

Universidad de Palermo
Doctorado en Psicología

Tesis Doctoral

Funcionamiento Psicológico Positivo, Regulación Emocional
y Estrategias de Afrontamiento como predictores de la
Adaptación a la enfermedad en
adolescentes uruguayos en
tratamiento por cáncer.

Doctoranda
Lic. Mayda Portela
Directora
Dra. Micaela Reich

Buenos Aires, octubre 18 de 2019.

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad crónica que representa un fuerte impacto para el paciente y su entorno, una realidad diferente que hará poner en juego los recursos y estrategias de la persona. A pesar de las altas tasas de incidencia de cáncer a nivel global, los avances científicos y los diagnósticos tempranos permiten aumentar la expectativa de vida de los pacientes. Esto tiene implicancias tanto clínicas como para la investigación, posibilita y hace necesaria la inversión de esfuerzos a fin de mejorar la respuesta de las personas a los tratamientos por cáncer.

Este estudio se propuso lograr una descripción sociodemográfica de adolescentes en tratamiento por cáncer y analizar si existe relación entre las variables: funcionamiento psicológico positivo, regulación emocional y estrategias de afrontamiento; así como conocer qué variable es la mejor predictora de la Adaptación a la enfermedad. Inicialmente se validaron los instrumentos ($N= 183$) para luego estudiar las hipótesis planteadas en población clínica ($N= 33$).

Los resultados evidenciaron una correlación alta y significativa en resiliencia y optimismo en relación a la aceptación estoica, y una correlación inversa entre autoestima, autonomía, resiliencia y optimismo en relación a la indefensión. Las estrategias de afrontamiento y la adaptación mostraron estar correlacionadas en: reinterpretación positiva y espíritu de lucha, religión y aceptación estoica, negación e indefensión. Regulación Emocional y Adaptación arrojaron una alta correlación entre preocupación ansiosa y reestructuración cognitiva. Se presentaron diferencias en regulación emocional donde las mujeres presentan mayores niveles de supresión emocional, mientras que en EA los varones presentaron mayores niveles que mujeres en la dimensión religión y en desvinculación comportamental. Se pudo observar que, si bien las tres variables predicen la Adaptación, el mejor predictor es el FPP (β .47) seguido de la regulación emocional (β .39) y las estrategias de afrontamiento (β .35). El valor de t indicó un buen índice de relevancia. La tesis concluye con algunas áreas en las que puede ser relevante tener en cuenta estos resultados, así como elementos a profundizar en futuras investigaciones.

Palabras claves: *adolescentes en tratamiento por cáncer; adaptación a la enfermedad; funcionamiento psicológico positivo; regulación emocional; estrategias de afrontamiento; propiedades psicométricas.*

ABSTRACT

Cancer is a chronic disease that represents a strong impact for the patient and his environment, a different reality that will put the person's resources and strategies at stake. Despite the high incidence rates of cancer globally, scientific advances and early diagnoses allow patients to increase their life expectancy. This has both clinical and research implications, makes possible and makes necessary the investment of efforts in order to improve people's response to cancer treatments.

This study was proposed to achieve a sociodemographic description of adolescents in cancer treatment and analyze whether there is a relationship between the variables: positive psychological functioning, emotional regulation and coping strategies; as well as knowing which variable the best predictor of Adaptation to the disease is. Initially the instruments were validated (N = 183) and then studied the hypotheses raised in the clinical population (N = 33).

The results showed a high and significant correlation in resilience and optimism in relation to stoic acceptance, and an inverse correlation between self-esteem, autonomy, resilience and optimism in relation to defenselessness. Coping and adaptation strategies were correlated in: positive reinterpretation and fighting spirit, religion and stoic acceptance, denial and defenselessness). Emotional Regulation and Adaptation showed a high correlation between anxious concern and cognitive restructuring.

On the other hand, in relation to sociodemographic data, there were differences in emotional regulation where women presented higher levels of emotional suppression, while in EA men presented higher levels than women in the religious dimension and in behavioral separation.

Finally, it was observed that although the three variables predict Adap, the best predictor is FPP ($\beta.47$) followed by emotional regulation ($\beta.39$) and coping strategies ($\beta.35$). The value of t indicated a good index of relevance. The thesis concludes with some areas in which it may be relevant to take into account these results, as well as elements to deepen in future research.

Keywords: *adolescents undergoing cancer treatment; adaptation to the disease; positive psychological functioning; emotional regulation; coping strategies; psychometric properties.*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi familia: a mi esposo Gustavo y mis hijas Evelyn y Cynthia; sin el apoyo de ellos, este proceso no hubiera sido posible, supieron comprender la dedicación de tiempo y hasta incentivar, siendo un apoyo invaluable. Por el estímulo que me brindaron cuando las fuerzas bajaban, lo cual permitió que perpetuara y perseverara en el proceso. ¡A ellos un inmenso gracias!

A mi hermano, que siempre fue un sostén en mi vida, un compañero de ruta, un modelo de lucha y entereza; me enseñó que hay que luchar por lo que uno quiere y que ni vencido hay que darse por vencido. Desde donde este, sigue conmigo siempre. A mi mamá, por la vida y las enseñanzas transmitidas.

A Micaela, mi directora, otras palabras de agradecimiento por sostenerme, guiarme y motivarme en todo momento; permaneciendo a mi lado con la calidez que la caracteriza, con la palabra justa en el momento justo, con la guía que necesité en las diferentes etapas.

A los estudiantes que colaboraron desinteresadamente en la investigación, dedicando tiempo a la recolección de datos y responsabilidad en el proceso. Por el compromiso que asumieron en este proyecto en el cual se comprometieron cabalmente, cuidando en todo momento la ética como guía del proceso. Ellas son: Mariana, Federica, Camila, Carolina y Adriana.

A todos y cada uno de los integrantes de la muestra, que luchan día a día por mantener el espíritu sano cuando la enfermedad los sorprende y han ofrecido su tiempo y vivencia como un aporte a la investigación. A esos “valientes” (como se los llama en la Fundación) que aportaron su sentir, desinteresadamente, para colaborar con la ciencia y con otros que les toque vivir estos tratamientos, siempre con entusiasmo y buena disposición.

A la Fundación Pérez Scremini, a su director Dr. Ney Castillo y su Equipo Técnico Dra. María Ferrando, A.S. Helena Orlando, Psic. Andrés Batalla y las secretarías del centro

Cristina y Nadia que colaboraron activamente en la investigación y que confiaron en mí y en el Proyecto.

Al Dr. Ney Castillos, un agradecimiento especial por la ayuda profesional y personal, que en algún momento supo brindar y su actitud de colaborar siempre con su sabiduría, pero sobre todo con su calidez humana, actitud propia de los grandes.

A la que fue Decana de Facultad de Psicología de la Universidad Católica Dra. María Luisa Blanco que valoró, reconoció y apoyó este proyecto desde sus comienzos.

A la directora del Departamento de Clínica y de la Salud, Dra. Cecilia Cracco por la confianza que ha depositado en mí; por el apoyo y la generosidad de conocimiento y materiales propio de su persona: abierta, promotora, cálida y compañera.

A Daniel Costa, por su paciencia y asesoramiento en etapa de análisis de datos, con su particular disposición. A mis compañeras del Departamento de Clínica y de la Salud de la Universidad Católica.

INDICE

RESUMEN	1
AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE	5
LISTA DE TABLAS	8
LISTA DE FIGURAS	10
PARTE I: SECCIÓN TEÓRICA	11
CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL	12
1.1. Contextualización del estudio. Adolescencia	12
1.2. Conceptos generales y prevalencia del cáncer adolescente	13
1.3. Introducción a los aspectos psicológicos en adolescentes con cáncer	20
CAPÍTULO 2: PRESENTACION DE LAS VARIABLES	25
2.1.1. El funcionamiento Psicológico Positivo	25
2.1.2. La importancia de evaluar el FPP en el área de la salud	27
2.2.1. La Regulación Emocional	34
2.2.2. La regulación emocional en adolescentes en tratamiento por cáncer	38
2.3.1. Las Estrategias de Afrontamiento	42
2.3.2. La importancia de las Estrategias de Afrontamiento en adolescentes en tratamiento por cáncer	45
2.4.1. La Adaptación al cáncer	50
2.4.2. La importancia de la Adaptación a la enfermedad en el área de la salud	56
CAPÍTULO 3: ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	59
3.1. Estrategias de búsqueda	59
3.2. Resultados	60
3.2.1. Sobre FPP y bienestar	65
3.2.2. Sobre Regulación Emocional	67
3.2.3. Sobre Estrategias de Afrontamiento	68
3.2.4. Sobre Adaptación a la enfermedad	72

PARTE II: SECCIÓN EMPIRICA	75
CAPÍTULO 4: PRESENTACION DEL ESTUDIO	76
4.1. Objetivos	76
4.2. Preguntas de investigación	77
4.3. Hipótesis	77
4.4. Diseño del estudio	78
CAPÍTULO 5: INSTRUMENTOS	79
5.1. Antecedentes de las propiedades psicométricas de las escalas	79
5.1.1. Propiedades psicométricas de escala FPP	79
5.1.2. Propiedades psicométricas de escala ERQ-CA	81
5.1.3. Propiedades psicométricas de escala Brief-Cope	83
5.1.4. Propiedades psicométricas de escala Mini-Mac	88
5.2. Análisis psicométrico de las escalas. Validación	90
5.2.1. Adaptación lingüística	90
5.2.2. Estudio de dimensionalidad	94
5.2.2.1. Características de la muestra	94
5.2.2.2. Análisis psicométrico de FPP.....	96
5.2.2.3. Análisis psicométrico de ERQ-CA.....	106
5.2.2.4. Análisis psicométrico de Brief-Cope.....	111
5.2.2.5. Análisis psicométrico de Mini-Mac.....	117
CAPÍTULO 6: RESULTADOS DE INVESTIGACION	119
6.1. Características sociodemográficas de la muestra	119
6.2. Análisis descriptivo de las variables de estudio	123
6.3. Relación de las variables con indicadores sociodemográficos procedencia y creencia religiosa	128
6.4. Relación entre las variables de estudio	131
6.5. Análisis del cumplimiento de los supuestos del modelo de regresión lineal	137
6.6. Regresión lineal múltiple	141
6.7. Regresión lineal por pasos sucesivos	144

CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES	148
7.1. Conclusiones sobre el problema de investigación	150
7.2. Conclusiones sobre las hipótesis planteadas. Resumen de los principales resultados	151
7.3. Implicaciones del presente estudio	164
7.3.1. Para la investigación básica	164
7.3.2. Para la práctica clínica	165
7.3.3. Para las políticas y gestión del sistema sanitario	166
7.4. Limitaciones	167
7.5. Investigaciones futuras	168
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	169
ANEXOS	189
Anexo 1: Encabezado versión web y protocolos	190
Anexo 2: Autorización de los autores para la utilización de los instrumentos	204

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1.1. La incidencia del cáncer sistematizada en tres grupos de edades</i>	18
<i>Tabla 1.2. Tipos de tumores</i>	18
<i>Tabla 1.3. Variables del cáncer adolescente</i>	23
<i>Tabla 2.1. Dimensiones del Funcionamiento Psicológico Positivo</i>	31
<i>Tabla 2.2. Componentes de la Regulación Emocional</i>	35
<i>Tabla 2.3. Desarrollos teóricos de las Estrategias de Regulación Emocional</i>	40
<i>Tabla 2.4. Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes</i>	48
<i>Tabla 2.5. Tipos de ajuste a la enfermedad</i>	54
<i>Tabla 3.1. Criterios para la búsqueda documental</i>	60
<i>Tabla 3.2. Resumen de los estudios antecedentes</i>	62
<i>Tabla 5.1. Correlaciones de las dimensiones de la escala de FPP</i> <i>reportada por los autores</i>	79
<i>Tabla 5.2. Configuración del Brief COPE según los autores del instrumento</i>	85
<i>Tabla 5.3. Participantes adaptación lingüística de los instrumentos.</i> <i>Distribución Etaria</i>	91
<i>Tabla 5.4. Participantes re-aplicación. Adaptación lingüística de los</i> <i>instrumentos. Distribución etaria</i>	93
<i>Tabla 5.5. Asimetría y Curtosis de escala de Funcionamiento Psicológico</i> <i>Positivo</i>	97
<i>Tabla 5.6. Estructura factorial de escala FPP</i>	99
<i>Tabla 5.7. Estadístico de elemento escala FPP</i>	101
<i>Tabla 5.8. Carga factorial de escala FPP</i>	103
<i>Tabla 5.9. Matriz de correlaciones entre factores escala FPP</i>	103
<i>Tabla 5.10. Medias, desvíos asimetría y curtosis de la escala ERQ-CA</i>	107
<i>Tabla 5.11. Estructura factorial de la escala ERQ-CA</i>	108
<i>Tabla 5.12. Matriz de correlaciones entre los factores de la escala ERQ-CA</i>	109
<i>Tabla 5.13. Asimetría y Curtosis de la escala Brief-Cope</i>	111
<i>Tabla 5.14. Relación ítem-factor de la escala Brief-Cope</i>	113
<i>Tabla 5.15. Análisis de carga factorial escala Brief-Cope</i>	114
<i>Tabla 5.16. Matriz de correlaciones entre los factores Brief-Cope</i>	115
<i>Tabla 6.1. Actividad laboral de los padres participantes de la muestra</i>	120

<i>Tabla 6.2. Pacientes sometidos a tratamientos de quimioterapia y Radioterapia. Frecuencias y ciclos</i>	121
<i>Tabla 6.3. Prueba de normalidad de FPP</i>	123
<i>Tabla 6.4. Prueba de normalidad de RE</i>	124
<i>Tabla 6.5. Prueba de normalidad de EA</i>	124
<i>Tabla 6.6. Prueba de normalidad de Adap</i>	125
<i>Tabla 6.7. Datos comparativos de FPP según sexo</i>	126
<i>Tabla 6.8. Datos comparativos de RE según sexo</i>	127
<i>Tabla 6.9. Datos comparativos de EA según sexo</i>	127
<i>Tabla 6.10. Comparativa de variables de Adap según sexo</i>	128
<i>Tabla 6.11. Descriptivos de la variable FPP según muestra clínica y general</i>	128
<i>Tabla 6.12. Prueba de medias para muestras emparejadas FPP</i>	129
<i>Tabla 6.13. Prueba de Levene de las variables</i>	129
<i>Tabla 6.14. Comparativa de las variables según procedencia</i>	130
<i>Tabla 6.15. Comparativa de las variables según creencia religiosa</i>	130
<i>Tabla 6.16. Correlación entre RE y Adap</i>	131
<i>Tabla 6.17. Anova de RE y Adap</i>	132
<i>Tabla 6.18. Correlación entre EA y Adap</i>	133
<i>Tabla 6.19. Anova de EA y Adap</i>	134
<i>Tabla 6.20. Correlación entre FPP y Adap</i>	135
<i>Tabla 6.21. Anova de FPP y Adap</i>	136
<i>Tabla 6.22. Correlación entre las variables de estudio</i>	136
<i>Tabla 6.23. Anova y prueba de homocedasticidad</i>	139
<i>Tabla 6.24. Prueba del supuesto de independencia</i>	140
<i>Tabla 6.25. Prueba del supuesto de colinealidad</i>	140
<i>Tabla 6.26. Regresión lineal múltiple</i>	141
<i>Tabla 6.27. Nivel de significancia del modelo de regresión</i>	141
<i>Tabla 6.28. Coeficiente de correlación entre las variables</i>	142
<i>Tabla 6.29. Resumen del modelo de regresión por pasos</i>	144
<i>Tabla 6.30. Coeficientes de regresión</i>	145
<i>Tabla 6.31. Variables excluidas</i>	145
<i>Tabla 6.32. Diagnóstico de colinealidad</i>	146
<i>Tabla 7.1. Resultados sociodemográficos destacados</i>	155
<i>Tabla 7.2. Resumen de los principales resultados de la Tesis Doctoral</i>	163

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 5.1. Histograma de variable FPP</i>	98
<i>Figura 5.2. Gráfico de sedimentación de escala FPP.....</i>	100
<i>Figura 5.3. Diagrama de AFC modelo y cargas factoriales escala FPP</i>	105
<i>Figura 5.4. Histograma de variable Regulación Emocional.....</i>	107
<i>Figura 5.5. Gráfico de sedimentación de escala ERQ-CA.....</i>	108
<i>Figura 5.6. Análisis Factorial Confirmatorio. Modelo de medición y Cargas factoriales de la escala de afrontamiento ERQ-CA.....</i>	110
<i>Figura 5.7. Gráfico de sedimentación de la escala Brief-Cope.....</i>	112
<i>Figura 5.8. Diagrama AFC modelo y cargas escala Brief-Cope.....</i>	116
<i>Figura 5.9. Gráfico sedimentación escala Mini-Mac</i>	118
<i>Figura 6.1. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico</i>	120
<i>Figura 6.2. Antecedentes familiares de cáncer.....</i>	121
<i>Figura 6.3. Composición de los antecedentes familiares de cáncer.....</i>	122
<i>Figura 6.4. Histograma prueba de normalidad de FPP.....</i>	123
<i>Figura 6.5. Histograma de prueba de normalidad de RE</i>	124
<i>Figura 6.6. Histograma prueba de normalidad de EA.....</i>	125
<i>Figura 6.7. Histograma prueba de normalidad de Adap.....</i>	126
<i>Figura 6.8. Gráfico dispersión parcial de variables FPP,RE y EA.....</i>	137
<i>Figura 6.9. Supuesto de normalidad de residuos estandarizados</i>	138
<i>Figura 6.10. Gráfico de probabilidad normal P-P.....</i>	138
<i>Figura 6.11 Gráfico dispersión P-P.....</i>	139
<i>Figura 6.12. Modelo de regresión de las variables de estudio</i>	143
<i>Figura 6.13. Importancia del predictor</i>	143
<i>Figura 6.14. Importancia del predictor regresión lineal por pasos sucesivos.....</i>	146
<i>Figura 6.15. Resumen del modelo de regresión por pasos sucesivos</i>	147

Sección Teórica

CAPÍTULO 1.

Marco Conceptual

1.1. Contextualización del estudio. Adolescencia

La adolescencia es aquella etapa del ciclo vital caracterizada por procesos de maduración biológica y desarrollo psicológico, cognitivo y social que permiten el paso desde la niñez hacia la adultez (Gaete, 2015). Si bien no existe consenso sobre el inicio y fin de esta etapa, la Organización Mundial de la Salud (2017b) establece que comienza alrededor de los 10 años y termina hacia los 19 años. En general, se considera que inicia con el comienzo de la pubertad y finaliza con el logro de un rol independiente y estable en la sociedad (Steinberg & Morris, 2001), lo cual suele conllevar un inicio más temprano en las mujeres, dado que en ellas la pubertad puede comenzar antes que en los hombres (Gaete, 2015).

Una de las principales funciones de esta etapa es la búsqueda de la identidad, según fue planteado por Erikson (Berger, 2007) lo que significa poder formar una definición coherente y estable del “yo” que implique roles, actitudes, aspiraciones y creencias propias y únicas. Otra función del desarrollo en la adolescencia es la consecución de una mayor autonomía e independencia, que implica aspectos tales como ser parte activa en la toma de decisiones y adquirir una mayor responsabilidad (Gaete, 2015). Vinculado a esto, se encuentra la cada vez mayor importancia que adquieren los grupos de pares, actuando como referentes para los adolescentes en la medida en que satisfacen necesidades psicológicas e interpersonales (Gaete, 2015) y facilitan la transición desde los modos de ser y actuar infantiles hacia la independencia de la vida adulta (Berger, 2007).

Esta pertenencia a los grupos de pares es lo que posibilita cierta independencia de los padres, otorgando la seguridad y contención necesaria para continuar en el proceso de autonomía y crecimiento.

Finalmente, son de destacar los cambios que acaecen durante esta etapa en los procesos de pensamiento. De acuerdo con Piaget, en la adolescencia se alcanza la cuarta etapa del desarrollo cognitivo, llamada “pensamiento operacional formal” y caracterizada por la capacidad de pensar de forma abstracta, así como hipotético-deductiva (Berger, 2007); esto permite a los adolescentes lograr una mejor resolución de problemas en la medida en que son capaces de analizar todas las posibilidades de forma lógica y sistemática (Gaete, 2015).

1.2. Conceptos generales y prevalencia del cáncer adolescente

El concepto del cáncer comprende un amplio conjunto de enfermedades que se caracterizan por una alteración en el comportamiento celular, que ocasionan una alteración en el ADN de la célula y provoca el desarrollo y multiplicación de células alteradas en cualquier órgano del cuerpo humano, afectando en primer lugar a la célula y luego al órgano del cuerpo.

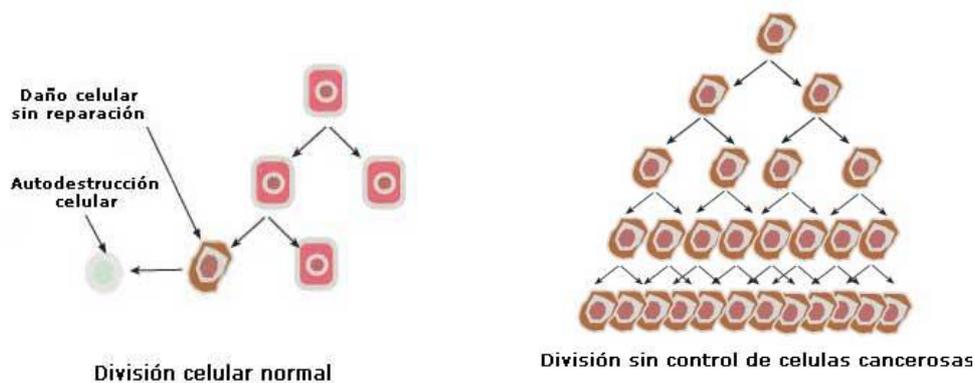
El término “cáncer” hace alusión a un amplio conjunto de enfermedades que tienen en común el originarse a partir de la proliferación continua, anormal y descontrolada de células en cualquier parte del cuerpo, que además puede invadir y destruir otras zonas. La clasificación de estas enfermedades se realiza a partir de la célula y del tejido del cual se originó la multiplicación celular (Goldman, 2014).

En los seres humanos las células crecen, se desarrollan y mueren cuando dejan de ser útiles para el organismo, no obstante, las células cancerígenas constituyen una alteración en el proceso que ocasiona la multiplicación acelerada y descontrolada de células anormales que se reproducen sin freno formando el tumor en el órgano que se origine, pudiendo desplazarse a otros tejidos sanos.

Según la Asociación Española contra el Cáncer (2014), el proceso de división celular está regulado por ciertos mecanismos de control que, en caso de alterarse en alguna de las

células, se inicia una división incontrolada que dará lugar a un tumor o nódulo. Estos tumores se clasifican como:

- Tumores benignos: células que no poseen la capacidad de invadir otros órganos.
- Tumores malignos: células que crecen sin control y adquieren la capacidad de invadir otros tejidos y órganos cercanos, así como también, trasladarse y proliferar en otras partes del organismo. Las propiedades de dichas células son: displasia (carencia de control en la división celular), neoplasia (variación en forma, tamaño y función de las células) y su capacidad de invasión local y a distancia.



Asociación Española contra el cáncer (2014)

La primera fase, denominada como fase de iniciación tumoral se produce a partir de agentes carcinógenos que actúan sobre la célula normal, alterando su material genético (células iniciadas) ([AECC], 2014). El cáncer se debe a una mutación u otra activación anormal de los genes que controlan el crecimiento celular. Los genes anormales se denominan oncogenes. En todas las células existen anti-oncogenes que controlan la actividad de los anteriores, es decir, la pérdida o inactivación de los anti-oncogenes permite la activación de los oncogenes (Guyton & Hall, 2006).

Si se mantiene en el tiempo sobre las células iniciadas la actuación de los agentes carcinógenos se da una fase de promoción, la cual es seguida de nuevas mutaciones que

generan células aún más anómalas, constituyendo la fase de progresión de la enfermedad. Para la constitución del cáncer se requiere de alteraciones celulares de forma acumulativa y continuada durante un largo período de tiempo (AECC, 2014).

Según (Guyton & Hall, 2006) una mínima parte de las células que mutan en el organismo generarán cáncer ya que:

- La mayoría de las células mutadas tiene menor vida media que una célula sana
- Poseen controles de retroalimentación que impiden su proliferación excesiva.
- Las células potencialmente cancerosas son destruidas por el sistema inmunitario:

la célula mutada forma proteínas anormales, las cuales activan el sistema inmunitario, generándose anticuerpos que reaccionan contra las células cancerosas.

- Para llegar a producirse un cáncer es necesaria la activación de varios oncogenes.

Por otra parte, la enfermedad atraviesa diferentes fases, (AECC, 2014):

- Fase de inducción: no es diagnosticable y no produce síntomas, puede incluso durar hasta 30 años.

- In situ: presencia de lesión cancerosa en el tejido de origen, siguen sin aparecer los síntomas o molestias en el paciente.

- Invasión local: la lesión comienza a expandirse e invade otros tejidos u órganos; en esta etapa se da la aparición de los síntomas.

- Metástasis: aparecen lesiones tumorales a distancia, constituyendo una sintomatología más compleja y una progresión de la enfermedad.

El cáncer representa un grave problema de salud pública en América Latina, siendo la segunda causa de muerte, luego de las enfermedades cardiovasculares. Es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (2017), unas de cada seis muertes se deben a esta enfermedad. En 2012 hubo 14 millones de casos nuevos y 8,2 millones de muertes; además se espera que para el 2030 estas cifras aumenten un 50%,

llegando a los 21 millones de casos nuevos y 13 millones de muertes (American Cancer Society, 2015).

En particular, también en 2012, Uruguay registró una de las tasas de mortalidad estandarizada por edad más elevadas a nivel mundial, de 145 decesos por cada 100.000 habitantes (superado únicamente por Mongolia, Hungría, Armenia y Serbia) (Ferlay et al., 2014). En este sentido, cabe destacar que el cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país, siendo responsable de un cuarto del total de los decesos registrados (Barrios & Garau, 2017). En lo que a incidencia se refiere, la Organización Mundial de la Salud registró en nuestro país una tasa de incidencia estandarizada por edad de 250 casos por cada 100.000 habitantes, ubicándose en el trigésimo tercer lugar a nivel mundial en el mismo año considerado (Ferlay et al., 2014).

Las cifras que publica la Organización Mundial de la Salud (Globocan, 2012) indican que Uruguay tiene una tasa de mortalidad de 3,1 por 100.000 habitantes, y la tasa de remisión de los pacientes con leucemia ha pasado del 65% al 80%, lo cual se acerca a las cifras que se manejan en los países desarrollados (Castillo, 2012). Estas cifras indican que se ha incrementado la supervivencia global, desde el año 1984 al 2007, así como la supervivencia libre de enfermedad ha pasado del 48,5% al 83,5% (Rendón, Reyes, Villasis, Serrano, & Escamilla, 2012). Tales datos, revelan que la expectativa de vida de estos pacientes ha aumentado considerablemente. Los avances científicos de diversas disciplinas en el tratamiento de los pacientes oncológicos, posibilita que las líneas de investigación futuras en el área estén enfocadas, mayoritariamente, a las etapas posteriores al diagnóstico y a las mejoras en los tratamientos (Ibáñez, 2000).

Los datos epidemiológicos de Uruguay indican que las causas de muerte (2012-2015) constituyen el 28,1% a causa de enfermedades del sistema circulatorio; 23,3% las enfermedades tumorales, el 10,6% debido a causas del sistema respiratorio y en el último lugar

con un 6,9% se ubican los decesos por causas externas como accidentes de tránsito, homicidios y suicidios (Dirección de Presupuestos, 2015).

En el Uruguay, cerca de 250 niños y adolescentes de todo el país son diagnosticados de cáncer de los cuales 8 de cada 10 niños o adolescentes se curan (Castillo et al., 2012). Estas cifras nos exigirán un cambio de perspectiva, con respecto al abordaje de la enfermedad, una mirada que coloque al paciente con cáncer como sinónimo de muerte ya no sería congruente con los datos que ofrecen las estadísticas.

Un dato curioso y llamativo es que existe una gran disparidad entre países desarrollados y sin recursos, es decir, en países desarrollados el 80% de los chicos diagnosticados con cáncer se curan, en los países no desarrollados esa cifra baja al 10-20%. Se estima que dicha diferencia se deba a acceso a los servicios de salud, recursos y diagnósticos tardíos.

Siguiendo la historia del tratamiento del cáncer infantil en nuestro país, hace 25 años la tasa de curación era del 50% con diferencias significativas entre el ámbito público y privado de nuestro sistema de salud. Luego de la creación de la Fundación, como centro de referencia a nivel nacional, esta cifra asciende al 80% teniendo la misma tasa que en países desarrollados como Estados Unidos y España. Esta institución, brinda atención gratuita a niños y adolescentes diagnosticados de cáncer en todo el país, desde donde se apoya social y económicamente al paciente y su familia (Castillo, 2017).

Gracias al aporte y desarrollo de los nuevos conocimientos en tecnología y la medicina en general, la posibilidad de cura del cáncer infantil y adolescente ha aumentado considerablemente, por tanto, los esfuerzos científicos vienen enfocándose en a dar luz a los tratamientos y las etapas posteriores al diagnóstico.

Tabla 1.1

La incidencia del cáncer se sistematiza en tres grandes grupos de edades

Población	Incidencia
Pediátrica (0 a 14 años)	120 – 150 casos/año/millón
Adolescentes (15 a 19 años)	200 – 210 casos/año/millón
Adultos (mayores de 19 años)	3000-3800 casos/año/millón

(Adaptada de Acha García, 2003)

Los tumores con mayor porcentaje en las edades adolescentes son: los linfomas con un 24%, tumores germinales con un 16% y los Sarcomas con un 14% (ver tabla 1.2)

Tabla 1.2.

Tipos de tumores

Tumor	0 a 14 AÑOS	15 a 19 AÑOS
Leucemias	30%	11%
T.S.N.C.	20%	10%
Linfomas	14%	24%
Sarcomas	12%	14%
T. Germinales	3%	16%
T. Renales	5%	
Retinoblastomas	3%	
Carcinomas	2%	
CA Tiroidea	7%	
Melanoma	7%	
Otros	11%	11%

(Adaptada de Acha García, 2003).

En relación a los tratamientos, estos dependen del tipo de tumor, la localización y la magnitud o potencial de agresividad; en la mayoría de los casos están protocolizados a nivel mundial. Los principales tratamientos son:

- a. Cirugía: constituye un tratamiento local que busca extirpar el tumor en su totalidad, o bien, hacerse una reducción de este.

Este tratamiento depende de la localización del tumor y la afectación que la extirpación pueda tener en otros órganos cercanos motivo por el cual a veces se opta por la reducción del tumor.

Los efectos secundarios pueden ser estéticos o funcionales, dependiendo también de la localización del tumor, por ejemplo, las cirugías cerebrales pueden llevar a parálisis o alteraciones motoras. Según Becker (2003) en su trabajo sobre efectos tardíos de los tratamientos, sistematiza que puede existir riesgo futuro de obstrucción intestinal (cirugía abdominal), daños en sistema nervioso autónomo como incontinencia (cirugía pélvica), mutilaciones y deformación.

b. Radioterapia: se trata de un tratamiento local, ambulatorio, que intenta la destrucción de las células cancerígenas o enlentecer el crecimiento celular interviniendo en la genética de la célula anormal, por medio de la radiación ionizante. Este proceso de enlentecimiento o muerte celular se continúa luego de semanas de finalizar el tratamiento radioterápico.

El tratamiento por radioterapia se utiliza en diferentes momentos de la enfermedad, por ejemplo, en etapas avanzadas puede minimizar los síntomas provocados por otros tratamientos oncológicos, antes de la cirugía para reducir el tamaño del tumor o luego de la cirugía para eliminar las células cancerígenas que puedan haber quedado. Estos tratamientos tienen como secuelas o efectos secundarios, problemas en la piel de tipo quemazón (debido a la radiación) alopecia y puede provocar cansancio y agotamiento durante el mismo.

c. Quimioterapia: es el tratamiento oncológico más utilizado, se trata del suministro de fármacos por vía intravenosa u oral, con la finalidad de detener la progresión de la enfermedad, enlentecer el crecimiento del cáncer, eliminar la enfermedad logrando la cura o el alivio de los síntomas. También puede servir para reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía o radioterapia en cuyo caso se llama tratamiento de quimioterapia neoadyuvante; o luego de la

cirugía para eliminar células cancerígenas que hayan podido permanecer en cuyo caso se llama quimioterapia adyuvante.

Es importante destacar que este tratamiento de quimioterapia si bien mata las células cancerígenas, también elimina las sanas, ocasionando efectos secundarios como los conocidos vómitos, lesiones en la piel, alergias, caída del pelo, fatiga. Esta sintomatología desaparece al terminar el tratamiento cuando se restablece el funcionamiento celular.

El tipo de quimioterapia, así como la cantidad de dosis a suministrar, depende del tipo del tumor, de la magnitud de malignidad de este, la localización, el estadio de la enfermedad, así como el estado de salud previo del paciente; no obstante, este procedimiento, con la consideración de todas estas variables, está protocolizado a nivel internacional.

d. Trasplante de médula ósea: por medio de este procedimiento médico, se modifican las células de la médula ósea afectadas por otras sanas. En este caso, se requiere la donación de células compatibles con las del paciente. Se lleva a cabo en tratamiento de leucemia, algunos linfomas o en tumores sólidos.

1.3. Introducción a los aspectos psicológicos en adolescentes con cáncer

La adolescencia es una etapa evolutiva de grandes cambios a nivel físico, individual, social y familiar. Se constituye en una etapa de cierto corte o distanciamiento con los lazos familiares y relacionamiento más estrecho con su grupo de pares con los que empieza a compartir momentos y vivencias, lo cual constituye una etapa de independencia familiar, identidad e individuación. Es una etapa que, normalmente, se vincula a la rebeldía, desafío y autonomía como camino para desprenderse del grupo familiar e ir generando una identidad propia, distinta y similar a la de su sistema familiar del que forma parte (Silva I. , 2010).

Por tanto, es una etapa que se caracteriza por un constante movimiento del grupo de pares y la independencia a la familia y la pertenencia a un sistema que le da identidad, se trata de un proceso de emancipación que concluye en la edad adulta (Krauskopf, 2011).

En este proceso, tiene una gran incidencia la necesidad de integración a un grupo de pares, por lo general se presentan sentimientos como miedo al rechazo, al castigo por ser diferente, lo cual lleva a asumir conductas acordes al grupo, con códigos e intereses comunes. Tiene una gran importancia el aspecto físico y la imagen corporal (Gaete, 2015).

En este contexto, si se recibe la noticia de un diagnóstico de cáncer, las áreas más afectadas suelen ser la seguridad, el temor a la independencia que venía adquiriendo y los miedos relacionados a los cambios en la imagen corporal. Las reacciones pueden ser muy variadas, dependiendo de las características personales del adolescente, de su entorno y su familia (D'Anello, Araujo, & De Souza, 2012).

Cuando un adolescente enfrenta el diagnóstico y tratamiento por cáncer, se despliegan una serie de recursos y respuestas emocionales tendientes a adaptarse, y hacer frente a la situación que tiene efecto en el desarrollo y puesta en marcha de los recursos personales (Bilbao, Páez, da Costa, & Martínez, 2013). Se trata de asimilar el impacto de la enfermedad en un período crítico del desarrollo donde tiene gran importancia la estructuración de la identidad, las relaciones interpersonales y la autonomía.

Se activan estrategias y mecanismos para regular las emociones que le despierta el diagnóstico, así como los temores a los tratamientos por los cambios físicos que ocasionan en una etapa tan trascendente de la persona en la formación de la identidad, donde se presta mucha atención a la imagen corporal.

La prevalencia de malestar emocional en pacientes con cáncer varía entre el 15% y el 33% de los casos, mientras que alcanza el 63% si se toma a pacientes en algún momento del

estudio, en un 37% en pacientes en radioterapia, y alcanza niveles de intensidad en relación con los trastornos psiquiátricos en el 47% de los casos (Hernández & Cruzado, 2013).

Estas cifras indican que es de considerar, los recursos con los que cuentan los pacientes para afrontar el impacto y tratamiento del diagnóstico y reducir los niveles de malestar emocional que permitan una mejor adaptación al proceso de la enfermedad.

La mayoría de los artículos encontrados en la revisión bibliográfica, se focalizan en los niveles de ansiedad, depresión y sintomatología psiquiátrica asociada a la enfermedad; no obstante, el marco de la Psicología Positiva ofrece una visión optimista en cuanto a recursos que tienen los adolescentes y permite pensar programas de intervención tendientes a desarrollar dichas capacidades, con las cuales se puede enfrentar de manera más eficiente el proceso de tratamiento.

De hecho, en la práctica clínica se puede observar que, la mayoría de los casos, los pacientes responden de manera más positiva de lo que se espera, sin dejar de considerar que es una situación de vida estresante, en una etapa evolutiva compleja.

Por tanto, si bien la adolescencia en si misma es una etapa evolutiva normal de grandes cambios internos y de relacionamiento, cuando, además, acaece una enfermedad como el cáncer, es importante considerar la incidencia de las variables que afectan o apoyan al adolescente en su transitar por la enfermedad.

La tabla 1.3 muestra, detalladamente, los aspectos vinculados al cáncer adolescente (personales, familiares, ambientales, así como de la enfermedad).

Tabla 1.3
Variables del cáncer adolescente

Variables personales	Edad	La etapa evolutiva en la que se encuentre y su madurez cognitiva van a determinar la percepción que va a tener de su propia enfermedad. A partir de los 11 años, el impacto de la enfermedad va más allá. El adolescente entiende el diagnóstico y el tratamiento con sus efectos secundarios. Este proceso será un obstáculo para un adecuado desarrollo en su identidad, autoimagen y autoestima a través de la socialización. Entienden que el cáncer puede llegar a ser sinónimo de muerte.
	Desarrollo psico-evolutivo	El nivel de desarrollo va a determinar la naturaleza del impacto emocional y las estrategias que deberán emplearse –tanto por el enfermo como por los profesionales– para afrontar la enfermedad.
	Personalidad	Va a ser determinante, ya que según evolucione la enfermedad y repercuta en el tratamiento, debemos saber valorar sus mecanismos de defensa y potenciar sus capacidades tanto de comunicación, expresión de sentimientos, como su sentido del humor, para facilitar las peticiones de ayuda y la distracción ante los procedimientos. La estructura previa de personalidad del adolescente junto al impacto de la enfermedad puede llevar a los adolescentes a comportamientos inadaptados y complicar así el proceso terapéutico.
	Grado de comprensión de la enfermedad	Es muy importante para los profesionales, conocer qué actitud tiene el adolescente ante el diagnóstico, ya que va a convertirse en tarea primordial para el posterior trabajo. El trabajo continuado y en grupo facilita la adhesión al tratamiento y su cumplimiento. Mantener un ambiente de comunicación abierta con el fin de que el paciente pueda expresar sus inquietudes y preocupaciones, y promover una participación activa durante el proceso de su enfermedad, logrará con más eficacia una buena adherencia terapéutica.
Variables Familiares	Cuando hablamos de cáncer pediátrico, incluso en edad adolescente, hablamos de enfermedad familiar, ya que el mayor y más importante soporte que va a tener el niño y adolescente va a ser su familia. La capacidad de afrontamiento de la familia ante el evento va a ser crucial para el bienestar del niño. Es esencial efectuar un adecuado soporte psicológico y social en el que el adolescente y su entorno familiar y social constituyan una unidad de tratamiento.	
Variables ambientales	Otro papel importante, dentro de estas variables, lo juega la red social de apoyo, como la familia, equipo sanitario, lugar de procedencia, contexto educativo, ocio... Como hemos señalado anteriormente, si se pretende que el adolescente viva una “normalidad”, es necesario ofrecer continuidad académica, posibilidad de relacionarse con su grupo de iguales y facilitar la realización en la medida de lo posible de las mismas actividades previas a la enfermedad.	
Variables propias de la enfermedad	Como el tipo de cáncer, pronóstico y fase de la enfermedad. Estas variables del estado de la enfermedad que afecta de modo concreto a los enfermos y a sus reacciones, según las etapas y situaciones, requieren de los profesionales una capacidad exquisita de comprensión y diálogo.	

Adaptado de Lorenzo et al., (2014) en González & López (2015)

Por otra parte, resulta importante profundizar sobre la relación de las variables con los datos sociodemográficos, tales como el lugar de procedencia y la creencia religiosa. Estos, aparecen en la literatura donde hay algunos trabajos que muestran la incidencia del factor desarraigo en el afrontamiento y en la adaptación a la enfermedad. Además, se pone en evidencia que la mayoría de la literatura se encarga de estudiar al paciente oncológico en el área de los hospitales, pero existe muy poco estudio sobre los temas que los pacientes relatan como relevantes y preocupantes como lo son la interrupción de asistencia escolar, separación de la familia para afrontar los tratamientos, los gastos extras asociados y los vaivenes para los cuidados, lo cual configura los aspectos del desarraigo asociado a los tratamientos de la enfermedad (Vindrola-Padros, 2011).

En muchos casos, tal como pasa en Uruguay, sumado al hecho del diagnóstico y la complejidad de los tratamientos se le agrega la necesidad de tener que trasladarse a la ciudad, con un solo integrante de la familia, lo cual implica la reestructuración de la organización familiar y la separación de su grupo de pares y apoyo social (Angarita & Escobar, 2009; Basantes, Santacruz, & Celeste, 2017; Brage, 2015; Méndez, 2005; Pozo, Bretones, Martos, Alonso, & Cid, 2015; Toziano, y otros, 2004), en algunos trabajos la procedencia, en caso de implicar lejanía del lugar de tratamiento, es considerado un factor de riesgo (Agudelo & Portilla, 2015; Basantes, Santacruz, & Celeste, 2017; Samudio, y otros, 2013).

Asimismo, hay estudios en la literatura que analizan la relación entre la creencia religiosa y la forma de transitar la enfermedad del cáncer, siendo considerado como un elemento protector (Baia & Lazenby, 2015; Matos, Menenguin, Ferreira, & Miot, 2017; Park & Cho, 2017; Peteet & Barbobi, 2013; Reynolds, Mrug, Wolfe, Schewebel, & Wallander, 2016; Salsman, Fitchett, Merluzzi, Sherman, & Park, 2015; Souza, Da Silva, Rodriguez, & Castelli, 2015; Whitford & Olver, 2012; Whitford, Olver, & Peterson, 2008).

CAPÍTULO 2

Presentación de las variables

2.1.1. El funcionamiento psicológico positivo

Según la Real Academia Española de la Lengua (2010), un recurso es un conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o llevar a cabo una empresa.

En este proceso de despliegue de recursos personales para hacer frente a la situación estresante, se encuentra la teoría de conservación de los recursos de Hobfoll, (1989); la cual establece que los mismos se instrumentan frente a la percepción de amenaza y que tanto la percepción de pérdida de recursos como la pérdida real de los mismos son fuente de estrés. Las personas están sometidas a permanente demanda del entorno y necesidad de regulación, adaptación, y ajuste al mismo. Varios estudios se apoyan en esta teoría (González, Andrade & Jiménez, 1997; Rueda & Pérez, 2005; Vázquez, Rivera & Quintanilla, 2011).

A partir de este modelo de conservación de los recursos y de la perspectiva eudaimónica del bienestar, se desarrolla la conceptualización del Funcionamiento Psicológico Positivo.

El antecedente del FPP desde el punto de vista conceptual, es la perspectiva del bienestar eudaimónica. En este sentido, Robert Cumminis, autor de referencia en la temática, desarrolla la teoría homeostática del bienestar, recogiendo y vinculando el concepto de homeostasis para representar el manejo del estado del bienestar. Conceptualiza que hay una disposición general de los sujetos a mantener niveles de bienestar subjetivo dentro de determinado rango (Tomy, Weinberg, & Cummins, 2015). Esta conceptualización plantea que cuando falla la homeostasis, ocasionada por la presencia de un desafío importante negativo, las personas experimentan un afecto positivo que si perdura en el tiempo se convierte en una condición crónica. No obstante, si las exigencias exteriores son intensas, puede afectar la

homeostasis y el hecho que se nivele o se cronifique, depende de los recursos personales con los que se cuente para adaptarse a las circunstancias que se le plantean (Tomyn et al., 2015)

El constructo Funcionamiento Psicológico Positivo, surge a partir de una reciente Investigación de la Universidad Complutense de Madrid (Merino & Privado, 2015) compuesta por dos estudios. El primero de ellos tuvo por objetivo describir cómo están organizados los recursos psicológicos (autonomía, resiliencia, autoestima, propósito en la vida, goce, optimismo, curiosidad, creatividad, humor, dominio ambiental y vitalidad).

El segundo se propuso replicar los resultados del estudio 1 y poner a prueba la escala. Los resultados indicaron que existe una interconexión entre los recursos psicológicos, que forman un constructo de segundo orden que dieron en llamar FPP.

El FPP es definido como:” una molécula compuesta de átomos interconectados (recursos psicológicos) cuya contribución varía en función de su magnitud (carga del factor)” (Merino & Privado, 2015 p.52). Por tanto, el concepto conecta no solo el funcionamiento psicológico, los recursos, las fortalezas y debilidades, así como la tendencia de la magnitud de factores.

Así, el FPP se constituye en un constructo de segundo orden del bienestar eudaimónico, dando la idea de una tendencia disposicional de funcionamiento psicológico positivo, de acuerdo con el peso factorial de los factores de recursos psicológicos.

Otra conceptualización del FPP, expresa la idea de un concepto que engloba los recursos psicológicos, donde cada uno de ellos, no actúan de manera independiente, sino que están en constante interacción, de manera tal que la presencia de un recurso aumenta la posibilidad que se desarrolle otro; lo que Hobfoll (2010) llamo “caravana de recursos”. Los recursos constituyen características positivas de la personalidad y posibilitan una mejor adaptación de la persona al medio, así como favorecen los procesos de cambio para la

satisfacción de las necesidades y, finalmente, son estables y pasibles de aprende (Merino M., Privado, Díaz, Rubio, & López, 2017).

El Modelo de FPP ofrece una perspectiva y marco teórico-conceptual relevante para entender las diferencias individuales en lo relativo a recursos psicológicos, su relación con las emociones, y con los procesos de adaptación y ajuste a la enfermedad.

En este sentido, una reciente investigación revela la importancia de confeccionar y aplicar programas de intervención, basados en el incentivo del funcionamiento psicológico positivo, las cuales han demostrado una reducción del malestar emocional y mejor adaptación a la enfermedad (Ochoa & Casellas, 2017).

