



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

Influencia del estilo de afrontamiento sobre el ajuste a la enfermedad en adolescentes oncológicos: implicaciones y factores relacionados.

D. Diego José Sáez Rodríguez
2024



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

Influencia del estilo de afrontamiento sobre el ajuste a la enfermedad en adolescentes oncológicos: implicaciones y factores relacionados.

Autor: D. Diego José Sáez Rodríguez

Director/es: D. Juan Manuel Ortigosa Quiles

D. Antonio Riquelme Marín

D. ^a Raquel Suriá Martínez



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD
DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022

D./Dña. Diego José Sáez Rodríguez

doctorando del Programa de Doctorado en

Psicología

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

Influencia del estilo de afrontamiento sobre el ajuste a la enfermedad en adolescentes oncológicos: implicaciones y factores relacionados.

y dirigida por,

D./Dña. Juan Manuel Ortigosa Quiles

D./Dña. Antonio Riquelme Marín

D./Dña. Raquel Suriá Martínez

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:

- *La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- *En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 13 de febrero de 2024

Fdo.: Diego José Sáez Rodríguez

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados	
Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

*A mis padres, por siempre haber construido sin pedir nada a cambio,
y a Pablo, por ser el príncipe de todos mis refugios.*

Agradecimientos

A mi padre, José Antonio Sáez Alarcón, quiero expresar mi agradecimiento por haber inculcado en mí unos principios que han sido la base de mi formación y desarrollo mediante su presencia en mi vida. Sin esos valores, no hubiera llegado a ser la persona que soy hoy, ni habría alcanzado los logros que celebro con esta tesis. A lo largo de los años, de manera silenciosa pero impactante, he sentido su apoyo incondicional cuando más lo he necesitado. Su sabiduría, paciencia y amor han sido guías fundamentales en mi camino académico y personal. Este logro también es suyo, y le dedico este trabajo como reconocimiento por ser mis cimientos y fuente de inspiración.

A mi madre, Paloma Rodríguez Carbonell, por su inquebrantable apoyo y gran paciencia a lo largo de mi vida y de este desafiante proceso académico. Su presencia ha sido un pilar fundamental que ha sostenido cada paso, brindándome aliento y comprensión. Su cariño para soportar mi carácter y ofrecer amor incondicional ha sido un faro en los momentos difíciles. Este logro no habría sido posible sin su constante respaldo y fe en mi capacidad para superar obstáculos, aun cuando yo era incapaz de poder verla. Por tanto, dedico este trabajo a mi madre, reconociendo su gran influencia en mi vida y éxito académico. Su amor continúa siendo la fuerza impulsora detrás de cada logro.

A mi querida abuela Luisa, quiero expresar una profunda gratitud. Aunque ya no esté físicamente presente, su apoyo y cariño han sido una guía constante en mi vida. En este momento tan significativo, estoy seguro de que estaría inmensamente orgullosa. Su legado perdura como una fuente eterna de inspiración, y dedico este logro con un gran agradecimiento por el amor y la guía que sigue brindándome, incluso más allá de la vida. Gracias, abuela, por ser mi luz eterna y mi inspiración inagotable.

Al Dr. Pablo Chico, la persona más importante que ha hecho que el día de hoy se pueda cumplir, la persona que desde hace siete años me ha cuidado, y ha hecho que al fin pueda creer en mí. Sigo teniendo algunos pilares en proceso

de construcción, pero sé que a su lado, el camino es seguro. No existe una persona como él, tan incansable, tan atento, y sobretodo paciente en todo momento, a pesar de que en muchos de ellos las situaciones eran complicadas de gestionar. Lo sabe perfectamente, pero no puedo más que dedicar esta tesis a la persona que ha inspirado mi vida académica y me ha hecho ver que valgo más de lo que yo pensaba. Siempre juntos tú y yo.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Juan Manuel Ortigosa Quiles, mi tutor de tesis, por confiar en mí y otorgarme la oportunidad de embarcarme en este viaje académico a través del doctorado. Su orientación experta, paciencia y apoyo constante han sido fundamentales en mi desarrollo académico, y estoy profundamente agradecido por su confianza en mis capacidades.

Asimismo, deseo reconocer y agradecer al Dr. Antonio Riquelme Marín, mi director, por su respaldo a lo largo de este proceso. Su dedicación, sabiduría y apoyo han enriquecido mi experiencia de investigación, brindándome la guía necesaria para superar desafíos y alcanzar metas académicas. Aprecio sinceramente el privilegio de contar con un equipo competente y comprometido.

A las asociaciones ASPANION y ASION, deseo expresar mi profundo agradecimiento por su inestimable colaboración en el desarrollo de esta investigación. Su papel ha sido fundamental al depositar su confianza en este proyecto y al proporcionar generosamente los datos esenciales para la realización de la tesis. Su compromiso inquebrantable con la causa, así como su dedicación incansable para mejorar la calidad de vida de los niños afectados por el cáncer, resultan verdaderamente inspiradores. La confianza que han otorgado a este trabajo ha sido crucial para su consecución, y su contribución va más allá de la mera facilitación de información; constituye un acto valioso que refleja su compromiso genuino con la investigación y el avance del conocimiento en el ámbito del cáncer infantil y juvenil.

