montevideo: Comisión honoraria de lucha contra el Cáncer*, 135-136.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M. y Moreno, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. [Archivo PDF]. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401610.pdf>
- Watson, M. Greer, S. (1998). Personality and Coping. En J. Holland (Ed.): *Psychooncology*. Oxford University Press.
- Weisenberg, M., Schwarzwald, J., Waysman, M., Solomon, Z. y Klingman, A. (1993). Coping of school-age children in the sealed room during scud missile bombardment and postwar stress reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 462-467. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.462>
- Weissmann, P. (2013). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1-88.
- Wheaton, B. (1999). The nature of stressors en A.V. Horowitz y T.L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 176-197). Cambridge University Press.
- White, R. (1974): Strategias of adaptation: An attempt at systematic description en G.Coelho, D. Hamburg y J. Adams (Eds.) *Coping and adaptation*. Basic Books.

Weisman,A.-Worden, J.(1977): *Coping and vulnerability in cancer patients: a research report*. Shea Nros.

Wolff, H.G. (1950). Life stress and bodily disease: A formulation en H.G. Wolff, S.G. Wolf y C.C. Hare (Eds.), *Life stress and bodily disease*. Hafner.

Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A.y Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4, 275-303. <http://doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091358>

Anexos



Universidad Abierta Interamericana

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

Protocolo N°.....

Mi nombre es Alejandra Colombre y soy estudiante de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana.

Estoy realizando una investigación para mi tesis de licenciatura. El tema de la misma es “La relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en adolescentes con cáncer”. Los resultados obtenidos servirán para planificar intervenciones que ayuden a otros jóvenes en la misma situación.

La investigación consta de un cuestionario con preguntas sociodemográficas y preguntas sobre cómo se siente y cómo afronta la situación de enfermedad un adolescente de 13 a 21 años.

Sólo le demandará 10-15 minutos de su tiempo. No hay respuestas correctas o incorrectas.

¡Muchas gracias por tu participación!



Consentimiento Informado

La participación de los adolescentes es anónima y voluntaria. En el caso de ser menores de 18 años, es necesario que los padres autoricen la participación de sus hijos.

Esta actividad no comprometerá en manera alguna su salud, ni atentará contra sus derechos, y respetará en todo momento todas las normas nacionales e internacionales vigentes sobre el trabajo con niños, niñas y adolescentes en contextos de investigación, incluyendo la Ley Nacional de Protección Integral de la Infancia Nro. 26.061 y la Convención de los Derechos del Niño

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Edad

13

14

15

16

17

18

19

20

21

Sexo: 1. Femenino

2. Masculino

¿Con quien convive? _____

¿Cuál es su diagnóstico? _____

¿Hace cuanto fue diagnosticado? _____

¿Tipo de tratamiento que recibe? _____

ESCALA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Aquí encontrarás preguntas referidas a cómo actúas frente a tu situación actual de enfermedad. Lee cuidadosamente cada pregunta y contestá con qué frecuencia actuaste como se indica en cada caso.

No hay respuestas correctas o incorrectas, sé sincero/a al contestar.

	Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	Pocas Veces
1.¿Te dijiste cosas a vos mismo/a para darte ánimo?				
2.¿Hablaste con alguno de tus padres o familiares sobre eso?				
3.¿Te dijiste a vos mismo/a que las cosas podrían estar peor?				
4.¿Hablaste con algún amigo/a sobre el problema?				
5.¿Trataste de hacer nuevos amigos durante ese período?				
6.¿Hablaste con algún adulto, como un profesor, entrenador, médico, terapeuta o sacerdote?				
7.¿Soñabas despierto/ a o tratabas de imaginar que las cosas estaban mejor de lo que realmente estaban?				
8.¿Pensabas en que iba a ser el destino el que decidiera cómo saldrían las cosas?				
9.¿Empezaste a leer para entretenerte?				
10.¿Pensabas acerca de cómo podrían llegar a salir las cosas?				
11.¿Pensabas mucho acerca de que estabas mejor que otras personas con el mismo problema?				
12.¿Buscaste la ayuda de otros chicos o grupos con el mismo tipo de problemas?				
13.¿Dejaste para más adelante el pensar sobre la situación, aunque sabías que tarde o temprano lo ibas a tener que hacer?				

14.¿Trataste de convencerte a vos mismo/a de que las cosas mejorarían?				
15.¿Le pediste a un amigo/a o pareja que te ayudará a solucionar el problema?				
16.¿Pensaste acerca de las nuevas dificultades que se te podían presentar?				
17.¿Pensaste en qué forma esta situación podría cambiar tu vida para mejor?				
18.¿Le pediste a alguien que comprendiera tu problema?				
19.¿Trataste de negar cuán serio era el problema realmente?				
20.¿Perdiste la esperanza de que las cosas volvieran a ser como antes?				
21.¿Encontraste nuevas formas de disfrutar la vida?				
22.¿Escuchaste música como forma de ayudarte a enfrentar el problema?				

ESCALA CALIDAD DE VIDA

Aquí encontrarás preguntas referidas a cómo te encuentras frente a tu situación actual de enfermedad. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, esta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

	Muy buena	Bastante Buena	Normal	Regular	Muy Mala
1-¿Cómo calificaría su calidad de vida?					
	Muy satisfecho/a	Bastante satisfecho/a	Lo normal	Un poco insatisfecho/a	Muy insatisfecho/a
2-¿Cuán satisfecho/a está con su salud?					
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente.
3-¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4- ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5-¿Cuánto disfruta de la vida?					
6-¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					
7-¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8-¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					

9-¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?					
	Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Totalmente
10-¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?					
11-¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12-¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13-¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?					
14-¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?					
15-¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					
16-¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?					
17-¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18-¿Cuán de satisfecho/a está con su capacidad de estudio?					
19-¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?					
20-¿Cuán de satisfecho/a está con sus relaciones personales?					
21- ¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?					

22- ¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?					
23-¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?					
24-¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25-¿Cuán satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?					
26-¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?					