Seligman (2003), sugiere que las fortalezas constituyen un escudo contra la desdicha y los trastornos psicológicos y puede ser la herramienta para afrontar la recuperación.

Por otra parte, la investigación llevada a cabo por Cadena, Castro y Franklin, (2014) donde se propuso analizar los recursos que usan los adolescentes con cáncer para hacer frente a la enfermedad, sobrellevar la misma y los tratamientos que ella implica, estaba relacionada con habilidades resilientes, siendo una de las dimensiones del funcionamiento psicológico positivo, lo cual a su vez le permite al adolescente brindar una respuesta diferente a la enfermedad que por otro lado le genera aprendizaje, crecimiento y cambio positivo.

2.1.2. La importancia de evaluar el Funcionamiento Psicológico Positivo en el área de la salud

La escala del Funcionamiento Psicológico Positivo (FPP) es un constructo recientemente desarrollado en España (Merino & Privado, 2015) compuesto por once recursos psicológicos.

Funcionamiento Psicológico Positivo hace referencia a un constructo de segundo orden que engloba a once recursos psicológicos de primer orden: Autonomía, Resiliencia,

Autoestima, Propósito en la Vida, Disfrute, Optimismo, Curiosidad, Creatividad, Humor, Dominio del Entorno y Vitalidad (Merino, Privado & Gracia, 2015).

Fue desarrollado a partir del Modelo de Conservación de los Recursos de Hobfoll (1989) y el Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) (Merino & Privado, 2015). El aporte del primero de ellos reside en definir a los recursos psicológicos como características de personalidad que: son valiosas en sí mismas ya que se vinculan con la obtención de resultados positivos; favorecen la consecución de logros y metas en cuanto permiten a los individuos adaptarse al entorno; finalmente son estables y pueden ser aprendidas (Hobfoll, 1989).

Además, de acuerdo con el mismo autor, los recursos suelen estar relacionados formando conglomerados de modo que la obtención de un recurso favorece la de otro, y el mismo proceso se da ante una pérdida (a este concepto lo llamó “*caravanas de recursos*”) (Hobfoll, 1989). Carol Ryff, por su parte, desarrolló un modelo multidimensional sobre el Bienestar Psicológico, el cual está formado por los siguientes recursos: Autoaceptación, Relaciones Positivas con otros, Autonomía, Dominio del Entorno, Propósito en la vida y Crecimiento Personal (Ryff, 1989). Este modelo es consonante con el anterior en cuanto también propone que los recursos se relacionan entre sí.

A partir de las contribuciones de los modelos antes mencionados, Merino y Privado (2015) realizaron una investigación en España en la que concluyeron que los once recursos psicológicos estudiados se encuentran ligados entre sí. Como consecuencia, propusieron el Funcionamiento Psicológico Positivo como un constructo que los comprende a todos, el cual es consonante con el modelo del Bienestar Psicológico de Ryff, aunque también es más abarcativo al incluir no solo seis, sino once recursos detallados a continuación.

El primero de ellos, la autonomía, fue descrito por Ryff como la percepción psicológica de ser autodeterminado, independiente y capaz de evaluarse a sí mismo por estándares propios. En adición, implica la habilidad de resistir presiones sociales para pensar o actuar de cierto

modo, regulando el comportamiento internamente (Ryff, 2013; 1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 1996).

La resiliencia, según Rutter (1985; 2012), se trata de: una baja vulnerabilidad a experiencias ambientales riesgosas, la capacidad de sobreponerse al estrés y a la adversidad, o la obtención de un resultado relativamente bueno a pesar de las experiencias nocivas. Es un concepto interactivo en cuanto no puede definirse sin considerar la interrelación entre el contexto y el individuo. Además, se infiere de las variaciones de desenlace entre personas que han sufrido las mismas experiencias cargadas de estrés o adversidad.

En cuanto a la autoestima, Rosenberg (1965) la considera como un componente del autoconcepto y la define como el conjunto de pensamientos y sentimientos de un individuo sobre su propia valía e importancia; en suma, se trataría de la disposición global, positiva o negativa, que tiene uno sobre sí mismo.

Propósito en la vida es otro de los recursos tomados del modelo de Bienestar Psicológico de Ryff, y es definido por dicha autora como la creencia de que la vida de uno tiene un significado, tanto respecto al presente como respecto al pasado. Esto implica tener metas, fines y objetivos, así como un sentido de intencionalidad y dirección, (Ryff, 2013; 1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 1996).

El disfrute, por su parte, hace alusión a la habilidad para identificar y explotar las experiencias positivas de la vida diaria (Huta & Ryan, 2010).

Optimismo es definido como una versión generalizada de la confianza que abarca toda la vida en general, no solo un contexto o situación específicos (Scheier & Carver, 1987). En otras palabras, se trata de un modo de afrontar la adversidad con persistencia y con la expectativa de que buenas cosas van a suceder (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010).

La curiosidad puede ser entendida como la exploración y la búsqueda de conocimientos, habilidades y pericia a través de las nuevas experiencias. Para tal fin, son

esenciales la apertura, la receptividad, la disposición y el deseo de dirigir la atención hacia estímulos novedosos, así como la capacidad de tolerar y acoger la incertidumbre, en lugar de temerle y evitarla (Kashdan et al., 2009).

Por otra parte, la creatividad, de acuerdo con Young (1985) se trata de la capacidad de un individuo para crear algo nuevo y valioso, partiendo de lo que es y transformándolo en algo mejor. También se puede definir como la habilidad para solucionar problemas (sean nuevos o de la vida diaria) de un modo inusitado, novedoso y útil. En ambos casos implica contribuir con aspectos únicos y originales para poder concebir el nuevo producto o la solución del problema (Young, 1985).

El humor, recurso descrito por Seligman (2003), conlleva ser capaz de reír y hacer reír a otros, así como poder ver los aspectos positivos y graciosos de la vida fácilmente.

Por dominio del entorno se entiende la habilidad de manipular y controlar entornos complejos, así como la capacidad de elegir aquellos ambientes que favorezcan y sean acordes a las condiciones psíquicas propias, y en general ser capaz de sacar provecho de las oportunidades que el medio ofrece. Supone tener la destreza para manejar las demandas de la vida cotidiana, tanto a través de las actividades físicas como de las psíquicas, para poder progresar en el mundo de acuerdo con los valores, las necesidades y las metas propias (Ryff, 2013; 1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 1996).

Finalmente, la vitalidad es definida como una sensación de energía y vigor acompañados de un estado de alerta, por lo cual incluye tanto factores somáticos como psicológicos (Ryan & Deci, 2001).

En lo que respecta a las investigaciones sobre el funcionamiento psicológico positivo, hasta la fecha no existen estudios que hayan utilizado este constructo, razón por la cual esta investigación se evidencia como relevante en cuanto puede dar una primera aproximación al tema, enfocado hacia el cáncer adolescente.

A continuación (Tabla 2.1.) se reporta las dimensiones que forman parte del constructo del FPP.

Tabla 2.1.
Dimensiones del Funcionamiento Psicológico Positivo
Recursos psicológicos que componen el FPP
Autonomía
Resiliencia
Autoestima
Propósito en la Vida
Disfrute
Optimismo
Curiosidad
Creatividad
Humor
Dominio del entorno
Vitalidad

(Merino & Privado, 2015)

El antecedente del FPP se encuentra en el bienestar eudaimónico, concepto ampliamente desarrollado por la psicología positiva. Desde esta perspectiva, la felicidad está vinculada a la esfera personal siendo uno de los recursos humanos que nos permite funcionar de manera positiva, representa así un potencial humano para alcanzar el bienestar. En la actualidad, el bienestar subjetivo pone la atención en el equilibrio entre afectos positivos y negativos (Merino, Privado, & Gracia, 2015).

Por su parte, la perspectiva hedónica del bienestar identifica la felicidad como una vivencia placentera de la experiencia, constituyéndose, así, en un enfoque centrado en la obtención del placer.

El FPP toma como antecedente la conceptualización de dos grandes predictores del bienestar: el modelo multidimensional del funcionamiento positivo de Ryff con sus 6 componentes: autoaceptación, autonomía, dominio del entorno, relaciones positivas, propósito en la vida y crecimiento personal; y por otro lado los estudios que demuestran la influencia de los factores de personalidad sobre el bienestar, donde neuroticismo y extraversión están asociados al bienestar (Schmutte & Ryff, 1997).

La utilidad del FPP en el área de la salud, radica justamente en el concepto de base en el que se apoyó, entendiendo el bienestar como un recurso y, por ende, medible y pasible de ser abordado por medio de planes de intervención que mejoren la perspectiva de los sujetos que deben atravesar tratamientos médicos complejos.

En el área oncológica, con adolescentes en tratamiento, el recurso resulta más útil aún, siendo que no hay muchas alternativas terapéuticas desde el punto de vista de la psicología positiva que venga a realizar un aporte en el bienestar subjetivo del paciente que, por otra parte, está atravesando un momento evolutivo de gran impacto en su personalidad, autoestima y autonomía.

Además, de cara a la intervención psicológica, la escala FPP es de gran utilidad, pues permite conocer el estado psicológico de las personas -de modo global (FPP) y también de forma específica- a partir de 11 recursos psicológicos. De este modo se logra entender cuáles son las principales fortalezas y debilidades de la persona evaluada, lo que permite, en consonancia con dichos resultados, intervenir sobre los recursos más débiles (Merino & Privado, 2015) En el ámbito hospitalario, permite la planificación de la asistencia sanitaria y la valoración de las necesidades de los pacientes para ayudarlos a transitar el tratamiento y sus efectos para una mejor adaptación a la enfermedad, a sabiendas de que, en definitiva, es con estos recursos con lo que el adolescente transita la enfermedad.

Por otra parte, ofrece información al equipo médico para la identificación de los pacientes que puedan presentar mayor vulnerabilidad personal, de sostén emocional y apoyo social que requiera una intervención psicológica especial de contención, adecuada a las necesidades de forma personalizada.

Se ha desarrollado un modelo que establece la relación existente entre los recursos o vulnerabilidad y las estrategias de afrontamiento. Este modelo de Aspinwall y Taylor (1997),

incluye cinco etapas en la detección y respuesta a eventos negativos: la primer etapa es la excitación emocional negativa que incluye la evaluación de posibles factores estresantes.

La segunda etapa corresponde a los recursos, al reconocimiento de acumulación de recursos con los que se cuente y la evaluación inicial de afrontamiento preliminar, aquí toma en consideración el modelo de Hobfoll (1989) de conservación de los recursos el cual, a su vez, es uno de las teorías en la que se apoya el Funcionamiento Psicológico Positivo. Desde este enfoque de conservación de los recursos se entiende el estrés como la pérdida de los recursos o la imposibilidad de obtener recursos, sea esto real o percibido. El hecho que sea real o percibido aporta información para comprender las diferencias de los tipos de eventos que pueden ser estresantes para una persona y no para otras.

La tercera etapa es la de afrontamiento y autorregulación, con la atención a la información negativa y el movimiento de la persona a activar sus recursos de afrontamiento y apoyo.

La cuarta etapa es la que llama de atención y reconocimiento, lo que se corresponde con la etapa de evaluación que da lugar a esfuerzos de afrontamiento primario como la búsqueda de la información para solucionar el problema o para recabar ayuda del entorno.

Finalmente, la última etapa es la de retroalimentación, los logros de los esfuerzos de afrontamiento, la información del evento estresante y los recursos necesarios para administrarlos.

Desde este modelo, se aclara que las etapas son recursivas a modo de bucle que se retroalimenta ocasionando efectos en los recursos, de manera que, a mayor exposición y reactividad a sucesos negativos, la carga se acumula y los recursos se agotan.

Este modelo puede verse mejorado, actualizado o perfeccionado si se incluye la perspectiva del FPP que además de identificar los recursos con los que cuenta la persona, el constructo ofrece la mirada del potencial, es decir, la carga de cada factor.

2.2.1. La regulación Emocional

Las enfermedades graves constituyen una fuente importante de estrés, y exige a la persona un esfuerzo extra de adaptación para disminuir la tensión o resolver la situación. Por lo tanto, frente al diagnóstico y la proyección de tratamiento, el sujeto necesita realizar un esfuerzo interno de regulación y acomodación; dependiendo si este es adecuado serán los resultados en cuanto a afrontamiento y adaptación a la enfermedad.

El concepto de regulación emocional constituye un modelo basado en las teorías intuitivas de la emoción, en la que se sostiene que los individuos sometidos a diferentes situaciones que requieren una respuesta le asignan al hecho, significados personales (Gross, 2006), le integran experiencias de vida, dando lugar a un afrontamiento adaptativo por medio de la regulación de la emoción en lugar de la regulación por la emoción (Gross, 1998). Es por ello por lo que la regulación emocional es un conjunto de habilidades y estrategias vinculadas al bienestar psicológico y físico, donde también interviene la experiencia y las influencias del entorno. Así, la regulación emocional, implica un proceso de identificar, mantener o moldear la intensidad de la emoción para el alcance de los objetivos, proceso por el que, tanto puede verse incrementada, como también suprimida, dando lugar a diferentes estrategias de afrontamiento (Hervás, 2002).

La regulación emocional implica (a) el conocimiento y la comprensión de las emociones, (b) la aceptación de las emociones, (c) la capacidad para controlar comportamientos impulsivos y comportarse de acuerdo con las metas deseadas cuando experimentamos emociones negativas y (d) la capacidad de utilizar estrategias de regulación emocional, de forma flexible para que sean adecuadas a la situación, a sus demandas y a la finalidad del logro de las metas que se plantee el individuo (Gratz & Roemer, 2004, p.42).

Dificultades en cualquiera de estas habilidades conlleva a la desregulación emocional lo cual representa un factor de riesgo para la salud física y psicológica (Goodman, Carpenter, Tang, Goldstein, Avedon, Fernández, et al., 2014; Masi, Muratori, Manfredi, Pisano & Milone, 2015; Neacsiu, Eberle, Kramer, Wiesmann & Linehan, 2014; Welsh, Darling & Culpepper, 2015).

Se describen, a continuación, los componentes de la regulación emocional (Tabla 2.2.)

Tabla 2.2.
Componentes de la regulación emocional

Proceso	Proceso de regulación emocional
Componentes de la emoción	
Componentes Internos	Tono vagal neurofisiológico
	Funcionamiento del eje HPA
	Procesamiento cortical prefrontal
	Inhibición cortical
Cognitivos	Manejo de la atención
	Control de los cambios
	Codificación de los estímulos emocionales
	Generación de opciones de respuesta
	Selección de estrategia regulatoria
Subjetivos	Identificación/definición del sentimiento subjetivo
	Mantención del sentido de control sobre la intensidad del sentimiento
Componentes conductuales	
Expresión facial	Modificación de la expresión facial
	Enmascarar/suprimir la expresión facial
	Substituir por una expresión facial alternativa
Acciones	Búsqueda de recursos externos de enfrentamiento
	Cambiar las demandas ambientales
Componentes externos/sociales	
Significación cultural	Considerar el significado cultural de la conducta regulada
Significación social	Considerar el impacto de las estrategias de regulación en el ambiente social
Conducta de los otros	Provisión de contingencias para la conducta emocional
	Entrenar/discutir estrategias regulatorias
	Eliminar/manejar estímulos ambientales
	Manejo directo (sosiego físico)

De Zeman et al. JDBP/Abril, Vol. 27, No. 2.

El modelo de Regulación Emocional de Gross y John (2003) distingue dos tipos fundamentales de estrategias: la reevaluación cognitiva que implica un cambio cognitivo de la persona para amortiguar el impacto negativo o ampliar el positivo de un evento (centrado en los antecedentes); y la supresión de la expresión emocional, que supone suprimir la emoción en la respuesta (centrado en la respuesta). Por otra parte, hay estudios que demuestran que las

emociones positivas pueden colaborar en la interpretación y significación más positiva del evento reduciendo los efectos negativos de la respuesta (Tugade, 2004).

La investigación llevada a cabo por Porro y Espinola (2012) estudió la regulación emocional en pacientes oncológicos y población normal, concluyeron que el grupo de pacientes con cáncer utiliza más la regulación emocional que el grupo control, expresando menos la emoción negativa que los integrantes de la población saludable, no registrando diferencias significativas en cuanto a la expresividad de la emoción positiva. En la misma línea, un reciente estudio aportó datos que demuestran que las mujeres con cáncer de mama tienen mejores recursos de regulación emocional que mismo grupo saludable, presentan un mejor ajuste psicológico que les permite el fomento de su bienestar (Zayas García, 2016).

Las personas sometidas a enfermedades crónicas demuestran mayor esfuerzo en el área afectiva que las personas saludables, requieren apelar a competencias personales que permitan una adecuada regulación emocional mayor que los participantes sanos (Rodríguez, Ortega, & Nava, 2009).

Se ha encontrado que el uso repetitivo de la supresión emocional como recurso de regulación emocional tiene incidencia en el bienestar de la persona, (John & Gross, 2004).

Frente al diagnóstico de cáncer, considerado éste como un evento traumático, ocasiona en la persona una modificación del repertorio de estrategias de afrontamiento para desarrollar la regulación emocional y suprimir la emoción (Porro & Andrés, 2011). Por tanto, la importancia de la regulación emocional en relación con la adaptación a la enfermedad radica en el esfuerzo que realiza la persona para encontrar la estabilidad y poder hacer frente a la situación estresante, y consume mayores recursos cognitivos que pueden ser utilizados para un mejor rendimiento.

Varios estudios demuestran la vinculación de las emociones positivas en relación con los beneficios en la salud, así como las negativas y su tendencia a disminuir la misma,

(Fernández, Abascal, & Palmero, 1999; Martínez, Páez, Pennerbaker & Rimé, 2001; Piquera, Ramos, Martínez & Oblitas, 2010; Tobal & Cano, 2002;). Esta es la base para comprender el valor de riesgo o beneficio que la regulación emocional tiene en relación con el proceso de salud enfermedad (Pérez & Guerra, 2014). Tal es el caso de esta investigación que, con una muestra de 20 adolescences hipertensos, evidenciaron que los pacientes con dificultades en regulación emocional aumentaron los niveles de ansiedad y depresión además de afectar el bienestar emocional; concluyen que la RE aumenta la vulnerabilidad ante la enfermedad.

Tal como expresa Fredrickson (2001) las emociones positivas incrementan los recursos personales y aumentan las posibilidades de acción, amplía el campo de pensamiento y por consiguiente el campo de acción por medio de respuestas creativas.

En esta misma línea, la autora señala tres efectos consecutivos de emociones positivas, ellas son: ampliación, construcción y transformación. Por medio de la primera, las emociones aumentan la posibilidad de pensamientos y acciones; seguido a la ampliación, la construcción posibilita el aumento de recursos personales y esta construcción genera transformación en la persona que ejerce respuestas más creativas a diferentes situaciones con el consiguiente beneficio de ofrecerle mayor seguridad a la persona por lo que la espiral se retroalimenta generando la experimentación de otras emociones positivas. Las emociones negativas, tienen un efecto más inmediato, en tanto preparan para la acción; sin embargo, las positivas tienen un efecto más a largo plazo en tanto posibilitan una ampliación de los recursos personales.

El trabajo de García y Gómez (2016) informa de la relación que puede existir entre regulación emocional y estrategias de afrontamiento en tanto la construcción de significado está relacionada a la estrategia de afrontamiento centrado en la evaluación que está directamente vinculada a la regulación de las emociones.

2.2.2. La Regulación Emocional en adolescentes en tratamiento por cáncer

Si bien la regulación emocional tiene tres posibles modelos de acuerdo con el aspecto de la emoción en la que se centre; fisiológico, emocional y conativo, y cognitivos, en este trabajo nos vamos a centrar en el enfoque cognitivo. El motivo de tal elección es que el mismo, se corresponde con un movimiento valorativo de la persona, donde le asigna un determinado significado a la emoción por tanto se constituye en un proceso voluntario de regulación emocional.

Dentro de la amplia gama de emociones que un sujeto puede sentir, algunas pueden ser entendidas como disfuncionales e interferir en el bienestar, otras pueden requerir un esfuerzo extra de los recursos cognitivos y comportamentales para equilibrar y hacer frente a la situación que la provoca (Pérez & Guerra, 2014).

En cuanto a la regulación emocional en relación con la salud, cuando el adolescente se tiene que enfrentarse a un diagnóstico y tratamiento oncológico, le requiere un movimiento de regulación particular para ajustar las emociones a la situación específica, controlar los temores y la ira que le provoca el diagnóstico para lograr adaptarse e implementar estrategias conductuales que reduzcan los efectos negativos del tratamiento y la adherencia a los mismos.

Las estrategias de regulación emocional se dividen en: las focalizadas en el antecedente y en la respuesta. Las primeras son aquellas que se hacen antes que la respuesta emocional este implementada, por lo que se constituye en una tendencia, las segundas, por su parte, es la respuesta que se implementa luego de la tendencia de respuesta (Gross, 2002).

La autorregulación se define como aquel proceso que realiza la persona por medio del cual se puede controlar, orientar o corregir las acciones propias a medida que se acercan o alejan de los diversos objetivos (Carver & Scheier, 1998).

Por tanto, resulta importante medir la regulación emocional en el proceso de adaptación a la enfermedad, ya que esta tiene sus efectos en las estrategias de regulación focalizadas en la respuesta y por tanto en la adaptación a los tratamientos y su tránsito por los mismos.

El estudio de los aspectos relacionados a la regulación emocional, resultan de gran importancia en el proceso de adaptación en enfermedades graves, a partir de considerar que las personas no solo resisten sino que aprenden de la adversidad, se ven afectadas por ella y activan recursos para expresar y manejar las emociones, y los efectos que estas tienen sobre la salud. Por tanto, si se estudian estos procesos, se hace posible pensar en planes de intervención que ayuden a las personas al buen manejo de las emociones negativas y canalizarlas de manera de reducir el riesgo de deterioro en los recursos personales y sociales.

En las enfermedades crónicas las emociones positivas tienen la función de mantener la atención sobre la información negativa y buscar soluciones creativas a las situaciones que se van planteando (Aspinwall & Taylor, 1997) y de alguna manera estas emociones positivas y negativas pueden influir en los esfuerzos de afrontamiento teniendo en cuenta que son procesos que suceden en el mismo momento.

Luego del detallado trabajo de Aspinwall y Taylor (1997) se resalta como conclusión, la importancia de continuar estudiando estos tópicos de regulación emocional, estrategias de afrontamiento, recursos y adaptación a la enfermedad por algunos motivos que detallan como: el afrontamiento considerado como una estrategia para la obtención de una meta, podría ofrecer información respecto a la naturaleza del estrés, el tipo que se utiliza y los efectos sobre la forma de hacer frente al problema; en segundo lugar, porque profundizar y ofrecer evidencia sobre los recursos pueden dar luz a comprender las diferencias individuales y finalmente porque la autorregulación puede aportar en el manejo de las emociones negativas y la resolución de problemas, así como ayudar a comprender la adaptación psicológica frente a eventos vitales estresantes.

En la tabla (2.3.) siguiente, se puede observar el desarrollo, a lo largo del tiempo, de las conceptualizaciones teóricas más relevantes en regulación emocional.

Tabla 2.3.
Desarrollos teóricos de las Estrategias de Regulación Emocional.

Autores	Estrategias de Regulación Emocional
Parkinson y Totterdell (1999)	Conductuales (acciones físicas) / Cognitivas (acciones mentales) / Aproximación / Evitación
Schutz y Davis (2000)	Planeación / Supervisión / Evaluación del aprendizaje Reapreciación de la importancia de la tarea / Actividad enfocada en la tarea Reducción de la tensión / Pensamiento deseoso / Autoculpa
Gross y John (2003)	Enfocadas en el objeto / Enfocadas en la respuesta Reapreciación / Supresión
Larsen y Prizmic (2004)	De afectos negativos (por ejemplo, distracción, evitación de la rumiación; respiración, catarsis) De afectos positivos (por ejemplo, gratitud, contar con el apoyo de otros, enfocarse en áreas de la vida que van bien, ayudar a otros, ser amable)
Cole y colegas (2004)	Regulación emocional: Modificaciones en el entorno y el individuo resultado de la emoción experimentada Emoción autorregulada: Modificaciones en la valencia, intensidad y duración de la emoción experimentada.
Lopes, Salovey Coté y Beers (2005)	Respiración y relajación Expresión asertiva Reapreciación cognitiva de los eventos emocionales
Gross y Thompson (2007)	Selección de la situación Modificación de la situación Despliegue de la atención (distracción y concentración) Cambio cognoscitivo Modulación de la respuesta
Augustine y Hemenover (2008)	Búsqueda de apoyo social Reevaluación positiva Distracción activa o constructiva Rumiación o evaluación negativa Racionalización, distracción cognitiva Relajación, distracción placentera, descanso Actuar feliz, escribir / ventilar o descargar / catarsis
Sánchez-Aragón y Díaz Loving (2008); Sánchez Aragón y colegas (2014); y Martínez Pérez y colegas (2009)	Selección de la situación para tristeza, amor, enojo y miedo Modificación de la situación para amor, frustración y miedo Despliegue de la atención o evasión-negación (distracción para tristeza, amor, frustración, enojo y miedo; concentración para tristeza, amor, enojo y miedo) Cambio cognoscitivo para tristeza, amor, enojo y miedo Modulación de la respuesta para tristeza, amor, frustración, enojo y miedo
Koole (2009)	Automáticas vs. controladas (propositivas) Dirigidas a los sistemas emocionales: modulación de la atención / mejora del conocimiento emocional / regulación de las manifestaciones físicas de la emoción

Koole, Van Dillen y Shepes (2011)	Selección de la situación Modificación de la atención Modificación de la evaluación Modulación de la expresión.
Niven y colegas (2011)	Mejoramiento intrínseco del afecto / empeoramiento intrínseco del afecto Mejoramiento extrínseco del afecto / empeoramiento extrínseco del afecto
Pekrun (2006); Pekruny Linnenbrink-García (2012)	Regulación orientada a la apreciación (modificación de las valoraciones sobre el grado de control, el valor de la tarea, y sobre las demandas de la tarea) Regulación orientada a la emoción que aparece en el contexto académico Regulación orientada a la competencia (modificación de las dimensiones del involucramiento académico: cognitiva, motivacional, conductual y social)
Soric, Penezic y Buric (2013)	Selección de la situación / desarrollo de competencias / Distracción / reapreciación / supresión / respiración / expresión / soporte social.
(Gómez & Calleja, 2016)	

Un estudio llevado a cabo por Cohen et al. (2006) midieron durante dos semanas el estilo emocional positivo, que en estudio anterior había resultado ser un protector de los contagios por resfriados, de los integrantes de la muestra. Luego inyectaron a los participantes el virus de la influenza A y los observaron en un período de cuarentena. Encontraron una asociación entre el estilo emocional positivo y una disminución en las tasas de enfermedad con menores síntomas de los esperados, aquellos participantes que presentan emocionalidad positiva tenían menor probabilidad, que los estilos emocionales negativos, de enfermarse. Este estudio pone de manifiesto la relación existente entre emociones positivas y su incidencia en el sistema inmune y por ende el importante papel que desempeñan las emociones en la salud de las personas.

Como queda demostrado por los estudios de investigación, la regulación emocional parece tener cierta incidencia en el sistema inmune y por tanto afecta positiva o negativamente las probabilidades de enfermarse, por tanto debería ser una variable de gran interés para los equipos de salud.

2.3.1. Las estrategias de afrontamiento

El concepto de estrés tiene como primer antecedente el trabajo de Cannon (Alonso, 2005), quien planteó dos posibles respuestas del organismo frente a las amenazas: lucha o huida. Posteriormente, Selye (Alonso, 2005) contribuyó a los aportes de Cannon al descubrir que las respuestas de lucha o huida son solo el comienzo de una secuencia de reacciones fisiológicas que se ponen en marcha para afrontar estresores ambientales; a dicha secuencia la denominó *Síndrome General de Adaptación*.

Si bien otros autores continuaron efectuando aportes, fueron Lazarus y Folkman quienes realizaron una contribución destacada con su modelo del estrés (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984). Este propone que el estrés se trata de una experiencia subjetiva que surge como resultado de una valoración primaria (del significado del evento para el bienestar del individuo) y una valoración secundaria (de los recursos con los que cuenta para afrontar dicha situación). El modelo se conoce como “teoría transaccional del estrés”, donde la palabra “transaccional” es elegida para representar la relación que existe entre los dos sistemas básicos: la persona y el ambiente, ya que no es posible entender el estrés centrándose solo en uno de ellos (Lazarus & Folkman, 1987).

A partir de estos conceptos surge la noción de manejo o afrontamiento, definida por los mismos autores como los esfuerzos cognitivos y comportamentales variables realizados con el fin de solucionar aquellas demandas (externas o internas) que son valoradas como desmesuradas o excesivas para los recursos con los que se cuenta (Lazarus & Folkman, 1984). En suma, “el manejo es el esfuerzo por resolver el estrés psicológico” (Lazarus, 2000, pág. 122).

Por otra parte, el afrontamiento ha sido categorizado de diversas formas, siendo la diferenciación creada por Lazarus y Folkman (Lazarus, 2000) entre el afrontamiento centrado en el problema y el centrado en la emoción, una de las más reconocidas. Así, el primero refiere

a obtener información y, posteriormente, efectuar comportamientos con motivo de modificar la situación problemática; se suele utilizar cuando se la valora como modificable, es decir, posible de controlar. El centrado en la emoción, por el contrario, busca regular la respuesta emocional producida por dicha situación, ya que se valora como no modificable. A pesar de esta clara distinción, los autores recalcan que los individuos utilizan ambas funciones en prácticamente todo tipo de relación estresante con el ambiente, esto es, que rara vez están separadas (Lazarus, 2000).

Las estrategias de afrontamiento al estrés están definidas como un esfuerzo cognitivo extra de la persona para dar respuesta y manejar una situación estresante específica, reduciendo la tensión y restaurando el equilibrio del organismo (Lazarus & Folkman, 1986). Se conceptualiza al estrés partiendo de la base de que los estímulos del entorno no son en sí mismos estresantes, sino que desencadenan una respuesta de estrés según la persona que los percibe. Es así como iguales situaciones no generarían la misma reacción en los individuos, ya que estos no le darían el mismo significado a lo que sucede (Straub, 2012).

Según el estudio de Salotti (2006) la situación generadora de estrés es modulada por la actividad del organismo en un doble accionar: a través de procesos cognitivos (valoración/apreciación) así como por las estrategias de afrontamiento que la persona pone en funcionamiento para hacer frente a al evento que considera que excede a sus recursos. Por medio del primer movimiento (de apreciación) el individuo realiza una primera evaluación del suceso y en un segundo momento evalúa los recursos o habilidades para hacer frente a la situación.

El significado que el sujeto le dé al evento estresante es fundamental para comprender las estrategias que implementa, vale decir la connotación de la amenaza, el curso y la naturaleza de esta. Este puede ser el motivo por el cual los niños más pequeños afrontan y enfrentan de manera admirable el diagnóstico y tratamiento del cáncer en relación con los adolescentes y

adultos, es decir, los niños podrían no estar influenciados con la concepción de la palabra cáncer y lo enfrentan como cualquier otra enfermedad, la creencia que podrían tener respecto al nombre de la enfermedad no la vivencian como tan amenazante como las personas mayores.

El trabajo de Chau, Morales y Wetzell (2002) plantea que hay dos formas de afrontamiento: situacional o disposicional. El primero se caracterizaría por conllevar un proceso dinámico que se modifica de acuerdo con las circunstancias; mientras que el afrontamiento disposicional, es considerado como una forma característica y más estable de responder y hacer frente al estrés (Carver & Scheier, 1994).

En esta línea, una reciente investigación longitudinal con 90 adolescentes se propuso estudiar el posible efecto moderador de las estrategias de afrontamiento en relación a la adaptación frente a la vivencia de acontecimientos estresantes; se encontró que las EA evitativas moderaban la relación entre estresores y ajuste, poniendo de manifiesto la relevancia de intentar comprender la forma en que el evento estresante es evaluado por los adolescentes, así como los elementos que intervienen en dicha valoración, (Estévez, Delgado, & Parra, 2012). Los mecanismos de afrontamiento pueden tener incidencia directa en la transformación de las emociones negativas como en el mantenimiento de las positivas (Fredrickson, Cummins & Nisctico, 2001).

En la literatura se hace una diferenciación de la estrategia de afrontamiento evitativas en tanto evitación conductual o evitación cognitiva: mientras la estrategia de afrontamiento por evitación desde el punto de vista conductual puede resultar un elemento negativo en relación con la adaptación a la enfermedad, esta misma estrategia desde su acepción cognitiva se constituye en una estrategia positiva de afrontamiento ya que colabora con los recursos emocionales y reestablece el equilibrio. Por tanto, se entiende la evitación cognitiva como los esfuerzos para resolver y redefinir el problema, al mismo tiempo que las emociones negativas que la situación genera; así se entiende que la evitación desde el punto de vista cognitivo oficia

de estrategia activa para enfrentar la situación y no de huir lo cual sería el producto de la estrategia de evitación conductual (Estévez, Delgado & Parra, 2012).

Las estrategias de afrontamiento que tienden a implementar los adolescentes con cáncer son aquellas enfocadas en la emoción, así como las enfocadas en el problema. Se centran tanto en la religión como en pensamientos positivos, expresión de enojo o ira y en el apoyo social; en comparación con adolescentes saludables los adolescentes en tratamiento reportan un uso mayor de estrategias enfocadas en la emoción donde resalta la evitación y la búsqueda de apoyo social (Ahadi et al. 2014; García & Gómez 2016; Kameny & Bearison, 2002).

2.3.2. La importancia de las Estrategias de Afrontamiento en adolescentes en tratamiento por cáncer

Las personas estamos en permanente interacción con el entorno, en función de las variaciones de esa interacción, los cambios que surgen son el resultado de los procesos de afrontamiento cuya función es alterar la relación problemática entre la persona y su ambiente, o bien mantener una relación satisfactoria. En caso de situaciones adversas como lo son el enfrentarse a un diagnóstico de cáncer, exige al adolescente un esfuerzo para adaptarse a la situación-problema y reducir el estrés.

Por tanto, el poder adaptarse a la enfermedad requiere de un proceso de acomodación de la persona, que incluye el manejo de sus emociones, que piense constructivamente, regule y dirija su conducta, controle sus reacciones automáticas, para disminuir las fuentes de estrés.

El modelo de afrontamiento más ampliamente citado es el modelo transaccional del afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984), definiendo las mismas como un recurso que la persona realiza para responder a la demanda del entorno, requiere procesos cognitivos y conductuales para controlar las demandas tanto externas como internas. Más adelante a esta

conceptualización Lazarus (1991) incluye el aspecto emocional, siendo de consideración la valoración que el individuo realiza de la situación.

Por otra parte, la respuesta a la situación de estrés incluye movimientos voluntarios e involuntarios para enfrentarlo o reducirlo, motivo por el cual es de gran relevancia el análisis de la regulación emocional en la comprensión del afrontamiento enfocado en las emociones y ajuste (Connor-Smith et al., 2000).

El modelo de conservación de los recursos de Hobfoll (1989) se basa en los recursos de los individuos como el factor activo del afrontamiento, cuyo objetivo es preservar los recursos disponibles, evitar la pérdida y/u obtener aquello que se necesita para mantener el equilibrio y un estilo de vida saludable. Tanto sea la pérdida real del recurso individual como la sensación de pérdida. Es decir, frente a la percepción de amenaza o pérdida de recursos, se puede experimentar malestar psicológico lo cual puede entorpecer el afrontamiento.

Los estudios de afrontamiento en adolescentes sugieren que tanto el afrontamiento enfocado en la emoción como en el problema son de consideración en la adaptación adecuada al estrés, en este caso al cáncer (Kirchner, Form & Mohino, 2007; Zanini, Forms y Kirschner, 2005), así como un tema de gran relevancia en circunstancias de alto riesgo para la salud (Bingham Baley & Smith, 2000; Cayse, 1994; Cheng Lai & Salili, 1998; Hastings, Kovshoff, Brown, Ward, Degli Espinosa & Remington, 2005; Noble-Jamieson, Cook, Parkinson & Barnes, 1996).

De acuerdo con el planteo de Moos (1993) el impacto de la situación estresante tiene efectos directos sobre los recursos con los que cuenta la persona en cuanto a percepción de disponibilidad y activación de estos, por lo que somete al sujeto a la implementación de estrategias de afrontamiento que dependen de la valoración que éste hace del evento. En función de las investigaciones en el tema, se pone en evidencia que los pacientes que se enfrentan al diagnóstico y tratamiento del cáncer implementan estrategias activo-conductuales

y aquellas que se dirigen al apoyo interpersonal, sumadas a las enfocadas en la emoción. (Moos, 1986). En esta misma línea, se ha demostrado que las estrategias de afrontamiento dependen de la gravedad del suceso estresante, y la cantidad de eventos negativos, de tal manera que a mayor cantidad de eventos negativos se reducen las respuestas de acercamiento al problema y aumentan las estrategias por evitación (Holahan, Moos, Holahan, & Brennan, 1997). Esta misma investigación señala que, cuando los hechos estrasantes son evaluados como un desafío hay mayor tendencia a desencadenar respuestas de aproximación al problema, mas que de evitación, por lo que se pone en evidencia que tanto la cantidad de eventos negativos, la gravedad de los mismos, como la evaluación que la persona hace de los mismos, determinan la tendencia de las estrategias de afrontamiento.

Este proceso de afrontamiento es dinámico, el mismo se va adaptando a los diferentes momentos que la persona tiene que atravesar asi como los vaivenes del contexto. El afrontamiento dirigido al problema seria efectivo en situaciones controlables mientas que el afrontamiento por evitación seria adaptativo en situaciones incontrolables (Cheng, 2001). Este mismo investigador postula el modelo doble proceso, donde la necesidad de cierre por medio de la motivación incide en la facilidad de discriminación como proceso cognitivo y ésta a su vez modifica la flexibilidad de afrontamiento y el ajuste psicológico (Cheng, 2003).

En la tabla 2.4 se muestran los estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes.

TABLA 2.4.
Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes.

Estilos de Afrontamiento	Estrategias de Afrontamiento
RESOLVER EL PROBLEMA	<ul style="list-style-type: none"> - Concentrarse en resolver el problema (estudiar el problema y analizar diferentes puntos de vista u opiniones). - Esforzarse y tener éxito (compromiso, ambición y dedicación). - Invertir en amigos íntimos (buscar relaciones personales íntimas). - Buscar pertenencia (preocupación e interés por las relaciones con los demás y por lo que otros piensan). - Fijarse en lo positivo (ver lo positivo de la situación y considerarse afortunado). - Buscar diversiones relajantes (actividades de ocio como leer o pintar) - Distracción física (hacer deporte, mantenerse en forma, etc.)
AFRONTAMIENTO EN RELACIÓN CON LOS DEMÁS	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar apoyo social (compartir el problema y buscar apoyo en su resolución). - Acción social (dar a conocer el problema y solicitar ayuda mediante peticiones o actividades). - Buscar apoyo espiritual (uso de la oración y creencia en la ayuda de un líder o Dios). - Buscar ayuda profesional (opinión de profesionales, como maestros y otros consejeros).
AFRONTAMIENTO IMPRODUCTIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Preocuparse (temor por el futuro y preocupación por la felicidad futura). - Hacerse ilusiones (esperanza y anticipación de una salida positiva). - Falta de afrontamiento (incapacidad para tratar el problema y desarrollo de síntomas psicósomáticos). - Reducción de la tensión (intentar sentirse mejor y relajar la tensión). - Ignorar el problema (rechazar conscientemente el problema) - Autoinculparse (sentirse responsable de los problemas o preocupaciones). - Reservarlo para sí (huir de los demás e impedir que conozcan sus problemas).

(Frydenberg y Lewis, 1997; citado en Gaeta y Martín, 2009)

Otro aspecto de importancia en cuanto a las estrategias de afrontamiento en adolescentes es su relación con el bienestar, esto lo pone de manifiesto una investigación de González, Montoya, Casullo y Bernabeú (2002) quienes concluyen que las estrategias de afrontamiento dirigido a la resolución de problemas se relacionan con un alto nivel de bienestar psicológico.

Según el modelo de Roy (1991) las estrategias de afrontamiento están en relación con la adaptación, ya que depende de las formas que la persona dirija su esfuerzo para resolver el estrés dependerá de si la adaptación es efectiva o inefectiva.

Algunos autores, como Carver, Scheier, y Weintraub (1989); Lazarus y Folkman (1986); Carver (2002); y Moos (2005); establecen que los estilos y las estrategias de afrontamiento tienen dos formas de afrontamiento: las formas activas (*active coping-style*), las que dirigen el esfuerzo al problema que generalmente son exitosas en relación a la adaptación. En esta forma, se reasigna una significación diferente al hecho lo cual propicia que se integre el suceso a la vida y permita asimilar la situación.

Por otra parte, señalan la forma pasiva o evitativa (*passive coping style*) que se dan por medio de la evitar o negar la situación o ausencia de afrontamiento. Esta puede ser tanto por ignorar el evento como desconectarse de la situación por medio de la religión o la fantasía, lo cual implica una forma de evadirse de la situación.

Estos aspecto, de comprender la forma en que se instrumentan las estrategias de afrontamiento serían de importancia para los equipos de salud que trabajan con pacientes adolescentes oncológico ya que estas son las que le permiten al paciente lidiar con la situación estresante que le toca vivir; teniendo en cuenta, además, que en el proceso va a tener que ir acomodando las estrategias a sus recursos, a la valoración que haga de la situación y a la gravedad (real o imaginaria) de las etapas. Es decir, valora los estilos generales de afrontamiento en relación a la enfermedad son sumamente relevantes en el área de la salud a efectos de determinar las mejores intervenciones adecuadas al paciente

Uno de los aspectos más relevantes de este estudio es que explicita que ninguna estrategia de afrontamiento podría considerarse como positiva o negativa por sí misma, sino que es importante entenderla en su contexto. Se pone el ejemplo de la estrategia de afrontamiento evitativa que, a priori, podría considerarse como desadaptativa, pero en las

primeras etapas del diagnóstico puede ser, justamente, un elemento protector que permita al paciente comenzar el tratamiento, mientras que si se mantiene a lo largo del tiempo puede resultar una estrategia desadaptativa en tanto tenga efecto negativo en la adaptación a la enfermedad. Concluyen que el estudio de las estrategias de afrontamiento es importante para el personal de salud que trabaja en psicooncología, en tanto que se recomienda el enfoque de los tratamientos estén orientado hacia los recursos con los que pueda contar el paciente para reducir las consecuencias negativas en el área psicosocial y familiar.

2.4.1. La Adaptación al cáncer

El ajuste al cáncer se define como un proceso en donde el paciente intenta manejar el sufrimiento a nivel emocional, solucionar problemas relacionados a la enfermedad que se encuentra padeciendo y poseer un control de los hechos de la vida relacionados a esta enfermedad. Dicha adaptación no corresponde a un único evento, por el contrario, refiere a constantes respuestas que permiten al individuo cumplir con tareas relacionadas a enfrentar la vida con esta afección. Aquellas personas que logran una adaptación a la enfermedad exitosa, reflejan ser personas cuyas áreas de funcionamiento se ven levemente afectadas a pesar de la enfermedad. Por otro lado, mantienen una regulación de las emociones y se mantienen implicados en aquellos aspectos de su vida que consideran importantes para ellos (Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005).

Adaptarse a la enfermedad supone tanto combatir o intentar combatir la misma, que no deteriore la vida del paciente o la deteriore lo menos posible.

La adaptación al cáncer es considerada como un proceso dinámico y flexible, donde paciente y su familia se van acomodando al proceso, aprenden a manejar las emociones, solucionan problemas, controlan las situaciones, y los efectos del tratamiento y de la enfermedad.

Por tanto, no es un proceso unidireccional y estanco, depende de los vaivenes del tratamiento, sea diagnóstico, intervenciones quirúrgicas, quimioterapia o radioterapia, de la sintomatología, de los recursos del paciente y de su sistema de contención emocional/familiar.

El concepto de adaptación hace referencia a la forma en que el individuo hace frente a una situación estresante generada por la enfermedad. Así, la adaptación puede ser considerada como resultado (evaluado a partir de la presencia o ausencia de sintomatología, por ejemplo, depresión asociada al diagnóstico) o como proceso, en tanto requiere un movimiento de la persona de enfrentar la enfermedad, asumirla, y evitar los daños que la misma pueda ocasionar ya sea desde el aspecto personal como de las relaciones interpersonales (Brennan, 2001).

Así, la adaptación se constituye en un proceso por medio del cual el individuo intenta manejar el sufrimiento emocional, resolver problemas y tomar el control del evento, por tanto, es un proceso activo del paciente en el proceso de enfermar.

Según Aldridge y Roesch (2007) el buen ajuste a la enfermedad está relacionado al afecto positivo, satisfacción con la vida y capacidad de volver al funcionamiento cotidiano normal que permitan retomar las actividades diarias; asimismo los síntomas de depresión y el distrés fueron considerados como índices de ajuste negativo.

El modelo de adaptación de Roy (1999) supone entender al individuo como parte de un sistema, en constante interacción consigo mismo en cuanto a sentimientos y pensamientos y con el medio en el que está inserto, donde el sujeto elige conscientemente la forma de crear una integración humana y ambiental. Por tanto, el concepto de adaptación es visto como proceso y un resultado, donde entran en juego mecanismos innatos y adquiridos para afrontar las situaciones que se le presentan.

Este proceso se da por medio de dos subsistemas: el regulador que incluye respuestas innatas e instintivas por medio de procesos neuroquímicos y endocrino del organismo y el sistema cognitivo, este es adquirido producto de la experiencia el aprendizaje el procesamiento

de la información y la emoción. Por medio del subsistema cognitivo se identifican los recursos y las estrategias que usan las personas para hacer frente a determinadas situaciones complejas para facilitar la adaptación.

Estos procesos de afrontamiento y adaptación están enfocados a la supervivencia y el crecimiento, controlar las situaciones estresantes y posibilita superar las dificultades y/o adaptarse a la adversidad.

Los patrones de afrontamiento adquiridos son parte del subsistema cognitivo, por medio del cual la persona puede interpretar los estímulos (internos y externos), generando una forma de afrontar la situación (estilo) y una respuesta o comportamiento (estrategia) que constituyen formas de adaptación (adaptativas o inefectivas).