A todos los jóvenes que, a pesar de enfrentar momentos difíciles en sus vidas, han brindado su valiosa colaboración para hacer posible esta tesis, quiero expresar mi profundo agradecimiento. El coraje y la dedicación que han demostrado son testimonio de su fuerza interior y resiliencia. Su participación ha enriquecido significativamente esta investigación, y sus experiencias han arrojado luz sobre aspectos fundamentales. En medio de sus propias batallas, han contribuido generosamente, haciendo posible avanzar en el conocimiento y comprensión de este tema. A estos valientes jóvenes, les agradezco no sólo por su tiempo y esfuerzo, sino por ser fuentes de inspiración constante. Sus historias han dejado una marca imborrable en este trabajo, y mi gratitud hacia ellos es infinita.

“El deseo de sanarse siempre ha sido la mitad de la sanación”

Lucio Anneo Séneca

Índice

Páginas

Primera Parte: Marco teórico.

1. El cáncer durante la juventud: importancia y contextualización.	37
1.1. Definición del cáncer en la infancia y la adolescencia.	37
1.2. Contextualización y características del cáncer en la infancia y la adolescencia.	38
1.3. Implicaciones del cáncer en la infancia y la adolescencia.	39
1.4. Roles y desafíos en familias con jóvenes oncológicos.	42
2. Prevalencia de casos y tumores más característicos en jóvenes.	44
2.1. Panorama general.	44
2.2. Tumores más característicos en jóvenes.	45
3. Efectos secundarios y consecuencias de los tratamientos oncológicos en jóvenes.	45
3.1. La importancia de los efectos secundarios en jóvenes oncológicos.	45
3.2. Exploración detallada de efectos secundarios.	46
3.3. Consideraciones psicosociales y epidemiológicas.	48
3.4. Resiliencia y significado personal.	49
3.5. Evaluación a largo plazo y calidad de vida.	51
4. Programas más habituales de intervención en jóvenes oncológicos.	51
4.1. Importancia de programas de intervención en oncología en adolescentes.	51
4.2. Funciones del psicólogo en las intervenciones con jóvenes oncológicos. Resumen y definición de intervenciones psicológicas.	52
4.3. Programas comunes de intervención en jóvenes oncológicos.	53
4.4. Terapias de juego en intervención.	54
4.5. Exploración integral sobre características y estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus familiares.	55
5. Exploración integral de la oncología durante la infancia y la adolescencia: desde el diagnóstico hasta la supervivencia.	56

5.1. Factores psicosociales en padres de pacientes pediátricos con cáncer.	56
5.2. Impacto del cáncer en la autoestima y desarrollo personal durante la transición a la vida adulta.	58
5.3. El cáncer durante la juventud a lo largo de las etapas de la enfermedad y su influencia en las estrategias de afrontamiento.	58
5.4. Estrategias de afrontamiento y su impacto en el bienestar psicológico durante la enfermedad.	61
5.5. Implicación de la depresión en adolescentes oncológicos sobre las estrategias de afrontamiento.	62
5.6. Implicación del apoyo social en adolescentes oncológicos sobre las estrategias de afrontamiento.	63
5.7. Implicación del estrés social en adolescentes oncológicos sobre las estrategias de afrontamiento.	64
5.8. Impacto de la calidad de vida en las estrategias de afrontamiento y su influencia en las mismas.	64
5.9. Implicación del sexo en adolescentes oncológicos sobre las estrategias de afrontamiento.	65
6. Justificación.	66

Segunda Parte: Estudio Empírico.

1. Objetivos y planteamiento de hipótesis.	71
1.1. Objetivos.	71
1.2. Hipótesis.	72
2. Método.	73
2.1. Descripción de los participantes.	73
2.2. Variables e instrumentos de evaluación.	75
2.2.1. Cuestionario sociodemográfico ad hoc.	75
2.2.2. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS).	75
2.2.3. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA).	76
2.2.4. Cuestionario SF-12.	76

2.3. Diseño de investigación.	77
2.4. Procedimiento.	77
2.5. Análisis estadístico.	78
3. Resultados.	78
3.1. Análisis de la comparación de medias de estrategias de afrontamiento a lo largo del proceso de enfermedad.	78
3.2. Análisis ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y los problemas interiorizados y exteriorizados.	80
3.3. Análisis de la comparación de medias de estrategias de afrontamiento en función de la calidad de vida (componentes mental y físico).	163
3.4. Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y la variable edad.	167
3.5. Análisis de la comparación de medias de estrategias de afrontamiento en función del sexo.	168
3.6. Análisis de covarianza entre sexo y edad con respecto a las estrategias de afrontamiento.	170
3.7. Análisis de las diferencias en estrategias de afrontamiento en función del tipo de intervención.	179
4. Discusión.	183
4.1. Hipótesis 1: El empleo de las diferentes estrategias de afrontamiento variará a lo largo del proceso de enfermedad.	184
4.2. Hipótesis 2: Determinadas formas de afrontamiento serán empleadas en mayor medida entre los adolescentes oncológicos según presenten problemas psicológicos interiorizados o exteriorizados.	186
4.2.1. Problemas interiorizados (depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, sintomatología postraumática y obsesión-compulsión).	187
4.2.2. Problemas exteriorizados (problemas de atención, hiperactividad-impulsividad, problemas de control de ira, agresión, conducta desafiante y conducta antisocial).	195