Según el modelo de adaptación, de Folkman y Greer (2000) se sostiene que, el mismo, se da por medio del appraisal o valoración de la persona (según sus recursos y el significado que le otorgue al evento) y luego se estructura el afrontamiento en base al proceso anterior, estas varían de acuerdo con la respuesta emocional y las habilidades para regularla.

Así, la adaptación entendida como proceso, hace referencia a la regulación psicológica de los recursos de la persona para adaptarse a la misma y cómo estos esfuerzos se dan en el paso del tiempo (Brennan, 2001). Desde esta concepción, la adaptación tiene tanto que ver con las estrategias de afrontamiento que despliega el individuo como con los recursos psicológicos con los que cuenta.

Taylor y Shelley (1983) proponen una teoría respecto de la cual el éxito del ajuste en la adaptación depende de la capacidad de sostener y modificar las ilusiones que reduzcan los efectos del peligro sean éstos actuales o posibles futuros.

Considerando la adaptación vinculada al enfoque emocional, el estudio de Stanton (2000) sugiere que el mismo resulta de procesar activamente las emociones y expresarlas adecuadamente, lo cual aporta a un mejor ajuste y estado de salud de las pacientes con cáncer

de mama. Señala cinco aspectos a considerar en cuanto a la adaptación a la enfermedad crónica: la tarea de adaptarse a la enfermedad, la conservación del estado funcional, la calidad de vida percibida, la ausencia de trastornos psicológicos y el bajo nivel en las emociones negativas.

Estas conceptualizaciones, sumado al amplio desarrollo del efecto de las emociones positivas y mantener niveles elevados de optimismo y propósito en la vida, en relación con la adaptación a la enfermedad, indican que la misma implica varios dominios que incluyen los aspectos interpersonales, cognitivos, físicos y comportamentales. El optimismo predice la mejor adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer, concluyen algunas investigaciones (Allison et al, 2000; Carver et al, 1993; Schou et al, 2005; Stanton & Snider, 1993).

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento que parecen estar relacionadas con el optimismo son aquellas orientadas al apoyo social afectivo, así como el afrontamiento por evitación para disminuir las evaluaciones amenazantes relacionadas con la enfermedad (Carver et al., 1993; Schou, Ekeber, & Ruland, 2005).

Finalmente, el modelo de Lazarus y Folkman (1984) sobre adaptación al estrés, establece el mismo como un proceso que incluye la evaluación de la situación o estímulo por parte de la persona (pudiendo considerarlos como amenazantes), y la posterior evaluación de las posibles respuestas y recursos de afrontamiento con que cuenta la persona.

En el trabajo de Taylor (1983) donde se realizan entrevistas a mujeres con cáncer de mama, se reporta que el 95% había realizado algún tipo de explicación del porqué de su cáncer, y que el encontrar esta explicación estaba asociado a un mejor ajuste a la enfermedad, así como un mayor crecimiento o cambio positivo a nivel personal, posterior al cáncer (Collins, Taylor, & Skokan, 1990). Los encuestados, luego de la enfermedad, reportaron cambios positivos y negativos en cinco grandes áreas (concepto de sí mismo, relaciones con los otros, valoraciones de actividades de la vida cotidiana, visiones de futuro y visiones del mundo); donde la relación

con los otros y las actividades de la vida cotidiana son los que tenían más impacto positivo siendo las áreas donde el sujeto puede incidir.

Estos hallazgos suponen que los eventos traumáticos provocan cambios en las creencias de los sujetos que van más allá del evento, modificando las creencias de sí mismo y del mundo.

Entonces, el ajuste mental al cáncer se define como las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes que padecen la enfermedad, lo cual implica la valoración de lo que para cada persona significa el cáncer, así como lo que el individuo piensa que posee para hacer frente a la misma. Esto ha llevado a autores relevantes en la temática (Moorey & Greer, 1989) a hablar sobre lo que dieron en llamar el “esquema de supervivencia o tríada de evaluación cognitiva, para dar cuenta de la respuesta emocional a la enfermedad, la capacidad para adaptarse a ella y el estilo de hacer frente a la misma.

Este enfoque, da como resultado cinco opciones de respuesta a la adaptación a la enfermedad, tal como se encuentra en el esquema realizado por Báñez (2002), (ver Tabla 2.5)

Tabla 2.5.
Tipos de ajuste a la enfermedad

Tipo de Ajuste	Significado diagnóstico	Estrategia Afrontamiento y tono emocional
Espíritu de lucha	Diagnóstico identificado como reto Percepción de control Visión del pronóstico optimista	Búsqueda moderada de información Papel activo en la recuperación Intentos de normalizar la vida habitual. Tono emocional: positivo, ligera ansiedad.
Evitación o Negación	Diagnóstico identificado como no amenaza. No plantea la cuestión de la percepción de control Visión del pronóstico optimista.	Minimización Tono emocional: sereno
Fatalismo o Aceptación Estoica	Diagnóstico identificado como ligera amenaza Ausencia de percepción de control El pronóstico se aceptará con dignidad sea el que sea.	Ausencia de estrategias dirigidas al problema Aceptación pasiva Tono emocional: sereno

Desamparo/ Desesperanza (indefensión)	Diagnóstico identificado como gran amenaza o pérdida afectiva Ausencia total de percepción de control Visión del pronóstico pesimista.	Ausencia de estrategias dirigidas al problema Rendición Expresión emocional Tono emocional: deprimido
Preocupación ansiosa	Diagnóstico identificado como gran amenaza Incertidumbre sobre si puede ejercerse el control en el proceso Incertidumbre respecto al futuro.	Búsqueda de seguridad (búsqueda compulsiva de información y utilización de sistemas alternativos) Rumiación Excesiva atención a los síntomas físicos para identificar recaídas Tono emocional: ansiedad

Moorey y Greer. Adaptado de Báez (2002)

Para la valoración antes mencionada, los autores (Moorey & Greer, 1989) entienden que entran en juego aspectos tales como la valoración de la amenaza, la evaluación de lo que la persona entiende que puede hacer al respecto y por otra parte cuál es el pronóstico.

Como resultado de dicha valoración, se desprenden las posibles reacciones emocionales que se constituyen en las cinco alternativas antes dichas, que conforman los posibles estilos de ajuste, a saber: espíritu de lucha, desamparo/desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo/aceptación estoica, evitación/negación.

El espíritu de lucha hace referencia a la forma de ver la enfermedad como un obstáculo a sortear, es decir, ven la enfermedad con cierto optimismo con una actitud activa frente a la participación en el tratamiento.

El estilo de desamparo/desesperanza está caracterizado por las personas que consideran la enfermedad como una pérdida lo cual conlleva a una actitud pesimista del pronóstico y tratamiento, sienten que han perdido el control y por lo general se sumen en sentimientos de tristeza y desprotección. Por lo general, este tipo de estilo aumenta las dificultades en la adherencia al tratamiento.

El tercer estilo caracterizado en la esta teoría habla de la preocupación ansiosa, donde las personas entienden la enfermedad como una amenaza, sienten que su vida está en peligro. Este estilo este marcado por estados ansiosos, excesivamente atentos a posibles síntomas que puede relacionar con la enfermedad, así como una intensa sensación de incertidumbre y tienden a no estar interesados en recibir información respecto a la enfermedad.

En cuanto al estilo llamado fatalismo/aceptación estoica hace referencia a una consideración de la enfermedad como peligro, tal como indica el estilo anterior, pero con la diferencia que, en este caso en lugar de generar ansiedad y preocupación, el paciente tiende a verse invadido por la resignación, con una actitud pasiva frente al diagnóstico y tratamiento.

La evitación/negación, por su parte, se refiere a las personas que aceptan la enfermedad con una percepción de duda respecto a la ciencia, a las fuentes de información y hasta del pronóstico.

2.4.2. La importancia de la Adaptación a la Enfermedad en el área de la salud

Como se mencionó anteriormente, adaptarse a la enfermedad no es un objetivo estanco sino un proceso dinámico por medio del cual el adolescente logra continuar con su vida, tal como era antes del diagnóstico, con el menor perjuicio posible de la enfermedad, atendiendo las demandas médicas, sociales y psicológicas relacionadas.

Este proceso de adaptación a la enfermedad es evaluado por medio de cinco posibles estilos generales de afrontamiento:

Espíritu de lucha, son afirmaciones que indican que el/la paciente acepta el diagnóstico, interpretándolo como una oportunidad para mejorar y como un reto, y que adopta una actitud optimista respecto al futuro, con sensación de control sobre la enfermedad y con estrategias de afrontamiento basadas fundamentalmente en la reevaluación positiva de la situación. Asimismo, indica una tendencia a no pensar en la enfermedad, a llevar a cabo una búsqueda

moderada de información, con un papel activo en la recuperación y con intentos por seguir con la vida habitual y el sentido del humor (Ferrero et. al., 1995). El tono emocional relacionado será positivo.

Indefensión/Desesperanza, son respuestas que indican que el paciente se siente desbordado con el diagnóstico, lo interpreta como una gran amenaza o pérdida, con ausencia de control, una percepción del pronóstico muy negativa y estrategias de afrontamiento muy limitadas, ya que la actitud predominante es la de rendición. El tono emocional asociado, será la depresión.

Preocupación Ansiosa, representa una alternativa donde el paciente interpreta el diagnóstico como una gran amenaza, se percibe poco control sobre la enfermedad, así como un pronóstico incierto generándole incertidumbre hacia el futuro y con estrategias de afrontamiento centradas en la búsqueda compulsiva de seguridad, rumiación y excesiva atención a los síntomas físicos dirigidos a detectar la recaída (Ferrero et al., 1995). El tono emocional básico será la ansiedad.

Fatalismo, hace referencia a respuestas que indican una aceptación fatalista o estoica del diagnóstico, el cual se interpreta como una amenaza, sobre la que no se posee ningún control y con estrategias de afrontamiento basadas en la aceptación pasiva. El tono emocional será sereno.

Finalmente, evitación/negación, corresponde a la respuesta donde se niega o minimiza el diagnóstico, quien no se siente amenazado e interpreta siempre que hay un buen pronóstico, manteniéndose un tono emocional sereno.

Sería útil e importante, conocer cómo van ajustándose los pacientes a la enfermedad, acompañarlos en ese proceso y evaluar la implementación de intervenciones necesarias de acuerdo a las mismas, ya que como se observa en lo que implica cada estilo de adaptación, tiene asociado un tono emocional que da la pauta el tránsito psicológico del paciente por la

enfermedad. Permite ajustar las intervenciones al paciente y comprender la forma en que vivencia la enfermedad, favoreciendo la disminución del impacto emocional en el mismo.

De esta manera, acercándose a favorecer un buen ajuste psicológico a la enfermedad se estarían minimizando la aparición de síntomas psicopatológicos y, en definitiva, como por otra parte, los estudios indican que es un proceso que está asociado al bienestar, se constituye en un aporte a la mejora del paciente en su sentir más allá de la enfermedad.

La Psicooncología tiene una vasta experiencia en tratamiento de la patología asociada al cáncer, pero consideramos que hacer un aporte desde el enfoque salutogénico, puede resultar una contribución para implementar tratamientos activos enfocados en las variables psicosociales que resulten ser eficientes, donde la adaptación podría ser una resultante que se puede medir y tratar para favorecer la calidad de vida del paciente.

Como se señaló anteriormente la adaptación es un proceso por medio del cual el paciente aprende a manejar su sentir frente a la enfermedad, a manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas, enfrentar tratamientos y, en definitiva, en la medida que sea posible, continuar con su vida ahora con la enfermedad. Entonces, poder medir cómo es la adaptación de cada paciente, permite detectar a aquellos pacientes que necesiten una contención y ayuda especial, ya que no todos van a necesitar la atención del equipo psicosocial.

CAPÍTULO 3.

Antecedentes de Investigación

3.1. Estrategias de búsqueda

A continuación, se presenta la revisión de la literatura que permitió plantear y desarrollar los objetivos e hipótesis del presente estudio.

La bibliometría es la ciencia que permite el análisis cuantitativo de la producción científica a través de la literatura, estudiando la naturaleza, curso y desarrollo de una disciplina científica (Pritchard, 1969).

La estrategia de búsqueda se realiza a partir de base de datos electrónicas Psycinfo, Medline, (EBSCO), Portal Timbó.

Se utilizaron los términos de búsqueda por medio de palabras claves (funcionamiento psicológico positivo -regulación emocional - estrategias de afrontamiento – adaptación), combinación de palabras claves y búsquedas en referencias bibliográficas. Los criterios de búsqueda fueron las palabras claves, cáncer adolescente, estudios publicados en revistas arbitradas, entre los años 2012 y 2018.

Los criterios de inclusión comprendían: (1) tipo de estudio: todo estudio cuantitativo, llevado a cabo en cualquier país y publicado en castellano o inglés entre los años 2012 y 2018 que investigara por separado o asociadas las variables de Funcionamiento Psicológico Positivo, Regulación Emocional, Estrategias de Afrontamiento y Adaptación a la enfermedad en adolescentes con cáncer.

(2) participantes: la muestra debía estar compuesta por adolescentes con cáncer, sea en tratamiento o en remisión.

Tabla 3.1.

Crterios para la búsqueda documental

Base de datos consultadas	Limitadores de EbscoHost, Portal Timbo, Google académico
Descriptores básicos <i>Basic descriptor of electronic evidence</i>	Cáncer adolescente, funcionamiento psicológico positivo, bienestar psicológico, regulación emocional, estrategias de afrontamiento, adaptación. <i>Adolescent cancer, positive psychological functioning, psychological well-being, emotional regulation, coping strategies, adaptation.</i>
Base de datos utilizadas para la búsqueda <i>Database used during the research</i>	PsycInfo, Medline, Reserachgate, Ebsco, Google Scholar, Portal Timbo
Criterios de búsqueda <i>Search Criteria</i>	Publicaciones arbitradas, full text, psicología, medicina, enfermería.
Período que incluyó la búsqueda <i>Research Period</i>	2012-2018

3.2. Los resultados

Se encontraron: para las palabras funcionamiento psicológico positivo, solo cuatro estudios, tres de ellos relacionados a la validación del instrumento en distintos países, otro sobre un programa de intervención en FPP en mujeres con cáncer de mama; como se puede ver, ninguno que aporte como antecedente de relevancia en cuanto a que sea un estudio cuantitativo en adolescentes oncológicos.

Cuando se le agrega la palabra clave de *well-being* y cáncer adolescente la búsqueda arrojó un resultado de 75 estudios, todos en idioma inglés; no obstante, al considerar aquellos artículos que tengan ambas palabras claves, el resultado se reduce a 7 trabajos. La mayoría de estos estudios con un enfoque médico o poniendo énfasis en el impacto de la enfermedad en la familia y en los tratamientos.

A partir de la búsqueda de regulación emocional adolescente aparecen 1675 estudios en los últimos 6 años, la mayoría de ellos dedicados al tema del rendimiento escolar, la violencia interpersonal y relacionados al ámbito académico. Sin embargo, cuando se define la búsqueda de la variable regulación emocional en cáncer adolescente, dicha búsqueda arroja un total de 49 resultados; viendo que la gran mayoría de estos trabajos solamente integran la palabra de regulación emocional, al considerar los trabajos que contengan los criterios de búsqueda se encuentra solamente un trabajo.

En la búsqueda relacionada a estrategias de afrontamiento y cáncer adolescente, se obtiene un total de 306 trabajos donde la mayoría incluyen solamente la palabra estrategias de afrontamiento y se realizan en el ámbito educativo y deportivo. Depurando la búsqueda a los estudios que contengan ambas palabras: estrategias de afrontamiento y cáncer adolescente se reduce a un total de cuatro trabajos.

Finalmente, de la búsqueda de la variable adaptación y cáncer adolescente, se obtiene un total de 155 trabajos, quedando solamente una cantidad de dos estudios con muestra adolescente, siendo que el resto de los estudios o tomaban solamente la palabra cáncer, la palabra adaptación o se trataba de estudios enfocados en los familiares.

No se encontraron resultados para la búsqueda de todas las variables combinadas: funcionamiento psicológico positivo, regulación emocional, estrategias de afrontamiento y adaptación a la enfermedad en adolescentes con cáncer.

En la tabla 3.2. se presentan los estudios considerados como antecedentes relevantes de las variables de estudio.

Tabla 3.2.

Resumen de los estudios antecedentes

Estudio	Objetivos	Muestra	Diseño	Contribución
Estudio sobre afrontamiento por la emoción como predictor de adaptación a la enfermedad en cáncer de mama. (Stanton, y otros, 2000)	Analizar la relación entre afrontamiento y adaptación a la enfermedad	N= 92 Entre 10 semana y 3 meses posterior al tratamiento	Predictivo	Se confirma la hipótesis del afrontamiento por el procesamiento de la emoción como predictor de adaptación a la enfermedad y mejor calidad de vida en la muestra estudiada.
Cognitive and Motivational Processes Underlying coping flexibility: A dual-Process Model (Cheng,2003)	Evaluar el Modelo de doble proceso: necesidad de cierre influye en flexibilidad de afrontamiento y ésta en ajuste psicológico.	N= 200 participantes (112 mujeres y 88 hombres)	Estudio Ecuaciones Estructurales	Resultado de los 3 estudios demostraron que los participantes fueron más motivados para buscar estrategias alternativas de afrontamiento tendientes a codificar la situación estresante. Usaron mayor variedad de estrategias para adaptarse.
Acontecimientos vitales estresantes estilo de afrontamiento y ajuste en adolescentes. (Estévez, Delgado, & Parra, 2012)	Analizar la relación entre la vivencia de acontecimientos estresantes y los problemas de ajuste emocional y comportamental en adolescentes	N=90 adolescentes seguidos durante 6 años	Longitudinal	El afrontamiento evitativo cognitivo (esfuerzo para redefinir cognitivamente el problema y las emociones negativas) como medida activa para reestablecer el equilibrio emocional puede considerarse como afrontamiento activo, a diferencia de evitativo conductual.
Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. (García & Gómez, 2016)	Describir el estilo de afrontamiento y la calidad de vida en grupo de adolescentes con cáncer	N= 23 adolescentes con una media de edad de 16 años	Descriptivo	La estrategia de afrontamiento más utilizada en la religión. Las áreas más afectadas son malestar emocional y cognitivo y funcionamiento emocional.
Estrategias de Afrontamiento en Adolescentes con cáncer. (Martinez & Tercero, 2017)	Describir las estrategias de afrontamiento más utilizadas en adolescentes con cáncer	Adolescentes hospitalizados (N=62) de 12 a 18 años	Transversal	Las estrategias más utilizadas fueron centrarse en lo positivo, buscar diversión relajante y hacerse ilusiones. Las menos utilizadas fueron autoinculparse e invertir en amigos íntimos.
Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes antes situaciones que provocan miedo (Reyes, Reséndiz, Alcazar, & Reidl, 2017)	Determinar las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes frente al evento que le provoca miedo	N= 400 adolescentes	Experimental	Ante el miedo a la muerte, los hombres usan estrategias evitativas, distracción y búsqueda de apoyo, mientras que las mujeres usan estrategias directas al problema, desahogo emocional, búsqueda de apoyo, evitativas, distracción y agresivas. Ante el miedo a lo desconocido, los varones

Estrategias de afrontamiento en adolescentes con cáncer (estudio realizado en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Iren Sur) (Chávez & Gerturdis, 2017)	Determinar las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes en todo el proceso de la enfermedad oncológica así mismo establecer cómo se dan los factores sociodemográficos como manifestación por sexo	N= 48 Adolescentes de 12 a 19 años	Transversal, descriptivo, cuantitativo	usan estrategias de distracción, agresivas y directas al problema, mientras que las mujeres usan desahogo emocional, directo al problema y agresivas
La Teoría de la expansión y la construcción de las emociones positiva (Fredrickson, Cummins, & Nisctico, 2001)	Teoría de la expansión y construcción de las emociones positivas		Experimental	Las emociones positivas generan recursos personales a largo plazo, reservas para futuras amenazas. El afecto positivo amplía la cognición, atención y resistencia psicológica.
Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos (Porro, Andres, & Rodríguez-Espinola, 2012)	Describir la frecuencia de uso de la supresión emocional y de la expresividad emocional en un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer y en un grupo control.	Grupo 1: 38 pacientes oncológicos adultos, grupo control 44 personas no pacientes	Experimental	Los resultados muestran que los grupos se diferencian en su frecuencia de uso de la supresión de la expresión emocional, los pacientes oncológicos utilizan más esta estrategia de regulación emocional que el grupo control. Se encontraron diferencias sig. en expresividad negativa, siendo que el grupo de pacientes oncológicos expresa menos sus emociones negativas que el grupo control; no se hallaron diferencias en

Factores protectores y vulnerables en pacientes oncológicos (Di Marco, Keegan, & Valenti, 2015)	Determinar el perfil de los candidatos a trasplante de médula ósea	N= 79 sujetos	Descriptivo transversal correlacional	cuanto a la expresividad positiva. Los factores de riesgo tienden a reducirse o ser afrontados por los recursos. La adaptación se verá favorecida por la promoción de estos recursos.
Factores de resiliencia en niños y adolescentes con cáncer y su relación con el género y la edad (Pintado,Cruz,2017)	Determinar si existen diferencias por género y edad en factores personales de resiliencia	N=54 niños y adolescentes	Descriptivo	El sentido del humor es el factor de resiliencia predominante. Los hombres tienen humor, autonomía, empatía y autoestima más elevados. Las mujeres en creatividad.
Factores contribuyentes a la resiliencia de los adolescentes con cáncer: un estudio piloto Wechsler ,Sartorelli, Flavia,Pereira&Loss,2017)	Analizar la presencia de resiliencia en adolescentes con cáncer y los factores que contribuyen	N= 30 adolescentes	Estudio de casos y grupo control	El grupo clínico presentó estrategias de adaptación más adaptativas y una resistencia similar al grupo control. Resultó, relaciones importantes entre la religiosidad y la búsqueda de apoyo social con resiliencia.
Cambio vital positivo tras un cáncer: ingredientes claves para facilitarlos y efectos sobre el bienestar (Ochoa & Casellas, 2017)	Evaluar el efecto de Programa de Psicología Positiva en cáncer	Grupo de 8 a 12 pacientes	Experimental	Se reporta una reducción del malestar emocional y mejor adaptación a la enfermedad desde la facilitación del funcionamiento psicológico positivo.
Positive changes following cancer: posttraumatic growth in the context of other factors in patients with cancer. Baník G, Gajdošová B. (2014)	Analizar el crecimiento post traumático, como reacción específica al trauma, luego de un cáncer	Pacientes con cáncer hematológico (N=72)	Regresión lineal	Encontró que una mayor percepción de los beneficios de la enfermedad (conclusiones de beneficios) y un mayor esfuerzo para regular los sentimientos de angustia (regulación de socorro) explicó 67,1% de la varianza de crecimiento post traumático (PTG)
Factores emocionales y familiares asociados a la adaptación de niños y adolescentes con cáncer. Reporte de 10 casos. (D'Anello, Araujo, & De Souza, 2012)	Evaluar elementos emocionales y familiares que contribuyen al proceso de adaptación del cáncer en niños y adolescentes.	N= 10 pacientes oncológicos en edades entre 4 y 16 años	No experimental, transaccional-descriptivo	Los resultados señalan baja autoestima en los pacientes y las emociones más frecuentes encontradas fueron ansiedad, tensión emocional, depresión (60%), sensación de amenaza y capacidad limitada en actividades de auto cuidado (50%). La participación familiar estuvo guiada principalmente por la madre (49 %), y las emociones predominantes en los padres fueron tristeza, depresión, miedo, impotencia, angustia y estrés.

Promoting a Positive Affect: An Essential Adaptive Movement in Adolescents with Onco-haematologic Disease (Gameiro & Lopes, 2015)	Objetivos: Realizar una descripción comprensiva de las condiciones y las estrategias utilizadas por los adolescentes con enfermedad onco-hematológica para que promuevan un estado de disposición positivo en el contexto de un modelo de transición adaptativa	N=23 adolescentes con leucemia o linfoma	Cualitativa	En los esfuerzos para promover y mantener una disposición positiva, las estrategias específicas, en el sentido hedónico y eudaimónico, se combinan con la activación de los recursos de apoyo afectivo relacional y con las estrategias generales de afrontar la situación de enfermedad. Conclusión: Promover un estado de disposición positivo es esencial para que los adolescentes con cáncer se adapten.
---	---	--	-------------	---

A continuación, se realiza una recopilación de estudios encontrados en la búsqueda bibliográfica que, sin ser considerados como adecuados según los criterios de búsqueda, se entiende que puede ser de cierta utilidad por estar vinculados a las variables de estudios, teniendo en cuenta la escasa bibliografía encontrada. Algunos están vinculados a la temática, pero no corresponde al grupo etario de adolescentes, otros están vinculados a enfermedades crónicas, pero no específicamente en cáncer, o bien no son estudios cuantitativos, pero aportan algún tipo de dato que podría ser de importancia considerar. Se organiza dicha información por su relación con las variables de estudio.

3.2.1. Sobre FPP y bienestar

En primer lugar, algunos estudios han indagado acerca de las diferencias de género en el bienestar psicológico de adolescentes. Por ejemplo, en el año 2000 se llevó a cabo una investigación en Argentina para evaluar el bienestar psicológico de 1270 adolescentes entre 13 y 18 años, utilizando para ello la Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS). A pesar de haber encontrado diferencias en las medias de los sexos para la mayoría de las subescalas del BIEPS, la magnitud de estas diferencias resultó muy pequeña y por lo tanto no resultó estadísticamente significativa (Casullo & Castro Solano, 2000).

Más recientemente, en 2016, en México, se llevó a cabo un estudio sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital en adolescentes mexicanos, utilizando para tal fin la Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes (Ryff & Keyes, 1995) en una muestra compuesta por 572 estudiantes de 13 a 18 años. Se encontró que los hombres reportaron mayor control personal, autoaceptación y relaciones positivas con otros, mientras que las mujeres reportaron mayor rechazo personal (Barcelata & Rivas, 2016).

Por último, en China, también en 2016, se indagó acerca del bienestar psicológico y la autocompasión en una muestra de 277 adolescentes de Hong Kong, de entre 12 y 16 años. El estudio encontró diferencias significativas entre sexos, donde las chicas puntuaron más alto que los chicos en todas las facetas del modelo de Bienestar Psicológico de Ryff, exceptuando autonomía y autoaceptación (Sun, Chan & Chan, 2016).

Un estudio cualitativo realizado recientemente, se propuso investigar las experiencias psicosociales para adolescentes y jóvenes adultos que hayan transitado un proceso de tratamiento por cáncer, con el objetivo de describir el proceso psicosocial transitado y sus significados. Se llevó a cabo por medio de entrevistas semiestructuradas con un $N=23$ participantes de 15 a 25 años. Los resultados indicaron que los pacientes transitan por tres fases: la primera que tiene como objetivo mantener la vida normal, la segunda los esfuerzos que se implementan cuando esta vida normal se altera y la tercera la que se constituye luego de la enfermedad. En todas las etapas se destaca el intento por mantener el control, redefinir y potenciar los aspectos personales e incorporar la experiencia transitada a la vida luego de la enfermedad. Se destaca, finalmente, la importancia de comprender estos aspectos personales y la forma de vivenciarlos por parte de los profesionales de la salud para adoptar enfoques centrados en el paciente y la comunicación, así como mejorar la atención psicosocial (Belpame et al., 2018).

Un estudio llevado a cabo con 54 adolescentes con cáncer que se propuso investigar sobre las diferencias de género y la edad, en relación a los factores personales de resiliencia reportó resultados en cuanto al sentido del humor como factor de resiliencia predominante. Los hombres presentaron niveles más elevados en sentido del humor, autonomía, empatía y autoestima y las mujeres en creatividad. Respecto a la edad los adolescentes mayores presentaron niveles de autoestima, empatía y autonomía más elevados (Pintado & Cruz, 2017)

Por otra parte, al respecto del estudio del bienestar psicológico en adolescentes con cáncer, no se encontraron investigaciones sobre dicho tópico.

3.2.2. Sobre Regulación Emocional

Cabe destacar que la mayoría de los estudios encontrados sobre el tema regulación emocional, están vinculados al área de la educación, aprendizaje e inteligencia. En lo que respecta a la regulación emocional en adolescentes con cáncer, no se han encontrado estudios realizados recientemente.

Un estudio realizado en España en 2016, acerca Estrategias de Afrontamiento y Regulación Emocional en adolescentes y diferencias de género, presento como objetivo analizar las formas de afrontamiento más eficaces y estudiar si existen diferencias de género al respecto en adolescentes. El estudio se realiza con una muestra de 762 adolescentes de entre 16 y 18 años (50.78% niños y 49.21% niñas) en el cual se utiliza como instrumento de medición una adaptación del *Responses to Stress Questionnaire*. Los resultados arrojan la existencia de correlaciones positivas entre diferentes estrategias de afrontamiento (entre ellas regulación emocional) y los índices de disminución de ansiedad. Por otra parte, en relación a la regulación emocional como estrategias y el género, se observa que las niñas han obtenido puntuaciones significativamente más altas que los varones en el uso de estrategias como resolución de problemas, regulación emocional, expresión emocional, ilusión y rumiación. Sin embargo, los

varones, obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que las niñas en pensamiento positivo, reestructuración cognitiva y aceptación (Pascual, Conajero, & Etxebarria, 2016)

Otra investigación llevada a cabo por Gullone et al. (2009) donde se utilizó el Cuestionario de Regulación Emocional para niños y adolescentes (ERQ-CA) con una muestra de 1128 participantes cuyas edades se comprenden entre los 8 y 15 años, obtuvo como resultado que los varones utilizan, en mayor medida, la estrategia de supresión emocional que las mujeres, no encontrando diferencias significativas en reestructuración cognitiva entre ambos géneros.

Finalmente, en el año 2012 se llevó a cabo una investigación en Argentina con el objetivo de evaluar la frecuencia del uso de supresión emocional y de expresión de las emociones en pacientes oncológicos y en comparación con un grupo control.

En esta investigación se concluyó que la muestra clínica utilizó el recurso de supresión emocional en mayor medida que el grupo control; por otra parte, se encontraron diferencias significativas en relación a la expresividad de emociones negativas siendo que la muestra clínica muestra en menor medida las emociones negativas que el grupo control. Con relación a la expresividad positiva, no se encontraron diferencias entre ambos grupos (Porro, Andres, & Rodríguez-Espinola, 2012).

3.2.3. Sobre Estrategias de Afrontamiento

En España, tres estudios se destacan sobre el tema. El primero de ellos, realizado en 2002 con una muestra de 417 adolescentes de entre 15 y 18 años, investigó acerca de las variables: bienestar psicológico, sexo y estilos y estrategias de afrontamiento, utilizando para esta última variable la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydenberg & Lewis, 1997). Sus resultados indicaron que los hombres utilizan más que las mujeres la distracción física, el ignorar el problema y reservar el problema para sí, mientras que las mujeres destacan

significativamente por sobre los hombres en: buscar diversiones relajantes, fijarse en lo positivo, concentrarse en resolver el problema, buscar apoyo espiritual, invertir en amigos íntimos, buscar apoyo social, buscar pertenencia, acción social, autoinculparse, hacerse ilusiones, preocuparse y la reducción de la tensión. Por otra parte, las tres estrategias más utilizadas por los varones fueron buscar diversiones relajantes, distracción física y preocuparse, siendo buscar diversiones relajantes, preocuparse y buscar apoyo social las equivalentes en mujeres (González, Montoya, Casullo & Bernabéu, 2002).

El segundo estudio destacado de ese país fue llevado a cabo en 2011. Evaluó las estrategias de afrontamiento según el sexo, utilizando la Escala de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg & Lewis (1997), en una muestra de 1715 adolescentes de edades comprendidas entre 14 y 18 años. Encontró que los varones superaron las puntuaciones de las mujeres en ignorar el problema, reservarlo para sí y distracción física, mientras que lo contrario sucedió en buscar apoyo social, concentrarse en resolver el problema, preocuparse, invertir en amigos, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, reducción de la tensión y auto culpase. Las estrategias esforzarse y tener éxito, acción social, buscar apoyo espiritual, fijarse en lo positivo, buscar ayuda profesional y diversiones relajantes no mostraron diferencias significativas en los sexos (Martín, Lucas & Pulido, 2011).

En 2016 una investigación española, al evaluar las variables estrategias de afrontamiento, regulación emocional y sexo en una población compuesta por 762 adolescentes de entre 16 y 18 años, halló que las chicas puntuaron significativamente más alto que los chicos en solución de problemas, regulación emocional, expresión emocional, hacerse ilusiones y rumiación. Los chicos, por su parte, obtuvieron mayores resultados en pensamiento positivo, reestructuración cognitiva y aceptación. En adición, las estrategias más utilizadas por las adolescentes fueron solución de problemas, aceptación y expresión emocional, mientras que los adolescentes utilizaron más aceptación, solución de problemas y pensamiento positivo. Para

evaluar las estrategias de afrontamiento utilizaron el *Responses to Stress Questionnaire* (Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen & Saltzman, 2000; Pascual, Conejero & Etxebarria, 2016).

A nivel sudamericano, se llevó a cabo una investigación en Brasil en el año 2007 sobre las asociaciones entre bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento en ambos sexos. Utilizando la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydenberg & Lewis, 1997) en una muestra de 389 estudiantes con una media de 17 años, se encontró que las estrategias más utilizadas por el sexo femenino fueron reducción de tensión, apoyo espiritual, falta de afrontamiento, fijarse en lo positivo y resolver problemas, siendo las equivalentes para el sexo masculino distracción física, reservarlo para sí, ignorar el problema y acción social (Gonçalves & Carlotto, 2007).

Un estudio llevado a cabo en Argentina con niños con cáncer, conto con una muestra de 30 niños de 7 a 12 años, se propuso analizar las situaciones estresantes y las estrategias de afrontamiento más utilizadas; encontraron que las principales fuentes de estrés eran el ámbito hospitalario, socio escolar y entorno familiar y las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas eran las centradas en la emoción en los más chicos mientras que en los niños más grandes descendía y se focalizaba en el problema. La segunda estrategia de afrontamiento más utilizada fue la evitación cognitiva y finalmente, encontraron que los niños más grandes no usaron la estrategia de búsqueda de apoyo lo cual, indican los autores, que podría estar relacionado a la omnipotencia propia de la etapa evolutiva (Gutiérrez & Lemos, 2016).

Finalmente, en Uruguay se investigó en el año 2008 sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes en relación con el sexo y la edad, en una muestra conformada por 1228 adolescentes de entre 12 y 19 años de Montevideo. Sirviéndose de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydenberg & Lewis, 1997), los resultados mostraron que las chicas emplean más que los chicos el buscar apoyo social, resolver el

problema, preocuparse, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, buscar apoyo espiritual y fijarse en lo positivo. Además, en general usan más las estrategias de buscar diversiones relajantes, preocuparse, buscar pertenencia, resolver el problema y buscar apoyo social, mientras que los chicos prefieren la distracción física, buscar diversiones relajantes, preocuparse, buscar pertenencia y esforzarse y tener éxito (García, López & Moreno, 2008).

Otro grupo de investigaciones que resultan valiosas para este trabajo son aquellas que indagaron acerca de cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes con cáncer. A pesar de que la literatura en este tópico es poco extensa, dado que en general se investiga acerca de las estrategias y su relación con la depresión o ansiedad (Compas et al., 2014) o con el afecto positivo o negativo (Murphy et al., 2017) o sobre cuáles son las estrategias más efectivas para afrontar el cáncer (y no, de hecho, cuáles se utilizan) (Aldridge & Roesch, 2007), se destaca un estudio reciente, realizado en México en el año 2016. El mismo utilizó una muestra compuesta por 23 adolescentes con cáncer de entre 12 y 19 años para indagar acerca de sus estrategias de afrontamiento y la calidad de vida. Sirviéndose de entrevistas semiestructuradas, encontró que los adolescentes presentaron una variabilidad en el uso de las estrategias de afrontamiento, utilizando tanto del afrontamiento comprometido como del evitativo (García & Lucio, 2016).

Más recientemente, un estudio llevado a cabo en México para identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones de miedo, determino que las mujeres utilizan más las estrategias de afrontamiento de desahogo emocional y la búsqueda de apoyo, mientras que los hombres usan estrategias directas al problema, agresivas y de distracción. Específicamente ante el miedo a la muerte los hombres utilizan estrategias evitativas, distracción y búsqueda de apoyo mientras que las mujeres usan estrategias directas al problema, desahogo emocional, búsqueda de apoyo, evitativas, distracción y agresivas (Reyes, Reséndiz, Alcazar, & Reidl, 2017).

3.2.4. Sobre Adaptación a la enfermedad

La mayoría de los estudios sobre adaptación a la enfermedad, hacen referencia a mejoría o deterioro físico de pacientes, o a patología psicológica presente o ausente y, cuando se buscan estudios sobre adaptación a la enfermedad en adolescentes, no aparece ningún estudio centrado en el paciente, sino que los pocos que surgen se dirigen a la adaptación de la familia con un adolescente en tratamiento por cáncer.

Watson y Green, (1998) mencionan algunas investigaciones referentes al tema, donde varios de ellos destacan que mayor fatalismo, desamparo, desesperanza y preocupación ansiosa están asociados al aumento de recurrencia del cáncer y a la mortalidad.

Se realizó un estudio transversal para evaluar el estilo de regulación emocional de supresión y el espíritu de lucha como mecanismo de adaptación, para analizar si estaban asociados a trastornos del estado de ánimo en paciente con cáncer; contó con una muestra de 121 pacientes adultos, utilizando la escala del Mini Mac para medir el Ajuste Mental al Cáncer. Los resultados arrojados indicaron que una menor supresión emocional y un mayor espíritu de lucha se asociaron con una menor perturbación del estado de ánimo; la evitación cognitiva y el fatalismo no se relacionaron con la alteración del estado de ánimo, por tanto, la expresión de emociones negativas y una actitud positiva y realista pueden mejorar el ajuste y reducir la angustia de los pacientes con cáncer (Cordova et al., 2003).

En los estudios de Taylor y Sherman (2008) se señala que, a pesar del impacto de la enfermedad en la persona, se pueden evidenciar que surgen elementos positivos en los pacientes, quienes pueden encontrar aspectos positivos a la enfermedad, por tanto, la adaptación no sería adecuado medirla exclusivamente con relación a presencia o ausencia de enfermedad sino en relación a su vinculación con resultados positivos.

En Polonia, se llevó a cabo una investigación para determinar la relación entre las estrategias para enfrentar el estrés, la adaptación y la posibilidad de desarrollar síntomas de estrés post traumáticos TEPT, luego de la enfermedad. El estudio tuvo una muestra de 150 pacientes que fueron tratados por cáncer utilizando el instrumento Mini-Mac para medir la adaptación a la enfermedad. Los resultados indicaron la función desadaptativa del estilo destructivo, éste es menos beneficioso para la adaptación a la enfermedad del cáncer y puede influir significativamente en el desarrollo de síntomas patológicos característicos del trastorno de estrés postraumático (Laskowska, 2015) .

Se menciona un estudio más antiguo, fuera del rango de búsqueda, que se propuso estudiar si los niños y adolescentes con cáncer difieren en su ajuste psicológico, actitud defensiva y uso de estrategias de control cognitivo. Esta investigación contó con un total de 84 participantes conformando dos grupos: en remisión y con recaída. No se encontraron diferencias ambos grupos en relación a las variables de estudio. Concluyeron que el ajuste emocional de los niños y adolescentes fue predicho por la actitud defensiva y por las expectativas positivas sobre el curso de la enfermedad, demostrando la importancia de tener expectativas positivas para el ajuste emocional de la población estudiada (Grootenhuis & Last, 2001).

Finalmente, el estudio de revisión sistemática de Muglia, Bragado y Hernández (2014) se propuso como objetivo ofrecer un panorama general respecto a las intervenciones psicológicas destinadas a promover el ajuste psicológico de los niños con cáncer y sus familias. Revisaron trabajos desde el año 1998 al 2010 cuyo resultado arrojó un total de catorce artículos, es importante consignar la escasa producción en función de la franja de los años considerada. Analizaron que, de estos catorce trabajos, la mayoría de las intervenciones presentan alguna utilidad, aunque los considerados realmente eficaces es más limitado.

Concluyeron sobre la conveniencia de que las intervenciones psicológicas dirigidas a esta población se centren más en las fortalezas y en la promoción de salud y deje de apoyarse exclusivamente en modelos de tratamientos basados en el déficit y la psicopatología; posiblemente estos cambios contribuyan a fomentar cambios clínicamente relevantes con relación al estrés asociado a la enfermedad del cáncer.

Sección Empírica

Capítulo 4.

Presentación del Estudio

4.1. Objetivos

4.1.1. *Objetivo General*

Determinar el poder predictivo del funcionamiento psicológico positivo, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento en relación con la adaptación a la enfermedad en adolescentes uruguayos en tratamiento por cáncer.

4.1.2. *Objetivos Específicos*

- (1) Adaptar y validar psicométrica las escalas Funcionamiento Psicológico Positivo (FPP), Regulación Emocional (ERQ-CA), Estrategias de Afrontamiento (Brief- Cope) y Adaptación a la Enfermedad (Mini MAC) para población adolescente de Uruguay.
- (2) Examinar las diferencias de las variables de estudio en función del sexo, procedencia y creencia religiosa.
- (3) Analizar la relación existente entre Regulación Emocional y Adaptación a la enfermedad, en adolescentes en tratamiento por cáncer.
- (4) Analizar la relación existente entre Estrategias de Afrontamiento y Adaptación a la enfermedad, en la muestra de estudio.
- (5) Analizar la relación entre Funcionamiento Psicológico Positivo y Adaptación a la enfermedad, en la muestra de estudio.
- (6) Determinar el poder predictivo de Funcionamiento Psicológico Positivo, Regulación Emocional y Estrategias de Afrontamiento en relación a la Adaptación a la enfermedad en adolescentes uruguayos en tratamiento por cáncer.

4.2. Preguntas de investigación

Las preguntas que dan marco al trabajo y guían los objetivos de la Tesis Doctoral son:

- (1) ¿Cómo se vinculan el funcionamiento psicológico positivo (FPP), la regulación emocional (RE) y las estrategias de afrontamiento (EA) en relación a la adaptación a la enfermedad (ADe) en adolescentes en tratamiento por cáncer?
- (1) ¿El FPP funciona como predictor de la (ADe) en adolescentes en tratamiento por cáncer?

4.3. Hipótesis

A efectos de lograr los objetivos propuestos se formularon las siguientes hipótesis exploratorias, que oficiaron de guía de la presente Tesis:

(1)- Las escalas adaptadas, resultan ser instrumentos fiables y útiles para evaluar las variables estudiadas.

(2)- Las variables de estudio presentan diferencias en función del sexo, lugar de procedencia y creencia religiosa.

(3)- Mayores puntuaciones en RE están asociadas a mayores niveles de Adaptación (Fredrickson et al., 2001).

(4)- Las EA están asociadas de manera significativa a la Adaptación (Estévez et al., 2012; Stanton et al., 2000).

(5)- El FPP está asociado positivamente a la Adaptación (Di Marco, Keegan, & Valenti, 2015; Bilbao et al., 2013).

(6)- El FPP tiene mayor capacidad de predicción que RE y EA en relación a la Adaptación (Di Marco, Keegan, & Valenti, 2015).

4.4. Diseño del estudio

El trabajo se constituyó en una investigación con diseño no experimental, transversal de tipo predictivo. El carácter predictivo, se establece por el objetivo de la investigación en explorar la relación funcional mediante el pronóstico de las variables criterio en relación con la variable predictora (diseño predictivo transversal), (Ato, López, & Benavente, 2013).

Definición de las variables estudiadas:

Y: Variable Criterio: Adaptación

A: Predictor: Funcionamiento Psicológico Positivo

B: Predictor: Regulación Emocional

C: Predictor: Estrategias de Afrontamiento

Capítulo 5.

Instrumentos

5.1. Antecedentes de las propiedades psicométricas de las escalas

5.1.1. Propiedades Psicométricas de la Escala de Funcionamiento Psicológico Positivo

En su relación con esta tradición eudaimónica, así como con los recursos psicológicos, surge esta escala de FPP, formada por 33 ítems que se agrupan en 11 recursos psicológicos y éstos, a su vez, en un factor de segundo orden llamado funcionamiento psicológico positivo.

La validación de la estructura interna de la escala se realizó por medio de análisis factorial confirmatorio con un $N= 3000$ españoles (Merino, Privado, & Gracia, 2015).

Tabla 5.1.

Correlaciones de las dimensiones de la escala FPP reportada por los autores.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Vitality											
2. Creativity	.26										
3. Self-Esteem	.24	.24									
4. Humor	.43	.36	.22								
5. Enjoyment	.68	.47	.34	.57							
6. Resilience	.46	.35	.23	.18	.37						
7. Optimism	.57	.27	.22	.46	.46	.45					
8. Purpose in live	.42	.24	.49	.29	.64	.47	.32				
9. Autonomy	.42	.36	.64	.36	.48	.35	.39	.62			
10. Curiosity	.41	.58	.17	.31	.62	.45	.37	.36	.29		
11. Environmental mastery	.29	.11	.33	.19	.46	.46	.45	.53	.49	.27	
Internal consistency (α)	.79	.80	.76	.73	.72	.71	.75	.71	.66	.72	.71

* Correlations $> .24$ are statistically significant, $p < .05$.

Se trata de un instrumento formado por once recursos psicológicos: autonomía, resiliencia, autoestima, propósito en la vida, disfrute, optimismo, curiosidad, creatividad, humor, dominio del entorno y vitalidad que se agrupan en un factor de segundo orden que se constituye en lo que se dio en llamar -FPP- (Merino, Privado, & Gracia, 2015).

La escala está compuesta por 32 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 1 a 5 donde 1 es completamente en desacuerdo y 5 es completamente de acuerdo.

En relación de ítems y las subescalas: Autoestima: se corresponde a los ítems 1, 18, 20; Resiliencia: ítems 2, 14, 25; Optimismo: ítems 3, 15, 21; Creatividad: ítems 4, 9, 12; Autonomía: 5, 8, 10; Domino del entorno: 6, 22, 31; Vitalidad: 7, 19, 32; Propósito Vital: 11, 24, 26; Humor: 13, 23, 29; Disfrute: 16, 28, 33; Curiosidad: 17, 27, 30 (el ítem 22 está invertido).