4.3. Hipótesis 3: Los componentes mentales y físicos de calidad de vida de estos pacientes se relacionarán con una mayor utilización de determinados estilos de afrontamiento de la enfermedad.	201
4.4. Hipótesis 4: La edad jugará un papel importante en la forma de afrontar la enfermedad.	204
4.5. Hipótesis 5: Habrá diferencias en la forma de afrontar la enfermedad ligadas al sexo.	207
4.6. Hipótesis 6: La interacción entre la edad y el sexo producirá diferencias con respecto a la forma de afrontar la enfermedad.	209
4.7. Hipótesis 7: El tipo de tratamiento aplicado a lo largo del proceso de enfermedad, se relacionará con una mayor o menor utilización de las diferentes estrategias de afrontamiento.	211
5. Conclusiones.	215
6. Consideraciones finales, limitaciones del estudio y recomendaciones para futuras investigaciones y prácticas clínicas	219
7. Referencias bibliográficas.	221
8. Anexos.	237
8.1. Presentación del proyecto y consentimiento informado.	237
8.2. Batería de evaluación.	240

Índice de tablas

	Páginas
Tabla 1. Reparto de roles habituales en las familias afectadas por el cáncer pediátrico.	43
Tabla 2. Efectos secundarios en función del tipo de tumor.	46
Tabla 3. Aspectos médicos y psicológicos de las distintas fases del cáncer pediátrico.	50
Tabla 4. Resumen y definición de las intervenciones psicológicas cognitivas y cognitivo-conductuales.	52
Tabla 5. Diferencias de medias en las diferentes estrategias de afrontamiento en función del periodo de enfermedad.	79
Tabla 6. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable depresión.	80
Tabla 7. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” en función de la variable ansiedad depresión.	81
Tabla 8. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social”.	81
Tabla 9. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “preocuparse” en función de la variable depresión.	82
Tabla 10. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “preocuparse”.	82
Tabla 11. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos” en función de la variable depresión.	83
Tabla 12. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos”.	83
Tabla 13. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable depresión.	83
Tabla 14. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento”.	84

Tabla 15. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “acción social” en función de la variable depresión.	84
Tabla 16. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “acción social”.	84
Tabla 17. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable depresión.	85
Tabla 18. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema”.	85
Tabla 19. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable depresión.	85
Tabla 20. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí”.	86
Tabla 21. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” en función de la variable depresión.	86
Tabla 22. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual”.	86
Tabla 23. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” en función de la variable depresión.	87
Tabla 24. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo”.	87
Tabla 25. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” en función de la variable depresión.	88
Tabla 26. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional”.	88
Tabla 27. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas” en función de la variable depresión.	88
Tabla 28. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas”.	89

Tabla 29. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable ansiedad.	90
Tabla 30. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” en función de la variable ansiedad.	91
Tabla 31. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social”.	91
Tabla 32. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” en función de la variable ansiedad.	92
Tabla 33. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema”.	92
Tabla 34. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” en función de la variable ansiedad.	92
Tabla 35. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito”.	93
Tabla 36. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “preocuparse” en función de la variable ansiedad.	93
Tabla 37. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “preocuparse”.	93
Tabla 38. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos” en función de la variable ansiedad.	94
Tabla 39. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos”.	94
Tabla 40. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” en función de la variable ansiedad.	95
Tabla 41. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones”.	95
Tabla 42. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable ansiedad.	95

Tabla 43. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento”.	96
Tabla 44. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” en función de la variable ansiedad.	96
Tabla 45. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión”.	96
Tabla 46. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “acción social” en función de la variable ansiedad.	97
Tabla 47. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “acción social”.	97
Tabla 48. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable ansiedad.	97
Tabla 49. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema”.	98
Tabla 50. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “autoinculparse” en función de la variable ansiedad.	98
Tabla 51. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “autoinculparse”.	98
Tabla 52. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable ansiedad.	99
Tabla 53. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí”.	99
Tabla 54. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” en función de la variable ansiedad.	99
Tabla 55. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo”.	100
Tabla 56. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” en función de la variable ansiedad.	100

Tabla 57. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional”.	100
Tabla 58. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” en función de la variable ansiedad.	101
Tabla 59. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes”.	101
Tabla 60. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable ansiedad social.	102
Tabla 61. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” en función de la variable ansiedad social.	103
Tabla 62. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social”.	103
Tabla 63. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” en función de la variable ansiedad social.	104
Tabla 64. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema”.	104
Tabla 65. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” en función de la variable ansiedad social.	104
Tabla 66. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito”.	105
Tabla 67. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos” en función de la variable ansiedad social.	105
Tabla 68. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos”.	105
Tabla 69. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia” en función de la variable ansiedad social.	106
Tabla 70. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia”.	106

Tabla 71. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable ansiedad social.	106
Tabla 72. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento”.	107
Tabla 73. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “acción social” en función de la variable ansiedad social.	107
Tabla 74. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “acción social”.	107
Tabla 75. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable ansiedad social.	108
Tabla 76. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema”.	108
Tabla 77. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “autoinculparse” en función de la variable ansiedad social.	109
Tabla 78. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “autoinculparse”.	109
Tabla 79. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable ansiedad social.	109
Tabla 80. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí”.	110
Tabla 81. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” en función de la variable ansiedad social.	110
Tabla 82. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual”.	110
Tabla 83. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” en función de la variable ansiedad social.	111
Tabla 84. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo”.	111

Tabla 85. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “apoyo profesional” en función de la variable ansiedad social.	112
Tabla 86. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “apoyo profesional”.	112
Tabla 87. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” en función de la variable ansiedad social.	112
Tabla 88. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes”.	113
Tabla 89. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas” en función de la variable ansiedad social.	113
Tabla 90. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas”.	113
Tabla 91. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable quejas somáticas.	114
Tabla 92. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” en función de la variable quejas somáticas.	115
Tabla 93. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema”.	115
Tabla 94. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” en función de la variable quejas somáticas.	116
Tabla 95. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito”.	116
Tabla 96. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “preocuparse” en función de la variable quejas somáticas.	117
Tabla 97. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “preocuparse”.	117
Tabla 98. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” en función de la variable quejas somáticas.	117

Tabla 99. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones”.	118
Tabla 100. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable quejas somáticas.	118
Tabla 101. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento”.	118
Tabla 102. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” en función de la variable quejas somáticas.	119
Tabla 103. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión”.	119
Tabla 104. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable quejas somáticas.	119
Tabla 105. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema”.	120
Tabla 106. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “autoinculparse” en función de la variable quejas somáticas.	120
Tabla 107. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “autoinculparse”.	120
Tabla 108. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable quejas somáticas.	121
Tabla 109. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí”.	121
Tabla 110. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” en función de la variable quejas somáticas.	122
Tabla 111. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual”.	122
Tabla 112. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” en función de la variable quejas somáticas.	122

Tabla 113. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo”.	123
Tabla 114. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” en función de la variable quejas somáticas.	123
Tabla 115. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional”.	123
Tabla 116. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable sintomatología postraumática.	124
Tabla 117. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” en función de la variable sintomatología postraumática.	125
Tabla 118. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” en función de la variable sintomatología postraumática.	126
Tabla 119. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “preocuparse” en función de la variable sintomatología postraumática.	126
Tabla 120. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” en función de la variable sintomatología postraumática.	126
Tabla 121. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable sintomatología postraumática.	127
Tabla 122. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” en función de la variable sintomatología postraumática.	127
Tabla 123. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “acción social” en función de la variable sintomatología postraumática.	128
Tabla 124. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable sintomatología postraumática.	128
Tabla 125. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable sintomatología postraumática.	128

Tabla 126. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” en función de la variable sintomatología postraumática.	129
Tabla 127. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” en función de la variable sintomatología postraumática.	129
Tabla 128. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable obsesión-compulsión.	130
Tabla 129. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “preocuparse” en función de la variable obsesión-compulsión.	131
Tabla 130. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” en función de la variable obsesión-compulsión.	131
Tabla 131. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” en función de la variable obsesión-compulsión.	132
Tabla 132. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable obsesión-compulsión.	132
Tabla 133. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “autoinculparse” en función de la variable obsesión-compulsión.	132
Tabla 134. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable obsesión-compulsión.	133
Tabla 135. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” en función de la variable obsesión-compulsión.	133
Tabla 136. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable problemas de atención.	134
Tabla 137. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” en función de la variable problemas de atención.	135
Tabla 138. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” en función de la variable problemas de atención.	135
Tabla 139. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “preocuparse” en función de la variable problemas de atención.	136

Tabla 140. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia” en función de la variable problemas de atención.	136
Tabla 141. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” en función de la variable problemas de atención.	136
Tabla 142. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable problemas de atención.	137
Tabla 143. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “acción social” en función de la variable problemas de atención.	137
Tabla 144. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable problemas de atención.	138
Tabla 145. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “autoinculparse” en función de la variable problemas de atención.	138
Tabla 146. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable problemas de atención.	138
Tabla 147. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable hiperactividad-impulsividad.	139
Tabla 148. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.	140
Tabla 149. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “preocuparse” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.	141
Tabla 150. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.	141
Tabla 151. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.	141
Tabla 152. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.	142
Tabla 153. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.	142

Tabla 154. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “acción social” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.	143
Tabla 155. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.	143
Tabla 156. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.	143
Tabla 157. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.	144
Tabla 158. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.	144
Tabla 159. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable problemas de control de ira.	145
Tabla 160. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” en función de la variable problemas de control de ira.	146
Tabla 161. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema”.	146
Tabla 162. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” en función de la variable problemas de control de ira.	147
Tabla 163. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito”.	147
Tabla 164. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia” en función de la variable problemas de control de ira.	147
Tabla 165. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia”.	148
Tabla 166. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” en función de la variable problemas de control de ira.	148

Tabla 167. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones”.	148
Tabla 168. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable problemas de control de ira.	149
Tabla 169. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento”.	149
Tabla 170. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” en función de la variable problemas de control de ira.	150
Tabla 171. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión”.	150
Tabla 172. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “acción social” en función de la variable problemas de control de ira.	150
Tabla 173. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “acción social”.	151
Tabla 174. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable problemas de control de ira.	151
Tabla 175. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema”.	151
Tabla 176. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “autoinculparse” en función de la variable problemas de control de ira.	152
Tabla 177. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “autoinculparse”.	152
Tabla 178. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable problemas de control de ira.	153
Tabla 179. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí”.	153
Tabla 180. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” en función de la variable problemas de control de ira.	153