Los datos originales que reportan los autores son: que la carga del factor de segundo orden sobre los factores de primer orden es $>.74$ y cargas de factores de primer orden en los elementos $>.60$. Las cargas de los factores resultaron ser estadísticamente significativas ($p <.001$). El valor *RMSEA* fue de $.060$, indicando buen ajuste a la estructura factorial propuesta. El índice de ajuste incremental muestra moderado ajuste, *NFI* valor fue $.702$ y *CFI* fue $.878$ debajo de $.90$. El índice de ajuste de parsimonia tiene valores superiores a $.50$, *PNFI* $.644$, por lo que también se muestra buen modelo *fit* (Merino & Privado, 2015).

Posteriormente se realizó un estudio en la ciudad de México para validar el FPP para su uso con la población mexicana. Los datos que resultaron de esta investigación indican que la fiabilidad de la mayoría de las pruebas aplicadas en el estudio es adecuada para un estudio de investigación, con valores en torno a $.70$ o superiores. La subescala que menor fiabilidad presenta del FPP es la de resiliencia ($.56$). La puntuación total de la escala de FPP (la cual incluye esta subescala) presentó una fiabilidad adecuada ($.91$).

El *NFI* obtenido fue de $.88$ y el *CFI* de $.92$, por lo que el modelo presentaría un ajuste moderado (Merino et al. 2015).

Recientemente se ha publicado un estudio de la adaptación y validación de la escala en población universitaria portuguesa. La misma estuvo compuesta por 1131 estudiantes universitarios con una media de edad de 19.6. La misma informó de buenas propiedades psicométricas del FPP (subescalas $>.60$ y *alfa* $.90$ del total de la escala) tanto en validez como

en el nivel de fiabilidad en la población de estudio (Oliveira, Merino, Privado, & Almeida, 2017).

5.1.2. Propiedades Psicométricas de la escala de Regulación Emocional ERQ-CA

El cuestionario de Regulación Emocional para niños y adolescentes (Gullone & Taffe, 2012) consta de 10 ítems que se subdividen en dos escalas que miden reestructuración cognitiva a través de los primeros seis ítems y supresión emocional por medio de los cuatro últimos ítems.

Los ítems se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos que van de completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo.

Las propiedades psicométricas de cuestionario indican una consistencia interna de $\alpha = .83$ en la escala de reevaluación cognitiva y de $\alpha = .75$ en la de supresión emocional (Navarro, Vara, Cebolla, & Baños, 2018)

El estudio de Teixeira, Silva, Tavares y Freire (2015) tuvo como objetivo explorar las propiedades psicométricas y la validez de constructo del Cuestionario de Regulación Emocional para niños y adolescentes (ERQ-CA) en una muestra de 809 adolescentes, encontrando una elevada fiabilidad ($\alpha = .86$) y un buen ajuste coeficiente de Cronbach de .84, similares a las del modelo original de Gullone y Taffe (2012). En este mismo estudio, se encontraron asociaciones positivas entre la estrategia de reevaluación y las medidas de funcionamiento psicológico positivo en lo referente a los factores de autoestima y satisfacción con la vida; mientras que la estrategia de supresión emocional presentó asociaciones negativas con esas mismas variables.

También se realizó un estudio, en España, con dos muestras independientes (una de ellas con 997 participantes y la otra con 983) para estudiar las propiedades psicométricas del ERQ,

centrándose en evaluar la validez convergente y discriminante de la escala. Los resultados confirman la fiabilidad del instrumento con valores de alfa de Cronbach $>.84$, así como reportan la invarianza temporal (midiendo la estabilidad a los 6 meses) siendo un constructo consistente a lo largo del tiempo (Pineda, Valiente, Chorot, Piqueras, & Sandín, 2018).

Recientemente se publicaron los resultados de un estudio longitudinal, cuyo objetivo fue estudiar el bienestar subjetivo como construcción multidimensional que incluye afecto negativo, positivo y satisfacción y sus vinculaciones con la salud; el mismo utilizó el instrumento ERQ-CA, para medir la regulación emocional, con buena estabilidad test-retest a lo largo de un año con valores de $.45$ para reestructuración cognitiva y $.47$ para supresión emocional; con una consistencia interna aceptable de las dos escalas con valores de: $\alpha = .84$ test y $\alpha = .86$ retest para reevaluación cognitiva y $\alpha = .64$ test y retest $\alpha = .67$ para la escala de supresión emocional. La muestra estuvo compuesta por 1216 estudiantes en la primera muestra y 826 en el retest, alumnos de la escuela media con un promedio de edad de 12 años (Jia, Scott, Joy, & Francis, 2018).

La versión sueca del ERQ, también reportó valores adecuados del instrumento, a partir de un estudio llevado a cabo con una muestra de 1433 adolescentes en edades comprendidas entre los 10 y 13 años, este estudio evaluó la consistencia interna y estructura factorial del instrumento y su relación con la satisfacción conyugal y estrategias disciplinarias de los padres. Los resultados indican consistencia interna adecuada para las dos escalas (reestructuración cognitiva y supresión emocional) donde RE muestra un Alfa de Cronbach de $.81$ y SE de $.73$. El AFC resultó con un ajuste aceptable de $RMSEA = .08$; $CFI = 0.91$; $GFI = .93$ (Enebrink, Björnsdotte, & Ghaderi, 2013)

Es importante destacar que el cuestionario del ERQ-CA fue adaptado al Uruguay, pasando por la traducción desde el inglés al español, con el método de traducción invertida, por María Luisa Blanco, docente de la Universidad Católica en su tesis doctoral (Blanco, 2007).

Este estudio se realizó con una muestra de 641 estudiantes universitarios de grado siendo 285 hombres y 356 mujeres con edades comprendidas entre 17 y 52 años ($M 21,42$; $SD 4.22$).

Se llevaron a cabo las pruebas de verificación de la estructura a través de análisis factorial confirmatorio y se realizaron las pruebas de fiabilidad intratécnica y fiabilidad test-retest.

El cuestionario original de Gross y John (2003) reporta una fiabilidad de .79 para reevaluación cognitiva y .73 para Supresión Emocional. Los resultados que arroja la investigación de la Dra. Blanco indican una fiabilidad de .74 para RC y de .70 para la subescala de SE.

Se evaluaron los resultados a través del procedimiento test-retest con 375 participantes en dos instancias separadas en un periodo de ocho semanas, obteniendo una $r = .641$; ($p < .001$) en la subescala RC y $r = .626$ ($p < .001$) para la escala SE, similares (.69), (Blanco, 2007).

5.1.3. Escala de Estrategias de Afrontamiento- Brief Cope

El cuestionario Brief COPE se trata de una versión sintetizada del COPE Inventory, creado con el fin de eliminar la redundancia de la escala original, así como reducir el tiempo de aplicación (Carver, 1997). Este mismo autor plantea que dicho instrumento es apropiado para estudiar estrategias y estilos de afrontamiento en investigaciones en el área de la salud. En su versión en español está formado por 12 subescalas de estrategias de afrontamiento de dos ítems cada una (Perczek, Carver, Price, & Pozo-Kaderman, 2000). A continuación, se presentan dichas subescalas brevemente descritas (Morán, Landero & González, 2010):

- Afrontamiento activo: realizar acciones o esfuerzos con el fin de eliminar o disminuir el estresor.

- Planificación: establecer un plan de acción que incluya el procedimiento a seguir para afrontar el estresor.
- Reinterpretación positiva: realizar un nuevo análisis de la situación considerando sus aspectos positivos, y buscar prosperar y crecer a partir del problema.
- Aceptación: aceptar el problema tal cual es, y verlo como una situación real que está aconteciendo.
- Humor: utilizar bromas, burlas y risas para afrontar el problema, riéndose de la situación.
- Religión: volcarse a la religión ante la presencia del estresor, por ejemplo, a través de un aumento en la asistencia a instituciones religiosas.
- Utilización de apoyo emocional: servirse de la empatía, validación y comprensión de otros para afrontar la situación problemática.
- Auto distracción: enfocar la atención o los pensamientos en otras actividades o proyectos con el fin de no concentrarse en el problema.
- Negación: negar que la situación esté realmente ocurriendo.
- Expresión de emociones negativas: utilizar la comunicación verbal o no verbal con el fin de manifestar las emociones negativas que el estresor genera.
- Uso de sustancias: servirse del alcohol u otras drogas para evitar las emociones displacenteras causadas por la situación o buscar sensaciones placenteras.
- Desvinculación comportamental: cesar los intentos por hacerle frente al evento estresante.

A su vez, pueden agruparse en los siguientes tres estilos de afrontamiento: afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción y un tercer estilo, afrontamiento por evitación. Forman parte de la primera categoría Afrontamiento activo, Planificación, y Reinterpretación positiva. El Afrontamiento focalizado en la emoción está compuesto por las subescalas Aceptación, Humor, Utilización de apoyo emocional y Expresión de emociones negativas. Finalmente, Religión, Auto distracción, Negación, Uso de sustancias

y Desvinculación comportamental se incluyen dentro del afrontamiento por evitación (Reich, Costa & Remor, 2016).

Según se muestra en el trabajo de Reich (2011) se puede observar las diferencias del Brief COPE y la versión utilizada en este estudio de Perczek et al. (2000) a partir de lo que reportan los autores del instrumento (Carver, 1997), en tabla 5.2.

Tabla 5.2.
Configuración del Brief COPE según los autores del instrumento

Subescala	Original en inglés	Ítems (Estilo de afrontamiento) Carver (1997)	Ítems (Estilo de afrontamiento) Perczek et al. (2000)	Contenido y significado
Afrontamiento activo	<i>Active coping:</i>	2, 7 (AFP)	2, 7 (AFP)	Refiere a los pasos que son necesarios para eliminar la fuente de estrés.
Planificación	<i>Planning</i>	14, 25 (AFP)	12, 22 (AFP)	Pensar y elaborar estrategias de acción sobre cómo afrontar el estresor. Ocurre durante La Valoración secundaria Del estresor.
Reinterpretación positiva	<i>Positive reframing</i>	12, 17 (AFP)	11, 15 (AFP)	Buscar el lado positivo del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación. Conlleva ver la situación desde una perspectiva favorable.
Aceptación	<i>Acceptance</i>	20, 24 (AFEM)	18, 21 (AFEM)	Aceptar el hecho de que el suceso ha ocurrido, y es real.
Humor	<i>Humor</i>	18, 28 (AFEM)	16, 24 (AFEM)	Hacer bromas sobre el estresor o reírse De Las Situaciones estresantes.
Religión	<i>Religion</i>	22, 27 (AEV)	20, 23 (AEV)	Tendencia a volcarse hacia la religión en momentos de estrés, como apoyo emocional, medio Para reinterpretar positivamente, o táctica de afrontamiento activo.
Utilización Emocional De Apoyo	<i>Use of emotional social support:</i>	5, 15 (AFEM)	5, 13 (AFEM)	Buscar y utilizar apoyo emocional (p.ej. simpatía y comprensión).
Utilización Instrumental De Apoyo	<i>Use of instrumental support</i>	10, 23 (AFP)	Subescala excluida en versión español No demostró ser de utilidad en Estudios utilizando BriefCOPE versión original.	Buscar, y utilizar consejos, asistencia o información.
Auto-distracción/ Distanciamiento mental	<i>Mental disengagement</i>	1, 19 (AEV)	1, 17 (AEV)	Distanciarse del estresor, concentrarse en otros proyectos o actividades. Ocurre En condiciones en que no es posible

Negación	<i>Denial</i>	3, 8 (AEV)	3, 8 (AEV)	Intentar rechazar y negar la realidad del problema. Es opuesto a la aceptación. Habitualmente aparece en una primera valoración del problema.
Expresión de emociones Negativas	<i>Venting of emotions</i>	9, 21 (AFEM)	9, 19 (AFEM)	Aumento de la consciencia del Propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar esos sentimientos.
Uso De Sustancias (alcohol, drogas,	<i>Substance use</i>	4, 11 (AEV)	4, 10 (AEV)	Consumir sustancias (alcohol u otras sustancias psicoactivas) para hacer frente al estresor.
Desvinculación Comportamental	<i>Behavioral disengagement</i>	6, 16 (AEV)	6, 14(AEV)	Reducir o renunciar al esfuerzo propio que se hace para afrontar el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
Autoculpa	<i>Self-blame</i>	13, 26 (AFEM)	Subescala excluida en versión en español. No demostró ser de utilidad en estudios utilizando BriefCOPE versión original	Culparse a sí mismo y sentirse responsable respecto a los hechos negativos sucedidos. Criticarse y desvalorizarse a sí mismo.

Nota: AFP = afrontamiento focalizado en el problema; AFEM = afrontamiento focalizado en la emoción; AEV = afrontamiento por evitación.

Como antecedente de la versión en español del Brief-Cope, se considera el estudio realizado en Bogotá, con una muestra de 140 participantes oncológicas (mujeres con cáncer de mama), que arrojó un alfa de Cronbach total de .69. Considerando las dimensiones los resultados se establecen en afrontamiento activo con un alfa de .66, mientras que para el pasivo da .52 (Manzanares, Herrera, Rodríguez, & Sepúlveda, 2010).

Se realizó un estudio psicométrico para evaluar la confiabilidad del cuestionario Brief-Cope en mujeres uruguayas con cáncer de mama en su versión en español (Reich, Costa-Ball & Remor, 2016).

El Brief COPE (Carver, 1997) es una versión abreviada del COPE, diseñado dadas las apreciaciones efectuadas por pacientes/participantes respecto a la extensión y redundancia de

la medida en su versión original. La versión final del Brief COPE surgió a partir de análisis factoriales previos, así como la claridad, relevancia y significado otorgado a los ítems por parte de los participantes. Las subescalas del instrumento fueron seleccionadas en base a los criterios que hubieran presentado elevada carga factorial en el factor adecuado en los análisis factoriales originales de Carver et al. (1989), así como a la claridad de los ítems percibida por los participantes a través de la experiencia de campo de los autores con la escala completa. Carver (1997) plantea que el instrumento es apropiado para su uso en investigación sobre los modos de afrontamiento en el ámbito de la salud (Reich, Costa-Ball & Remor, 2016).

Los índices de fiabilidad del instrumento que reportan los autores en un estudio de mujeres uruguayas pertenecientes a la población general, son los siguientes: (alfa de Cronbach): Afrontamiento activo ($\alpha = .65$), Planificación ($\alpha = .70$), Búsqueda de apoyo emocional ($\alpha = .79$), Búsqueda de apoyo social ($\alpha = .81$), Religión ($\alpha = .82$), Revaluación positiva ($\alpha = .74$), Aceptación ($\alpha = .55$), Negación ($\alpha = .72$), Humor ($\alpha = .83$), Autodistracción ($\alpha = .67$), Autoinculpación ($\alpha = .62$), Desconexión ($\alpha = .78$), Desahogo ($\alpha = .84$) y Uso de sustancias ($\alpha = .81$).

El Brief COPE, en su versión en español (Perczek et al., 2000) consiste en 12 subescalas de 2 ítems cada una, de acuerdo con lo expresado por los autores del instrumento a través de la página web de la División de Salud, Departamento de Psicología, Universidad de Miami (FL), de la que forma parte Charles S. Carver. En esta versión, se omitieron dos subescalas (Autoculpa, y Utilización de apoyo instrumental), dado que no habían demostrado ser de utilidad en estudios conducidos utilizando Brief COPE, versión original (Perczek et al., 2000). El Brief COPE fue traducido al español para Estados Unidos de América por investigadores de la División de Salud, Departamento de Psicología, Universidad de Miami (FL), teniendo en cuenta la equivalencia léxica y gramatical, así como su equivalencia conceptual y cultural.

Además, se consideró el emparejamiento del contenido del ítem con la dimensión que se quiere evaluar, llegando a una versión de consenso.

Los resultados muestran valores adecuados para la mayoría de los ítems para la muestra de mujeres con cáncer de mama, excepto para el ítem 4 (Uso de sustancias; asimetría = 2.35, curtosis = 7.12), y el ítem 10 (Uso de sustancias, con valores ligeramente inadecuados; asimetría = 1.47, curtosis = 1.17). Asimismo, los ítems 6 y 14 (Desvinculación comportamental) arrojaron valores ligeramente inadecuados en los análisis descriptivos mencionados. No obstante, se encontraron próximo al límite de los valores esperados (asimetría de 1.8 y 1.3, respectivamente).

También se ha realizado el análisis de las propiedades psicométricas de este instrumento, el Brief Cope, en Brasil, dando como resultado Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) con un valor de .79, siendo que el índice debe ser mayor a 0,5 se entiende que el resultado obtenido indica adecuación muestral y viabilidad del análisis factorial (Morán, Méndez, González, Landero-Hernández, & Menezes, 2014).

5.1.4. Propiedades Psicométricas de la escala de Ajuste Mental al Cáncer MINI MAC

Se trata de un cuestionario que evalúa el ajuste mental al cáncer, su versión original es el MAC desarrollado por Geer y sus colaboradores que es producto de las respuestas psicológicas al cáncer en el Royal Marsden Hospital de Londres con entrevistas clínicas semiestructuradas a pacientes diagnosticados con linfoma y cáncer de mama.

Finalmente se seleccionaron 40 ítems que se agrupan en 5 categorías como modos de adaptarse a la enfermedad: espíritu de lucha, desesperanza/desamparo (indefensión), preocupación ansiosa, fatalismo y negación. Los autores, fundamentan que cada una de estas dimensiones se corresponden con una representación cognitiva donde la persona le da un

significado a la enfermedad, identifica una idea de su pronóstico y evalúa las posibilidades de control que tiene o con las que cuenta para hacer frente a la situación (Moorey & Greer, 1989)

La versión en español (Ferrero, Toledo, & Barreto, 1995), reporta valores del MAC de Alfa de Cronbach de entre .65 y .84 de consistencia interna de las escalas, así como valores de entre .32 y .65 de estabilidad temporal de las respuestas.

Es un instrumento fiable para medir adaptación a la enfermedad, entendida esta como una cantidad de respuestas cognitivas y conductuales que se ponen en marcha en la persona que son adecuadas para obtener un buen estado de ánimo y buena calidad de vida.

Posteriormente Watson et. al. (1994) desarrollaron una nueva versión MINI-MAC compuesta por 29 ítems. En esta versión se conservan algunos ítems del Mac original, pero otros se vieron modificados; la escala de negación que no tenía demasiada validez, en el original, se sustituye por Evitación cognitiva.

El MINI-MAC queda así compuesto por 29 ítems: 8 para la escala de desesperanza/desamparo, 8 para preocupación ansiosa, 4 en escala de espíritu de lucha, 4 para escala de evitación cognitiva y 5 para el fatalismo. Estos 29 ítems se responden con una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta: 1-nada, 2-algo, 3-bastante y 4-mucho.

La prueba evalúa el significado del diagnóstico para el sujeto, la posibilidad de control, la visión de su pronóstico, la respuesta emocional emergente y la forma de afrontar para minimizar la amenaza.

Así se constituye en un inventario rápido de “*screening*” de respuestas desadaptadas a la enfermedad del cáncer.

Un estudio sobre las propiedades psicométricas del Mini Mac, llevado a cabo en Colombia, resultó en una solución factorial de cuatro factores: indefensión/desesperanza (ID) preocupación ansiosa (PA), evitación/negación (EN) y espíritu de lucha (EL). Los valores indicaron un adecuado ajuste al modelo que explica el 58,9% de la varianza. Por lo tanto, los

datos de este estudio en población colombiana demuestran que la validez y fiabilidad del instrumento es adecuada para la evaluación de la adaptación a la enfermedad de cáncer (Roman, Krikorian, & Palacio, 2015).

Recientemente se ha llevado a cabo un estudio en España para medir las propiedades psicométricas de la escala Mini-Mac de Adaptación Mental al Cáncer, en población con cáncer de mama con una muestra de 368 participantes. Se probaron: el modelo Penta factorial original y tres modelos adicionales derivados de la investigación empírica, dos estructuras de primer orden con cuatro y tres factores y una estructura bifactorial de segundo orden. La solución factorial de los cinco factores mostró el mejor ajuste del modelo y replicó en gran medida las subescalas del Mini MAC original, por lo cual concluyen que el instrumento sirve como una herramienta breve de medición para esta población, la cual es confiable y válida para medir las evaluaciones cognitivas y reacciones relacionadas al cáncer (Andreu, Murgui, Martínez, & Romero, 2018).

5.2. Análisis Psicométrico de las Escalas. Validación

5.2.1. Adaptación lingüística

Primera fase:

Se realizó adaptación lingüística de los inventarios a utilizar en la investigación. Para ello se aplicó el cuadernillo completo a un grupo de adolescentes, total 15 participantes, provenientes de un liceo privado de Montevideo.

El consentimiento informado del mismo fue solicitado por la institución a los padres o tutores responsables de los menores mediante cuaderno de comunicados, de acuerdo con la modalidad que utiliza la institución; en función de las respuestas recibidas se organiza un encuentro con los adolescentes disponibles en la sala de informática de la institución.

Los integrantes del equipo técnico seleccionaron los participantes de acuerdo con el conocimiento de su alumnado, bajo el criterio de que exista variedad de nivel intelectual y de

edades. Se solicitó un total de 18 autorizaciones, contando con 15 notificaciones, con los cuales se llevó a cabo la primera evaluación de los inventarios, según detalle de participantes en tabla siguiente (5.3).

Tabla 5.3.
Participantes adaptación lingüística de los instrumentos. Distribución etaria

Edad	Participantes
12	6
13	1
14	2
15	2
16	2

En cuanto a la composición por sexos de este grupo de participantes: 8 fueron varones y 7 niñas.

Se les solicitó que analizaran cada ítem, de cada uno de los inventarios de acuerdo a tres categorías:

- a. si se entiende el concepto de lo que pide el ítem.
- b. que analicen palabra por palabra de la expresión de cada ítem a ver si se comprende.
- c. que aporten cualquier modificación de palabras que sean comprendidas de mejor manera por sus pares (adolescentes). Es decir, que quede mejor expresado por el cambio de alguna palabra.

De esta manera, cada ítem de cada uno de los inventarios cuenta con tres columnas:

Concepto del ítem

Análisis palabra-palabra

Observaciones.

No hay ninguna indicación de no comprensión de algún ítem.

El resultado de este testeo indicó que:

a) En la escala Mini-Mac, se sugirió modificar la palabra “rabia” por “bronca” en el ítem 5.

Ítem. 25 se sugirió cambiar la expresión “sucedido a mi” por “pasado a mi”

b) En el cuestionario del FPP, ítem 6, varios participantes sugirieron cambiar la palabra “compagino” por “combino”, más allá que todos señalaron que se entiende perfectamente la idea.

En el ítem 9 sugirieron modificar la palabra “disparaes” por “diferente” o “distintas”. Se eligió tomar la palabra “diferente” por el hecho que fue sugerida por más participantes que los que sugirieron la palabra “distinta”

En el ítem 11 sugirieron modificar la palabra “entregado” por “enfocado”.

En el ítem 22 entendieron que es más adecuado el uso de la palabra “estudios” por “trabajo” y “novio/a” por “pareja”

En el ítem 31, propusieron modificar la palabra “agobios” por “cansancio”.

c) En el cuestionario del Brief-Cope, en el ítem 1 se sugirieron modificar la palabra “trabajo” por “estudios”

En el ítem 7 señalaron modificar la expresión de “tomé acción” por “hice cosas”.

En el ítem 8 propusieron modificar la palabra “rehusé” por “rechacé”.

En el ítem 24 marcaron el cambio de la palabra gracia por bromas.

d) En el inventario ERQ-CA no se realizó ninguna propuesta de modificación, probablemente porque se utilizó la escala adaptada para la investigación de la Universidad Católica, trabajo no publicado, pero de circulación interna.

Segunda fase:

Cuatro meses más tarde se realizó replicación de los inventarios con la incorporación de las modificaciones propuestas y se volvió a solicitar la misma consigan: a cada ítem de cada

uno de los inventarios le corresponden tres columnas, (concepto del ítem-palabra por palabra-observaciones).

Esta aplicación se realizó a otro grupo de adolescentes en este caso con un total de 12 participantes. Estos participantes formaban parte de la misma institución educativa donde se realizó la primera evaluación de los inventarios (liceo privado de Montevideo).

Se lleva a cabo el mismo procedimiento que en la primera etapa, respecto a consentimiento informado y selección de los participantes. La institución solicitó autorización de 15 alumnos de diferentes grados educativos y niveles de rendimiento; se obtuvo un total de 12 autorizaciones con los cuales se procedió a reevaluar las modificaciones propuestas por el primer grupo.

Cabe señalar que las autorizaciones restantes, no significaron una negativa por parte de los padres sino una respuesta tardía al día de la evaluación. La distribución etaria de esta etapa de adaptación lingüística se detalla en tabla 5.4.

Tabla 5.4.

Participantes re-aplicación. Adaptación lingüística. Distribución etaria

Edad	Participantes
12 años	3
13 años	2
14 años	2
15 años	2
16 años	3

En relación a la distribución por sexo, de este grupo de participantes: 6 fueron varones y 6 mujeres.

No presentando ninguna corrección ni modificación tanto de la comprensión del ítem como de palabra por palabra, y siendo entendido cada uno de los ítems, se tomaron las siguientes decisiones:

En el cuestionario Mini-Mac:

Ítem 5. Siento mucha bronca por lo que me ha sucedido

Ítem 25. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mí

En cuestionario FPP

Ítem 6. Combino adecuadamente mi vida laboral, social, personal

Ítem 9. Sé relacionar cosas diferentes y sacar algo distinto

Ítem 11. Estoy completamente enfocado en conseguir los objetivos de mi vida

Ítem 22. En mí día a día no llego a todo: estudios, familia, novio/a, amigos.

Ítem 31. Manejo adecuadamente y sin cansancio las obligaciones que tengo

En cuestionario Brief-Cope

Ítem 1. Yo enfoque en el estudio u otras actividades para distraer mi mente.

Ítem 7. Yo hice cosas para poder manejar mejor la situación.

Ítem 8. Yo rechace creer que esto hubiera pasado

Ítem 24. Yo hice bromas de la situación

5.2.2. Estudio de dimensionalidad

5.2.2.1. Características de la muestra

Para realizar el estudio de las propiedades psicométricas de los inventarios utilizados en esta investigación: Funcionamiento Psicológico Positivo, ERQ-CA, Brief-Cope y Mini-Mac; debido a que la muestra objeto de esta investigación constó de adolescentes con cáncer y, al tratarse de una muestra clínica, la cantidad de participantes de la muestra se ve habitualmente reducida, es que se resolvió aplicar los inventarios a población saludable, para realizar los estudios estadísticos de los mismos.

Se procedió a analizar la consistencia interna o la validez de constructo, según el criterio de cinco participantes por cada ítem (Hair, Tatham, Anderson, & Black, 1998).

Por tanto, se tomó una muestra de 183 adolescentes saludables con edades comprendidas entre los 12 y 17 años.

La distribución de los participantes según edades correspondió a: 12 años (5.5%) 13 años (7.7%), 14 años (8.2%) 15 años (16.4%) 16 años (33%) 17 años (28.9%)

El 54.6% de la muestra corresponden al sexo femenino y el 45.5% al sexo masculino.

El 49.2% de los participantes eran procedentes de la capital del país, mientras que el restante 50.8 % eran del interior del país.

El método de muestreo fue el de bola de nieve.

En caso de los participantes del interior del país, se estableció contacto con una institución educativa secundaria del departamento de Maldonado donde se realizó la toma de la muestra de 53 estudiantes. En este caso el consentimiento informado lo solicitó la institución por los canales habituales que manejan con los padres o referentes de los menores. La toma de este sector de la muestra fue presencial.

Por otra parte, se estableció contacto con centro juvenil del interior desde donde participan 40 adolescentes más. En este caso, la participación fue por medio de respuesta online, siendo que los cuestionarios fueron digitalizados para obtener la participación de los adolescentes.

El Centro Juvenil se encargó de solicitar los consentimientos informados de sus padres para luego enviarles el enlace a los adolescentes quienes responden los cuestionarios vía web.

Previo a la digitalización de los instrumentos se redacta un encabezado (ver Anexo I) en el cual se informa que las respuestas son parte de un proyecto de investigación de Tesis Doctoral que se realizará con población adolescente con cáncer, aclarando que, en esta oportunidad, se solicita la participación de adolescentes saludables (no portadores de la enfermedad) ya que sus respuestas serán utilizadas para validar las escalas a utilizar en la investigación.

El resto de los 90 participantes de Montevideo, completaron los cuestionarios de la misma forma (online) siendo contactados por multiplicación de redes, se envió el link en primer lugar a la madre o padre del adolescente para que sean ellos quienes, sabiendo la finalidad de la participación y en pleno conocimiento de los cuestionarios, avalaran la participación de sus hijos por medio del reenvío del link de los cuestionarios.

5.2.2.2. Análisis Psicométrico de la escala de Funcionamiento Psicológico Positivo

La escala de Funcionamiento Psicológico Positivo tiene un total de 33 ítems que fueron categorizados en 11 subescalas compuestas por tres ítems cada una, (autoestima, resiliencia, optimismo, creatividad, autonomía, dominio del entorno, vitalidad, propósito vital humor, disfrute y curiosidad) las cuales constituyen un constructo de segundo orden que se dio en llamar FPP, por los autores. El cuestionario evalúa funcionamiento psicológico de las personas. Se responde en escala tipo Likert de 5 puntos que va desde “completamente de acuerdo” a “completamente en desacuerdo”.

Para estos análisis se cuenta con un $n=183$ de adolescentes uruguayos, en edades comprendidas entre 12 y 17 años, varones y mujeres de ciudad e interior, población normal, según detalle anterior.

Para comenzar con el proceso de análisis factorial exploratorio se llevó a cabo un estudio descriptivo de los ítems y se analizó asimetría y curtosis (ver tabla 5.5).

Tabla 5.5.
Asimetría y Curtosis escala de FPP

	M	ST	Asimetría	Mediana	Moda	Índice Asimetría Pearson
item1	3.98	1.11	-1.04	4	5	-0.51
item2	3.80	1.06	-0.70	4	4	0.03
item3	3.70	1.07	-0.67	4	4	-0.04
item4	3.52	1.06	-0.36	4	3	0.69
item5	3.67	1.14	-0.53	4	4	0.18
item6	3.41	1.04	-0.36	4	4	-0.42
item7	3.75	1.04	-0.48	4	4	-0.10
item8	3.86	1.08	-0.53	4	5	-0.77
item9	3.35	0.99	-0.07	3	3	0.33
item10	3.77	1.02	-0.62	4	4	-0.14
item11	4.09	1.24	-1.25	5	5	0.06
item12	3.83	1.10	-0.60	4	5	-0.70
item13	4.16	1.17	-1.41	5	5	-0.09
item14	3.71	1.16	-0.64	4	4	0.25
item15	3.35	1.22	-0.26	3	3	0.89
item16	3.79	1.09	-0.62	4	4	0.12
item17	3.48	1.15	-0.35	4	4	-0.01
item18	3.89	1.17	-0.90	4	5	-0.39
item19	3.69	1.07	-0.68	4	4	-0.04
item20	3.76	1.39	-0.84	4	5	0.16
item21	4.02	1.15	-1.08	4	5	-0.33
item22	3.01	1.27	0.04	3	3	0.65
item23	4.14	1.17	-1.35	5	5	-0.12
item24	4.18	1.10	-1.48	5	5	-0.36
item25	3.87	1.21	-0.84	4	5	-0.25
item26	3.98	1.10	-0.90	4	5	-0.58
item27	3.95	1.22	-1.01	4	5	-0.13
item28	3.57	1.13	-0.51	4	4	0.02
item29	3.77	1.20	-0.62	4	5	-0.41
item30	3.81	1.22	-0.75	4	5	-0.28
item31	3.25	1.15	-0.27	3	3	0.65
item32	3.66	1.07	-0.48	4	4	-0.07
item33	3.87	1.09	-0.81	4	5	-0.69

La distribución es asimétrica negativa ($A < 0$), mientras que la curtosis indica una distribución platicúrtica, menor concentración de los datos entorno a la media ($C < 0$), (Pérez C., 2004). Se complementa la tabla con los datos del coeficiente de asimetría de Pearson, ya que la asimetría es moderada; este dato indica cifras mayoritariamente con sesgo negativo, pero es de destacar que son cercanas al cero. Otros datos confirman que se trata de una distribución asimétrica negativa ($\bar{X} < Md < Mo$)

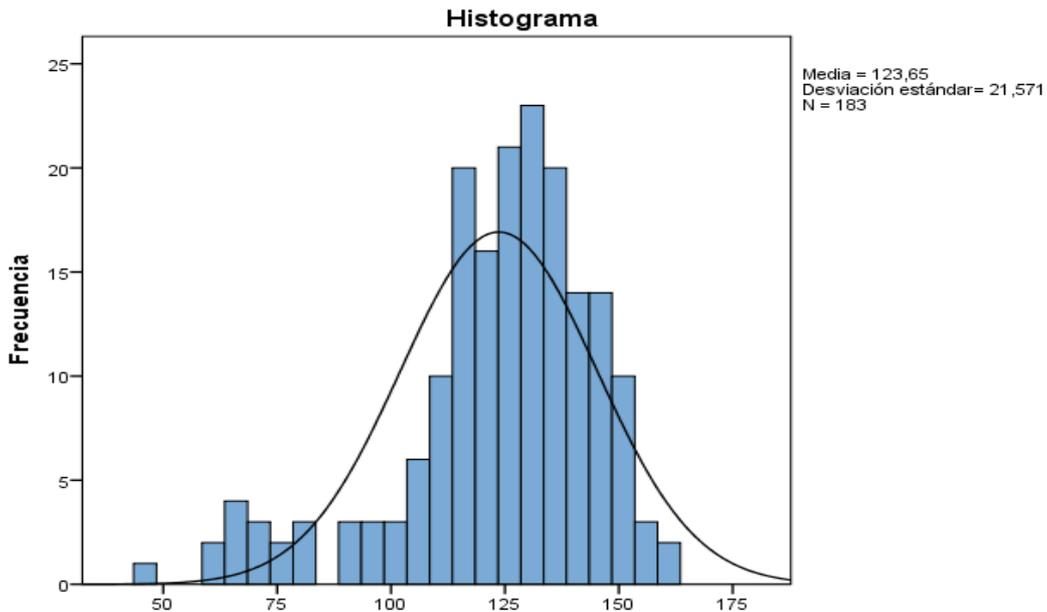


Figura 5.1. Histograma de variable Funcionamiento Psicológico Positivo

Se realizaron pruebas de esfericidad de Bartlett y la media de adecuación muestral KMO para conocer si los ítems están lo suficientemente correlacionados. La prueba de Bartlett arroja un índice significativo, ($\chi^2 = 3073,7$; $gl = 528$; $p < .000$) lo cual permite rechazar la hipótesis nula, mientras que el índice KMO = .898, indica un nivel de adecuación considerado como muy bueno (Llorente et al., 2014), lo cual comprueba la pertinencia del uso de la escala para el análisis factorial. Los resultados arrojan una solución factorial, que explica el 52,29% de la varianza.

Para evaluar la validez de la escala se realizó un análisis factorial exploratorio por medio del método de Cuadrados Mínimos no ponderados (Pérez C., 2004). Este método de estimación es recomendado cuando la muestra es pequeña, en tanto recupera el factor débil en los casos en que el método de máxima verosimilitud falla y el modelo incluye una cantidad mayor de factores (Ximénez & García, 2005).

Cabe destacar que se realizaron los estudios con otros métodos y todos arrojaron una solución factorial de siete dimensiones.

Tabla 5.6.

Estructura Factorial de escala FPP

Ítem	Factor						
	1	2	3	4	5	6	7
1	0,60	0,20	0,25	0,21	0,20	0,05	0,19
2	0,25	0,47	0,05	0,18	0,08	0,04	0,08
3	0,43	0,09	0,15	0,48	0,04	0,30	-0,12
4	0,23	0,31	0,15	-0,02	0,10	0,39	0,25
5	0,70	0,18	0,12	-0,01	0,15	0,28	0,29
6	0,26	0,11	-0,08	0,16	0,26	0,12	0,41
7	0,30	0,18	0,12	0,48	0,20	0,26	0,27
8	0,15	0,19	0,15	0,14	0,53	0,17	0,06
9	-0,09	0,02	0,02	0,05	0,23	0,46	0,08
10	0,11	0,04	0,01	0,01	0,80	0,23	0,12
11	0,24	0,48	0,27	0,24	0,43	0,09	0,06
12	0,07	0,30	0,17	0,12	0,32	0,28	0,01
13	0,28	0,29	0,59	0,29	0,26	0,13	-0,08
14	0,22	0,49	0,28	0,04	0,19	0,25	0,18
15	0,23	0,01	0,20	0,60	0,12	0,25	0,06
16	0,18	0,42	0,14	0,12	0,28	0,18	0,21
17	-0,01	0,13	0,18	0,12	0,19	0,32	0,23
18	0,66	0,22	0,22	0,21	0,24	0,17	0,24
19	0,29	0,20	0,37	0,45	0,04	0,17	0,19
20	0,61	0,03	0,20	0,24	0,21	0,04	0,27
21	0,30	0,35	0,25	0,41	0,26	0,17	0,12
22	-0,16	-0,01	0,10	0,08	0,10	0,09	-0,30
23	0,31	0,32	0,60	0,22	0,19	-0,05	0,02
24	0,17	0,59	0,27	0,32	0,36	0,08	0,13
25	0,14	0,56	0,20	0,25	0,43	0,14	-0,01
26	0,17	0,45	0,10	0,24	0,33	0,22	0,26
27	-0,09	0,17	0,35	0,33	0,28	0,52	0,26
28	-0,07	-0,01	0,33	0,33	0,16	0,39	0,22
29	0,07	0,03	0,77	0,07	0,02	0,31	0,03
30	-0,07	0,33	0,32	0,11	0,09	0,49	0,37
31	0,01	-0,01	0,07	0,10	0,06	0,08	0,59
32	0,28	0,10	0,28	0,53	0,01	0,16	0,26
33	0,11	0,26	0,18	0,62	0,10	0,21	-0,02

Método de extracción: cuadrados mínimos no ponderados.

Método de rotación: Equamax con normalización Kaiser.

Se realizó análisis paralelo basado en mínimo rango del factor (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011), que informa de una única dimensión de segundo orden, lo cual concuerda con los análisis originales de la escala. El gráfico de sedimentación confirma la estructura de segundo orden.

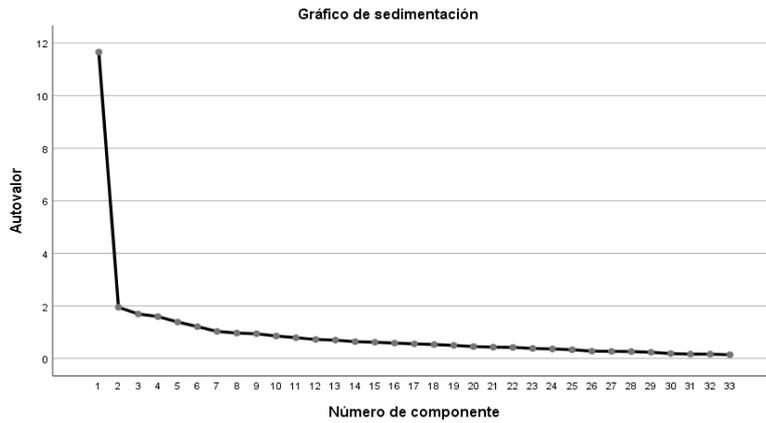


Figura 5.2. Gráfico de sedimentación de escala FPP

El análisis de la calidad de ajuste de los datos a los factores es considerado como muy satisfactorios, ofreciendo valores por encima de los valores de aceptación que indica la literatura (Hair, Anderson, Tathan, & Black, 2004).

Se realizó estudio de carga factorial y comunalidad tomando como referencia un valor mínimo de comunalidad de .35 (Stevens, 1986).

Los estudios de fiabilidad de la escala arrojaron un alfa de Cronbach de .93; a continuación, se presentan los resultados de los totales de elemento, ver Tabla 5.7.

Tabla 5.7.

Estadístico de elemento escala Funcionamiento Psicológico Positivo

Ítem	Media	Varianza	Correlación total corregida	Correlación al cuadrado	Alfa de Cronbach si elemento se suprime
1	119.67	435.13	0.62	0.60	0.93
2	119.85	444.99	0.43	0.34	0.94
3	119.95	440.17	0.54	0.56	0.93
4	120.13	442.12	0.50	0.46	0.93
5	119.98	435.85	0.59	0.67	0.93
6	120.24	446.35	0.41	0.37	0.94
7	119.90	435.74	0.66	0.62	0.93
8	119.79	440.89	0.51	0.51	0.93
9	120.30	453.16	0.26	0.33	0.94
10	119.88	444.32	0.46	0.54	0.94
11	119.56	428.25	0.69	0.62	0.93
12	119.82	441.94	0.48	0.40	0.94
13	119.49	430.58	0.68	0.68	0.93
14	119.94	434.78	0.61	0.54	0.93
15	120.30	437.08	0.52	0.56	0.93
16	119.86	438.53	0.56	0.48	0.93
17	120.17	443.66	0.42	0.36	0.94
18	119.77	429.59	0.71	0.76	0.93
19	119.96	436.16	0.63	0.59	0.93
20	119.89	431.33	0.56	0.59	0.93
21	119.63	430.63	0.70	0.63	0.93
22	120.64	464.18	-0.01	0.20	0.94
23	119.51	433.55	0.62	0.64	0.93
24	119.47	430.74	0.73	0.74	0.93
25	119.78	430.71	0.66	0.63	0.93
26	119.67	434.78	0.64	0.54	0.93
27	119.70	429.69	0.67	0.70	0.93
28	120.08	440.35	0.50	0.46	0.93
28	119.88	440.11	0.47	0.55	0.94
30	119.84	434.48	0.58	0.62	0.93
31	120.40	451.88	0.25	0.35	0.94
32	119.99	437.73	0.59	0.60	0.93
33	119.78	438.53	0.56	0.57	0.93

La correlación ítem-factor es adecuada en la gran mayoría de los ítems, solamente en el ítem 22 se puede observar la disminución de carga, pero al mantener los valores del alfa de cronbach, se resuelve mantener la totalidad de los ítems.

Para corroborar esta solución factorial de siete factores, se realiza un análisis factorial exploratorio (AFE) en el programa MPlus, ingresando la escala con la asignación de once factores, según lo que sugieren los autores de la escala; a efectos de analizar si los datos replicaban la teoría y si los ítems cargan en las dimensiones que indican los autores, para nuestra población. Los resultados arrojaron una solución de siete dimensiones (ver Tabla 5.8), que confirman los datos que ofrecieron los análisis factoriales previos.

Al realizar el análisis de carga factorial del ítem y su correspondiente coherencia teórica, se confirma la solución de siete factores, con buen ajuste (ver Tabla 4.6), donde: Factor 1 se corresponde a Autoestima (α .84), Factor 2 Autonomía (α .87), Factor 3 Resiliencia (α .82); Factor 4 Optimismo (α .82), Factor 5 Curiosidad (α .83), Factor 6 Disfrute (α .83) y Factor 7 Dominio del Entorno (α .87).

Por lo tanto, para esta muestra de estudio, los ítems cargan en siete dimensiones con buen ajuste al modelo y con coherencia teórica de los ítems en cada dimensión.

Tabla 5.8.
Carga factorial (AFE) escala FPP

	autoesti ma	autono mia	resilienc ia	4	optimis mo	6	curiosid ad	8	disfrute	10	dom entorn
U1	0.760	0.256	0.500	0.129	0.581	0.087	0.265	0.186	0.350	-0.005	0.147
U2	0.363	0.147	0.549	0.032	0.486	-0.061	0.273	-0.026	0.096	-0.078	0.061
U3	0.416	0.210	0.376	0.563	0.625	0.043	0.243	0.203	0.374	0.052	-0.026
U4	0.424	0.203	0.441	0.456	0.353	0.145	0.525	-0.119	0.159	0.002	0.157
U5	0.822	0.266	0.516	0.424	0.484	-0.017	0.258	0.051	0.277	-0.023	0.278
U6	0.485	0.322	0.325	-0.005	0.385	0.017	0.281	0.254	-0.124	-0.065	0.322
U7	0.532	0.306	0.534	0.126	0.745	0.428	0.443	0.289	0.191	0.028	0.303
U8	0.353	0.577	0.538	0.094	0.435	-0.037	0.329	0.160	0.205	0.076	0.027
U9	0.056	0.349	0.179	0.341	0.218	0.068	0.373	0.131	0.006	0.115	-0.042
U10	0.360	1.044	0.431	0.071	0.343	0.156	0.320	0.150	0.042	0.006	-0.027
U11	0.476	0.434	0.802	0.072	0.630	0.028	0.466	0.143	0.287	0.102	-0.021
U12	0.271	0.534	0.330	0.170	0.387	0.214	0.406	0.165	0.189	0.006	-0.077
U13	0.445	0.298	0.593	0.059	0.707	0.061	0.455	0.264	0.672	0.006	-0.211
U14	0.427	0.225	0.720	0.174	0.498	-0.007	0.478	0.167	0.257	-0.253	0.103
U15	0.345	0.237	0.374	0.607	0.471	0.073	0.376	0.692	0.274	-0.001	0.053
U16	0.475	0.267	0.514	0.073	0.463	0.314	0.380	0.426	0.173	0.327	0.146
U17	0.280	0.239	0.349	0.004	0.328	0.067	0.461	0.201	0.145	0.463	0.077
U18	0.903	0.300	0.569	0.192	0.699	-0.003	0.341	0.251	0.305	-0.004	0.103
U19	0.515	0.161	0.495	0.180	0.619	-0.020	0.387	0.240	0.535	0.037	0.255
U20	0.776	0.256	0.378	0.105	0.530	0.019	0.182	0.251	0.285	0.104	0.207
U21	0.512	0.370	0.618	0.064	0.796	-0.261	0.461	0.376	0.248	0.037	0.055
U22	-0.191	0.049	-0.009	0.023	0.028	0.237	0.055	0.014	0.114	0.110	-0.408
U23	0.474	0.197	0.654	0.021	0.506	0.016	0.301	0.122	0.714	0.114	0.046
U24	0.434	0.333	0.911	0.080	0.573	-0.027	0.492	0.070	0.223	0.335	0.081
U25	0.365	0.415	0.821	0.065	0.624	0.090	0.474	0.061	0.221	0.004	-0.073
U26	0.483	0.363	0.724	0.018	0.576	0.133	0.564	0.260	0.044	0.034	0.076
U27	0.287	0.346	0.657	-0.182	0.602	0.054	0.811	0.275	0.183	0.097	0.010
U28	0.252	0.211	0.314	0.044	0.414	0.238	0.588	0.569	0.323	0.216	0.075
U29	0.243	0.151	0.340	0.207	0.403	-0.014	0.488	0.318	0.765	-0.034	-0.006
U30	0.293	0.208	0.529	0.096	0.479	-0.189	0.839	0.199	0.147	-0.020	0.122
U31	0.267	0.188	0.185	0.003	0.138	0.049	0.333	0.113	0.029	0.081	0.666
U32	0.463	0.124	0.431	0.161	0.636	0.025	0.354	0.262	0.389	0.319	0.380
U33	0.221	0.204	0.451	0.075	0.782	0.008	0.426	0.263	0.215	0.331	-0.081

El ítem 22 está invertido.