Tabla 181. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual”.	154
Tabla 182. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” en función de la variable problemas de control de ira.	154
Tabla 183. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo”.	154
Tabla 184. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” en función de la variable problemas de control de ira.	155
Tabla 185. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional”.	155
Tabla 186. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas” en función de la variable problemas de control de ira.	156
Tabla 187. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas”.	156
Tabla 188. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable conducta desafiante.	157
Tabla 189. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” en función de la variable conducta desafiante.	158
Tabla 190. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos” en función de la variable conducta desafiante.	159
Tabla 191. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia” en función de la variable conducta desafiante.	159
Tabla 192. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” en función de la variable conducta desafiante.	159
Tabla 193. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable conducta desafiante.	160
Tabla 194. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” en función de la variable conducta desafiante.	160

Tabla 195. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “acción social” en función de la variable conducta desafiante.	161
Tabla 196. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable conducta desafiante.	161
Tabla 197. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” en función de la variable conducta desafiante.	161
Tabla 198. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” en función de la variable conducta desafiante.	162
Tabla 199. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” en función de la variable conducta desafiante.	162
Tabla 200. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas” en función de la variable conducta desafiante.	163
Tabla 201. Diferencias de medias en las diferentes estrategias de afrontamiento en función del componente físico de la calidad de vida.	164
Tabla 202. Diferencias de medias en las diferentes estrategias de afrontamiento en función del componente mental de la calidad de vida.	166
Tabla 203. Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y la variable edad.	167
Tabla 204. Modelo de regresión entre edad y las diferentes estrategias de afrontamiento.	168
Tabla 205. Diferencias de medias en las diferentes estrategias de afrontamiento en función del sexo.	169
Tabla 206. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social”	170
Tabla 207. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema”	170
Tabla 208. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito”	171

Tabla 209. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “preocuparse”	171
Tabla 210. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos”	172
Tabla 211. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia”	172
Tabla 212. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones”	173
Tabla 213. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento”	173
Tabla 214. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión”	174
Tabla 215. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “acción social”	174
Tabla 216. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema”	175
Tabla 217. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “autoinculparse”	175
Tabla 218. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí”	176
Tabla 219. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual”	176
Tabla 220. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo”	177
Tabla 221. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional”	177
Tabla 222. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes”	178

Tabla 223. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas”	178
Tabla 224. Diferencias de medias en las diferentes estrategias de afrontamiento en función del tipo de intervención durante el periodo de tratamiento.	180
Tabla 225. Diferencias de medias en las diferentes estrategias de afrontamiento en función del tipo de intervención durante el periodo de seguimiento.	181

Índice de figuras

	Páginas
Figura 1. Composición de los grupos de periodo de enfermedad por sexo.	74
Figura 2. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable depresión.	81
Figura 3. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable ansiedad.	90
Figura 4. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable ansiedad social.	102
Figura 5. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable quejas somáticas.	115
Figura 6. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable sintomatología postraumática.	125
Figura 7. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable obsesión-compulsión.	130
Figura 8. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable problemas de atención.	134
Figura 9. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable hiperactividad-impulsividad.	140
Figura 10. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable problemas de control de ira.	145
Figura 11. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable agresión.	156
Figura 12. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable conducta desafiante.	158
Figura 13. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable conducta antisocial.	163

Primera Parte: Marco Teórico.

1. El cáncer durante la juventud: importancia y contextualización.

1.1. Definición del cáncer en la infancia y la adolescencia.

La enfermedad se describe como una alteración o desviación del funcionamiento normal de una o varias partes del cuerpo. Esta desviación, causada generalmente por factores conocidos, se manifiesta a través de síntomas y signos característicos, y su progresión es más o menos predecible. Es crucial entender no sólo los factores físicos, sino también los psicológicos y sociales que pueden tener un impacto directo en el paciente, especialmente cuando se trata de un niño o adolescente con cáncer (Chacón-Muñoz y Cisneros-Castolo, 2011).

Las enfermedades oncológicas se consideran crónicas y son ocasionadas por múltiples factores, afectando tanto a adultos como a niños y adolescentes (Yélamos et al., 2011); sin embargo, la prevención supone una complicación en estos dos últimos grupos (Ramírez, 2016), debido a su baja detectabilidad (Kornfeld, 2002) y a que se trata de una enfermedad que exige un elevado número de recursos y unas intervenciones más optimizadas. Por tanto, la atención a esta población específica implica consideraciones particulares dadas las características biológicas, emocionales y sociales propias de la juventud (Sharp et al., 2022).

El concepto de adolescencia como una etapa del desarrollo psicológicamente compleja comenzó a tomar forma a finales del siglo XIX, aunque su reconocimiento había sido sugerido mucho antes. Pioneros como G. Stanley Hall y Sigmund Freud contribuyeron significativamente a la comprensión de esta fase. Sin embargo, fue Anna Freud en 1950 quien planteó de manera impactante que *"ser normal durante la adolescencia es, en sí mismo, anormal"*. Esta afirmación subraya la naturaleza intrincada y tumultuosa de la adolescencia, caracterizada por cambios físicos, emocionales y cognitivos significativos. Durante esta etapa, los adolescentes enfrentan desafíos como la búsqueda de identidad, la independencia y la exploración de valores y creencias personales. También experimentan una mayor presión social y pueden enfrentar

cuestionamientos internos. Un ejemplo de estas afirmaciones se observa en base a los estudios de Levitt y cols (1993) y Furman y Buhrmester (1992), donde se analiza la evolución que se produce en la red social de niños y adolescentes, constatando que, en los diferentes grupos de edad, los miembros de la familia próxima son una fuente importante de apoyo, pero conforme aumenta la edad la red social se amplía y la relevancia de la familia decrece mientras adquieren más importancia el grupo de iguales y la pareja. La declaración de Anna Freud resalta que la "normalidad" en la adolescencia no puede ser evaluada de la misma manera que en otras etapas de la vida. Los conflictos y desafíos son inherentes a este período y pueden ser esenciales para el desarrollo saludable de la identidad y la autonomía. En última instancia, su enfoque señala que la variabilidad y la complejidad son normales en la experiencia adolescente y que es fundamental considerar estos factores al abordar las necesidades y preocupaciones de los jóvenes en esta etapa de la vida (Comisión de Psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, 2009).

1.2. Contextualización y características del cáncer en la infancia y la adolescencia.

Al hablar de cáncer durante la infancia se suele referir a la enfermedad de sujetos que están entre los 0 y 14 años, pero no se puede olvidar que existe una población de sujetos desde los 15 hasta los 18-19 años que también se encuentran en esta situación (Siegel et al., 2021).

La OMS define los adolescentes como individuos de entre 10 y 19 años (Organización Mundial de la Salud, 2023), mientras que el *National Cancer Institute* (NCI) considera que el periodo de adolescencia está asignado en el rango de edad de 15 a 19 años (Instituto Nacional del Cáncer, 2022).

Este último grupo de pacientes, de 15 a 19 años, presenta una serie de tumores que se tratan tanto en unidades de adultos, como en unidades pediátricas. Debido a las características de los adolescentes, se ve necesario crear una unidad específica, con un personal y un tratamiento orientado a cubrir

las necesidades de este grupo diana, ya que hay una gran variedad de variables que afectan directamente en la adaptación de los adolescentes como puede ser la edad, el tipo de familia, tipo de diagnóstico, las estrategias de afrontamiento, periodo de hospitalización, tipo de tratamiento, malestar físico, cambios corporales, información recibida a lo largo de la enfermedad, etc. (Comisión de Psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, 2009).

Los cuidados paliativos se han concentrado en mejorar la calidad de vida del paciente a lo largo de su atención médica y han sido adaptados para alinearse con las directrices de tratamiento oncológico, abarcando tanto a adultos como a niños y adolescentes. A pesar de esto, el sistema de atención médica ha tardado en reconocer el potencial positivo de este tipo de cuidados en el tratamiento de adolescentes y adultos jóvenes con cáncer. Como resultado, no se le ha prestado la debida atención en el cuidado de este grupo de pacientes y aún no se ha explorado en profundidad como un servicio viable y beneficioso para esta población (Harper, 2016).

1.3. Implicaciones del cáncer en la infancia y la adolescencia.

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano, caracterizada por cambios físicos, emocionales y sociales significativos. Cuando se enfrentan al diagnóstico y tratamiento del cáncer, los adolescentes experimentan desafíos únicos que demandan un enfoque especializado. La combinación de factores biológicos propios de la juventud, la complejidad emocional de la adolescencia y las necesidades sociales específicas hace imperativo proporcionar un trato diferenciado para estos pacientes. Este grupo demográfico requiere una atención médica y psicosocial que reconozca y aborde las particularidades de su situación, garantizando un cuidado integral que no sólo aborde la enfermedad física, sino también las dimensiones emocionales y sociales que impactan profundamente en su bienestar durante esta fase crucial de la vida. Por tanto, los constructos principales para analizar deben ser los correspondientes a cada edad, ya que no se les otorga relevancia a los mismos aspectos durante todas las etapas del desarrollo. Es importante analizar factores

referentes a la imagen corporal, la autoestima, el desarrollo de la independencia y la confianza en sí mismo, la red social, la identidad sexual, la autonomía, la autoeficacia, el locus de control, y aspectos relativos a la educación para poder realmente intervenir de forma holística al paciente (Silva, 2006).

La oncología en adolescentes y adultos jóvenes ocupa una posición intermedia entre la oncología pediátrica y la de adultos, lo que la hace una categoría poco definida. Desafortunadamente, en este grupo de edad, la mejoría en las tasas de supervivencia se ha detenido, a diferencia de lo que ha ocurrido tanto en niños como en adultos mayores, quienes han experimentado avances notables. Esta falta de progreso se debe a diversas razones que involucran factores biológicos y psicosociales (Williams, 2013).

La familia entera, que podría definirse como *“la unidad ética de cuidado”* o *“la unidad fundamental de protección y de salud para cada miembro familiar”*, merece ser destacada como factor principal de recuperación, debido al gran porcentaje que las características de esta suponen sobre el paciente, ya que lo que le pasa un miembro es susceptible de afectar al resto (Baider, 2003).