Tabla 5.9.
Matriz de Correlaciones entre los factores escala FPP

	Autoestima	Autonomía	Resiliencia	Optimismo	Curiosidad	Disfrute	Dom Ent
Autoestima	1.00	.40	.59	.66	.46	.57	.27
Autonomía		1.00	.54	.41	.46	.34	.29
Resiliencia			1.00	.68	.71	.63	.33
Optimismo				1.00	.64	.71	.33
Curiosidad					1.00	.58	.39
Disfrute						1.00	.20
Dom.Entor							1.00

Por último, se estimó la fiabilidad de la escala, obteniendo un índice de Alfa de Cronbach de .93 siendo un índice muy aceptable.

Los índices de ajuste de la Escala con el presente modelo de agrupamiento de los ítems en siete dimensiones de acuerdo con su carga factorial, indican valores aceptables: $\chi^2=5222.96$, $p=.00$, $CFI=.991$, $TLI=.97$, y $RMSEA=.09$.

Estos resultados indican un buen ajuste del modelo con adecuada carga factorial de los ítems en los factores encontrados.

Esta solución factorial, organizada en las siete dimensiones explica el 62.15% de la varianza, lo cual es considerado como satisfactorio ya que en ciencias sociales se toma como referencia mínima el 60% de la varianza total. (Hair et al., 2004)

Con el objetivo de poner a prueba las dimensiones encontradas en el AFE de la escala de Funcionamiento Psicológico Positivo, se lleva a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC), utilizando el paquete estadístico Mplus versión 8.1.

Los valores que reporta el análisis son: $\chi^2=5222.96$, $p=.0$, $CFI=0.941$, $TLI=0.936$, y $RMSEA=.011$.

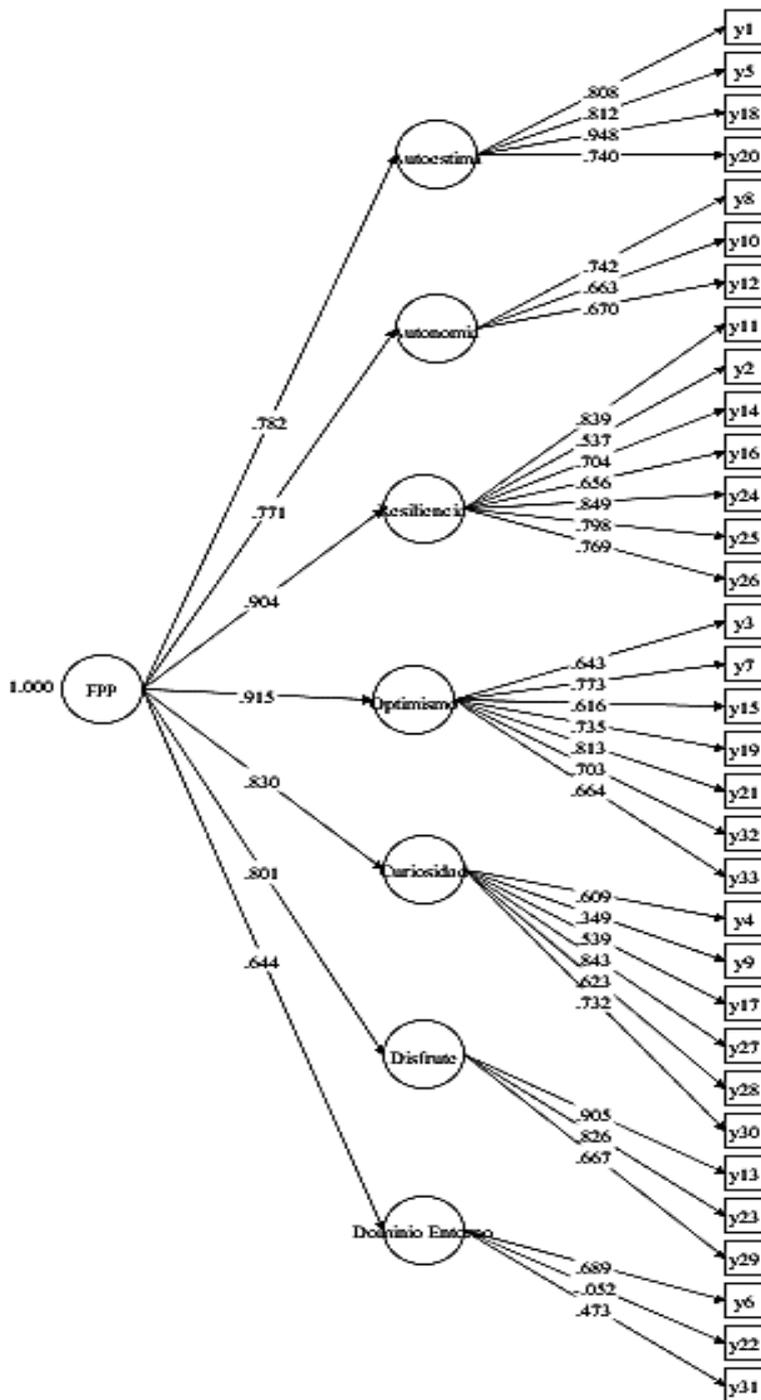


Figura 5.3. Diagrama de Análisis Factorial Confirmatorio. Modelo de medición y cargas factoriales Escala Funcionamiento Psicológico Positivo.

Los análisis de dimensionalidad y fiabilidad realizados nos permiten afirmar que la escala puede ser utilizada para la evaluación del Funcionamiento Psicológico Positivo en población adolescente uruguaya.

5.2.2.3. Análisis Psicométrico de la escala de Regulación Emocional. ERQ-CA

Si bien, como se señaló en los antecedentes psicométricos de la escala, se establece que la técnica fue adaptada y validada para Uruguay por Blanco (2007), se señala que el dato se reporta en calidad de estudio previo relevante por tratarse de población uruguaya y por haber hecho la adaptación lingüística, con traducción cruzada siguiendo todos los criterios científicamente requeridos, no obstante, se resuelve volver a realizar las pruebas estadísticas de validación por dos motivos:

- a) En primer lugar, porque los datos de adaptación y validación de la tesis de Blanco, (2007) no están, aún, publicados en revistas indexadas y arbitradas.
- b) La muestra que utilizó la autora en su tesis se enmarca en población universitaria con una $M=21$ años, mientras que en el presente estudio se trabajará con población adolescente.

Para evaluar la validez factorial del ERQ-CA en población adolescente uruguaya, se contó con una muestra de $n=183$ en edades comprendidas entre los 12 y 17 años; según detalle al inicio del capítulo.

Inicialmente se realizó estudio de normalidad de la distribución de los datos (figura 5.4), así como en tabla 5.10, los valores de asimetría y curtosis reportados oscilan en el rango de -1, 1 dando cuenta de la adecuación de utilizar matrices policóricas y el método de estimación de mínimos cuadrados no ponderados (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2014).

Tabla 5.10.

Medias, desvíos, asimetría y curtosis de la Escala ERQ-CA

	Media	DE	Asimetría	Curtosis
Item1	3.43	1.22	-.39	-.69
Item2	2.62	1.22	.30	-.87
Item3	3.42	1.17	-.35	-.76
Item4	1.52	.79	1.42	1.19
Item5	3.37	1.16	-.32	-.72
Item6	2.62	1.22	.30	-.84
Item7	3.14	1.23	-.20	-.86
Item8	2.99	1.17	-.05	-.76
Item9	2.83	1.28	.19	-.96
Item10	2.98	1.21	-.10	-.86

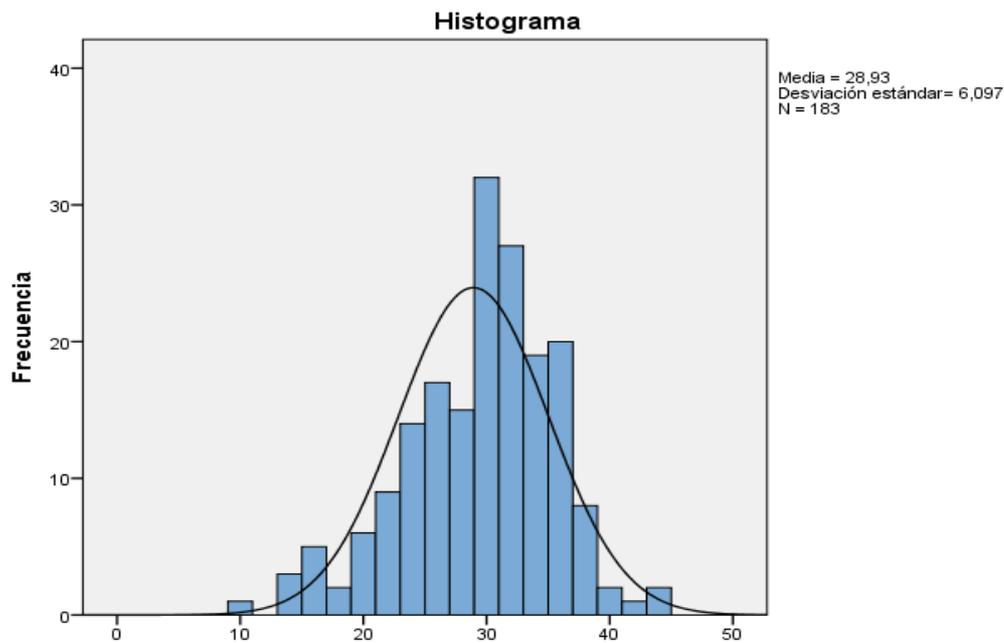


Figura 5.4. Histograma de Variable Regulación Emocional

Se lleva a cabo estudio de índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = .75) y la prueba de esfericidad de Barlett ($\chi^2 = 428.90$; $p = 0$), los cuales indican que es pertinente realizar el AFE.

Se establece el número de factores en dos ya que es lo esperado desde el punto de vista teórico, los cuales explican el 50.34% de la varianza.

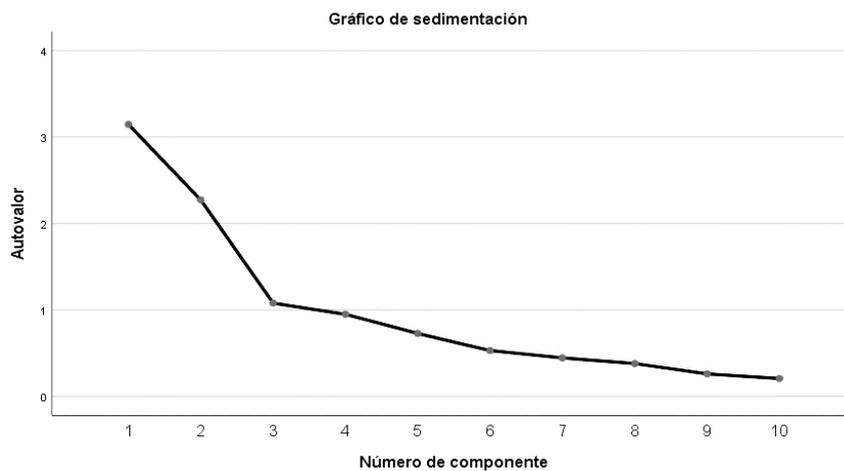


Figura 5.5. Gráfico de sedimentación de escala ERQ-CA

Tabla 5.11.
Estructura factorial de la Escala ERQ-CA

	Factor	
	1	2
Item1	.59	-.02
Item2	.05	.58
Item3	.56	.02
Item4	-.02	.34
Item5	.58	-.14
Item6	.04	.68
Item7	.72	-.09
Item8	.69	.02
Item9	.07	.64
Item10	.66	.05

Método de extracción: cuadrados mínimos no ponderados.

En la tabla 5.11, se observa la carga factorial de los ítems del cuestionario ERQ-CA.

Los ítems cargan claramente en uno de los dos factores y todos tienen un valor por encima de .30 lo cual indica mantener el total de los ítems

Tabla 5.12

Matriz de correlaciones entre los factores de la escala ERQ-CA

		REESTCOG	SUPREMOC
REESTCOG	Correlación	1	,534**
SUPREMOC	Correlación d	,534**	1

** . La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

Dichos hallazgos mostraron una sólida validez factorial del instrumento, los cuales se corresponden a: factor 1 Reestructuración cognitiva y factor 2 Supresión emocional que concuerdan con el instrumento original.

Para evaluar la consistencia interna de las dimensiones del ERQ-CA se calculó el índice alfa de Cronbach = .75, por tanto, muestra tener un coeficiente satisfactorio

Con el objetivo de poner a prueba la escala ERQ-CA se llevó a cabo análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizando el paquete MPlus versión 8.1.

Los resultados reportan claramente dos factores, con los siguientes datos: $\chi^2= 888.39$, $p = .00$, $CFI= 0.95$, $TLI= 0.93$, $GFI=0.94$ y $RMSEA= 0.079$.

Estos resultados indican un buen ajuste al modelo propuesto, lo cual demuestra ser un instrumento confiable para medir la regulación emocional en adolescentes uruguayos.

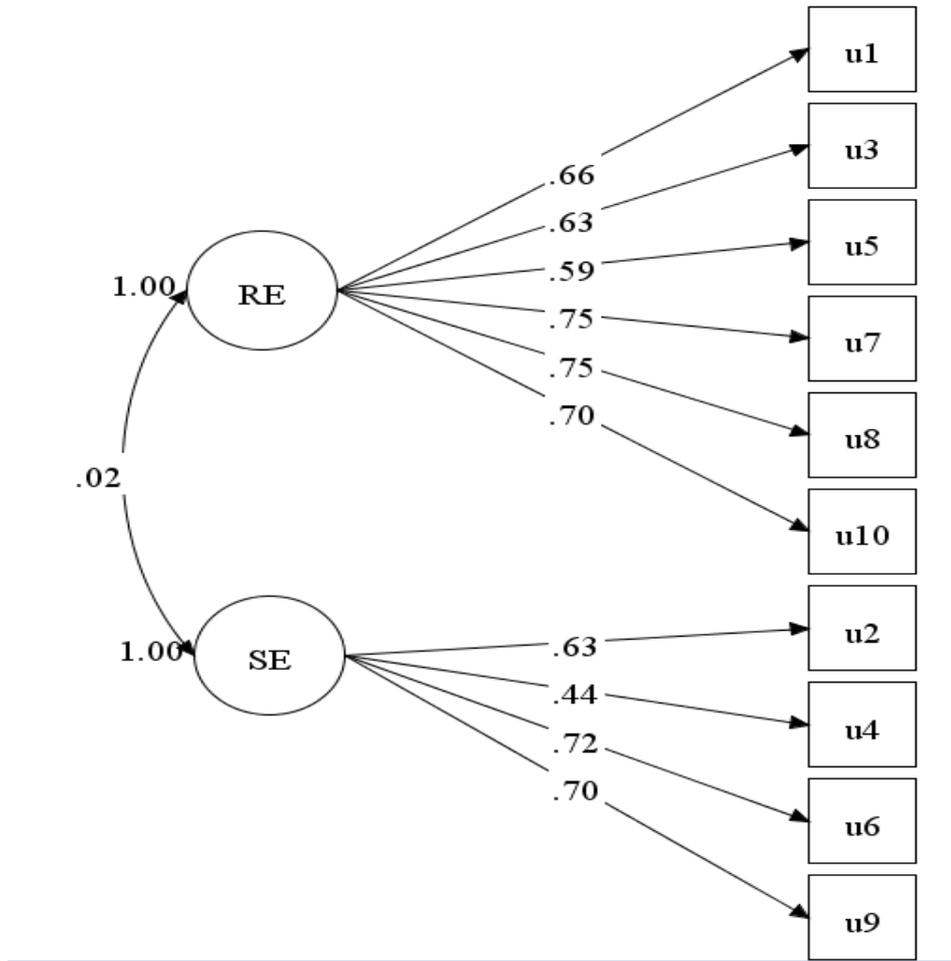


Figura 5.6. Diagrama de Análisis Factorial Confirmatorio. Modelo de medición y cargas factoriales Escala de regulación emocional ERQ-CA

Estos datos coinciden con la validación portuguesa del cuestionario (Teixeira, Silva, Tavares, & Freire, 2014). Esta investigación se llevó a cabo con un $n=809$ adolescentes portugueses.

5.2.2.4. Análisis Psicométrico de la escala de Estrategias de Afrontamiento-Brief-Cope

La escala Brief Cope en su versión en español (Perczek, Carver, Price & Pozo-Kaderman, 2000), mide las estrategias de afrontamiento. Tiene un total de 24 ítems que fueron categorizados en 12 subescalas compuestas por dos ítems cada una. La escala evalúa la frecuencia de conductas y pensamientos para afrontar situaciones. Se responde en escala tipo Likert de 4 puntos que va desde “no hice esto en lo absoluto” a “hice esto con mucha frecuencia”

Se realizó un estudio descriptivo de los ítems. Se analizaron, en primer lugar, la asimetría y curtosis (ver tabla 5.13).

Tabla 5.13.

Asimetría y Curtosis de la escala Brief- Cope

	Media	Desviación	Asimetría	Curtosis
Item1	2.43	.89	.09	-.73
Item2	2.76	.90	-.40	-.55
Item3	1.92	.97	.77	-.46
Item4	1.28	.67	2.49	5.60
Item5	2.90	1.03	-.45	-1.02
Item6	1.63	.84	1.24	.77
Item7	2.90	.95	-.50	-.66
Item8	1.85	.94	.86	-.23
Item9	2.15	.98	.46	-.80
Item10	1.22	.63	3.12	9.45
Item11	2.50	.98	-.00	-1.01
Item12	2.67	.96	-.18	-.91
Item13	3.03	1.04	-.76	-.65
Item14	1.73	.87	1.14	.64
Item15	2.66	.95	-.32	-.80
Item16	2.12	1.11	.46	-1.19
Item17	2.69	.96	-.19	-.92
Item18	2.99	.95	-.63	-.56
Item19	2.68	.97	-.23	-.90
Item20	1.92	1.13	.79	-.90
Item21	2.91	1.01	-.58	-.77
Item22	2.82	.94	-.35	-.77
Item23	2.03	1.21	.62	-1.25
Item24	1.87	1.01	.87	-.43

El análisis de los datos de asimetría y curtosis permite ver que la distribución no es normal y por tanto se debería utilizar matrices policóricas y el método de estimación de mínimos cuadrados no ponderados (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2014).

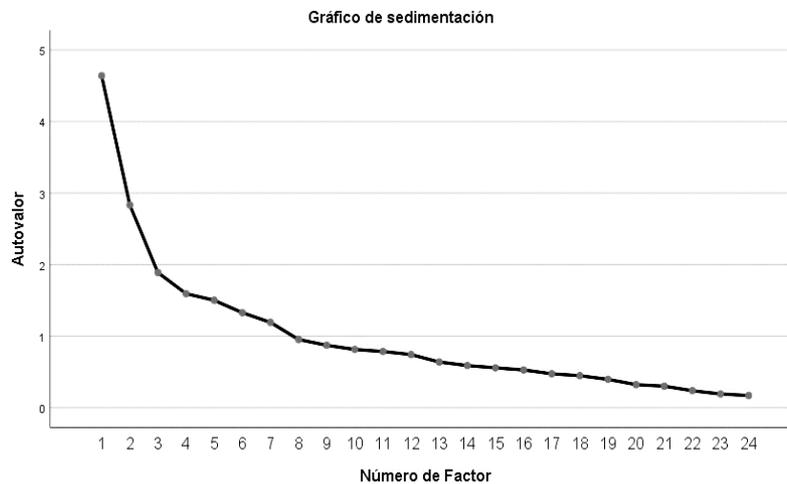


Figura 5.7. Gráfico de sedimentación escala Brief-Cope

Se calculó la consistencia interna del inventario con los 24 reactivos y se obtuvo un alfa de Cronbach de .797. El resultado del estadístico KMO fue de .67 y la prueba de esfericidad de Barlett resultó significativa ($\chi^2 = 1430,166$; $gl = 276$; $p = .00$).

Se procedió a realizar la estructura factorial sin asignar cantidad de factores determinados, arrojando un resultado de siete factores, sin embargo, esta solución resultó inadmisiblesiendo la estructura teóricamente incoherente. Por lo tanto, se realizó el mismo análisis con la asignación de los once factores que recomiendan los autores.

Mediante el análisis factorial exploratorio (AFE) se aplicó el método de extracción de análisis de los componentes principales (PCA) con rotación Varimax, siendo el método más utilizado (Llorente, Ferreres, Hernández, & Tomás, 2014). Dicho estudio arrojó doce factores que explicaron 79,78 % de la varianza total. A fin de confirmar la inclusión de cada reactivo al factor, se usó como criterio una carga factorial mayor o igual a .40 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999). De este procedimiento estadístico resultó una estructura de doce componentes

que cuenta con el 64,51% de la varianza explicada valores similares a los que reportan los autores del inventario.

Tabla 5.14.
Relación ítem-factor de la escala Brief-Cope

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	53.25	88.73	.31	.79
Item2	52.92	86.70	.43	.78
Item3	53.76	90.09	.20	.79
Item4	54.39	92.36	.15	.79
Item5	52.78	85.91	.40	.78
Item6	54.05	92.16	.12	.79
Item7	52.78	87.24	.37	.78
Item8	53.83	91.21	.15	.79
Item9	53.53	87.39	.35	.78
Item10	54.45	93.10	.10	.79
Item11	53.17	83.94	.54	.77
Item12	53.01	87.11	.37	.78
Item13	52.64	85.51	.42	.78
Item14	53.95	91.83	.13	.79
Item15	53.02	86.15	.43	.78
Item16	53.56	86.99	.31	.79
Item17	52.99	85.95	.44	.78
Item18	52.68	89.52	.24	.79
Item19	52.99	86.86	.38	.78
Item20	53.76	84.96	.40	.78
Item21	52.77	86.14	.40	.78
Item22	52.86	86.47	.42	.78
Item23	53.64	85.10	.36	.78
Item24	53.81	86.79	.37	.78

Si bien según datos de la tabla 5.14, la carga factorial de algunos ítems (4, 6, 8, 10) en su relación con el factor no fueron significativas, como no se ve reflejado en el aumento significativo en el valor del Alfa de Cronbach eliminando el mismo, se resuelve mantener la totalidad de los ítems. Ser realiza el análisis de la carga factorial de los ítems con el método de rotación Varimax, siendo claro el peso factorial en cada dimensión.

Tabla 5.15.
Análisis de carga factorial escala Brief-Cope

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Item1	0,14	0,04	-0,09	0,03	0,08	-0,02	0,15	0	0,08	0,91	0,05	0
Item2	0,65	0,04	-0,02	0	0,2	-0,05	0,21	-0,05	0,06	0,25	0,06	0,25
Item3	-0,06	-0,01	0,21	0,01	0,11	-0,02	-0,08	0,81	0,12	0,03	0,19	0,04
Item4	0	0,01	0,91	0,1	0,03	0,09	-0,02	0,07	0	-0,07	0,01	-0,01
Item5	0,12	0,9	0,02	0	0,08	-0,01	0,05	0	0,09	0	0,1	-0,04
Item6	-0,08	-0,08	0	0,06	0,1	0,79	0,02	0,09	-0,04	-0,14	0,2	-0,05
Item7	0,83	0,15	-0,1	0,01	0,05	-0,06	0,06	-0,09	0,03	0,05	0,1	0,08
Item8	-0,03	0,13	0,01	0,02	0	0,27	-0,04	0,83	0	-0,01	-0,15	-0,04
Item9	0,13	0,34	-0,02	0,27	0,26	0,36	-0,03	0,01	-0,12	0,21	0,07	-0,55
Item10	-0,03	0	0,92	0,06	-0,03	0,02	-0,04	0,11	-0,02	-0,01	0,07	-0,03
Item11	0,31	0,16	0,07	0,17	0,03	0,13	0,07	0,14	0,58	0,25	0,19	-0,02
Item12	0,1	0	0,07	0,11	0,07	-0,13	0,2	0,01	0,28	-0,04	0,7	-0,17
Item13	0,03	0,87	-0,01	0,02	0,07	-0,04	0,08	0,11	0,13	0,05	0,09	0,15
Item14	-0,14	0,01	0,13	-0,02	-0,04	0,82	0,04	0,11	0,14	0,1	-0,05	0,01
Item15	0,08	0,15	-0,07	0,17	0,18	0,02	0,13	0,04	0,8	0	0,02	0,11
Item16	0,1	-0,01	0,12	0,89	-0,05	0,03	0,02	0	0,06	-0,01	0,14	-0,01
Item17	0,08	0,21	0,1	0,14	0,1	0,14	0,1	0,03	0,11	0,85	0,07	-0,05
Item18	0,21	0,11	-0,18	-0,04	-0,14	-0,05	0,73	-0,1	0,09	0,05	0,21	0
Item19	0,27	0,32	-0,09	0,22	0,19	0,06	0,01	0	0,06	0,09	-0,04	0,7
Item20	0,12	0,07	-0,08	-0,05	0,84	0,04	0,01	0,14	0,15	0,08	0,08	0
Item21	0,12	0,04	0,04	0,07	0,15	0,18	0,81	-0,08	0,17	0,12	-0,09	0
Item22	0,18	0,03	0,1	0,19	0,2	-0,19	0,53	0,14	-0,23	0,09	0,46	0,16
Item23	0,1	0,08	0,07	0,03	0,88	0,01	0,04	-0,03	0,03	0,01	0,01	0,05
Item24	0,01	0,05	0,05	0,89	0,04	0,02	0,05	0,02	0,17	0,05	0	0,07

Tabla 5.16.
Matriz de correlaciones entre los factores

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12
F1	1.00	.56	.33	.39	.10	.27	.23	.32	-.10	.32	-.10	-.20
F2		1.00	.30	.44	.22	.25	.17	.28	-.02	.24	.05	-.17
F3			1.00	.31	.32	.27	.33	.38	.17	.33	.02	.11
F4				1.00	.10	.10	.17	.31	-.13	.19	-.10	.04
F5					1.00	.03	.08	.20	.06	.28	.19	.08
F6						1.00	.21	.23	.13	.34	.00	.07
F7							1.00	.30	.12	.39	.00	-.01
F8								1.00	.08	.34	.01	.12
F9									1.00	.10	.24	.25
F10										1.00	-.02	.14
F11											1.00	.14
F12												1.00

El análisis teórico de cada factor, se corresponde con: factor 1 afrontamiento activo (alfa de Cronbach .67), factor 2 apoyo emocional con un α .67, factor 3 uso de sustancias con α .65, factor 4 uso de humor con α .68, factor 5 espiritualidad/religión con α .69, factor 6 desvinculación comportamental (α .68), factor 7 aceptación con α .68, factor 8 negación (α .67), factor 9 reinterpretación positiva (α .71), factor 10 autodistracción (α .66), factor 11 planificación (α .71), factor 12 expresión emocional (α .71). Considerando que el coeficiente del alfa de Cronbach se ve afectado por la cantidad de ítems y siendo que este inventario cuenta con un total de dos ítems por factor, los valores finales se entienden que son aceptables.

Finalmente se realizó análisis factorial confirmatorio (AFC) con el programa Mplus versión 8.1. Los estadísticos de bondad de ajuste que arrojaron indican un modelo que ajusta de manera moderada, informando cifras que corresponden a: *Chi Square* 229.13, $p= .01$, *RMSEA* 0.47, *CFI* 0.94, *TLI* 0.91.

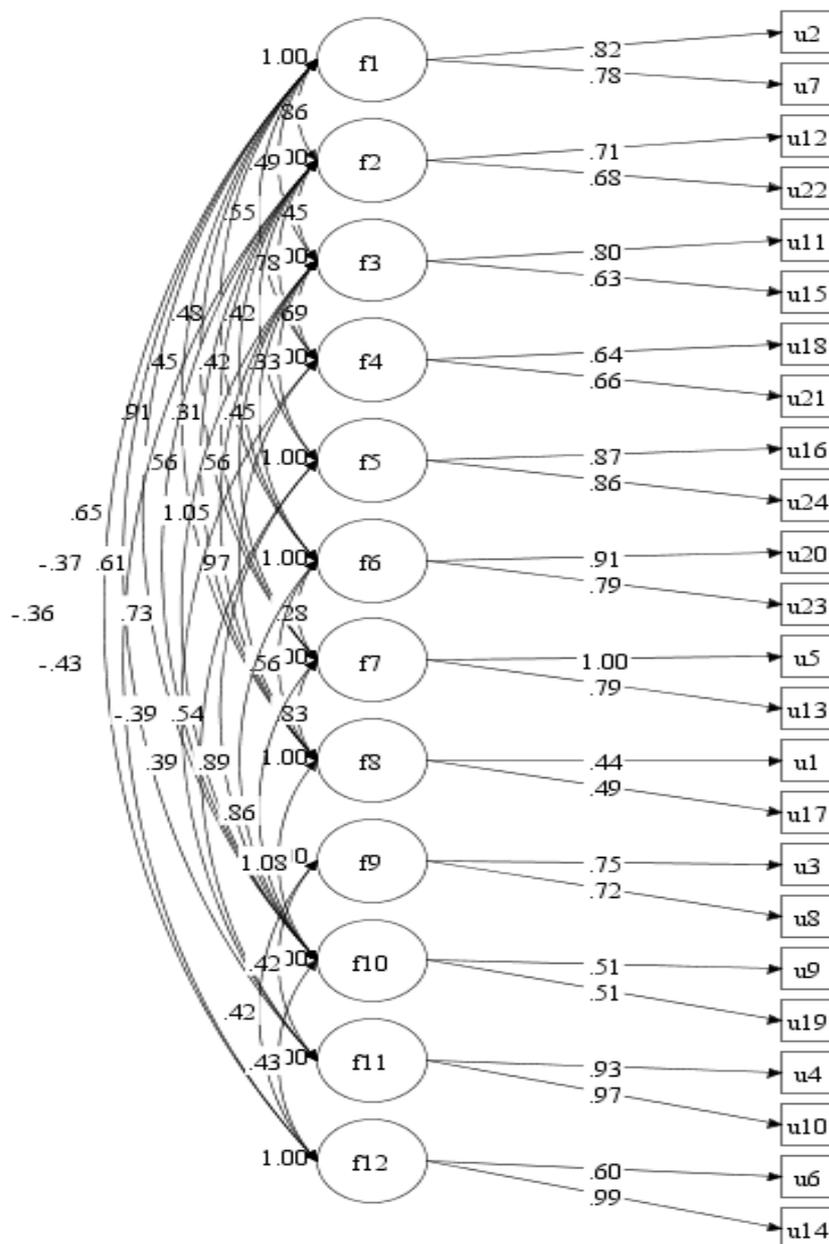


Figura 5.8. Diagrama de Análisis Factorial Confirmatorio. Modelo de medición y cargas factoriales Escala Brief-Cope.

Por tanto, la escala Brief-Cope en su versión al español, resulta ser un instrumento válido para medir las estrategias de afrontamiento en adolescentes uruguayos.

5.2.2.5. Análisis Psicométrico de la escala de Ajuste Mental al cáncer- MINI-MAC

La escala Mini-Mac, es un inventario compuesto por 29 ítems, que se responden por una escala tipo Likert de 4 puntos con 5 dimensiones: 8 para la escala de desesperanza/desamparo, 8 para preocupación ansiosa, 4 en escala de espíritu de lucha, 4 para escala de evitación cognitiva y 5 para el fatalismo.

Todas las pruebas estadísticas de validación de los instrumentos se realizaron con la muestra de Adolescentes Saludables ($n= 183$), siendo que la muestra clínica quedo reducida a $N=33$, por haber tasas menores de adolescentes en tratamiento. La muestra clínica se tomó durante el mes de marzo de 2017 al mes de agosto de 2018.

En el caso puntual del inventario MINI MAC, si bien también fue respondido por la muestra de adolescentes saludables “como si tuvieras cualquier enfermedad”, lo cierto es que no la tienen, por lo tanto, los datos que arroje la muestra de los saludables es relativa en el sentido que se les piden que imaginen una situación que no la están viviendo.

Considerando que se trata de un instrumento que mide específicamente Adaptación a la enfermedad, realizar los análisis de datos con la muestra de adolescentes saludable no es adecuado, por los motivos anteriormente mencionados y realizarlo con la muestra clínica tampoco sería pertinente por el tamaño de la muestra que no es representativa para extraer conclusiones respecto a la validez del cuestionario.

Por lo tanto, se decidió, en este caso puntual, tomar los datos que ofrecen investigaciones que utilizaron dicho instrumento y asumir la solución estadística que reporta la autora de este. No obstante, se dan cifras generales de esta muestra, haciendo la especial salvedad que no son datos confiables por tratarse de participantes saludables cuando el instrumento evalúa sujetos en tratamiento.

El inventario reporta un Alfa Cronbach de .906, por lo que se entiende que es un instrumento confiable.

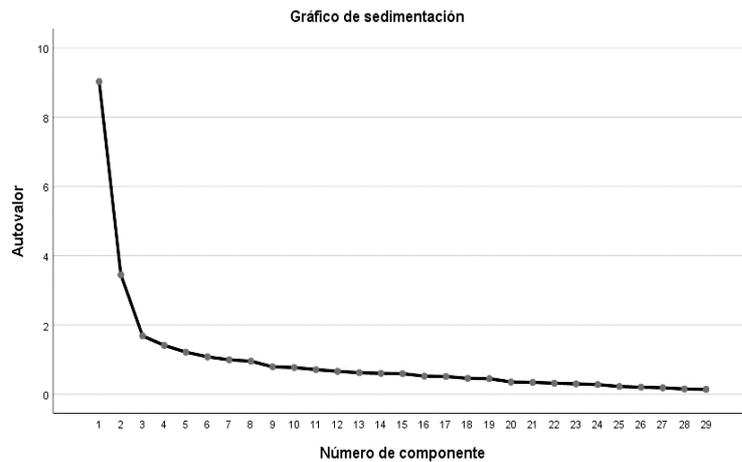


Figura 5.9. Gráfico de sedimentación escala MINI-MAC

La prueba de medida Kaiser-Meyer-Olkin para esta muestra arrojó un valor aceptable de .886 explicando el 61.63% de la varianza. La prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un $\chi^2 = 2662,07$; $gl = 406$; $p < .000$, lo cual rechaza la hipótesis nula.

Los ítems tienen cargas significativas en los factores, por encima de .35 (Stevens, 1986)

Los factores que indica la autora del instrumento son cinco, de los cuales se calculan los alfa de Cronbach para esta muestra, siendo todos significativos: ID (indefensión/desesperanza $\alpha .76$); PA (preocupación ansiosa, $\alpha .65$); EN (evitación/negación $\alpha .68$); EL (espíritu de lucha $\alpha .714$) y FAE (fatalismo aceptación estoica, $\alpha .74$)

Estos datos concuerdan con investigaciones recientes, como la llevada a cabo en Colombia que arroja valores superiores a $\alpha .60$ en los factores encontrados (Roman & Krikorian, 2015).

Capítulo 6.

Resultados de Investigación

6.1. Características sociodemográficas de la muestra de investigación

La muestra clínica, objeto de estudio de esta investigación, estuvo compuesta por 33 adolescentes uruguayos en tratamiento por cáncer, que recibían atención en la Fundación Pérez Scremini, centro de referencia a nivel nacional del cáncer infantil.

Las edades de los participantes oscilaban entre los 12 y 17 años, con la siguiente distribución: 12 años (9.1%) 13 años (12.1%) 14 años (9.1%) 15 años (24.2%) 16 años (15.2%) 17 años (30.3%).

El 48.5 % eran al sexo femenino, mientras que el 51.5 % eran del sexo masculino.

Por otra parte, el 33.3 % de los participantes eran de la capital del país y el 66.7% eran procedentes del interior del país. Su nivel socio económico reportó a un 3% alto, 81.8% nivel medio y un 15.2% como bajo del total de la muestra.

En relación con el nivel educativo de los padres de los integrantes de la muestra, se encontró que el 36.4% tenía primaria completa, el 27.3% secundaria completa, 12.1% escuela técnica, 6.1% estudios universitarios y 6.1% no había cursado estudios formales.

Las madres, por su parte, en cuanto a nivel máximo de educación formal alcanzado, reportaron: 30.3 % primaria completa, 48.5 % secundaria completa, 3% escuela técnica, 15.2% universitarios y 1% sin estudios formales.

En la tabla siguiente (6.1.) se muestra la distribución categorial de los padres, según actividad laboral.

Tabla 6.1.
Actividad laboral de los padres

	Padre	Madre
Empleado	18.3%	12.1%
Desempleado	6.1%	
Ama de casa		51.5%
Actividad con formación previa	15.2%	21.2%
Actividad sin formación previa	3%	9.1%
Actividad manual	24.2%	
Actividad rural	6.1%	
Policía o militar	6.1%	6.1%
No sabe no contesta	21.1%	

La creencia religiosa de los participantes de la muestra estuvo compuesta por: 57.6 % creyentes/ religiosos y el 42.4 % como no creyentes.

En cuanto a los datos de salud de los participantes: solamente el 9.1 % informó de enfermedades previas, mientras que el 90.9 % no presentaron enfermedades.

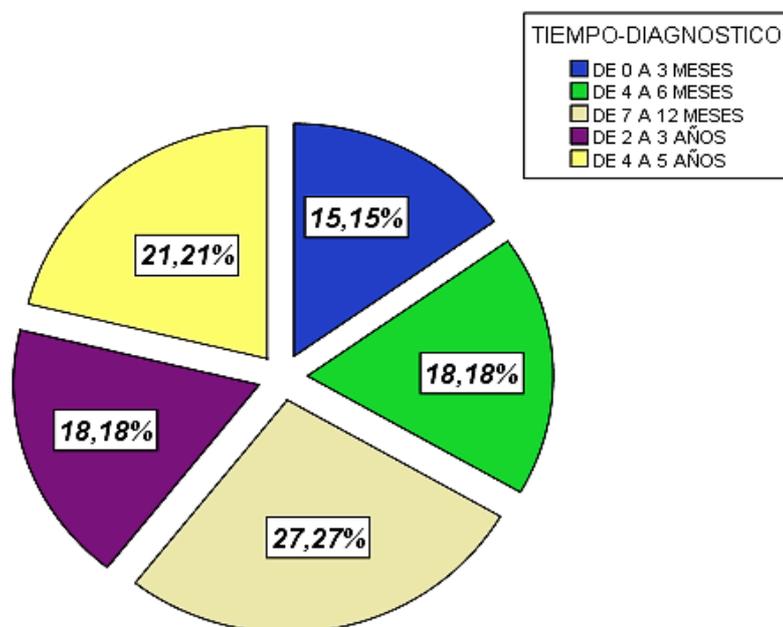


Figura 6.1. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico

En cuanto al tiempo de ingreso en el correr del último año hasta el momento del estudio: el 39.4% no había tenido internaciones habiendo recibido tratamiento ambulatorio, el 27.3% habían estado internados una semana o menos, el 3% estuvo internado menos de un mes, el 27.3% estuvo internado de uno a tres meses y el 3 % restante más de seis meses.

El 63.6 % de los participantes habían sido sometidos a cirugías.

Con relación a los tratamientos médicos que recibieron los participantes de esta investigación, se informó (tabla 6.2):

Tabla 6.2.
*Pacientes sometidos a tratamientos de Quimioterapia y Radioterapia.
Frecuencias y ciclos.*

	Quimioterapia		Radioterapia	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	84.8	9	27.3
No	5	15.2	24	72.7
sin ciclos	5	15.2		
de 1 a 3 ciclos	1	3		
de 3 a 5 ciclos	8	24.2		
más de 5 ciclos	19	57.6		
sin sesiones			28	84.8
de 1 a 20 sesiones			3	9.1
más de 20 sesiones			2	6.1

El 84.8 % de los participantes reportó no haber tenido antecedentes personales de cáncer. No obstante, en lo que refiere a los antecedentes familiares de cáncer se informó una mayor frecuencia, tal como se puede observar en la Figura 4.9.

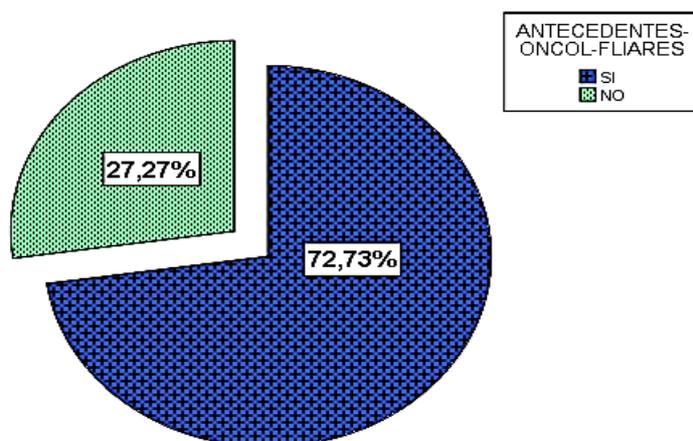


Figura 6.2. Antecedentes familiares de cáncer

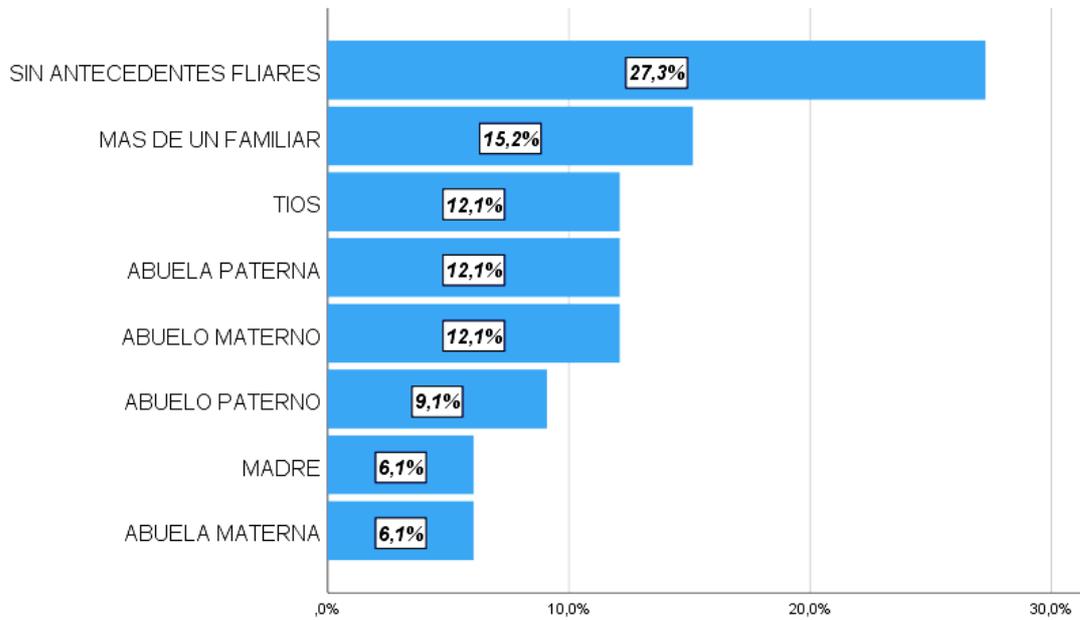


Figura 6.3. Composición de los antecedentes familiares de cáncer

Finalmente, en lo que respecta a la situación de salud, los participantes fueron informados de su enfermedad y tratamiento, en un 98% por el médico tratante, el 1% por sus padres y el 1% por el psicólogo.

Por otra parte, en cuanto a la salud mental de los adolescentes participantes el 51.5% nunca hizo psicoterapia, el 33.3% hizo terapia en el pasado y solamente el 15.2% está actualmente en algún espacio terapéutico, al momento del estudio.

6.2. Análisis descriptivo de las variables de estudio

Previo a presentar el detalle de los estudios comparativo de las variables, se realizan las pruebas de normalidad de las variables para considerar como se distribuyen las mismas y luego seleccionar el estadístico de correlaciones adecuado a dicho resultado.

Se realizó prueba de normalidad para la primera variable FPP, según tabla 6.3., por medio de la prueba de Shapiro-Wilk; se elige esta prueba ya que es la recomendada teniendo en cuenta el tamaño de la muestra ($N < 50$).

Tabla 6.3.
Prueba de normalidad de FPP

	Shapiro-Wilk	Sig.
funcionamiento psicológico positivo	.92	.03

Según los datos de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, (Tabla 6.3) las variables de FPP, con un valor de $p < \alpha$, orientó a que se rechace la hipótesis nula y acepta la hipótesis alternativa que ambas variables difieren de la distribución normal.

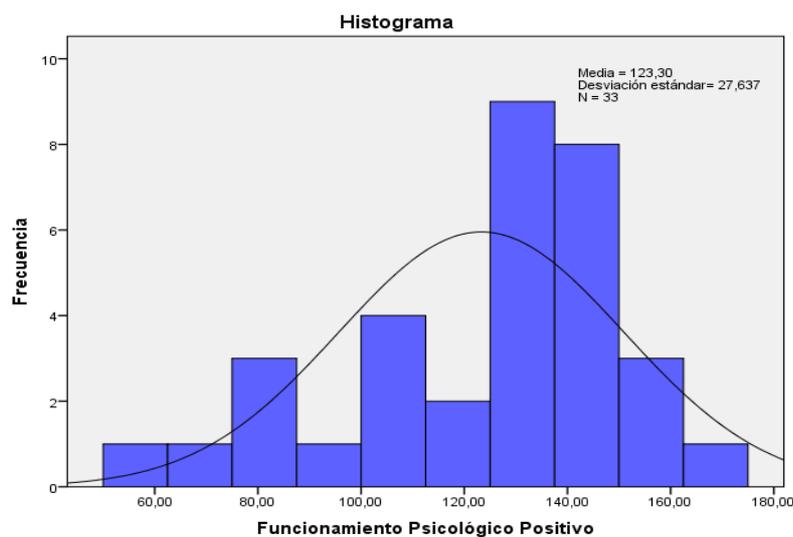


Figura 6.4. Histograma prueba de normalidad FPP

La prueba de normalidad de la segunda variable, Regulación Emocional, arroja los siguientes datos:

Tabla 6.4.
Prueba de normalidad Shapiro-Wilk para la variable de regulación emocional

	Estadístico	Sig.
Regulación Emocional	.96	.45

Observando los resultados del grado de significancia (Sig.>0.05), (Tabla 6.4), sugieren la aceptación de la hipótesis nula, por tanto, se demuestra que la variable de RE presenta una distribución normal.