Los factores psicosociales emergen como los elementos más estrechamente vinculados a las respuestas agudas de angustia en los padres, mientras que los factores demográficos y médicos objetivos tienen una relación generalmente limitada con los resultados. Por tanto, se enmarca la necesidad de implementar una evaluación psicosocial integral de los padres en el momento de la hospitalización de sus hijos, así como la creación de programas e intervenciones dirigidos a abordar estos factores de riesgo psicosocial en diversas enfermedades y entornos de tratamiento. En consecuencia, este enfoque debería extenderse a todo el sistema hospitalario en su conjunto. (Muscara et al., 2017).

Inglaterra fue el primer país que reconoció el cáncer en adolescentes como una entidad propia, para atender a las necesidades de este grupo de pacientes que se estableció en 1990, con el objetivo principal de buscar las

necesidades específicas en el grupo de adolescentes con cáncer (Cuevas et al., 2003).

La atención a adolescentes y adultos jóvenes con cáncer ha estado principalmente enfocada en mejorar los resultados y el respaldo psicosocial ante las carencias en su atención. Un número importante de estos pacientes morirá debido a un diagnóstico inicial desfavorable o a una recaída. En adultos, se ha progresado en la idea de un servicio integrado que combina cuidados oncológicos con paliativos. Sin embargo, en la oncología pediátrica, la implementación de esta filosofía ha quedado rezagada. En el caso de adolescentes, especialmente aquellos con un cáncer avanzado, las necesidades de cuidados paliativos, más allá de los cuidados al final de la vida, a menudo no se atienden adecuadamente, ya sea en un entorno oncológico pediátrico o de adultos. Los cuidados paliativos y de apoyo para adolescentes plantean desafíos específicos asociados a la edad. Las complejas relaciones entre médicos, padres y pacientes pueden restringir la capacidad del joven para participar en la planificación de sus cuidados. La variabilidad en la habilidad real o percibida a esa edad, así como los desafíos propios del desarrollo en términos de comportamiento, comunicación y estrategias de afrontamiento, demandan una experiencia profesional especializada que no siempre está disponible (Pinkerton et al., 2018).

Uno de los principales desafíos que enfrentan los pacientes con enfermedades oncológicas es la dimensión social de su condición, la habilidad para abordar este tema de manera adecuada, y el fenómeno conocido como *"Hay un elefante en la habitación y nadie habla de ello"*, que se refiere a la tendencia de evitar discutir abiertamente la enfermedad. Este aspecto requiere una atención especial, ya que involucra factores como las redes de apoyo social, el entorno y la aceptación. La enfermedad debe ser abordada tanto de una manera franca como desde un estado del cual se busca recuperarse lo más pronto posible para que cada individuo pueda retomar sus roles cotidianos. Entre los temores más prominentes, destaca el Síndrome de Damocles, conocido como el miedo a la recaída. Este temor puede tener un impacto significativo en

el proceso de recuperación y en la prevención de la cronicidad de la enfermedad, tanto a nivel físico como psicológico (Comisión de Psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, 2009).

1.4. Roles y desafíos en familias con jóvenes oncológicos.

La negociación de roles en familias con niños y adolescentes diagnosticados con cáncer es un proceso rápido que responde a preguntas implícitas, como quién cuidará al joven, quiénes tomarán decisiones sobre el tratamiento y quiénes se comunicarán con el personal médico. En familias con dinámicas rígidas o resistentes al cambio, estos roles se establecen sin margen para cuestionamientos o alternativas, lo que puede generar malestar expresado indirectamente, como enfermedades en otros hermanos que modifican temporalmente la asignación de roles. Esta asignación de roles se acompaña de guiones relacionales implícitos que regulan las interacciones familiares, incluyendo expectativas sobre lo que cada miembro debe hacer, cuándo y cómo. Aunque estos guiones son adaptativos y proporcionan orden, su adaptabilidad depende de la flexibilidad para renegociar roles y expresar emociones (Sauceda-García y Maldonado-Durán, 2003).

El terapeuta debe explorar la asignación de roles en las familias, su nivel de expresión y su disposición al cambio. En familias tradicionales, la asignación de roles después del diagnóstico de cáncer tiende a seguir patrones específicos, como se muestra en la Tabla 1. (Pitillas, 2014).

En conclusión, la asignación de roles en familias con jóvenes con cáncer es un fenómeno dinámico que no sólo refleja la distribución de tareas, sino también la adaptación continua a las complejidades emocionales y psicológicas asociadas con el proceso oncológico. La comprensión de estos patrones proporciona al terapeuta una base sólida para abordar las necesidades específicas de cada familia y facilitar estrategias de afrontamiento efectivas a lo largo de su viaje en la oncología juvenil.

Tabla 1. Reparto de roles habituales en las familias afectadas por el cáncer pediátrico.