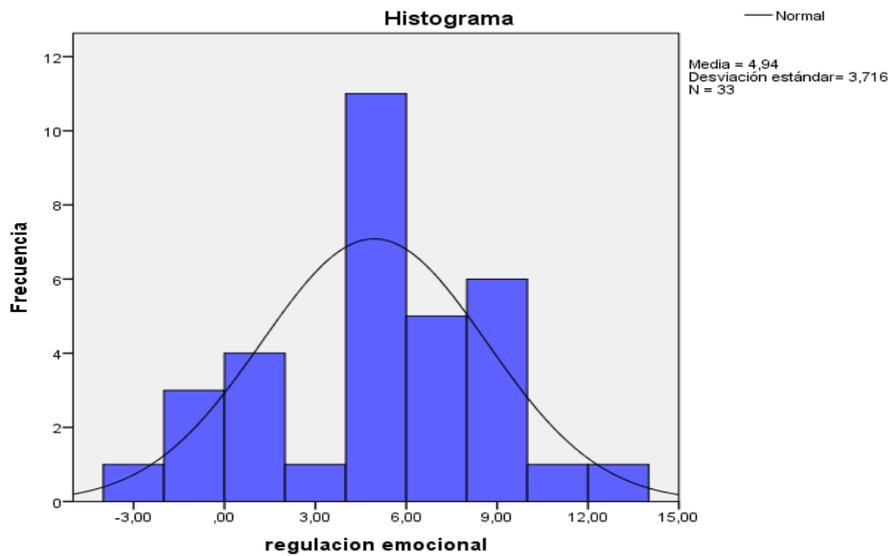


Figura 6.5. Histograma prueba de normalidad Regulación Emocional

Continuando con el estudio de distribución normal de las variables se realiza el estadístico Shapiro-Wilk para la variable de EA, en tabla 6.5.

Tabla 6.5.
Prueba Shapiro-Wilk para variables estrategias de afrontamiento

	Estadístico	Sig.
Estrategias de Afrontamiento	.98	.99

Estos resultados, indican que se acepta la hipótesis nula por tanto se concluyendo que los datos de esta muestra en EA se distribuyen normalmente.

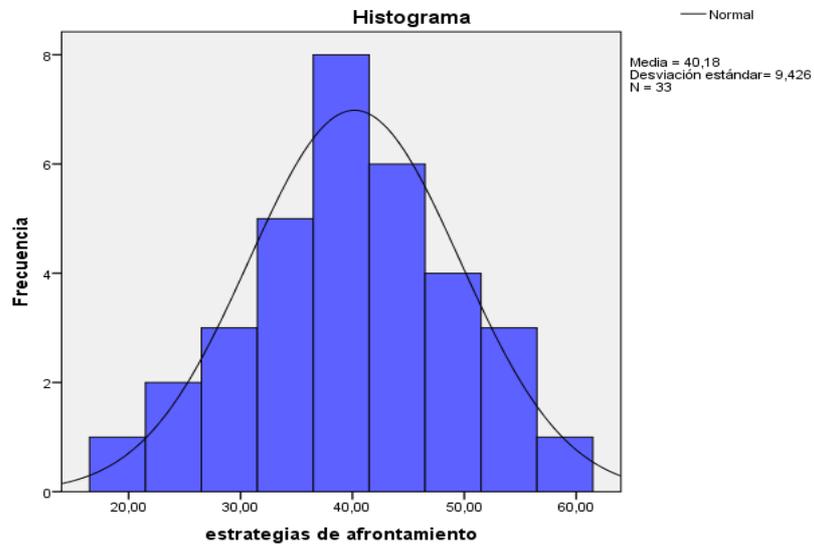


Figura 6.6. Histograma prueba de normalidad Estrategias de Afrontamiento

Finalmente, para la variable dependiente de Adaptación a la enfermedad, los datos de la prueba de normalidad arrojan los siguientes resultados.

Tabla 6.6
Prueba de normalidad para la variable de Adaptación a la enfermedad

	Shapiro-Wilk	gl	Sig.
Adaptación	.94	33	.08

Según tabla 6.6., con un nivel de sig.>.05 se concluye que la variable de Adaptación a la enfermedad se distribuye normalmente.

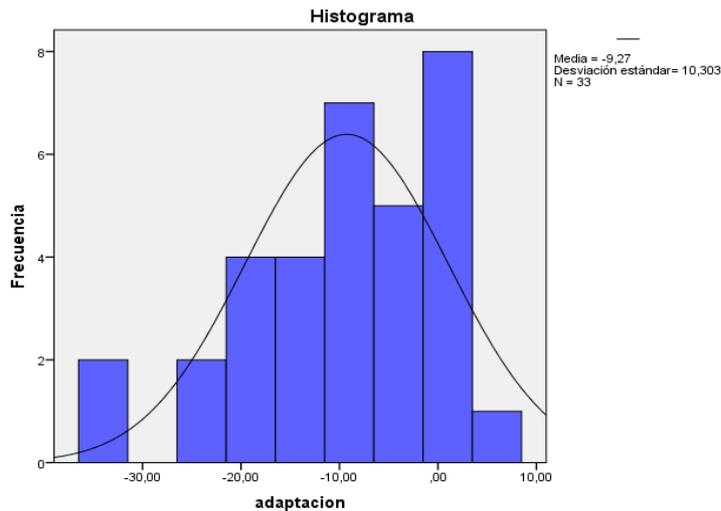


Figura 6.7. Histograma prueba de normalidad Adaptación

En resumen, la distribución normal de las variables se comprueba para Regulación Emocional, para Estrategias de Afrontamiento y Adaptación, mientras que la variable de FPP no presentan una distribución normal.

Tabla 6.7.
Datos comparativos de la variable Funcionamiento Psicológico Positivo según sexo.

FPP	SEXO						
	Femenino			Masculino			Sig.
	N	M	ST	N	M	ST	
Resiliencia	16	27,6	7,3	17	26,6	7,5	0,7
Optimismo	16	25,6	7,1	17	27,4	7,3	0,5
Curiosidad	16	21,6	6,1	17	22,6	4,0	0,6
Disfrute	16	12,1	3,2	17	11,1	3,7	0,4
Dominio del Entorno	16	9,3	2,7	17	8,8	2,3	0,5

Según los datos de la tabla (6.7) no se encontraron diferencias significativas en las dimensiones de la variable de FPP en relación con el sexo. Se observaron medias elevadas en resiliencia, optimismo y curiosidad en ambos sexos.

Tabla 6.8.

Datos comparativos de la variable Regulación Emocional según sexo.

	SEXO				<i>T</i>	<i>Sig</i>
	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Regulación Emocional						
Reestructuración cognitiva	18.13	3.34	17.41	4.74	0.50	0.62
Supresión Emocional	13.69	3.52	12.00	4.68	1.18	0.25

Según la Tabla 6.8, los mecanismos de regulación emocional no indicaron diferencias significativas en reestructuración cognitiva en función del sexo, mientras que si se observan diferencias en supresión emocional. Considerando las medias, la dimensión más utilizada es la de reestructuración cognitiva en ambos sexos.

Tabla 6.9.

Datos comparativos de las estrategias de afrontamiento según sexo.

Estrategias de Afrontamiento	SEXO				<i>T</i>	<i>Sig.</i>
	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Afrontamiento Activo	5.50	1.10	5.71	1.72	-.41	.68
Planificación	5.00	1.46	4.71	2.54	.41	.68
Reinterpretación Positiva	5.25	1.44	5.65	2.06	-.64	.52
Aceptación	6.94	1.00	6.53	1.42	.96	.34
Humor	4.63	2.06	4.29	2.62	.40	.68
Religión	3.44	1.97	5.71	2.37	-3.0	.00
Apoyo Emocional	6.69	1.30	6.76	1.52	-.15	.87
Auto distracción	5.38	1.86	5.41	2.15	-.05	.95
Negación	3.38	1.78	4.06	2.30	-.95	.34
Expresión emociones negativas	4.94	0.93	5.65	1.97	-1.3	.19
Uso de Sustancias	2.56	1.55	2.00	.00	1.4	.16
Desvinculación Comportamental	2.38	0.89	3.47	1.77	-2.2	.03

En esta muestra de estudio, según los datos de la tabla 6.9., las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron: aceptación y apoyo emocional, con una media de 6.94, seguido apoyo emocional en ambos sexos. Al mismo tiempo se observa que existen diferencias significativas, únicamente en las dimensiones de religión y desvinculación comportamental.

Tabla 6.10.

Datos comparativos de la variable Adaptación a la enfermedad según sexo.

	SEXO				<i>T</i>	<i>Sig</i>
	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Adaptación a la enfermedad						
Indefensión/desesperanza	9.25	2.26	12.29	5.80	-2.00	0.05
Preocupación ansiosa	14.63	4.31	17.24	7.09	-1.28	0.21
Evitación/negación	8.63	3.20	8.59	3.92	0.03	0.97
Espíritu de lucha	12.38	1.99	11.41	4.15	0.85	0.40
fatalismo/aceptación estoica	13.31	2.21	15.12	3.74	-1.69	0.10

Según la Tabla 6.10, las formas de adaptación a la enfermedad en la muestra se corresponden mayoritariamente por la preocupación ansiosa, espíritu de lucha y aceptación estoica en ambos sexos con medias más elevadas en los varones. Se observa una diferencia significativa en la dimensión de indefensión/desesperanza en relación al sexo. El resto de las dimensiones no presentaron diferencias significativas.

6.3. Relación de las variables de estudio con los indicadores sociodemográficos de lugar de procedencia y creencia religiosa

En primer lugar, y siendo que la variable de funcionamiento psicológico positivo, teóricamente, podría ser el mejor predictor de la adaptación a la enfermedad, se analiza la misma en muestra clínica y población general.

Tabla 6.11.

Descriptivos de la variable Funcionamiento Psicológico Positivo según muestra clínica y población general.

	Muestra			
	<i>Clínica</i>		<i>Población General</i>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Autoestima	16.21	4.14	15.29	4.10
Autonomía	10.73	1.87	7.62	1.84
Resiliencia	27.09	7.29	27.42	5.85
Optimismo	26.48	7.19	26.04	5.55
Curiosidad	22.15	5.71	25.51	5.03
Disfrute	11.61	3.44	12.07	2.98
Dominio Entorno	9.03	2.50	9.66	1.91

Las dimensiones de resiliencia, optimismo y curiosidad fueron las que presentan valores de media más elevadas en relación con las otras dimensiones que mide la escala, en ambas muestras (adolescentes en tratamiento y adolescentes saludables). No se observaron diferencias en las medias de ambas muestras, excepto en autonomía que la muestra clínica presentó una media más elevada en relación con población normal.

Tabla 6.12.
Prueba de medias para dos muestras emparejadas

	<i>Muestra</i>	
	<i>Población Gral.</i>	<i>Muestra Clínica</i>
Media	17.83	17.61
Varianza	50.56	58.04
Coefficiente de correlación de Pearson	0.99	
Grados de libertad	6.00	
Estadístico t	0.63	
P (T < = t) dos colas	0.55	
Valor crítico de t (dos colas)	2.45	

Se comparó esta variable (FPP) con la muestra de adolescentes de población general ($n= 183$) para analizar si pudiese estar afectada por la situación de vida de la muestra clínica por estar atravesando una enfermedad. Según los datos (ver tabla 6.10.), se observa que no hay diferencias significativas en cuanto al FPP entre la población clínica y población general.

Siguiendo con el planteo de hipótesis, según plantea la segunda hipótesis de esta tesis, se analizaron las variables del estudio en relación con el dato sociodemográfico de procedencia de los pacientes y creencia religiosa para estudiar si existen diferencias significativas.

Previamente se realiza Prueba de Levene para evaluar la homogeneidad de la varianza de las variables y seleccionar el estadístico adecuado.

Tabla 6.13.
Prueba de igualdad de varianzas de las variables

	<i>Prueba de Levene</i>	
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
ADAP	0,02	0,88
EA	3,68	0,06
RE	0,49	0,49
FPP	0,97	0,33

Como se observa en la Tabla 6.13, las variables no presentan niveles de significancia de acuerdo con el nivel recomendado ($p < 0.05$) por tanto, se acepta la hipótesis nula. Es así como se resuelve utilizar los estadísticos de Mann-Whitney, teniendo en cuenta, además, el tamaño de la muestra.

Tabla 6.14.
Comparativa de las variables de estudio en función a la procedencia

	ciudad rango	interior rango	U de Mann-Whitney	Sig. Asintótica
Adaptación	18,36	16,32	62.5	0.02
FPP	13,00	19,00	77.00	0,04
EA	18,00	16,50	117.50	0,82
RE	17,59	16,70	82.0	0.12

a. Variable de agrupación: PROCEDENCIA

Según los resultados de esta tabla (6.14), se observa diferencia significativa en la variable de Adaptación a la enfermedad y de Funcionamiento Psicológico Positivo, en relación con la procedencia, no habiendo diferencias significativas en el resto de las variables.

Tabla 6.15.
Comparativa de las variables de estudio en función a la creencia religiosa.

	Creencia	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. Asintótica
Adaptación	SI	19	21.24	77.5	0.04
	NO	14	11.25		
FPP	SI	19	16.92	131.50	0.95
	NO	14	17.11		
EA	SI	19	18.47	117.50	0.57
	NO	14	15.00		
RE	SI	19	17.08	56.00	0.00
	NO	14	16.89		

a. Variable de agrupación: CREENCIA-RELIGIOSA

En función de los datos que se reportan en la Tabla 6.15, se observa que las variables: Adaptación a la enfermedad y Regulación Emocional están relacionadas a la creencia religiosa de manera significativa.

6.4. Relación entre las variables estudiadas

Presentamos ahora los resultados de los estudios de tipo correlacional para responder a nuestros objetivos.

Para ello, se procedió en primer lugar a analizar la correlación de cada variable independiente con relación a la dependiente, para luego, pasando por los supuestos de la regresión, analizar cuál de las variables independientes resulta ser el mejor predictor de la Adaptación a la enfermedad para esta muestra de estudio.

En primer lugar, para comprobar la tercer hipótesis del estudio, se realizó análisis correlacional entre la variable de Regulación Emocional y la Adaptación a la enfermedad en una muestra de adolescentes uruguayos en tratamiento por cáncer.

Considerando la distribución normal de las variables, se realiza prueba de Pearson para determinar la fuerza de la asociación entre dichas variables, es decir, el grado de ajuste y de relación lineal entre las mismas.

Tabla 6.16.
Correlación de Pearson para las variables de Regulación Emocional y Adaptación

	REESTCOG	SUPREMOC
Indefensión/Desesperanza	.46**	.13
Preocupación Ansiosa	.53**	.05
Evitación/Negación	.46**	.27
Espíritu de Lucha	.29	.09
Fatalismo/aceptación estoica	.27	.16

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

El análisis de los datos (tabla 6.16) indicó una correlación alta directa y significativa entre reestructuración cognitiva e indefensión, entre preocupación ansiosa y reestructuración cognitiva y entre evitación/negación y reestructuración cognitiva.

La relación entre las variables arrojó un valor de $R^2=.185$ indicando que la relación entre las variables fue baja o débil, ya que dicha asociación explica solamente el 18% de la varianza, por tanto, la capacidad de predecir es baja. El valor de $R=.431$ indicó que existe relación lineal con significancia baja entre las variables.

Tabla 6.17.

Grado de significancia de la relación entre regulación emocional y adaptación

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	629.820	1	629.820	7.057	.012 ^b
	Residuo	2766.725	31	89.249		
	Total	3396.545	32			

a. Variable dependiente: adaptación

b. Predictores: (Constante), regulación emocional

Los datos de la Anova (Tabla 6.17), corroboraron la moderada relación entre las regulación emocional y adaptación con un valor de $sig=.012$.

La cuarta hipótesis de estudio se proponía analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento con la de adaptación a la enfermedad del total de la muestra de adolescentes en tratamiento.

Tabla 6.18.

Coefficiente de Correlación de Pearson para las variables de Estrategias de afrontamiento y Adaptación a la enfermedad.

	Indefensión/ Desesperanza	Preocupación Ansiosa	Evitación/ Negación	Espíritu de Lucha	Fatalismo/acceptación estoica
Afrontamiento Activo	.33	.35	.35*	.35*	.38*
Planificación	.21	.23	.30	.34*	.39*
Reinterpretación Positiva	.26	.30	.22	.55**	.41*
Aceptación	-.08	-.10	-.06	.43**	.15
Humor	.26	.17	.23	.16	.07
Religión	.55**	.46**	.40*	.28	.57**
Apoyo Emocional	.16	.29	.24	.44**	.52*
Auto distracción	.04	.30	.39*	.29	.45**
Negación	.52**	.71**	.02	.29	.38*
Expresión emociones negativas	.40*	.58**	.37	.55**	.51**
Uso de Sustancias	.09	.21	-.14	-.01	-.09
Desvinculación Comportamental	.38*	.31	.13	.04	.08

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Se observó (tabla 6.18) una correlación alta directa y significativa entre: espíritu de lucha y reinterpretación positiva; entre espíritu de lucha y aceptación; entre indefensión/desesperanza y religión; entre preocupación ansiosa y religión; entre fatalismo/aceptación estoica y religión; entre espíritu de lucha y apoyo emocional; entre fatalismo/aceptación estoica y apoyo emocional; entre fatalismo/aceptación estoica y autodistracción; entre indefensión/desesperanza y negación; entre preocupación ansiosa y negación; entre preocupación ansiosa y expresión de las emociones negativas; entre espíritu de lucha y expresión de las emociones negativa y entre fatalismo/aceptación estoica y expresión de las emociones negativas.

Una correlación directa y moderada entre: preocupación ansiosa y afrontamiento activo; entre evitación/negación y afrontamiento activo; entre espíritu de lucha y afrontamiento activo; entre fatalismo/aceptación estoica y afrontamiento activo; entre espíritu de lucha y

planificación; entre fatalismo/aceptación estoica y planificación; entre fatalismo/aceptación estoica y reinterpretación positiva; entre evitación/negación y religión; entre evitación/negación y autodistracción; entre fatalismo/aceptación estoica y negación; entre evitación/negación y expresión de las emociones negativas; y entre indefensión/desesperanza y desvinculación comportamental.

Sin embargo, no se encontraron relaciones significativas para las dimensiones de humor y uso de sustancias.

El valor del $R^2=.515$ que mide la proporción de la variable independiente que explica la dependiente, indicó que la asociación de la variable de las estrategias de afrontamiento explica el 51% de la varianza en relación con la Adaptación a la enfermedad.

Mientras que el valor de $R=.717$ estaría indicando que existe correlación alta o fuerte entre las variables

Tabla 6.19.
Anova de estrategias de afrontamiento y adaptación

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	3831,791	1	3831,791	32,864	,000 ^b
	Residuo	3614,451	31	116,595		
	Total	7446,242	32			

a. Variable dependiente: adaptación a la enfermedad

b. Predictores: (Constante), estrategias de afrontamiento

Por medio de los datos que ofrece la tabla de Anova, que informa si existe o no relación significativa entre las variables con un nivel de $Sig= .00$ se pudo establecer que ambas variables están relacionadas de manera significativa (tabla 6.19).

Siguiendo con el planteo de las hipótesis, la quinta hipótesis implicaba analizar si existe correlación entre el FPP y la Adaptación. Para ello, se realizaron los análisis estadísticos para comprobar si existe dicha asociación.

A continuación, se procede a realizar la prueba de correlación para las dimensiones que abarca cada una de las variables estudiadas: FPP y Adaptación. Considerando que la variable de FPP no presentó una distribución normal en esta muestra, se decide realizar este estudio por medio de la prueba de Spearman.

Tabla 6.20.
Correlación de Spearman entre las variables Funcionamiento Psicológico Positivo y Adaptación.

	Indefensión/Desesperanza	Preocupación Ansiosa	Evitación/Negación	Espíritu de Lucha	Fatalismo/aceptación estoica
Autoestima	-.34*	-.22	.17	.06	.38*
Autonomía	-.44**	-.34*	.04	.11	.19
Resiliencia	-.36*	-.29	.05	.17	.42*
Optimismo	-.38*	-.32	.08	.18	.52**
Curiosidad	-.19	-.18	.07	-.06	.33
Disfrute	-.15	-.24	.22	-.04	.20
Dominio del Entorno	-.34	-.40*	.06	.03	-.03

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

El análisis a través de la correlación de Spearman (Tabla 6.20) indicó una correlación alta directa y significativa entre: resiliencia y aceptación estoica ($rho = .42$, $p = .014$) y entre optimismo y aceptación estoica ($rho = .52$, $p = .002$)

Por otra parte, se observó una correlación inversa y significativa entre: autoestima e indefensión ($rho = -.34$, $p = .04$), entre autonomía e indefensión ($rho = -.44$, $p = .01$), resiliencia e indefensión ($rho = -.36$, $p = .03$), optimismo e indefensión ($rho = -.38$, $p = .02$) y dominio del entorno y preocupación ansiosa ($rho = -.40$, $p = .02$). Inversa y moderada entre autonomía y preocupación ansiosa ($rho = -.34$, $p = .05$).

Asimismo, se encontró una correlación moderada entre autoestima y aceptación estoica ($rho = .38$, $p = .02$).

Sin embargo, no se encontró relación significativa para las dimensiones curiosidad y disfrute.

El valor de $R=.380$ indicó una correlación baja entre las variables. Mientras que el R^2 indicó la varianza de la variable dependiente que está explicada por la variable independiente, dato que se corresponde con el coeficiente de determinación, lo cual en este caso corresponde al 14% de la variación.

Tabla 6.21.

Nivel de significancia de la relación entre funcionamiento psicológico positivo y adaptación a la enfermedad.

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	490.306	1	490.306	5.230	.02 ^b
	Residuo	2906.239	31	93.750		
	Total	3396.545	32			

a. Variable dependiente: adaptación

b. Predictores: (Constante), Funcionamiento Psicológico Positivo

Los datos que ofrece la tabla de Anova (tabla 6.21), informa existe relación entre las variables con un nivel de $Sig= .02$.

Finalmente, se analiza la correlación entre todas las variables independientes en relación a la Adaptación (dependiente).

Tabla 6.22.

Correlación entre las variables de estudio

		EA	Adaptación	RE	FPP
Rho	EA	1.00			
	Adaptación	-.021	1.00		
	RE	-.14	.40*	1.00	
	FPP	.56**	.41*	-.23	1.00

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

El análisis de correlación de todas las variables (Tabla 6.22) arrojó una correlación alta, directa y significativa entre funcionamiento psicológico positivo y estrategias de afrontamiento, y una correlación moderada, directa y significativa entre regulación emocional y adaptación y entre funcionamiento psicológico positivo y adaptación.

6.5. Análisis del cumplimiento de los supuestos del modelo de regresión lineal.

Una vez analizada la correlación entre las variables, se procedió a realizar una regresión lineal a efectos de determinar cuál de las variables de estudio (FPP, RE, EA) predicen mejor la adaptación a la enfermedad.

Para ello se requirió comenzar con la verificación de los supuestos del modelo de regresión lineal; 1) linealidad, 2) normalidad, 3) homocedasticidad, 4) independencia de errores y 5) no-colinealidad. La última condición de ausencia de multicolinealidad hace referencia a la regresión múltiple.

1) Para poner a prueba el supuesto de linealidad se analizan los diagramas de dispersión parciales para cada variable independiente.

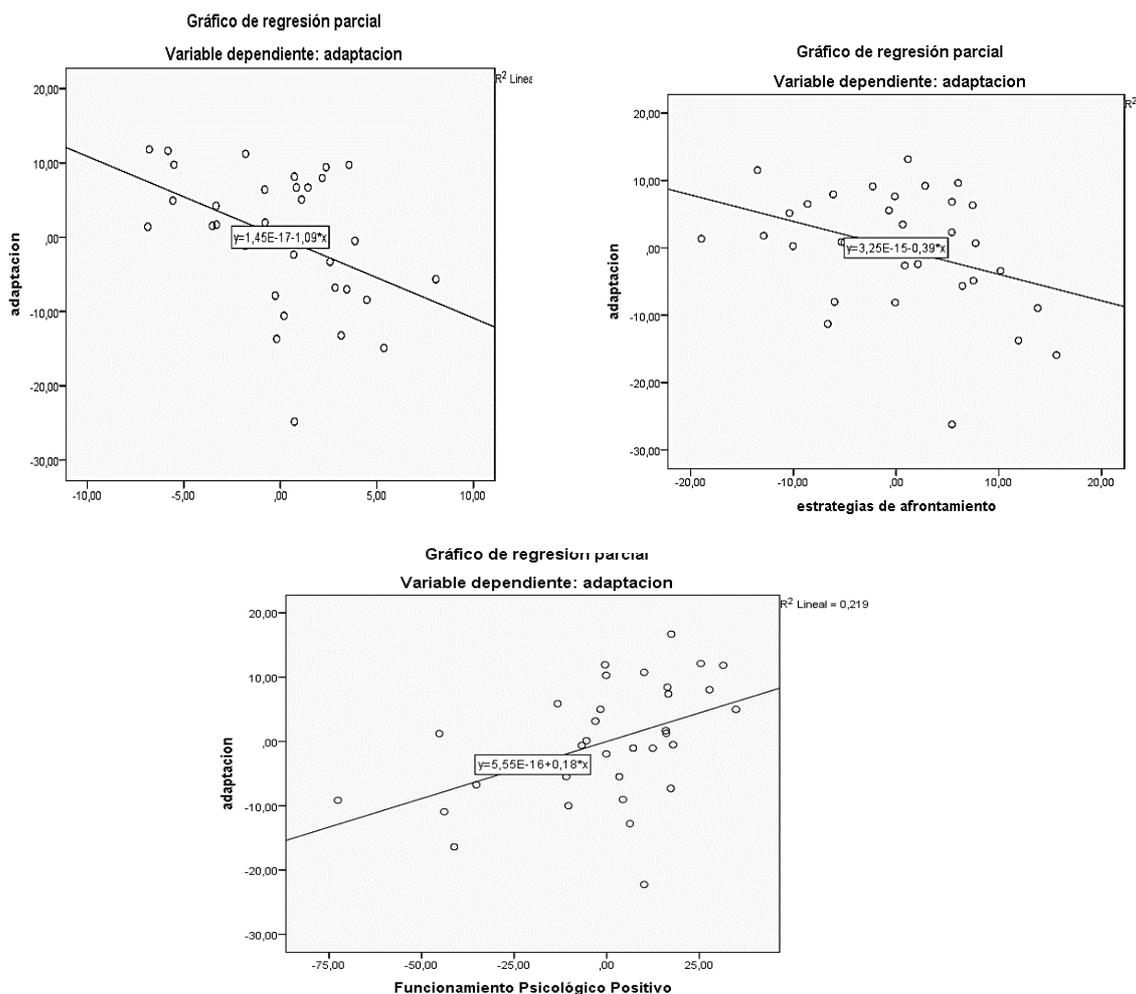


Figura 6.8. Gráficos dispersión parcial de las variables FPP, RE y EA.

Tal como muestran los gráficos parciales (Figura 6.8), se observa la presencia de un error de especificación ya que no se presenta linealidad.

2) Supuesto de normalidad de los residuos tipificados

Si bien en los estudios univariados algunas variables de este estudio no presentan normalidad, y el supuesto de normalidad multivariante supone la normalidad de cada variable, por otra parte, la normalidad univariante no garantiza la normalidad multivariante, también se acepta en algunos procesos la normalidad multivariante (Pérez, 2004).

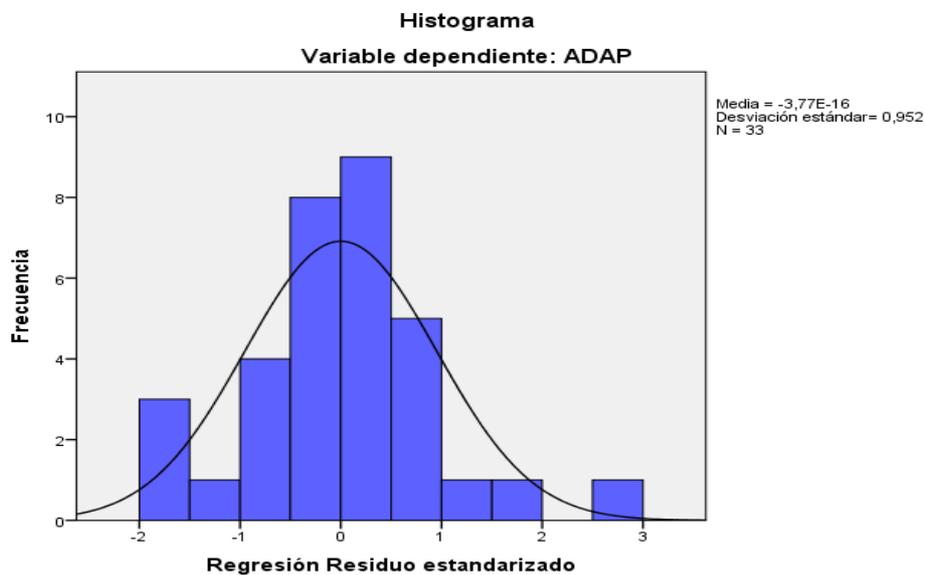


Figura 6.9. Supuesto de normalidad de los residuos estandarizados

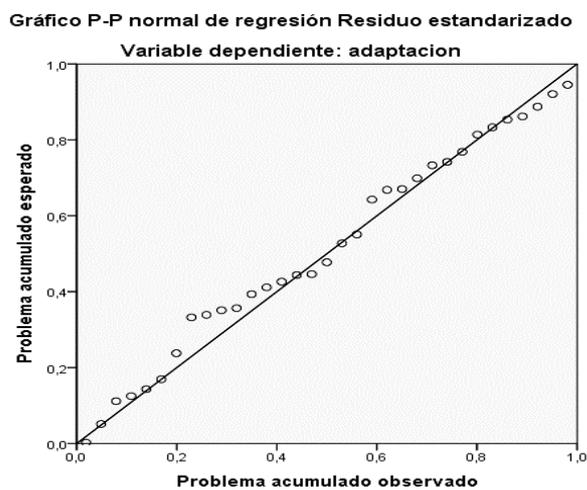


Figura 6.10. Gráfico de probabilidad normal de tipo P-P

Como se puede ver en el histograma (Figura 6.9) y gráfico de probabilidad normal (Figura 6.10) se observó una buena aproximación a la normalidad multivariante.

3) Supuesto de homocedasticidad o igualdad de los supuestos de varianzas de los residuos y los pronósticos. Se analiza mediante los pronósticos y los residuos tipificados.

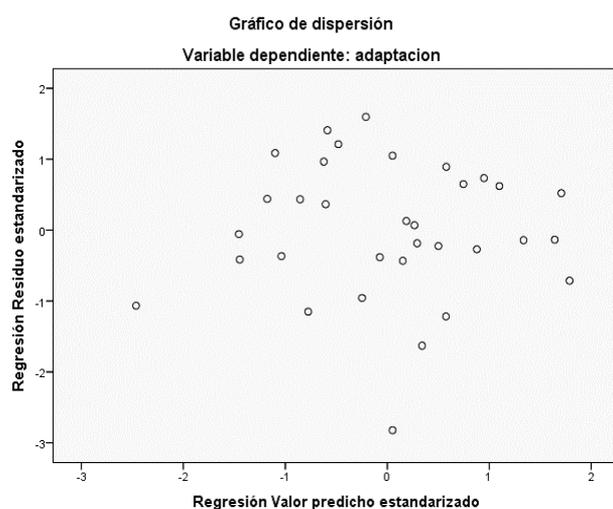


Figura 6.11. Gráfico de dispersión normal de tipo P-P

Como se puede ver en el gráfico de dispersión, no presentó apariencia de nube de puntos en ninguna dirección es decir sin pautas de asociación.

Para corroborar el supuesto de homocedasticidad, se realiza la prueba de Breusch-Pagan-Koenker, esta prueba toma en cuenta la varianza de los residuos de la regresión en relación a los valores de las variables independientes.

Tabla 6.23.

Tabla Anova y Prueba de homocedasticidad

	Tabla Anova					Prueba de Breusch-Pagan-Koenker		
	SS	df	MS	F	Sig		LM	Sig
Model	6.65	3	2.18	0,77	0	BP	3.32	.34
Residual	82,68	29	2,85	-999	-999	Koenker	2.45	.48

Null hypothesis: heteroskedasticity not present (homoskedas)
If sig-value less than 0.05, reject the null hypothesis.

Por medio de la prueba de Breusch-Pagan (tabla 6.23), que arroja un valor de sig $>.05$, se acepta la hipótesis nula, por tanto, se confirma que la heterocedasticidad no está presente.

4) El supuesto de independencia se comprobó por medio del estadístico de Durbin-Watson para corroborar si existe autocorrelación en el modelo de regresión, cuyos valores de referencia de d se estima que debería estar entre 1.5 y 2.5.

Tabla 6.24.

Prueba de supuesto de independencia

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.616 ^a	.380	.316	8.52137	1.892

a. Predictores: (Constante), regulación emocional, estrategias de afrontamiento, Funcionamiento Psicológico Positivo

Estos valores (Tabla 6.24) comprueban que existe independencia. $DW < 2$ indica autocorrelación positiva.

5) Finalmente, la prueba del supuesto de no-colinealidad, es decir la inexistencia de colinealidad, se realizó mediante el factor de inflación de la varianza (VIF) valor de referencia que se espera sea inferior a 10 (Hair, Anderson, Tathan, & Black, 2004).

Tabla 6.25.

Prueba de colinealidad

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Estadísticas de colinealidad		
	B	Error estándar	β	T	Sig.	Tolerancia	VIF
1 (Constante)	10.01	8.56		1.16	.252		
estrategias de afrontamiento	.393	.18	.35	2.16	.039	.77	1.28
Funcionamiento Psicológico Positivo	-.178	.06	-.47	-2.85	.008	.76	1,30
regulación emocional	1.08	.41	.39	2.63	.013	.96	1.04

a. Variable dependiente: adaptación

Según los datos aportados en Tabla 6.25, por medio de la consideración del dato VIF que se reporta, se puede observar que las variables no presentaron problemas de colinealidad.

6.6. Regresión lineal múltiple

Una vez realizados los análisis de los supuestos de la regresión, se procedió, estudiar el valor predictivo de las variables respecto a la adaptación a la enfermedad, para lo cual realizamos una regresión lineal con las variables independientes: funcionamiento psicológico positivo, regulación emocional y estrategias de afrontamiento.

Tabla 6.26.

Regresión lineal múltiple.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	.616 ^a	.380	.316	8.52137	.38	5.92	3	29	.00

a. Predictores: (Constante), Funcionamiento Psicológico Positivo, regulación emocional, estrategias de afrontamiento

Al estar el valor de *R* distante de cero y cercano a 1, podemos decir que es un modelo que tiene significación.

Tabla 6.27.

Nivel de significancia del modelo de regresión.

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1290.74	3	430.24	5.92	.00 ^b
	Residuo	2105.79	29	72.61		
	Total	3396.54	32			

a. Variable dependiente: adaptación

b. Predictores: (Constante), Funcionamiento Psicológico Positivo, regulación emocional, estrategias de afrontamiento

Esta tabla (6.27) nos indica que el valor de significancia es de .00 por lo que es altamente significativo, considerando el p valor aceptado ($p \leq .05$).

Tabla 6.28.

Coefficiente de correlación entre las variables.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	β	Error estándar	$Beta$	T	Sig.
1 (Constante)	10.01	8.56		1.16	.25
regulación emocional	1.08	.41	.39	2.63	.01
estrategias de afrontamiento	.39	.18	.35	2.16	.03
Funcionamiento Psicológico Positivo	.17	.06	.47	2.85	.00

a. Variable dependiente: adaptación

Según los datos de la Tabla 6.28, que puede observar el valor de β , el cual está indicando el grado en que la variable independiente contribuye a la variable dependiente. El análisis de los datos que brinda la tabla anterior nos permite determinar que la variable que mejor predice la adaptación a la enfermedad es la de FPP ($\beta .47 p= .00$) seguida de la regulación emocional ($\beta .39 p= .01$) y en tercer lugar las estrategias de afrontamiento con un poder predictivo menor ($\beta .35 p= .039$).

Al mismo tiempo se observa el valor de $t= 2.85$, el cual al ser superior a 2 indica un buen índice de relevancia.

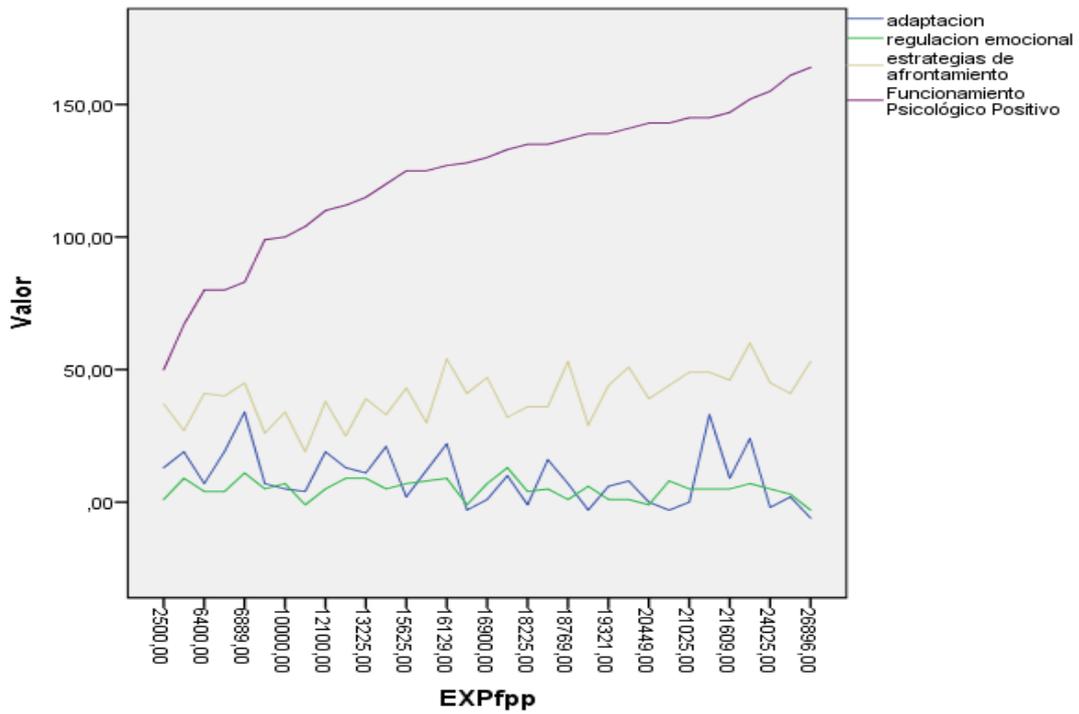


Figura 6.12. Modelo de regresión de las variables de estudio

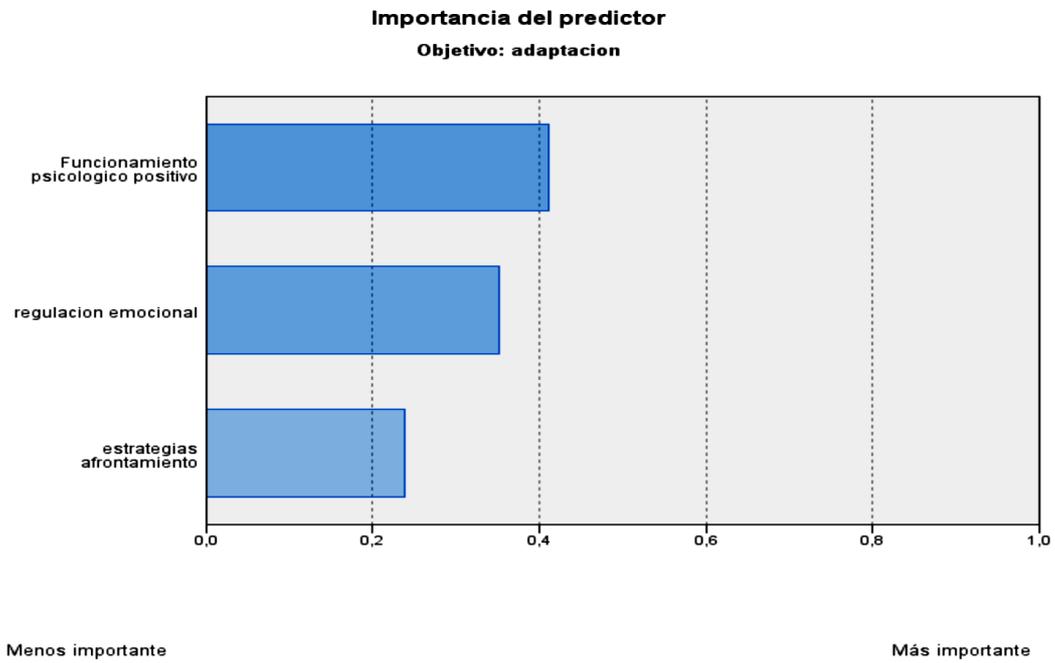


Figura 6.13. Importancia del predictor

6.7. Regresión lineal múltiple por pasos sucesivos

Si bien los resultados de la regresión lineal múltiple, claramente muestran que el mejor predictor de la Adaptación a la enfermedad es la variable de FPP, considerando los resultados de las regresiones parciales simples de cada variable independiente con la dependiente, se observa que, la varianza explicada por la variable de Estrategia de Afrontamiento (51%) es mayor a la del Funcionamiento Psicológico Positivo (14%); motivo por el cual se realizan los estudios de la regresión lineal con pasos sucesivos, ingresando en primer lugar la variable EA que parecería tener mayor porcentaje de varianza explicada, luego la del FPP y por último la variable de RE.

Tabla 6.29.
Resumen del modelo de regresión por pasos

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticos de cambio				Sig. en F
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	
1	,380 ^a	,144	,117	9,68244	,144	5,230	1	31	,029
2	,529 ^b	,280	,232	8,82559	,168	7,312	1	30	,024

a. Predictores: (Constante), Funcionamiento Psicológico Positivo

b. Predictores: (Constante), Funcionamiento Psicológico Positivo, Regulación Emocional

c. Variable dependiente: Adaptación

En la tabla 6.29, se muestra el resumen de la regresión por pasos, donde en el primer paso resulta seleccionada la variable de FPP, eliminando la de estrategias de afrontamiento, ingresada en el segundo paso y al ingresar la última variable de RE, resulta el modelo 2 con buenos niveles de significancia.

Tabla 6.30
Coefficientes de Regresión

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Correlaciones			Estadísticas de colinealidad	
	B	ST	Beta	t	Sig.	Orden cero	Parcial	Parte	Tolerancia	VIF
1 (Constante)	26.73	7.82		3.41	.00					
Funcionamiento Psicológico Positivo	-.14	.06	-.38	-2.28	.02	-.38	-.38	-.38	1.00	1.00
2 (Constante)	18.49	8.08		2.28	.02					
Funcionamiento Psicológico Positivo	-.11	.05	-.31	-1.98	.05	-.38	-.34	-.30	.96	1.03
Regulación Emocional	1.03	.43	.37	2.37	.02	.43	.39	.36	.96	1.03

a. Variable dependiente: Adaptación

En la tabla 6.30, se observa en ambos modelos (1 y 2) que el nivel de significancia por debajo de 0,05, indican que la variable contribuye a mejorar la calidad del modelo de regresión.

Si bien en el modelo 2, de la regresión por pasos, escalonado ingresando la tercera variable de Regulación Emocional, resulta que arroja un nivel de significancia de .24 semejante al modelo del primer paso, es de considerar elegir el modelo con la menor cantidad de variables predictoras que puedan competir entre sí, por tanto, sería más adecuado el modelo 1.

Tabla 6.31.
Variables Excluidas

Modelo	En beta	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticas de colinealidad		
					Tolerancia	VIF	Tolerancia mínima
1 Estrategias Afrontamiento	.230 ^b	1.29	.20	.230	.85	1.17	.85
Regulación Emocional	.374 ^b	2.37	.02	.397	.96	1.03	.96
2 Estrategias Afrontamiento	.324 ^c	1.97	.05	.345	.81	1.22	.81

a. Variable dependiente: Adaptación

b. Predictores en el modelo: (Constante), Funcionamiento Psicológico Positivo

c. Predictores en el modelo: (Constante), Funcionamiento Psicológico Positivo, Regulación Emocional

Tabla 6.32.
Diagnóstico de Colinealidad

Modelo	Dimensión	Autovalor	Índice de condición	Proporciones de varianza		
				(Constante)	Psicológico Positivo	Regulación Emocional
1	1	1.97	1.00	.01	.01	
	2	.02	9.17	.99	.99	
2	1	2.69	1.00	.00	.01	.04
	2	.28	3.09	.01	.03	.85
	3	.02	11.34	.98	.96	.12

a. Variable dependiente: Adaptación

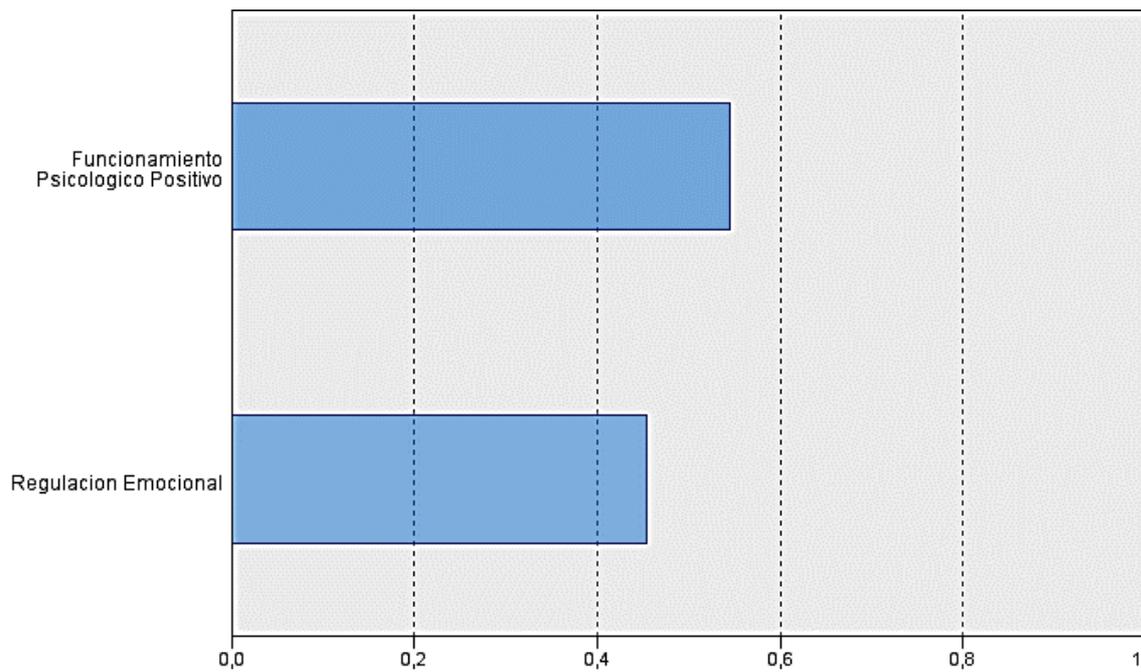


Figura 6.14. Importancia del Predictor Regresión lineal por pasos sucesivos

	Paso	
	1	2
Criterio de información	152,178	147,408
Efecto FuncinamPsicolPositivo_ transformed	✓	✓
RegulacionEmocional_ transformed		✓

El método de generación de modelos es Pasos sucesivos hacia delante utilizando el criterio de información.
Una marca de verificación indica que el efecto está en el modelo en este paso.

Figura 6.15. Resumen de modelo Regresión Pasos Sucesivos

Analizando los datos que se observan en la regresión lineal por pasos, e integrando los datos que se obtuvieron de las correlaciones entre las variables, puede pensarse a priori que ambas variables están estrechamente correlacionadas. Al incluir todas las variables en el modelo, es probable que se estén potenciando dimensiones lo cual podría explicar las diferencias de varianza explicada.

Los datos que informan las correlaciones, entre EA y FPP, señalan una alta correlación entre afrontamiento activo y resiliencia y optimismo, por un lado y entre aceptación y resiliencia, optimismo y disfrute. Este podría ser un aspecto que explique la diferencia entre la varianza de la regresión lineal simple de las variables y los resultados de la regresión lineal múltiple.

Asimismo, es de tener en cuenta que la muestra clínica con la que se está trabajando es reducida, lo cual no permite contraste en división en dos grupos, motivo por el cual el efecto puede ser menos importante.

Cabe destacar que ambas regresiones: múltiple y por pasos sucesivos, reportan como el mejor predictor la variable de Funcionamiento Psicológico Positivo.

Capítulo 7.

Discusión y Conclusiones Generales

El diagnóstico de cáncer habitualmente se constituye en fuente de estrés en las personas y su entorno; en el caso de los adolescentes, se le agrega el hecho de estar transitando un momento evolutivo considerado como movilizador. Es una etapa normal del desarrollo donde se produce un interés mayor en la socialización con el grupo de pares. Ante esto un diagnóstico de cáncer en esta etapa, además de lo que implica la enfermedad en sí, provoca en el adolescente un aislamiento social relacionado a los tratamientos sumado a un cambio en la imagen corporal como consecuencia de estos. Es decir que, el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos conllevan un impacto en la dimensión física, psicológica, social y familiar.

En este sentido, resulta importante estudiar y profundizar en los factores protectores que los pacientes activan para hacer frente a una situación inesperada y considerada como movilizadora.

La presente investigación se propuso realizar un aporte a la literatura científica en profundizar en Psicología de la Salud y Psicología Positiva, a través del estudio de las variables psicosociales vinculadas a una mejor adaptación a la enfermedad en una muestra de adolescentes uruguayos en tratamiento por cáncer.

Se abordó una población escasamente estudiada desde la mirada de la psicología positiva a nivel internacional, siendo que la mayoría de los estudios se centran en el impacto de la enfermedad en la familia o los efectos en el paciente en cuanto a sintomatología asociada (como pueden ser los indicadores de depresión y ansiedad en la joven población oncológica), esta investigación se enfoca en los factores protectores de la población oncológica más que los patológicos.

Más concretamente en el Uruguay, casi no existe investigación en adolescentes con cáncer, los esfuerzos están enfocados, principalmente, a tratamiento y estadística epidemiológica.

De esta manera, este trabajo intenta aportar al cuerpo de conocimiento en el área de la Psicología de la Salud y Psicología Positiva en adolescentes con cáncer y, más concretamente, ofrecer insumos de relevancia para los equipos técnicos que trabajan en los centros de atención, ofreciendo una guía acerca de los tratamientos que más beneficios ofrezcan a las personas que transiten la enfermedad y sus tratamientos. Asimismo, es deseable que se constituya en un punto de partida para seguir profundizando en el conocimiento de la psicooncología y la descripción de la enfermedad en el país; puesto que, además de aspectos comunes propios de la enfermedad y los tratamientos, existen particularidades del sistema de salud y las políticas sanitarias nacionales que tienen características diferenciales a considerar.

Por otra parte, en base a la revisión de la literatura en Psicología Positiva, se resolvió utilizar el constructo Funcionamiento Psicológico Positivo, conceptualmente más amplio que Bienestar eudaimónico. Se entendió que este concepto y el uso de esta escala, de resultar con evidencia científica que la sustente, podría constituirse en un instrumento de gran utilidad para evaluación de la población clínica.

En el capítulo 1 de esta Tesis se realiza una introducción de los aspectos generales relacionados a la etapa evolutiva de la adolescencia, de la enfermedad del cáncer y de las características psicológicas vinculadas al proceso de enfermar.

Se pasa luego, en el capítulo 2, a una descripción teórica de cada una de las variables, así como algunas puntualizaciones y reflexiones de la importancia de estudiar las mismas relacionadas al área de la salud.

En el capítulo 3 se realiza una revisión bibliográfica sistemática en la que se da cuenta de los resultados encontrados. En dicha revisión, se puede observar que no hay estudios previos que contengan las tres variables de estudio ni la correlación entre ellas.

Pasando por el capítulo 4 donde se presenta el estudio, en el capítulo 5 se presenta el proceso de adaptación lingüística y validación de las escalas en población adolescentes uruguaya.

En el capítulo 6, se analizan y describen aspectos sociodemográficos, de funcionamiento psicológico positivo, regulación emocional, estrategias de afrontamiento y adaptación a la enfermedad en la población clínica estudiada. Se encontraron datos relevantes en relación con la procedencia (los datos arrojaron diferencias significativas en adaptación y en FPP) y en cuanto a la creencia religiosa (se observan diferencias significativas en adaptación y regulación emocional). Finalizando este capítulo se presentan los análisis estadísticos de correlación de las variables; así como los resultados de la regresión lineal que ofrecen datos respecto a que el FPP es el mejor predictor de la adaptación a la enfermedad.

7.1. Conclusiones sobre el problema de investigación

En base a la pregunta de investigación: ¿Cómo se vinculan el funcionamiento psicológico positivo, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento en relación con la adaptación a la enfermedad en adolescentes en tratamiento por cáncer?, y ¿si el FPP funciona como predictor de la adaptación a la enfermedad en adolescentes en tratamiento por cáncer?; los resultados indicaron que, las tres variables de estudios se vinculan con la adaptación a la enfermedad.

El FPP resultó ser el mejor predictor de adaptación, seguido de la regulación emocional y en último lugar se encontraron las estrategias de afrontamiento.

Para buscar responder a estas preguntas, se realizó un estudio de regresión lineal múltiple donde se pusieron a prueba las tres variables independientes (FPP, RE, EA) con relación a la variable dependiente de Adaptación a la enfermedad; los datos arrojados indicaron que la variable que mejor predice la adaptación es la de FPP con buenos niveles de significancia y un buen índice de relevancia.

Estos resultados estarían alineados, en parte, con las conclusiones de la investigación de Cadena, Castro y Franklin, (2014) que se propuso investigar el impacto del cáncer en los adolescentes con un método cualitativo, concluyendo que los recursos internos, la resiliencia, la religión y las fortalezas personales son los factores que se destacan como protectores, además se reporta un crecimiento personal luego de la enfermedad, donde los pacientes consideran la enfermedad como una experiencia transformadora que impulsa a cambios en el estilo de vida personal y la dinámica familiar. Reportan que en todas las etapas de la enfermedad se destaca el intento por mantener el control, redefinir y potenciar los aspectos personales.

A partir de estos resultados, parece oportuno entrenar al personal de salud mental en el enfoque del funcionamiento psicológico positivo, de manera que se pueda diseñar, implementar y evaluar programas de evaluación e intervención. Por otra parte, sería importante seguir estudiando este constructo por medio de futuras investigaciones que tengan una metodología cuasiexperimental y longitudinal.

7.2. Conclusiones sobre las hipótesis planteadas. Resumen de los principales resultados

Los resultados de la presente investigación en función de las hipótesis planteadas fueron los siguientes:

(1) La primera hipótesis de trabajo se proponía realizar la adaptación y validación de instrumentos para la población adolescente de Uruguay.

La primera fase se propuso realizar la adaptación lingüística de los inventarios a efectos de adaptarlos a la expresión verbal de los adolescentes uruguayos. Los resultados sugirieron realizar las siguientes modificaciones:

En el cuestionario Mini-Mac:

Ítem 5. Siento mucha bronca por lo que me ha sucedido

Ítem 25. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mí

En cuestionario FPP

Ítem 6. Combino adecuadamente mi vida laboral, social, personal

Ítem 9. Sé relacionar cosas diferentes y sacar algo distinto

Ítem 11. Estoy completamente enfocado en conseguir los objetivos de mi vida

Ítem 22. En mí día a día no llego a todo: estudios, familia, novio/a, amigos.

Ítem 31. Manejo adecuadamente y sin cansancio las obligaciones que tengo

En cuestionario Brief-Cope

Ítem 1. Yo enfoque en el estudio u otras actividades para distraer mi mente.

Ítem 7. Yo hice cosas para poder manejar mejor la situación.

Ítem 8. Yo rechace creer que esto hubiera pasado

Ítem 24. Yo hice bromas de la situación

Por otra parte, se propuso la validación de las escalas; los resultados de las propiedades psicométricas indicaron:

- La escala de Funcionamiento Psicológico Positivo resultó en una solución de siete factores, donde: Factor 1 se corresponde a Autoestima (α .845), Factor 2 Autonomía (α .870), Factor 3 Resiliencia (α .825); Factor 4 Optimismo (α .827), Factor 5 Curiosidad (α .836), Factor 6 Disfrute (α .839) y Factor 7 Dominio del Entorno (α .878). Se estimó la fiabilidad de la escala, obteniendo un índice de Alfa de Cronbach de .93 siendo un índice muy aceptable. Los índices de ajuste de la Escala con el presente modelo de agrupamiento de los ítems en siete dimensiones

de acuerdo con su carga factorial, indicaron valores aceptables: $\chi^2=5222.96$, $p= .00$, $CFI= .99$, $TLI= .97$, y $RMSEA= .09$.

Esta solución factorial, organizada en las siete dimensiones explicó el 62.15% de la varianza. Los datos que arrojaron el AFC son: $\chi^2=5222.96$, $p= .00$, $CFI= .941$, $TLI= .93$, y $RMSEA= .011$.

-La escala del ERQ-CA presentó un índice alfa de Cronbach = .758. El AFE muestra una solución factorial en dos dimensiones que se corresponden con reestructuración cognitiva y supresión emocional, de acuerdo con lo que reportan los autores del instrumento. El AFC confirmó la solución factorial con los siguientes datos:

$\chi^2= 888.39$, $p= .0$, $CFI= .95$, $TLI= .93$, $GFI=.94$ y $RMSEA= .07$.

Estos resultados indicaron un buen ajuste al modelo propuesto, por lo cual demostró ser un instrumento confiable para medir la regulación emocional en adolescentes uruguayos.

-En relación con la escala a escala Brief Cope en su versión en español, se calculó la consistencia interna del inventario con los 24 reactivos y se obtuvo un alfa de Cronbach de .797 El resultado del estadístico KMO fue de .670 y la prueba de esfericidad de Barlett resultó significativa ($\chi^2 = 1430,166$; $gl = 276$; $p = .00$).

El análisis teórico de cada factor, se corresponde con: factor 1 afrontamiento activo (alfa de Cronbach .67), factor 2 apoyo emocional con un α .67, factor 3 uso de sustancias con α .65, factor 4 uso de humor con α .68, factor 5 espiritualidad/religión con α .698, factor 6 desvinculación comportamental (α .68), factor 7 aceptación con α .685, factor 8 negación (α .67), factor 9 reinterpretación positiva (α .71), factor 10 auto distracción (α .66), factor 11 planificación (α .71), factor 12 expresión emocional (α .71).

Considerando que el coeficiente del alfa de Cronbach se ve afectado por la cantidad de ítems y siendo que este inventario cuenta con un total de dos ítems por factor, los valores finales se entendieron aceptables.

Los estadísticos de bondad de ajuste del AFC indicaron un modelo que ajusta de manera moderada, informando cifras que corresponden a: *Chi Square* 229.13, $p = .01$, *RMSEA* .47, *CFI* .94, *TLI* .91.

-La escala Mini-Mac evalúa el ajuste mental al cáncer. Siendo que las pruebas estadísticas de validación de los instrumentos se realizó con la muestra de adolescentes saludables ($n = 183$), y considerando que la muestra clínica quedó reducida a un $N = 33$, si bien fue incluido a responder por la muestra de adolescentes saludables “como si tuvieras cualquier enfermedad”, lo cierto es que no la tienen, por lo tanto, los datos que arroje la muestra de los saludables es relativa en el sentido que se les piden que imaginen una situación que no la están viviendo. En el entendido que el instrumento mide adaptación al cáncer, realizar los análisis de datos con la muestra de adolescentes saludable no es adecuado y realizarlo con la muestra clínica tampoco sería pertinente por el tamaño de la muestra que no es representativa para extraer conclusiones respecto a la validez del cuestionario.

Por lo tanto, se decidió, en este caso puntual, tomar los datos que ofrecen investigaciones que utilizaron dicho instrumento y asumir la solución estadística que reporta la autora. No obstante, se ofrecieron cifras generales de esta muestra, haciendo la especial salvedad que no son datos confiables por tratarse de participantes saludables cuando el instrumento evalúa sujetos en tratamiento. El inventario reportó un Alfa Cronbach de .906.

La prueba de medida Kaiser-Meyer-Olkin para esta muestra arrojó un valor aceptable de .886 explicando el 61.63% de la varianza. La prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un $\chi^2 = 2662,07$; $gl = 406$; $p < .00$, lo cual rechaza la hipótesis nula.

Los factores que indica la autora del instrumento son cinco, de los cuales se calcularon los alfa de Cronbach para esta muestra, resultando todos significativos: ID (indefensión/desesperanza $\alpha .76$); PA (preocupación ansiosa, $\alpha .65$); EN (evitación/negación $\alpha .68$); EL (espíritu de lucha $\alpha .71$) y FAE (fatalismo aceptación estoica, $\alpha .74$)

En suma: los instrumentos a utilizar en la investigación resultaron ser válidos y confiables para la muestra de adolescentes uruguayos.

(2) Con relación a la segunda hipótesis que se proponía analizar la relación existente entre las variables de estudio considerando los datos que aportó el cuestionario socio demográfico (Sexo, lugar de procedencia y creencia religiosa); los datos más relevantes que se observaron (ver Tabla 7.1.)

Tabla 7.1.
Resultados sociodemográficos destacados

Concepto	Porcentaje mayoritario de la muestra
Procedencia (interior del país)	66.7
Creencia religiosa	57.6
Antecedente familiar de cáncer	72.8
Tratamiento de quimioterapia	84.4

a) Analizando el dato sociodemográfico de sexo con las variables de investigación se destaca:

- No hubo diferencias significativas en el Funcionamiento Psicológico Positivo en relación al sexo.

Se comparó las dimensiones del constructo del FPP en muestra clínica y muestra saludable y no presentaron diferencias significativas.

Se observaron diferencias en autonomía donde la muestra clínica presentó una media más elevada que la muestra saludable.

Estos datos podrían estar relacionados no sólo con la situación de enfermedad sino también con la necesidad de traslado y permanencia en la ciudad, para llevar a cabo los tratamientos, siendo que la mayoría de los usuarios de la Fundación fueron pacientes del interior del país. Este elemento podría ser un factor que desencadene una movilización extra

de recursos, teniendo en cuenta el modelo de Hobfoll (1989), en la dimensión de autonomía para hacer frente a la situación de enfermedad y desarraigo.

Por otra parte, estos datos son comparables a los encontrados en la investigación de Pintado y Cruz (2017), quienes estudiando los factores personales en relación a la resiliencia encontraron que los adolescentes presentan mayores niveles de autoestima y autonomía.

- En regulación emocional, no se observaron diferencias significativas en reestructuración cognitiva en función del sexo, mientras que si se mostraron diferencias en supresión emocional.

Estos resultados están en consonancia con los datos que arrojó la investigación de Gullone, Huges, King, y Tonge (2009) donde se concluye que las estrategias de supresión emocional presentan diferencias en relación al sexo, mientras que no se observaron en reestructuración cognitiva.

- Las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas fueron, aceptación y apoyo emocional.

Se observaron diferencias significativas en las dimensiones de religión y desvinculación comportamental en relación con el sexo, siendo estrategias más utilizadas por los varones.

Estos datos estarían vinculados, parcialmente, a los que encontraron en otras investigaciones como la de Garcia y Gómez (2016), ya que si bien coinciden en lo que respecta a las estrategias de afrontamiento relacionadas a la religión, no sería así en cuanto al área emocional siendo que en la misma encontraron que lo que prevalece, en los adolescentes con cáncer, es el malestar emocional.

Estarían de acuerdo a otras investigaciones (Ahadi et al., 2014; García & Gómez 2016; Kameny & Bearison, 2002) que concluyeron que las estrategias de afrontamiento que implementan los adolescentes con cáncer son aquellas enfocadas en la emoción así como en el

problema. Se centran tanto en la creencia religiosa como en pensamientos positivos y apoyo social, reportando un uso mayor de estrategias enfocadas en la emoción.

- Con respecto a la adaptación a la enfermedad y la diferencia entre los sexos, solamente se observó una diferencia significativa en la dimensión de indefensión/desesperanza siendo mayoritariamente utilizada por los varones.

b) Se analizaron las variables de estudio, en relación al indicador sociodemográfico de lugar de procedencia. Se consideró que éste dato junto con el de creencia religiosa, son dos aspectos relevantes en relación con la manera de afrontar la enfermedad y la adaptación; así lo sugiere la literatura como se muestra en el apartado correspondiente a estos datos.

Se encontró un dato relevante en este sentido, ya que con relación a la procedencia se observaron diferencias significativas en relación a las variables de Adaptación a la enfermedad y en Funcionamiento Psicológico Positivo, presentando una marcada diferencia en los participantes del interior del país.

Este resultado, podría estar relacionado a la situación de desarraigo que tienen que atravesar los adolescentes en tratamiento por cáncer, ocasionando una ruptura de los lazos sociales y de los referentes familiares de apoyo. En algunas ocasiones, se puede observar ciertos sentimientos de culpa por parte del adolescente por las dificultades familiares que tienen que enfrentar todos los integrantes, para hacer frente a los tratamientos. Es decir que el desarraigo provoca efectos a nivel social, familiar, y económico a lo que se puede agregar la consideración de las emociones que le pueda provocar al paciente-adolescente, más allá a las de la propia enfermedad. Por tanto, este aspecto sería un elemento a considerar en futuras investigaciones, para estudiar la incidencia que tienen en el adolescente y en los tratamientos.

c) En lo que respecta a la creencia religiosa y las variables de estudio, solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Adaptación y Regulación Emocional.

Como se pone en evidencia en algunas investigaciones (Leyva et al., 2014; Moreira, Vasconcelos, da Silva, & Oliveira, 2017) el aspecto de creencia religiosa parece ser considerado como un aspecto protector o favorecedor de la adaptación, ante situaciones vitales de estrés donde la vida se siente comprometida, en tanto aporta recursos adicionales para hacer frente a la situación. Según se puede ver en algunos adolescentes en la práctica clínica, este elemento de creencia religiosa no se constituiría en un factor evitativo, del tipo “dejo mi salud en manos de Dios”, sino más bien en un factor que aporta a la energía y fuerza necesaria para sobrellevar y enfrentar activamente la situación de enfermedad. No obstante, este aspecto, también sería importante abordarlo en profundidad en futuras investigaciones ya que puede ser un factor a tener en cuenta en los tratamientos y apoyo a los pacientes con cáncer; la creencia religiosa puede contribuir a conductas y actitudes positivas y activas en los pacientes oncológico.

(4) En la tercer hipótesis se planteaba analizar la relación entre la regulación emocional y la adaptación a la enfermedad. Se realizaron las pruebas paramétricas, donde se concluyó que la regulación emocional estaba relacionada con la adaptación.

Hubo una correlación alta directa y significativa entre preocupación ansiosa y reestructuración cognitiva. Una correlación moderada, directa y significativa entre evitación /negación y reestructuración cognitiva.

Estos datos mostraron que la preocupación ansiosa está asociada con la reestructuración cognitiva lo cual podría estar indicando que frente a la situación de enfermedad la preocupación

ansiosa puede poner en marcha estrategias de reestructuración cognitiva para hacer frente a los tratamientos y la enfermedad.

Los esfuerzos en reestructuración cognitiva se realizan para paliar la situación estresante, movilizar recursos para controlar la situación y adaptarse, incluso a percibir beneficios de la enfermedad y regular la angustia que pueda generar la misma (Baník & Gajdošová, 2014); las emociones positivas generan recursos personales para futuras amenazas y amplía la cognición y resistencia psicológica (Fredrickson, Cummins, & Nisctico, 2001).

Si bien no se encontraron trabajos respecto a la incidencia de la regulación emocional en la adaptación, algunos estudios como el de Porro, Andres, y Rodríguez-Espinola, (2012) que analizaron la regulación emocional en pacientes oncológicos, concluyeron que los pacientes con cáncer utilizan más la regulación emocional que el grupo control. Las personas sometidas a enfermedades crónicas, demostraron mayor esfuerzo en el área afectiva que las personas saludables, las mismas requieren apelar a recursos personales que les permitan la adecuada regulación emocional (Rodríguez et al., 2009).

Así como, en la investigación de Cordova et al., (2003), encontraron evidencias respecto a que, a menor supresión emocional y mayor espíritu de lucha estaría asociado a una menor perturbación del estado de ánimo; por lo tanto, concluyen que la expresión de emociones y una actitud positiva y realista mejora el ajuste y reduce la angustia en los pacientes con cáncer.

Estos datos concuerdan con los resultados encontrados en la investigación de Santon et al., (2000) que confirman la hipótesis del afrontamiento por el procesamiento de la emoción como predictor a la enfermedad de la muestra estudiada.

Por tanto, según los resultados de esta investigación y los datos que aparecen en la literatura, se pone en evidencia que la regulación emocional estaría asociada a los procesos de

Adaptación en lo que respecta a la reestructuración cognitiva, no aparece asociación en supresión emocional.

(5) La cuarta hipótesis de investigación planteaba evaluar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y la adaptación a la enfermedad. Los datos de esta muestra no se distribuyeron normalmente; se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna.

Se observó una correlación alta directa y significativa entre reinterpretación positiva y espíritu de lucha; entre religión y fatalismo/aceptación estoica; auto distracción y aceptación estoica; negación e indefensión/desesperanza; negación y preocupación ansiosa; expresión de emociones negativas y preocupación ansiosa; expresión de emociones negativas y espíritu de lucha y expresión de emociones negativas y aceptación estoica.

Indicó una correlación directa y moderada entre afrontamiento activo y aceptación estoica; planificación y aceptación estoica; aceptación y espíritu de lucha; entre religión e indefensión/desesperanza; religión y preocupación ansiosa; religión y evitación; entre apoyo emocional y espíritu de lucha; apoyo emocional y aceptación estoica; auto distracción y evitación; negación y evitación; negación y aceptación estoica; y entre expresión de emociones negativas e indefensión.

Sin embargo, no se encontraron relaciones significativas para las dimensiones de humor, uso de sustancias y desvinculación comportamental.

Estos resultados mostraron la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y sus asociaciones con la adaptación, poniendo de manifiesto el esfuerzo emocional que tienen que realizar los adolescentes en tratamiento oncológico, ya que prácticamente todas las estrategias de afrontamiento están relacionadas, solamente tres dimensiones no presentaron relaciones significativas.

Estos datos concuerdan con estudios realizados, por ejemplo, en cáncer de mama, donde concluyen que el afrontamiento activo predomina en estos pacientes, así como el uso de múltiples métodos de afrontamiento para adaptarse a la enfermedad (Collins, Taylor, & Skokan, 1990; Cheng, 2003; Garcia & Gómez, 2016; Martinez & Tercero, 2017).

Por otra parte, otra lectura de los datos que arrojó esta investigación respecto a las estrategias de afrontamiento más utilizadas tiene que ver con que no son recursos estancos, sino que se relacionan entre sí, seguramente en diferentes momentos del proceso de la enfermedad. Por ejemplo, el afrontamiento evitativo desde el punto de vista cognitivo, que a priori puede considerarse como una estrategia desadaptativa, puede llegar a constituirse en un esfuerzo cognitivo extra para redefinir el problema y las emociones negativas y colaborar en el balance emocional necesario (Estévez, Delgado, & Parra, 2012). Así, el afrontamiento por evitación podría llegar a ser considerado como un recurso beneficioso que permite reducir las evaluaciones amenazantes relacionadas con la enfermedad (Carver et al., 1993; Schou, Ekeber, & Ruland, 2005). El afrontamiento dirigido al problema sería efectivo en situaciones controlables mientras que el afrontamiento por evitación sería adaptativo en situaciones incontrolables (Cheng, 2001).

(6) La quinta hipótesis se proponía estudiar si existe relación entre el FPP y la adaptación a la enfermedad, los resultados estadísticos mostraron que ambas variables están correlacionadas para esta muestra de estudio.

Se encontró una correlación alta directa y significativa entre: resiliencia y aceptación estoica; y entre optimismo y aceptación estoica.

Por otra parte, se observó una correlación inversa y significativa entre: autoestima e indefensión; entre autonomía e indefensión; entre resiliencia e indefensión; optimismo e indefensión; y entre dominio del entorno y preocupación ansiosa.

Correlación inversa y moderada entre autonomía y preocupación ansiosa. Y una correlación moderada entre autoestima y aceptación estoica.

Sin embargo, no se encontró relación significativa para las dimensiones curiosidad y disfrute.

Considerando que no hay estudios previos de FPP y adaptación a la enfermedad, no es posible comparar estos resultados con los datos de investigaciones previas, no obstante, concuerdan con algunas investigaciones que estudiaron el optimismo como factor predictor de la adaptación, (Remor, Amoros, & Carrobles, 2006; Schou, Ekeber, & Ruland, 2005) así como los estudios sobre resiliencia (Pintado & Cruz, 2017; Salotti, 2006; Sanjuán & Avila, 2016).

(7) La última hipótesis de trabajo fue estudiar si el FPP es mejor predictor de la adaptación a la enfermedad que la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento.

Para contrastar esta hipótesis, se realizó un análisis de regresión lineal simple entre las variables independientes y dependiente y una regresión lineal múltiple considerando las tres variables independientes en relación a la dependiente para comprobar el valor predictivo.

Los resultados indicaron que el mejor predictor de la adaptación a la enfermedad es el FPP (β .47 p = .00) seguido de la regulación emocional (β .39 p = .01) y finalmente las estrategias de afrontamiento (β .35 p =.39). El valor de $t=2.85$ indica un buen índice de relevancia.

Estos datos estarían en concordancia con los resultados de la investigación de Di Marco, Keegan, y Valenti (2015) que concluye que los factores de riesgo tienden a reducirse o ser afrontado por lo recursos personales, así como la adaptación se verá favorecida por la promoción de estos recursos.

Por otra parte, también se encontró como antecedente, la aplicación de un programa de Psicología Positiva a un grupo de pacientes con cáncer para facilitar el cambio positivo tras un

cáncer y analizar los efectos sobre el bienestar, con una metodología experimental; el mismo reportó una reducción de malestar emocional y mejor adaptación a la enfermedad desde la facilitación del funcionamiento psicológico positivo (Ochoa & Casellas, 2017).

A continuación, se presenta el resumen de los principales resultados de esta Tesis Doctoral.

Tabla 7.2
Resumen de los principales resultados de la presente Tesis Doctoral.

Conclusión Principal	Capítulo	Resultado
(1) Adaptación y validación de los instrumentos utilizados en la investigación.	Cap.5	Se realizaron los procedimientos de adaptación lingüística y validación de los instrumentos. Para ello, considerando que la muestra clínica tuvo un N= 33 se tomó una muestra de adolescentes saludables N=183 para proceder a la validación de las escalas. Se realizó la validación de ERQ-CA, Brief-Cope y FPP resultando instrumentos con buenos niveles de confiabilidad y estructura factorial satisfactoria. En el caso de la escala Mini-Mac se consideran los datos y estructura factorial que informan los autores debido que no se puede validar con adolescentes saludables y la muestra clínica tiene un N reducido para este procedimiento estadístico.
(2) (3) El cáncer adolescente y sus tratamientos. Su relación con variables psicosociales y la adaptación a la enfermedad.	Cap.6	Se analizaron las variables en relación con el sexo : en FPP no hay diferencias, en regulación emocional hay diferencias en relación al sexo en supresión emocional (elevada en mujeres); en estrategias de afrontamiento existen diferencias solo en las dimensiones de religión y desvinculación comportamental (más en varones); en adaptación existen diferencias significativas en relación al sexo solamente en la dimensión de indefensión/desesperanza (elevada en varones). La procedencia de los adolescentes (interior del país) incidió en Adaptación a la enfermedad y en el Funcionamiento Psicológico Positivo. La Creencia religiosa presentó diferencias significativas en cuando a la Adaptación y Regulación Emocional.
(4) Relación entre FPP y adaptación la enfermedad	aCap.6	Se encontró una correlación alta directa y significativa entre resiliencia y aceptación estoica y entre optimismo y aceptación estoica. Se observó una correlación inversa y significativa entre autoestima e indefensión, autonomía e indefensión, resiliencia e indefensión, optimismo e indefensión y entre dominio del entorno y preocupación ansiosa.

(5) La relación entre regulación emocional y Adaptación	Cap.6	Los resultados arrojaron una correlación alta directa y significativa entre preocupación ansiosa y reestructuración cognitiva. Se encontró una correlación moderada directa y significativa entre evitación y reestructuración cognitiva.
(6) Relación entre estrategias de afrontamiento y Adaptación a la enfermedad.	Cap.6	Se observó una correlación alta directa y significativa entre reinterpretación positiva y espíritu de lucha; entre religión y aceptación estoica; auto distracción y aceptación estoica; negación e indefensión; negación y preocupación ansiosa; expresión de emociones negativas y preocupación ansiosa; expresión de emociones negativas y espíritu de lucha y expresión de emociones negativas y aceptación estoica. Se encontró una correlación directa y moderada entre afrontamiento activo y aceptación; planificación y aceptación; aceptación y espíritu de lucha; religión e indefensión; religión y preocupación ansiosa; religión y evitación; apoyo emocional y espíritu de lucha; apoyo emocional y aceptación; auto distracción y evitación; negación y evitación; negación y aceptación estoica, y expresión de emociones negativas e indefensión. No se encontraron correlaciones para las dimensiones de humor, uso de sustancias y desvinculación comportamental.
(7) Valor predictivo de las variables de estudio (funcionamiento psicológico positivo, regulación emocional y estrategias de afrontamiento) en relación con la variable(dependiente) de adaptación a la enfermedad	Cap.6	Por medio de estudio de regresión lineal, se pudo observar que si bien las tres variables independientes, predicen la variable dependiente, el mejor predictor es el Funcionamiento Psicológico Positivo ($\beta.47$ $p=0.00$) seguido de la regulación emocional ($\beta.39$, $p=.01$) y las estrategias de afrontamiento ($\beta.35$ $p= .39$). El valor de t indicó un buen índice de relevancia del FPP.

7.3. Implicaciones del presente estudio

7.3.1. Para la investigación básica

Los resultados de este estudio contribuyen al desarrollo de la literatura científica ofreciendo datos iniciales de las variables psicológicas de los adolescentes uruguayos con cáncer, a partir de los cuales se puede continuar ampliando el conocimiento en estas poblaciones escasamente estudiadas. Por su parte, en Uruguay no hay datos previos de investigaciones similares en la población de estudio.

Asimismo, se ofrece un insumo de relevancia en cuanto a la adaptación y validación psicométrica de las escalas utilizadas para la población adolescente uruguaya, colaborando en otras investigaciones que se realicen en el país que puedan utilizar estas escalas.

7.3.2. Para la práctica clínica

Estos resultados de investigación ofrecen insumos útiles de cara a la práctica clínica de los equipos de salud en el área de la oncología adolescente, aportando datos a los profesionales para planificar y tener en cuenta en cuando a los tratamientos.

Por otro lado, resultan una serie de indicadores importantes para pensar las intervenciones adecuadas en salud, ofreciendo una línea de trabajo que se evidencia como efectiva. La literatura científica muestra una amplia gama de trabajos orientados al impacto de la enfermedad en la familia, así como a los indicadores de patología de los pacientes cuya sintomatología básicamente se relaciona con la ansiedad y la depresión. En este caso, se estudia un enfoque diferente y/o complementaria, como lo es la psicología positiva que permite una mirada que se centra en los recursos más que en la patología, sin descuidar la misma, en el entendido que los recursos funcionan como elementos protectores que se activan frente a las situaciones que generan estrés y, por tanto, minimizarían el surgimiento de la sintomatología patológica.

Algunas reflexiones concomitantes a los resultados de esta investigación indican que, contrario a lo que a priori podrían considerarse como conductas esperables de los adolescentes que transitan una enfermedad tan grave como puede llegar a ser el cáncer, se observa que, los pacientes ponen en marcha recursos saludables para hacer frente a los tratamientos. Si podemos llegar a ver a la persona, con todo lo que ello implica en relación a aspectos psicológicos, biológico, sociales y culturales, podremos adecuar los tratamientos a las pacientes y no las

pacientes a los tratamientos, es decir, podremos evaluar, entender y ayudar al adolescente con cáncer y no tratar al cáncer adolescente.

7.3.3. Para las políticas y gestión del sistema sanitario

Otro aspecto que se pone de manifiesto en esta investigación es que, por la particularidad de ser un centro de referencia de tratamiento del cáncer infantil localizado en la capital del país, conlleva a que los pacientes del interior del país se tengan que trasladar hacia la ciudad (en algunas ocasiones siendo la primera vez) lo cual, como se observa en los resultados de esta investigación tiene consecuencias psicológicas y sociales en el paciente y su entorno. Si bien, la estructura de la Fundación tiene en cuenta este factor, ya que cuenta con ayudas económicas, apoyo de equipo y alojamiento en Hogar de la institución, sería importante tener en cuenta esta variable en los tratamientos del paciente y su entorno, no solo en el paciente que se radica en la ciudad con un familiar, sino a nivel de sistema de salud coordinar ayudas especiales para los familiares del núcleo cercano que se quedan instalados en su lugar de residencia, de esta manera se podría alcanzar una intervención integral.

La gran mayoría de los participantes reportan que la información de salud la brinda el médico lo cual estaría indicando un factor de confianza y cercanía con el equipo tratante.

En resumen, esta investigación ofrece resultados que permiten acercarse a la subjetividad de los pacientes con cáncer, lo cual, si es tenido en cuenta, podrá colaborar en los tratamientos a los pacientes oncológicos, comprendiendo y estimulando los recursos para hacer frente a la enfermedad desde una mirada salugénica más que patogénica.

Por otra parte, es solo un punto de partida que sería recomendable sea puesto en práctica, evaluado y ampliado en el tiempo.

7.4 Limitaciones

Dentro de las limitaciones de esta investigación, se puede señalar, en primer lugar, el tamaño de la muestra, por lo cual los resultados de ésta no pueden ser generalizables a la población general de adolescentes con cáncer; siendo resultados válidos únicamente para esta muestra de estudio; aunque es importante destacar que se trata de muestra clínica representativa para la población en tratamiento por cáncer del Uruguay con distribución adecuada de participantes de capital e interior.

En cuanto al diseño de investigación, es oportuno reconocer otra limitación por tratarse de un estudio de tipo transversal, lo cual significa una limitante al medir la adaptación en el estudio, de procesos que se suponen como dinámicos.

Otra limitación estuvo vinculada al tiempo disponible para el trabajo de campo, siendo que la recolección de datos se realizó durante los meses de marzo a febrero del año siguiente, contar con un plazo mayor podría haber redundado en reclutar una muestra más amplia.

En cuarto lugar, otra limitación es la falta de estudios previos ya sea en cuanto a las variables de estudio en población con cáncer, así como en adolescentes oncológicos en tratamiento. En este punto, se pone de relieve la necesidad de seguir estudiando en esta área de la psicología, siendo también una oportunidad por identificar nuevas brechas en la literatura a abordar en futuras investigaciones.

Por otra parte, en relación a las escalas, se considera una limitación el hecho de no haber podido validar la escala de ajuste al cáncer siendo un elemento de gran relevancia a continuar estudiando.

7.5. Investigaciones futuras

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se sugiere seguir profundizar en líneas de investigación dentro del área de la Psicología Positiva y de la Psicología de la Salud en adolescentes en tratamiento por cáncer, ya que se comienza a vislumbrar un área de trabajo que puede llegar a ser muy beneficiosa para ayudar en los tratamientos oncológicos. Es aconsejable, aportar datos relevantes por medio de nuevos estudios de tipo longitudinal que permita medir el comportamiento de las variables psicológicas a lo largo del tiempo, de acuerdo a las diferentes etapas que atraviesan los pacientes oncológicos lo cual resultará un insumo mucho más potente para adecuar los tratamientos a la adaptación psicológica de los pacientes y sus familias.

Sería importante continuar en la línea de desarrollar programas de intervención, basados en el fortalecimiento de los recursos de los pacientes y ponerlo a prueba en estudios de tipo cuasi- experimental (León & Montero, 2002).

Por otra parte, sería recomendable realizar estudios posteriores que midan el impacto del factor desarraigo en los procesos de adaptación a la enfermedad y en los recursos psicológicos del paciente y su familia, a fin de implementar estrategias tendientes a minimizar los efectos negativos que puedan sumar factores de estrés además de los propios de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acha Garcia, T. (2003). Unidades de cancer para adolescentes. *El adolescente con cancer*. Zaragoza: Aspanoa.
- Agudelo, L., & Portilla, S. (2015). Importancia de la atención psicosocial al paciente oncológico y su familia. *CEI*.
- Ahadi, H., Delavar, A., & Rostami, A. (2014). Comparing coping style in cancer patients and healthy subjects . *Procedia-Social and Behavioral Sciences*.
- Aldridge, A., & Roesch, S. (2007). Coping and adjustment in children: a meta-analytic study. *Journal of Behavioral Medicine*, 115-129 DOI: 10.1007/s10865-006-9087-y.
- Alonso, M. (2005). *Relaciones familiares y ajuste en la adolescencia (Tesis Doctoral)*. España: Universidad de Valladolid.
- American Cancer Society, Global cancer, Facts and Figures. (2015). Obtenido de <http://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/global-cancer-facts-and-figures/global-cancer-facts-and-figures-3rd-edition.pdf>
- Andreu, Y., Murgui, S., Martínez, P., & Romero, R. (2018). Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale: Construct validation in Spanish breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 114-138 DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.09.004.
- Angarita, V., & Escobar, G. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería de Murcia*.
- Arias, J., Salvador, N., & López, G. (1998). Concepto de calidad de vida en adolescentes sanos y enfermos. *Boletín Médico del Hospital Infantil*, 707-711.
- Asociación Española contra el cáncer. (2014). Obtenido de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer>.
- Aspinwall, L., & Taylor, S. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 417-436.
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 1038-1059.

- Baia, M., & Lazenby, M. (2015). A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. *Journal of palliative medicine*, 286-98 doi: 10.1089/jpm.2014.0189.
- Baník, G., & Gajdošová, B. (2014). Positive changes following cancer: posttraumatic growth in the context of other factors in patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 2023-9 doi: 10.1007/s00520-014-2217-0.
- Barcelata, B., & Rivas, D. (2016). Bienestar psicológico y satisfacción vital en adolescentes mexicanos tempranos y medios. *REvista Costarricense de Psicología*, 119-137.
- Barez, M. (2002). <http://tesisenred.net/handle/10803/4740>. Obtenido de <http://tesisenred.net/handle/10803/4740>: <http://tesisenred.net/handle/10803/4740>
- Barrios, E., & Garau, M. (2017). Epidemiología del cáncer en Uruguay y el mundo. *Anales de Facultad de Medicina de la Universidad de la República*, 9-47.
- Barroilhet, S., Forjaz, M., & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas españolas de psiquiatría*, 390-397.
- Basantes, B., Santacruz, J., & Celeste, R. (2017). El impacto del entorno familiar del paciente que acude al centro de apoyo integral para personas con cáncer en el Cantón Quito. *recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/25133>*. Quito.
- Baumeister, R., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. (2001). Bad is stronger than good. *Review of Genral Psychology*, 323-370.
- Becker, A. (2003). Pronóstico de vida y secuelas del tratamiento del cáncer en los niños. *Revista chilena de pediatría*, 520-523 <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062003000500011>.
- Belpame, N., Kars, M., Beeckman, D., Decoene, E., Quaghebeur, M., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2018). The 3-Phase Process in the Cancer Experience of Adolescents and Young Adults. *Cancer Nursurin*, 11-20 DOI:10.1097/ncc.0000000000000501.
- Berger, K. (2007). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. Madrid: Panamericana.
- Bilbao, M., Páez, D., da Costa, G., & Martínez, G. (2013). Cambios en creencias básicas y crecimiento post estrés: un estudio transversal sobre el fuerte impacto de los hechos positivos sobre el bienestar. *Terapia Psicológica*, 127-139.

- Blanco, M. (2007). Identificación y Expresión Emocional: mecanismos regulatorios y creencias personales. *Tesis Doctoral (inédita)*. España: Universidad de Murcia.
- Bragado, M., Hernández, M., Sánchez, M., & Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. *Psicothema*, 413-419.
- Brage, E. (2015). Entre la incertidumbre y el desarraigo. Una aproximación antropológica a las experiencias de migración para tratamientos médicos en niños y niñas con cáncer. *XI Reunión de Antropología del Mercosur*. Montevideo.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - coping or personal transition? *Psychooncology* 10 (1), 1-18.
- Bruce Compas, S. J. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *National Institute of Health* .
- Cabello, R., Fernández, P., Ruis, D., & Extremera, N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y Depresión*, 155-166.
- Cacioppo, J. (2003). *Handbook of affective Sciences . Introduction: emotion and health*. (pp. 1047-1052). New York : Oxford University Press.
- Cadena, A., Castro, G., & Franklin, E. (2014). Vivencias y significados de adolescentes sobrevivientes al cancer. *Trilogía. Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 145-163.
- Carver, C. &. (1998). *On the self-regulation of Behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Carver, C., & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social psychology*, 184-195.
- Carver, C., Scheier, M., & Segerstrom, S. (2010). Optimism . *Clinical Psychology Review*, 879-889 doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.006 .
- Casellas, A., Vives, J., Fuentes, A., & Ochoa, C. (2016). Positive Psychological functioning in breast cáncer. An integrative review. *Institut Catala Oncología*, doi: 10.1016/j.breast.2016.04.001 0960-9776.

- Cassia, R., Fernandez, M., & Martins, E. (2008). Mini-Mac escala de ajustamento mental para o cancer: estructura factorial. *Psicología em Estudo*, 169-177.
- Castellano, C., Sánchez, J., Blasco, T., Gros, I., Capdevilla, L., & Pérez, M. (2010). Afrontamiento y Malestar emocional parental en relación a la calidad de vida de adolescentes oncológicos en remisión. *Psicooncología*.
- Castillo, L. N. (08 de abril de 2017). <http://www.smu.org.uy/cartelera/cancerinf-castillo.htm>.
Obtenido de <http://www.smu.org.uy/cartelera/cancerinf-castillo.htm>:
<http://www.smu.org.uy/cartelera/cancerinf-castillo.htm>
- Castillo, L., Dabezies, A., Dufort, G., Pages, M., Carracedo, M., Castiglioni, M., . . . Silveira, A. (2012). Evolucion del cáncer pediátrico en Uruguay (1992-2011). *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 83 (1) ISSN 1688-1249, 26-33.
- Casullo, M. (1998). *Adolescentes en riesgo. Orientación e identificación*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. (2000). Psicología Salugénica o positiva. Algunas reflexiones. *Anuario de Investigaciones*, 340-346.
- Casullo, M., & Castro Solano, A. (2000). Evalaución del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 36-68.
- Chau, C., Morales, H., & Wetzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en una muestra de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Perú*, 1-20.
- Chàvez, R., & Gerturdis, S. (2017). Estrategias de afrontamiento en adolescentes con cáncer (estudio realizado en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Iren Sur). *Tesis Maestria*. Peru.
- Cheng, A. (2003). Cognitive and Motivational Processes Underlying coping flexibility: A dual-Process Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 425-438 DOI: 10.1037/0022-3514.84.2.425.
- Cheng, C. (2001). Assessing Coping Flexibility in Real-Life and Laboratory Settings: A Multimethod Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 814-833 DOI: 10.1037//0022-3514.80.5.814.

- Ciccioli, P., & Bussi, J. (2016). Componentes principales esférica y matriz de covariancia de determinante mínimo: una aplicación sobre indicadores de carencias críticas. *Componentes principales esféricas y matriz de covariancia de determinante mínimo: una aplicación sobre indicadores de carencias críticas*. Rosario: RepHip UNR Aprendizaje e Investigación.
- Clore, G. (1994). Why emotions are felt. En P. & Ekman, *The Nature of Emotions: Fundamental Questions* (págs. 103-111). New York: Oxford Univestity Press.
- Clore, G. (2000). Cognition in Emotion: Always, sometimes, or neves? En L. R. Nadel, *Congnitive neuroscience of emotion*. New York: Oxford University Press.
- Cohen, S., Alper, C., Doyle, W., Treanor, J., & Turner, R. (2006). Positive emotion style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza a virus. *Psychosom Med*, DOI: 10.1097/01.psy.0000245867.92364.3c.
- Collins, R., Taylor, S., & Skokan, L. (1990). A better world or a Shattered Vision? Changes in Life Perspectives Folowing Victimization. *Social Cognition*, 263-285 <https://doi.org/10.1521/soco.1990.8.3.263>.
- Company R., O. U. (2012). Regulación Emocional Interpersonal de las emociones de ira y tristeza. *Boletin de Psicología No.104*.
- Compas, B., Jase, S., Dumm, M., & Rodriguez, E. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 455-480.
- Connor-Smith, J., Compas, B., Wadsworth, M., Thomsen, A., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: measurement of coping and involuntary stress responses. *Jornal Consult Clinical Psychology*, 976-992.
- Cordova, M., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronnenwetter, C., Chang, V., McFarlin, S., & Spiegel, D. (2003). Mood disturbance in community cancer support groups: The role of emotional suppression and fighting spirit. *Journal of Psychosomatic Research*, 461-467 DOI: 10.1016/S0022-3999(03)00510-5.
- Coscollá, A., Caro, I., Calvo, I., & López, B. (2008). Estado psicológico de los adolescentes con enfermedades reumáticas: una primera aproximación. *Psicopatologia y Psicología Clínica*, 109-200.

- D'Anello, N., Araujo, L., & De Souza, J. (2012). Factores emocionales y familiares asociados a la adaptación de niños y adolescentes con cáncer. Reporte de 10 casos. *Universidad de los Andes*, 140-146.
- Damasio, A. (2000). A second chance for emotion. En L. & Nadel, *Cognitive Neuroscience of Emotion* (págs. 12-23). New York: Oxford University Press.
- Di Marco, P., Keegan, A. R., & Valenti, A. (2015). Factores Protectores y Vulnerables en pacientes oncológicos. *Anuario de Investigaciones de Facultad de Psicología*, 276-296, ISSN 1853-0354.
- Echavarría, L. (2012). Estrategias de Afrontamiento al estrés en relación con la inteligencia emocional en niños de 7 a 12 años de edad víctimas de desastres. *Revista IIPSI Facultad de Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos*.
- Enebrink, P., Björnsdötte, A., & Ghaderi, A. (2013). The Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric Properties and Norms. *Europe's Journal of Psychology*, 289-303 doi:10.5964/ejop.v9i2.535.
- Estévez, R., Delgado, A., & Parra, A. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilos de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de la moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39-53.
- Felicity Harper, L. P. (september,2012). Children's positive dispositional attributes, parents' empathic responses, and children's responses to painful pediatric oncology treatment procedures. *National Institutes of Health PA*.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dakshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., . . . Forman, D. & (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBALCAN 2012. *Journal of Cancer*, doi:10.1002/ijc.29210 PMID:25220842.
- Ferrando, F., & Lorenzo-Seva, U. (2014). Análisis factorial exploratorio de los ítems: algunas consideraciones adicionales. *Anales de Psicología*, 1170-1175. doi:10.6018/analesps.30.3.199991.
- Ferrero, J., Toledo, M., & Barreto, M. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores de bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 87-102.

- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychosocial well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9-11.
- Fredrickson, B. (2003). The value of Positive Emotions. *American Scientist*, 330-335.
- Fredrickson, Cummins, & Nisctico. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 218-226.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 436-443 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>.
- Gameiro, M., & Lopes, M. (2015). Promover un Estado Disposicional Positivo: Un Movimiento Adaptativo Esencial en Adolescentes con Enfermedad Onco-Hematológica. *Enfermagem Referência*, 101-111 DOI:10.12707/RIV14085.
- García, A., & Gómez, M. (2016). Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 3-9 <http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2016.02.004>.
- García, A., & Lucio, M. (2016). Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 3-9 doi:10.1016/j.gamo.2016.02.004.
- García, R., López, J., & Moreno, M. (2008). EStrategias de afrontamiento al estrés según sexo y edad en una muestra de adolescentes uruguayos. *Prensa Médica Latinoamericana*, 7-25.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M., & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada a la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico. *Psicología desde el Caribe*, 50-75.
- Globacan. (2012). Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2013. *International Agency for Research on Cancer*, Recuperado de: <http://www.globacan.iarc.fr>.
- Globocan, O. W. (2012). *Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012*. Obtenido de <http://globocan.iarc.fr>.
- Gómez, O., & Callejas, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación*, 96-117.

- Gonçalves, S., & Carlotto, M. (2007). Coping e género em adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 87-93.
- González, C., Andrade, P., & Jimenez, A. (1997). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 27-35.
- González, L., & López, M. (2015). El càncer en el mundo adolescente. *Revista Española de Pediatría*, 31-38.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M., & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 363-368.
- Grootenhuis, M., & Last, B. (2001). Children with cancer with different survival perspectives: defensiveness, control strategies, and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 305-314 DOI:10.1002/pon.529 .
- Gross, & L. (2006). *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press.
- Gross, J. &. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 348-362.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*.
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychology*, 281-291.
- Gullone, E., Huges, E., King, N., & Tonge, B. (2009). The normative development of emotion regulation strategy use in children and adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Gutiérrez, M., & Lemos, V. (2016). Estudio preliminar sobre estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes en niños argentinos con diagnóstico de càncer. *Anuario de investigaciones Facultad de Psicología UBA*, 331-338.
- Guyton, A., & Hall, J. (2006). *Tratado de fisiología médica*. España: Elsevier.
- Guzmán, C. V. (2013). Variables psicológicas positivas en pacientes con càncer. *Información Psicológica*, 17-27.

- Hair, J., Anderson, R., Tathan, R., & Black, W. (2004). *Analisis Multivariante*. Madrid: Perarson.
- Hair, J., Tatham, R., Anderson, R., & Black, W. (1998). *Multivariate Data Analysis*. Pearson.
- Hernández, M., & Cruzado, J. (2012). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clinica y Salud*, 1-9.
- Hernández, M., & Cruzado, J. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evalaución al tratamiento: 1er Premio de la XIX edición de Psicología Aplicada "fael Burgaleta". *Colegio Oficial de Psicologos de Madrid*. <https://doi.org/10.5093/cl2013a1>, 1-9.
- Hernández, M., J.A., C., Prado, E. R., Hernández, M., González, C., & Martín. (2012). Salud Mental y Malestar Emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología* 9, (2).
- Hernández, N. P. (2009). Impacto Emocional: Cáncer Infantil-Migración. *Psicooncología*, 445-457.
- Hernández-Sampieri, R., C., F., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación 6ta. Edición*. México: McGraw-Hill.
- Hervás, V. C. (2002). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicancias para la salud mental y física. *Revista de Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid*.
- Hobfoll, S. (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 513-324.
- Hobfoll, S. (2010). Conservation of resource caravans and engaged settings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 116-122 DOI: [dx.doi.org/10.1111/j.2044-8325.2010.02016.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.2010.02016.x).
- Holahan, C., Moos, R., Holahan, C., & Brennan, P. (1997). Social context, coping strategies, and depressive symptoms: an expanded model with cardiac patients. *Journal of personality and social psychology*, 918-28.
- Huta, V., & Ryan, R. (2010). Pursuing Pleasure or Virtue: The Differential and Overlapping Well-Being Benefits of Hedonic and Eudaimonic Motives. *Journal of Happiness Studies*, 735-762.

- Ibáñez, E. D. (2000). *Psicología Oncológica: Perspectivas Futuras de investigación e Intervención Profesional. Psicología, Saúde&Doencas.*
- Izard, C. (1991). *The psychology of emotions.* New York: Plenum Press.
- Jia, Z., Scott, E., Joy, K., & Francis, R. (2018). Mediating effects of emotion regulation strategies in the relations. *Journal of School Psychology, 16-26* doi.org/10.1016/j.jsp.2018.06.001.
- Jódar, R., J.P., N., & Salvá, C. (2004). Propuestas de un modelo teórico de regulación cognitiva de emociones negativas. La regulación emocional como variable moduladora de los efectos de la emoción sobre la memoria. *Motivos, emociones y procesos representacionales: de la teoría a la práctica*, 401-410.
- Johnson, E. (1990). *The deadly emotions. The role of anger, hostility and aggression in health and emotional wellbeing.* New York: Preager.
- Kameny, R., & Bearison, D. (2002). Cancer narratives of adolescents and young adults. A quantitative analysis. *Child Health Care*, 143-173.
- Kashdan, T., Gallagher, M., Silvia, P., Winterstein, B., Breen, W., Terhar, D., & Steger, M. (2009). The curiosity and exploration inventory-II: Development, factor structure and psychometrics . *Journal of Research in Personality, 987-998* doi: 10.1016/j.jrp.2009.04.011 .
- Kimberly Miller. Vannatta Kathryn, B. C. (2009). The role of coping and temperament in the adjustment of children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology.*
- Kochanska G., K. A. (2003). Effortful control as a personality characteristic of young children. Antecedents, correlates and consequences. *Journal of Personality .*
- Krauskopf, D. (2011). El desarrollo en la adolescencia: las transformaciones psicosociales y los derechos en una época de cambios. *Revista Psicología, 15-51.*
- Lange, C. (1885/1922). *The Emotions.* Baltimore: Williams and Wilkins.
- Laskowska, A. (2015). Non-adaptive reaction to disease - Coping, demographic variables and trauma symptoms in cancer patients. *Psychiatria Polska, 811-819* DOI:10.12740/PP/27107.
- Lazarus & Folkman, S. (1986). *Estres y Procesos Cognitivos.* Barcelona: Martinez Roca.

- Lazarus, R. y. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- León, O., & Montero, I. (2002). *Métodos de investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Leyva, B., Allen, J., Tom, L., Ospino, H., Torres, M., & Abraido-Lanza, A. (2014). Religion, Fatalism, and Cancer Control: A Qualitative Study among Hispanic Catholics . *American Journal of Health Behavior*, 839-849 DOI:10.5993/AJHB.38.6.6.
- Llorente, S., Ferreres, A., Hernández, A., & Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología* , 1151-1169 doi:10.6018/analesps.30.3.199361.
- Lorenzo, R., & colaboradores, &. (2014). *Adolescentes y jóvenes con cáncer. Luchas-Fracasos-Exitos-Amor*. Tarragona: Altaria.
- Manzanares, S., Herrera, G., Rodríguez, L., & Sepúlveda, G. (2010). Confiabilidad del cuestionario Biref COPE Inventory en versión en español en pacientes con cáncer de seno. *investigaciones en Enfermería*, 7-24.
- Martín, R. &. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress and anger. *Journal Personality and Individual Differences*.
- Martinez, E., & Tercero, G. (2017). Estrategias de afrontamiento en adolescentes con cáncer. *Revista Psicomotricidad Movimiento y Emoción*.
- Martínez, S. (Vol.1 (2011) n1). Enfermedades Psicosomáticas y Cáncer. A propósito de un caso. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*.
- Matos, T., Menenguin, S., Ferreira, M., & Miot, H. (2017). Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. *Latinoamericana de Enfermería* , doi: 10.1590/1518-8345.
- Mazaheri, M. D. (2014). The Effectiveness of the Univied Protocol on Emotional Dysregulation and Cgnitivie Emotion REgulation Strategies in Patients with Psychosomatic Disorders. *International Journal of Body Mind & Culture*.
- Méndez, J. (2005). Psicooncología infantil: situación actual y líneas de desarrollo futuras. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, DOI : 10.5944/rppc.vol.10.num.1.2005.9316.

- Merino, D., & Privado, J. (2015). Positive Psychological Functioning. Evidence for a new construct and its measurement. *Anales de Psicología*, 45-54.
- Merino, D., Privado, J., & Gracia, Z. (2015). Validación Mexicana de la escala de Funcionamiento Psicológico Positivo: perspectivas en torno al estudio del bienestar y su medida. *Salud Mental*, 109-115.
- Merino, M., Privado, J., Díaz, E., Rubio, S., & López, M. (2017). Funcionamiento psicológico positivo en España: existen diferencias en función del nivel educativo? *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 117-122 DOI: <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.07.3000>.
- Moorey, S., & Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for patients with cancer: a new approach*. Londres: Heinemann Medical Books.
- Moos, R. (1986). *Coping with life crises: An integrated approach*. New York: Plenum.
- Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory Psychological Assessment Resources*. Florida: Inc.
- Morán, C., Méndez, L., González, M., Landero-Hernández, R., & Menezes, E. (2014). Evaluación de las Propiedades Psicométricas del Brief COPE, su relación con el NEO PI-R y diferencias de género en Brasil. *Universitas Psychologica*, <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-4.eppb>.
- Moreira, M., Vasconcelos, M., da Silva, T., & Oliveira, K. (2017). Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental*, 356-362 DOI: 10.9789/21755361.2017.v9i2.356-362.
- Muglia, A., Bragado, C., & Hernández, M. (2014). Effectiveness of psychological interventions intended to promote adjustment of children with cancer and their parents: an overview. *Anales de Psicología*, 94-104.
- Muglia, A., Bragado, C., & Hernández, M. (2014). Eficacia de intervenciones psicológicas dirigidas a promover el ajuste de niños con cáncer y de sus padres. *Anales de Psicología*, 94-104.
- Navarro, J., Vara, M., Cebolla, A., & Baños, R. (2018). Validación psicométrica del cuestionario de regulación emocional (ERQ-CA) en población española. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9-15 doi: 10.21134/rpcna.2018.05.1.1.

- Ochoa, C., & Casellas, A. (2017). El cambio vital positivo tras un cancer: ingredientes, claves para facilitarlos y efectos sobre el bienestar. *Papeles del Psicólogo*, 1-11.
- Oliva, F., & Hernández, M. (2010). Validación de la versión Mexicana del Inventario de Expresión de Ira estado-rasgo (Staxi-2). *Acta Colombiana de Psicología* 13, 107-117.
- Oliveira, E., Merino, M., Privado, J., & Almeida, L. (2017). Escala de Funcionamiento Psicológico Positivo: Adaptação e Estudos Iniciais de Validação em Universitários Portugueses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 151-162 <https://doi.org/10.21865/RIDEP48.3.13>.
- Palmero, F. (2003). La emoción desde el modelo biológico. *Revista electrónica de motivación y emoción*.
- Park, C., & Cho, D. (2017). Spiritual well-being and spiritual distress predict adjustment in adolescent and young adult cancer survivors. *Psychooncology*, 1293-1300 doi: 10.1002/pon.4145.
- Pascual, A., Conajero, S., & Etxebarria, I. (2016). Coping strategies and emotion regulation in adolescents: adequacy and gender differences. *Ansiedad y Estrés*, 22-14 doi:10.1016/j.anyes.2016.04.002.
- Pérez, C. (2004). *Técnicas de Analisis Multivariantes de Datos*. Madrid: Pearson.
- Pérez, C. (2004). *Técnicas de Análisis Multivariantes de Datos. Aplicaciones con SPSS*. Madrid: Pearson.
- Pérez, M. A., Redondo, M., & León, L. (2008). Aproximaciones a la emoción de la ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*.
- Pérez, Y., & Guerra, V. (2014). La regulación emocional y su implicación en la salud adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 368-375.
- Peteet, J., & Barbobi, M. (2013). Spirituality and religion in oncology. *CA Cancer J Clin*, 280-9 doi: 10.3322/caac.21187.
- Peterson, C. y. (2003). Character strengths before and after September 11. *Psychological Science*, 381-384.

- Pineda, D., Valiente, R., Chorot, P., Piqueras, J., & Sandín, B. (2018). Invarianza factorial y temporal del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 109-120 doi: 10.5944/rppc.vol.23.num.2.2018.21823.
- Pintado, M., & Cruz, M. (2017). Factores de resiliencia en niños y adolescentes con cáncer y su relación con el género y la edad. *Ciencia ergo-sum*, 137-144 .
- Pollock, S. (1986). Human responses to chronic illness: Physiologic and psychosocial adaptation. *Nursing Research*, 90-95.
- Porro, M., & Andres, M. (2011). Tipos de expresividad emocional y tendencia a la supresión de la expresión emocional en pacientes diagnosticados con cáncer. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 10-18.
- Porro, M., Andres, M., & Rodríguez-Espinola, S. (2012). Regulación Emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 341-355.
- Pozo, C., Bretones, B., Martos, M., Alonso, M., & Cid, N. (2015). Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. *Revistas Latinoamericana de Psicología*, 93-101 Doi: 10.1016/j.rlp.2014.07.002.
- Pritchard, A. (1969). Statistical Bibliography or Bibliometrics. *Journal of Documentation*, 348-354.
- Rasmussen, W. C. (2006). Self-Regulation Processes and Health: The Importance of Optimism and Goal Adjustment. *Journal Of Personality*, 1721:1747.
- Real Academia Española, D. d. (Edición 2010). *Recuperado de: <http://www.rae.es>*.
- Reich, M., & Remor, E. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología*.
- Reich, M., Costa-Ball, D., César, D., & Remor, E. (2016). Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas. *Avances en Psicología Latinoamericana ISSN: 1794-4724*, 615-636.

- Reich, M. (2011). Cáncer de mama: evaluación y análisis del impacto psicológico y de la calidad de vida en una muestra de mujeres uruguayas diagnosticadas con cáncer de mama en diferentes estadios post cirugía. *Tesis Doctoral (inédita)*. Madrid.
- Remor, E., Amoros, M., & Carrobbles, J. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*, 37-44.
- Rendón, M., Reyes, N., Villasis, M., Serrano, J., & Escamilla, A. (2012). Tendencia mundial de la supervivencia en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. Revisión de las últimas cuatro décadas. *Boletín Médico Hospital Infantil México*, 153-163.
- Reyes, V., Reséndiz, A., Alcazar, R., & Reidl, L. (2017). Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo. *Psicogente*, 240-255.
- Reynolds, N., Mrug, S., Wolfe, K., Schewebel, D., & Wallander, J. (2016). Spiritual coping, psychosocial adjustment, and physical health in youth with chronic illness: a meta-analytic review. *Health Psychology Review*, 226-43 doi: 10.1080/17437199.2016.1159142.
- Rodríguez, C., Ortega, G., & Nava, C. (2009). Competencias efectivas y reacciones de estrés en pacientes sanos y con enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 177-188.
- Roman, J., & Krikorian, A. (2015). Afrontamiento al cáncer: adaptación al español y validación del Mini-Mac en población colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 531-544 doi:dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.11.
- Roman, J., Krikorian, A., & Palacio, C. (2015). Afrontamiento del cáncer: adaptación al español y validación del Mini Mac en población colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 531-544 Doi: dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.11.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton : NJ: Princeton University Press.
- Roy C., A. H. (2da. ed. 1999). *The Roy adaptation model*. Stanford: Apleton&Lange.
- Rueda, B., & Pérez, A. (2005). Estudio de la competencia percibida procesos de valoración y afrontamiento ante un supuesto problema cardiovascular. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 193-204.

- Rueda, B.-G. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia: influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 205-219.
- Ruiz, B., Fernández, R., Basabe, N., & Saracho, R. (2013). El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico. *Revista de Nefrología*, 342-354.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 598-611.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept . *Development and Psychopathology*, 335-344.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1069-1081.
- Ryff, C. (2013). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 10-28 doi: 10.1159/000353263.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited . *Journal of Personality and Social Psychology*, 719-727.
- Ryff, C., & Singer, B. (1996). Psychological Well-Being: Meaning, Measurement, and Implications of Psychotherapy Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 14-23 doi: 10.1159/000289026.
- Salotti, P. (2006). Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires. *Facultad de Humanidades*.
- Salsman, J., Fitchett, G., Merluzzi, T., Sherman, A., & Park, C. (2015). Religion, spirituality and health outcomes in cancer: a case for a meta-analytic investigation. *Cancer*, 3754-9 doi: 10.1002/cncr.29349.
- Samudio, A., Figueredo, D., Torres, R., Isabel, M., Servin, J., Alcaraz, E., . . . Caniza, M. (2013). Estrategias para prevenir el abandono de tratamiento en niños con cáncer en un país en vías de desarrollo. *Pediatría*.

- Sánchez, R., & Días, R. (2009). Identificación de las estrategias de regulación emocional para la frustración y el enojo mediante una medida psicométrica. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 54-69.
- Sanjuán, P., & Avila, M. (2016). Afrontamiento y motivación como predictor del bienestar subjetivo y psicológico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1-10.
- Scherer, K. (2000). Psychological models of emotion. En J. Borod, *The Neuropsychology of Emotion* (págs. 137-162). New York: Oxford University Press.
- Schutte, P., & Ryff, D. (1997). Personality and well-being. Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality Social Psychology*, 549-559.
- Schou, Ekeber, & Ruland. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psychooncology*, 18-27.
- Schulz, R. (1985). Emotion and affect. En V. N. Reinhold, *The Psychology of aging* (págs. 531-543). New York: Birren & K.W.Schaie.
- Silva, I. (2010). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Silva, J. (2003). Biología de la Regulación Emocional: su impacto en la psicología del afecto y la psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 163-172.
- Singer, S. &. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotion state. *Psychological Review*, 379-399.
- Souza, E., Da Silva, D., Rodriguez, A., & Castelli, A. (2015). Religión en el tratamiento de la enfermedad renal crónica: una comparación entre médicos y pacientes. *Bioética*, Doi:10.1590/1983-80422015233098.
- Stanton A., D. C. (2000). Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 875-882.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C., Kirk, S., & Sworowski, L. (2000). Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical Adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 875-882.

- Stevens, J. (1986). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Strain, J. (1998). Adjustment disorders. En H. JC., *Psycho-Oncology* (págs. 509-17). New York: Oxford University Press.
- Straub, R. (2012). *Health psychology. A biopsychosocial approach*. New York: Worth Publishers.
- Sun, X., Chan, D., & Chan, L. (2016). Self-compassion and psychological well-being among adolescents in Hong Kong: Exploring gender differences. *Personality and Individual Differences*, 288-292 doi:10.1016/j.paid.2016.06.011.
- Taylor SE, S. A. (2008). Coping resources, coping processes and mental health. *Annuary Clinical Psychology*.
- Taylor, S. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 1161-1173.
- Teixeira, A., Silva, E., Tavares, D., & Freire, T. (2014). Portuguese validation of the Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA) relations with self-esteem, and life satisfaction. *Child Ind Res*, DOI 10.1007/s12187-014-9266-2.
- Teixeira, A., Silva, E., Tavares, D., & Freire, T. (2015). Portuguese validation of the Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): relations with self-esteem and life satisfaction. *Child Indicators Research*, 605-621 DOI 10.1007/s12187-014-9266-2.
- Tomyn, A., Weinberg, M., & Cummins, R. (2015). Intervention Efficacy Among "At Risk" Adolescents: a test of subjective wellbeing homeostasis theory. *Socail Indicators Research*, 883-895.
- Toziano, R., Walter, J., Brulc, A., Navia, M., Quintana, S., & Flores, A. (2004). Perfil sociodemografico y de la atención de pacientes oncológicos provenientes de cinco provincias en un hospital de atención terciaria. *Archivos argentinos de pediatria*.
- Tugade, M. &. (2004). Resilient Individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 320-333.

- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 15-28.
- Vazquez, M., Rivera, M., & Quintanilla, R. (2001). Recursos psicológicos y resiliencia en niños de 6,8 y 10 años de edad. *Revista de educación y desarrollo*, 33-41.
- Vázquez, M., Rivera, M., & Quintanilla, R. (2011). Recursos Psicológicos y Resiliencia en niños de 6,8 y 10 años de edad. *Revista Eduación y Desarrollo* , 33-42.
- Vindrola-Padros, C. (2011). The Everyday Lives of Children with Cancer in Argentina: Going beyond the Disease and Treatment. *Children&Society*, Doi: 10.1111/j.1099-0860.2011.00369.x.
- Vohs D., B. R. (2011). *Self-Regulation: Research, Theory, and Applications*. New York: The Guilford Press.
- Wechsler, A., Sartorelli, J., Flavia, B., Pereira, G., & Loss, B. (2017). Factores contribuyentes a la resiliencia de los adolescentes con cáncer: un estudio piloto. *Psicologia Salud y Enfermedades*, 8-26 DOI: dx.doi.org/10.15309/17psd180308 .
- Whitford, H., & Olver, I. (2012). The multidimensionality of spitual wellbeing:peace,meaning,and faith and theri assocaition with quality of life and coping in conology. *Psychooncology*, 602-10 doi: 10.1002/pon.1937.
- Whitford, H., Olver, I., & Peterson, M. (2008). Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psychooncology*, 1121-8 Doi:10.1002/pon.1322.
- Wolfsdorf, B. H. (2006). Identification and evaluation of cognitive affect-regulation strategies:Development of a self-report measure. *Journal Cognitive Therapy and Research*.
- Ximénez, M., & García, A. (2005). Comparación de los métodos de estimación de máxima verosimilitud minimos cuadrados no ponderados en el análisis factorial mediante simulación Monte Carlo. *Psicothema*, 528-535.
- Young, J. (1985). What is Creativity? *The Journal of Creative Behavior*, 77-87.

Zayas García, A. (2016). *Factores psicoemocionales y ajuste psicológico asociado al cancer de mama*. Sevilla: Universidad de Sevilla. Obtenido de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/39459>

Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrisch, C., & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 155-68.

ANEXOS

ANEXO 1
Encabezado en versión web
CONSENTIMIENTO INFORMADO
CUESTIONARIO DE DATOS SOCIO
DEMOGRAFICOS AD-HOC
INVENTARIOS

Encabezado de los instrumentos en versión ONLINE.

Muestra Adolescentes saludables para validación de instrumentos.

Los siguientes inventarios son utilizados en una investigación científica que forma parte de la Tesis Doctoral: " Funcionamiento Psicológico Positivo, Estrategias de Afrontamiento y Regulación Emocional como predictores de la Adaptación a la enfermedad en adolescentes uruguayos en tratamiento por cáncer"

En esta etapa necesitamos datos de ADOLESCENTES SALUDABLES DE 12 A 17 AÑOS INCLUSIVE (no portadores de la enfermedad) que respondan los inventarios como parte del proceso de validación y adaptación de los mismo a la población de Uruguay.

Se requiere que respondan como si tuvieran una enfermedad, sea cualquier enfermedad. El objetivo es evaluar los inventarios.

El objetivo final de la investigación es aportar en Programas de intervención psicológica para ayudar a los adolescentes a su mejor adaptación a la enfermedad.

La participación es ANÓNIMA Y VOLUNTARIA; lleva aproximadamente 15-20 minutos completarlo y los datos acá obtenidos serán utilizados para la investigación del proceso Doctoral, resguardando estricta confidencialidad de los datos personales. Puedes solicitar que tus datos sean eliminados sin explicación en cualquier momento.

El documento solo se guardará al final, si lo cierra antes de completar la totalidad, no quedará registro de tus respuestas. Ante cualquier duda o inquietud puede contactarse por mail: licportela@gmail.com Lic. Mayda Portela.

¡¡Agradecemos tu valiosa colaboración!!

Solo se le solicita al participante que aporte los datos de: edad, procedencia y mail. Al finalizar se le ofrece la posibilidad, por medio de un botón (enviar copia por mail) de solicitar el envío de los cuestionarios completos. Es decir, al finalizar puede, solo enviar y guardar o bien enviar y solicitar una copia.

Cuadernillo toma presencial. Muestra clínica.

Facultad de Psicología
Departamento de Clínica y de la Salud
Consentimiento Informado

Dda. Mayda Portela
(Universidad de Palermo)

Docente de Alta Dedicación. Directora de Tecnicatura de Acompañamiento Terapéutico
(Universidad Católica del Uruguay)

Dra. Micaela Reich
Directora

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION:

Funcionamiento Psicológico Positivo, Regulación Emocional y Estrategias de Afrontamiento como predictores de la Adaptación a la enfermedad en Adolescentes en tratamiento por cáncer.

El propósito de este proyecto es evaluar el funcionamiento psicológico positivo, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento en relación a la adaptación a la enfermedad en adolescentes en tratamiento por cáncer. Esta investigación nos ayudara a comprender los factores personales que favorecen la actitud frente a la enfermedad y la adaptación a la misma. A largo plazo, se espera que la información obtenida a través de este estudio, contribuya a implementar programas de atención diseñados para intervenir sobre las estrategias de afrontamiento, el funcionamiento psicológico positivo, y la regulación emocional que promuevan mejores procesos de adaptación a la enfermedad.

Su hijo/a puede aportar datos relevantes a la investigación, por lo que se le solicita la autorización para aplicarle una serie de cuestionarios. Los mismos son de respuesta simple, del tipo a veces, cada tanto o nunca en relación con situaciones de su vida cotidiana y su forma de comportarse en las mismas.

En fecha y hora acordada, (o en este momento) se le harán estas preguntas, en encuentro que durará entre 30 y 40 minutos.

La participación en esta investigación es de carácter **voluntaria y confidencial teniendo derecho a negarse a responder cualquier pregunta o de interrumpir su participación en cualquier momento durante el estudio.**

La negativa a participar de este estudio o la interrupción de su participación **no ocasionará ningún perjuicio en el tratamiento que viene recibiendo en el Centro de Salud.**

La **identidad** del entrevistado y los datos relativos a la situación analizada serán **confidenciales**, tanto en los informes de investigación como en caso de que los resultados sean publicados.

Si en cualquier momento surgiera alguna pregunta acerca del estudio, puede formularse al ayudante de investigación durante la entrevista o puede ponerse en contacto con la Dda. Mayda Portela al 099466538, email mportela@ucu.edu.uy; licportela@gmail.com

Las respuestas a este cuestionario proveerán información que nos ayudará a comprender aspectos relacionados al funcionamiento psicológico positivo, las estrategias de afrontamiento, la regulación emocional y la adaptación a la enfermedad en adolescentes con cáncer. Una vez que esta información se encuentre disponible, la misma podrá ser utilizada para el diseño e implementación de programas de intervención en habilidades, recursos psicológicos y conductas saludables.

Desde ya agradecemos muchísimo la colaboración en la recolección de esta información.

Estas pautas me han sido propuestas y explicadas por:

.....

Por la presente doy mi autorización para la participación de mi hijo/a(indicar nombre y apellido del chico/a) en esta investigación con fines científicos, por parte de investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay (UCU).

en mi condición de.....

(Indicar: padre – madre – tutor)

Firma:

APELLIDO Y NOMBRES:

C.I.:

TEL:

Fecha:...../...../.....

NUMERO:

DATOS INICIALES

CONFIDENCIAL

Fecha:/...../..... Estudios: año que cursa: Sexo: F M

Edad: Ciudad:..... Departamento/Barrio:

Máximo Nivel de Estudios de Padres
O Tutores

	MADRE	PADRE
Escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liceo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros		
Sin Estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actividades de tus padres o tutores:

	Madre	Padre
Ama de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obrero en fabrica/empresa/albañil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fabricante/vendedor ambulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mecánico/carpintero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comerciante/dueño pequeña empresa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajador independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleado privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleado público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Policía/militar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Docente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jubilado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pensionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempleado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tienes o has tenido?

Diabetes SI NO

Obesidad SI NO

Hipertensión SI NO

Alergia SI NO

Asma SI NO

Problemas emocionales

¿Otras condiciones de salud?

¿Cuáles?

RELIGION: (Indique con una cruz la opción que lo identifica)

Creyente:

No creyente:

Practicante:

No Practicante:

Especificar religión:.....

DATOS DE SALUD

Diagnóstico actual:

Tiempo transcurrido desde que fue diagnosticada (Indique con una cruz la opción con la que se identificar)

0 - 3 meses

4 - 6 meses

7 - 12 meses

2 - 3 años

4 - 5 años

A lo largo del último año, ¿cuánto tiempo ha estado internada? (Indique con una cruz la opción)

0 días (No ingresó)

Una semana o menos

Menos de un mes

1 - 3 meses

4 - 6 meses

Más de 6 meses

TRATAMIENTOS RECIBIDOS POR EL DIAGNOSTICO DE CÁNCER ACTUAL

Cirugía SI NO

Fecha de intervención:/...../.....

Quimioterapia SI NO

Fecha de Inicio:

Fecha de finalización:

Nº dosis Programadas: _____

Nº dosis Recibidas: _____

Radioterapia: SI NO

Fecha Inicio:

Fecha finalización:

Nº ciclos programados _____

Otros tratamientos u observaciones: _____

DIAGNOSTICOS ANTERIORES DE CANCER:

Tipo de cáncer (especificar) _____

Tiempo desde el diagnóstico: _____

Tratamientos recibidos (especificar): _____

OTRAS ENFERMEDADES: SI NO

Especificar:

ANTECEDENTES ONCOLOGICOS FAMILIARES (Indique con una cruz la/s opciones)

Abuelo Materno Abuela materna Abuelo Paterno Abuela Paterna

Padre Madre Hermanos (especificar)

Observaciones:

QUIEN TE INFORMA SOBRE TU SALUD

Médico Enfermera Psicólogo Padres Otros

HISTORIA DE SALUD MENTAL

Diagnóstico: _____

¿Has consultado alguna vez un psicólogo o profesional de salud mental? SI NO

¿Canto tiempo hace?

En el último año Entre 1 y 2 años Entre 3 y 5 años

Entre 6 y 10 años Más de 10 años

¿Has sido alguna vez diagnosticado/a de un trastorno de salud mental? SI NO

Especificar diagnóstico:

Tratamiento Psicológico o Psiquiátrico: SI NO

Especificar duración del tratamiento:

Continúa en la actualidad con el tratamiento: SI NO

Observaciones: _____

Mental Adjustment to Cancer Scale, Mini-MAC. Watson et al. 1994)

A continuación, encontrará una serie de frases que describen las distintas reacciones que la gente experimenta cuando está enferma: Por favor, marque con una cruz el número situado a la derecha de cada frase, indicando en qué medida se aplica a su estado actual.

Marque una cruz en la casilla correspondiente al:

Número 1 . si la frase no tiene NADA que ver con Ud.

Número 2 . si la frase sólo tiene ALGO que ver con Ud.

Número 3. Si la frase tiene BASTANTE que ver con Ud.

Número 4 . si la frase tiene MUCHO que ver con Ud.

1	Vivo mi vida día a día	1	2	3	4
2	Me tomo mi enfermedad como un reto	1	2	3	4
3	Me he puesto en manos de Dios	1	2	3	4
4	Me he dado por vencido	1	2	3	4
5	Siento mucha bronca por lo que me ha sucedido	1	2	3	4
6	Me siento completamente perdido cuando intento pensar qué puedo hacer	1	2	3	4
7	Es un sentimiento devastador	1	2	3	4
8	Valoro lo que tengo	1	2	3	4
9	Me preocupa que la enfermedad vuelva a aparecer o empeore	1	2	3	4
10	Intento luchar contra la enfermedad	1	2	3	4
11	Intento distraerme cuando me vienen a la cabeza pensamientos sobre mi enfermedad	1	2	3	4
12	No puedo manejar esta situación	1	2	3	4
13	Me siento agresivo (preocupado)	1	2	3	4
14	No tengo muchas esperanzas puestas en el futuro	1	2	3	4
15	Siento que no hay nada que yo pueda hacer para ayudarme a mí mismo/a	1	2	3	4
16	Creo que esto es el fin del mundo	1	2	3	4
17	No pensar en mi enfermedad me ayuda a hacerle frente	1	2	3	4
18	Me siento muy optimista	1	2	3	4
19	He tenido una buena vida, lo que viva a partir de ahora es de regalo	1	2	3	4
20	Siento que no hay esperanza en mi vida	1	2	3	4
21	No puedo afrontar esta situación	1	2	3	4
22	Pensar en mi enfermedad me altera	1	2	3	4
23	Estoy decidido/a a vencer esta enfermedad	1	2	3	4
24	Desde que me han diagnosticado esta enfermedad, me doy cuenta de lo valiosa que es la vida y estoy sacándole el máximo partido	1	2	3	4
25	Me cuesta creer que esto me haya pasado a mi	1	2	3	4
26	Me esfuerzo mucho en no pensar en mi enfermedad	1	2	3	4
27	Deliberadamente me quito de la cabeza cualquier pensamiento sobre mi enfermedad	1	2	3	4
28	Me encuentro muy nervioso/a por mi enfermedad	1	2	3	4
29	Estoy un poco asustado/a	1	2	3	4

Funcionamiento Psicológico Positivo						
Ma. Dolores Merino & Jesús Privado (2015)						
		Completamente en desacuerdo			Completamente de acuerdo	
		1	2	3	4	5
1	Me gusta mi forma de ser					
2	No me rindo fácilmente ante las dificultades de la vida					
3	Me considero una persona optimista					
4	Sé encontrar nuevos usos a las cosas					
5	Tengo confianza y seguridad en mí mismo					
6	Combino adecuadamente mi vida laboral, social y personal					
7	Estoy lleno/a de vitalidad					
8	Para bien o para mal las decisiones importantes de mi vida las he tomado yo					
9	Sé relacionar cosas diferentes y sacar algo distinto					
10	Yo llevo las riendas de mi vida					
11	Estoy completamente enfocado a conseguir los objetivos de mi vida					
12	Soy capaz de ver las cosas desde puntos de vista completamente diferentes					
13	El sentido del humor es muy importante en mi vida					
14	Ante las dificultades me hago fuerte					
15	Siempre veo el lado bueno de las cosas					
16	Sé disfrutar de las pequeñas cosas que ofrece la vida cada día					
17	Me interesa todo lo que pasa a mi alrededor					
18	Me siento orgulloso/a de ser como soy					
19	Soy una persona entusiasta					
20	Si volviera a nacer me gustaría ser tal y como soy					
21	Creo que el futuro me traerá más cosas buenas que malas					
22	En mi día a día no llego a todo: estudios, familia, novio/a, amigos					
23	Soy capaz de reírme en muchas situaciones					
24	Lucho por conseguir las cosas que me importan					
25	Superar dificultades me ha hecho más fuerte					
26	Estoy en el camino de lograr mis metas personales					
27	Muchas cosas de la vida despiertan mi curiosidad e interés					
28	Lo paso bien casi con cualquier cosa					
29	Intento sacar el humor a cualquier situación					
30	Me apasiona aprender y descubrir cosas nuevas					
31	Manejo adecuadamente y sin cansancio las obligaciones que tengo					
32	Soy una persona llena de energía					
33	En la vida hay muchas cosas que me llenan de ilusión					

Relación de ítems por subescalas: **Autoestima:** ítems 1,18,20; **Resiliencia:** ítems 2,14,25; **Optimismo:** ítems 3,15,21; **Creatividad:** ítems 4,9,12; **Autonomía:** 5,8,10; **Domino del entorno:** 6,22,31; **Vitalidad:** 7,19,32; **Propósito Vital:** 11,24,26; **Humor:** 13,23,29; **Disfrute:** 16,28,33; **Curiosidad:** 17, 27,30. (El ítem 22 está invertido).

Brief COPE (Carver 1997)

Versión en castellano de Perczek, Carver, Price & Pozo-Kaderman (2000)

Las siguientes son algunas maneras de enfrentarse y adaptarse a situaciones difíciles.
Piense en **una situación difícil** que Ud. tuvo que enfrentar **en el año pasado**.
Estamos interesados en saber cómo Ud. se enfrentó o adaptó a esa situación difícil.

1	2	3	4
No hice esto en lo Absoluto	Hice esto un poco	Hice esto con cierta frecuencia	Hice esto con mucha frecuencia

Debajo de cada frase encontrarás una cuadrilla en la que deberás marcar con una cruz aquella opción con la que te identificas: 1,2,3 ó 4. Sólo marca una de ellas.

1. Yo me enfoqué en el estudio u otras actividades para distraer mi mente.

1	2	3	4
---	---	---	---

2. Yo concentré mis esfuerzos para hacer algo acerca de la situación en la que estaba.

1	2	3	4
---	---	---	---

3. Yo me dije a mi mismo/a, esto no es real.

1	2	3	4
---	---	---	---

4. Yo usé alcohol o drogas para sentirme mejor.

1	2	3	4
---	---	---	---

5. Yo recibí apoyo emocional de otras personas.

1	2	3	4
---	---	---	---

6. Yo me di por vencido/a de tratar de lidiar con esto.

1	2	3	4
---	---	---	---

7. Yo hice cosas para poder mejorar la situación.

1	2	3	4
---	---	---	---

8. Yo rechace creer que esto hubiera pasado.

1	2	3	4
---	---	---	---

9. Yo dije cosas por dejar escapar mis sentimientos desagradables.

1	2	3	4
---	---	---	---

10. Yo usé alcohol o drogas para que me ayudaran a pasar por esto.

1	2	3	4
---	---	---	---

11. Yo traté de verlo con un enfoque distinto para que pareciera más positivo.

1	2	3	4
---	---	---	---

12. Yo traté de crear una estrategia para saber qué hacer.

1	2	3	4
---	---	---	---

13. Yo recibí apoyo y comprensión de alguien.

1	2	3	4
---	---	---	---

14. Yo dejé de hacerle frente a la situación en la que estaba.

1	2	3	4
---	---	---	---

15. Yo busqué algo bueno en lo que estaba pensando.

1	2	3	4
---	---	---	---

16. Yo hice bromas acerca de esto.

1	2	3	4
---	---	---	---

17. Yo hice algo para pensar menos en esto, como ir al cine, ver TV, leer, soñar despierto/a, dormir, o ir de compras.

1	2	3	4
---	---	---	---

18. Yo acepté la realidad de que esto haya pasado.

1	2	3	4
---	---	---	---

19. Yo expresé mis pensamientos positivos.

1	2	3	4
---	---	---	---

20. Yo traté de encontrar apoyo en mi religión o mis creencias espirituales.

1	2	3	4
---	---	---	---

21. Yo aprendí a vivir con esto.

1	2	3	4
---	---	---	---

22. Yo pensé mucho cuales eran los pasos a tomar.

1	2	3	4
---	---	---	---

23. Yo recé o medité.

1	2	3	4
---	---	---	---

24. Yo hice bromas de la situación.

1	2	3	4
---	---	---	---

**The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ- CA)
(Gullone & Taffe, 2011) Version adaptada a adolescentes uruguayos al 02/09/2014**

Debajo encontrarás algunas afirmaciones. Por favor, lee cada afirmación y marca con un círculo la opción que te parezca que se aplica más a ti. Algunas de las afirmaciones pueden parecer iguales entre sí, pero en realidad son distintas, por eso te pedimos que las leas cuidadosamente cada una de ellas.

	Nada de acuerdo	poco de Acuerdo	Más o menos d acuerdo	de acuerdo	muy de Acuerdo
1. Cuando quiero sentirme más contento, pienso en otra cosa	0	1	2	3	4
2. No comparto mis sentimientos con otros	0	1	2	3	4
3. Cuando quiero sentirme menos triste, enojado o preocupado, pienso en otra cosa	0	1	2	3	4
4. Cuando me siento feliz, me cuido de no mostrarlo	0	1	2	3	4
5. Cuando estoy preocupado por algo, me esfuerzo a pensarlo de una manera que me ayude a sentirme mejor	0	1	2	3	4
6. Controlo mis sentimientos no mostrándolos	0	1	2	3	4
7. Cuando quiero sentirme más contento por algo, cambio la manera de pensar sobre ello	0	1	2	3	4
8. Para controlar cómo me hacen sentir algunas cosas, cambio mi manera de pensar acerca de Ellas	0	1	2	3	4
9. Cuando me siento mal (ej.: triste, enojado o preocupado), me cuido de no mostrarlo	0	1	2	3	4
10. Cuando quiero sentirme menos triste, enojado o preocupado por algo, cambio la forma de pensar acerca de ello	0	1	2	3	4

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ANEXO II
AUTORIZACION DE LOS AUTORES PARA LA
UTILIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOLOGICO POSITIVO:

Estimada Dra. Dolores Merino, por medio de la presente, me pongo en contacto con Ud. para solicitarle autorización para la utilización del inventario de Funcionamiento Psicológico Positivo en mi investigación científica.

Si bien aparece de utilización gratuita, entiendo que corresponde el debido aviso y solicitud de autorización como autora de este.

En el marco de mi tesis doctoral, estoy llevando a cabo un proyecto de investigación sobre: Funcionamiento Psicológico Positivo, Regulación Emocional y Estrategias de Afrontamiento como predictores de la Adaptación a la enfermedad en adolescentes uruguayos en tratamiento por cáncer.

Quedo a la espera de sus comentarios y agradezco desde ya su atención

saludos cordiales

Lic. Mayda Portela

Coordinadora Tecnicatura de Acompañamiento Terapéutico

Facultad de Psicología. Universidad Católica del Uruguay

Av. 8 de Octubre 2738-CP11600

Montevideo, Uruguay

Tel: (+598) 2487 2717 Int. 6546

mportela@ucu.edu.uy

M. DOLORES MERINO RIVERA <lolamerino@psi.ucm.es>

|mar 22/8/2017, 01:26 p.m.

Estimada Mayda:

Gracias por interesarte en nuestra escala. Nos parece muy bien que sea uno de los instrumentos de medida que la utilices en tu tesis y, por supuesto, podemos seguir en contacto e intercambiar información.

Saludos cordiales,

Lola Merino

Dra. M^a Dolores Merino Rivera

Departamento de Psicología Diferencial y del Trabajo

Facultad de Psicología

Universidad Complutense de Madrid

Tfn: 91 394 32 34

Fax: 91 394 2820

e-mail: lolamerino@psi.ucm.es

Escala de Ajuste Mental al Cáncer Mini-Mac

From: Mayda Portela <mportela@ucu.edu.uy>

To: maggie.watson@live.co.uk

mar 22/8/2017, 02.00 p.m.

Subject: solicitud de permiso

Estimada Dra. Maggie Watson:

Me comunico con Ud. a efectos de solicitar la autorización correspondiente para utilizar el inventario Mini-Mac en la investigación que estoy llevando a cabo en el marco de mi proceso Doctoral, llamada: Funcionamiento Psicológico Positivo, Regulación Emocional y Estrategias de Afrontamiento como predictores de Adaptación a la enfermedad en adolescentes uruguayos con cáncer".

Desde ya le agradezco su atención y colaboración
saludos cordiales

Lic. Mayda Portela
Psicóloga

Maggie Watson <maggie.watson@live.co.uk>

para mí

Asunto: solicitud de permiso.

Dear Mayda

Yes - I authorise you to use the MAC and Mini-MAC

The Spanish Mini-MAC is attached.

For the User Manual - only in english - you need to order from John at IPOS.

Dr. Maggie Watson

Escala Brief-COPE

La escala Brief-Cope es de libre uso, según figura en lo expresado en la web del autor, de la University of Miami, Department of Psychology en su versión traducida al español

Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A., & Pozo-Kaderman, C. (2000)

<http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/scspan.html>