Miembro	Rol	Funciones/expectativas asociadas al rol	Experiencia emocional
Madre	Cuidador primario	<ul style="list-style-type: none"> – Se hace cargo del acompañamiento del paciente (renuncia a trabajo, hábitos de ocio, ...) – Acompaña al paciente durante las hospitalizaciones. – Tiene una comunicación directa, diaria, con el equipo médico. – Tiene una experiencia directa de los síntomas, malestar y complicaciones asociadas a la enfermedad o el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> – Sobrecarga (pocos tiempos de descanso). – Alto nivel de responsabilidad percibida. – Ansiedad, tristeza. – Fuertes dinámicas de identificación o posible fusión con el niño. – Sentimientos de soledad o incompreensión.
Padre	Cuidador secundario	<ul style="list-style-type: none"> – Se hace cargo de los ingresos familiares (mantiene trabajo). – Se encarga de la atención de los hermanos. – Es responsable de la logística familiar, la atención del hogar... – Es informador e intermediario con familia extensa y red social. 	<ul style="list-style-type: none"> – Sensación de aislamiento. – Indefensión por estar separado de paciente y esposa. – Sobrecarga por tener que compatibilizar trabajo y visitas hospitalarias. – Ansiedad, tristeza. – Sentimiento de soledad, incompreensión.
Hermanos	Asistentes (pasivos o activos)	<ul style="list-style-type: none"> – Apoyan en el cuidado del enfermo. – Apoyan en el cuidado de otros hermanos. – Apoyan en la atención a tareas domésticas. – Si son pequeños, asisten pasivamente a la enfermedad. – Separados ocasionalmente de la familia nuclear (durante hospitalizaciones, emergencias, cirugías...). 	<ul style="list-style-type: none"> – Celos o envidias respecto al hermano sano. – Parentificación. – Soledad, aislamiento o incompreensión. – Culpa (por sentir celos del hermano, por estar sanos...). – Miedo (a enfermar ellos, a que muera el hermano...). – Estrés asociado al desempleo de roles para los que no están preparados. – Miedo a la fragmentación de la familia.

(Pitillas, 2014)

2. Prevalencia de casos y tumores más característicos en jóvenes.

2.1. Panorama general.

La incidencia del cáncer en jóvenes es un tema de creciente relevancia en la atención médica contemporánea, y comprender el panorama general de la prevalencia de casos en esta población es esencial para mejorar la detección temprana, el tratamiento y el apoyo integral. En el contexto específico de España, se observa un incremento en la atención hacia la incidencia de cáncer en jóvenes, abarcando desde la adolescencia hasta la adultez temprana.

La Asociación Española contra el Cáncer (2022) revela que en el territorio español 951 chicos y chicas de 0 a 14 años fueron diagnosticados durante el 2022 de cáncer durante la infancia. También revela que, en el presente año, la tasa de mortalidad se sitúa en un valor de 2 casos por cada 100.000 habitantes, siendo por tanto una de las causas principales de mortalidad infantil y juvenil por enfermedad (Fernández-Plaza et al., 2004; Instituto Nacional de Estadística, 2022).

Con respecto a las diferencias que se pueden definir por grupos de edades dentro de los jóvenes oncológicos, en los trabajos de aquellos autores que han descrito independientemente ambos grupos de edad, de 10 a 14 y de 15 a 19 años, se observa que la incidencia es mucho más alta en el segundo grupo (Cuevas et al., 2003; Instituto Nacional de Estadística, 2022).

También se destacan trabajos en los que la incidencia del cáncer en general se separa en tres grandes grupos: 0 a 14, 15 a 19 y más de 19 años. En el grupo de pacientes pediátricos (0-14 años) la incidencia es de 120 a 150 casos por millón. En el grupo de pacientes adolescentes (15-19 años) la incidencia es de 200 a 210 casos por millón. Por último, en el grupo de pacientes adultos (>19 años) la incidencia es de 3000 a 3800 casos por millón (Acha-García, 2015).

El avance en los últimos años ha permitido que la supervivencia supere el 80%, una cifra mucho mejor que en tumores adultos, debido a las características propias de estas edades. Es muy relevante también conseguir un diagnóstico y tratamiento precoz para asegurar esas cifras. A pesar de esto, suelen presentar una serie de secuelas cognitivas importantes, derivadas del cáncer y sus tratamientos (Cañete et al., 2023).

2.2. Tumores más característicos en jóvenes.

Los tumores a esta edad son parecidos a los de la edad pediátrica, con distinta distribución en la frecuencia y con la presencia de algunos típicos del adulto como: Melanoma y Carcinoma Tiroideo (Acha-García, 2015).

Los tumores que presentan mayor porcentaje en esta edad, 15-19 años, son los Linfomas, Leucemias, Sistema nervioso central y tumores óseos (Cañete et al., 2023).

3. Efectos secundarios y consecuencias de los tratamientos oncológicos en jóvenes.

3.1. La importancia de los efectos secundarios en jóvenes oncológicos.

La adolescencia, una etapa de transición fundamental en la vida, se ve profundamente impactada cuando un joven enfrenta el desafiante diagnóstico de cáncer. Además del peso emocional de la enfermedad, los tratamientos oncológicos pueden desencadenar una variedad de efectos secundarios que afectan no sólo la salud física, sino también el bienestar psicológico y social de los pacientes juveniles. Es importante explorar de manera detallada los efectos secundarios asociados al tratamiento del cáncer en la población adolescente, destacando la necesidad de un enfoque integral que aborde no sólo la enfermedad primaria, sino también los desafíos adicionales que estos efectos secundarios pueden plantear en la vida cotidiana de los adolescentes afectados.

3.2. Exploración detallada de efectos secundarios.

En la siguiente tabla se resumen los efectos secundarios tardíos que pueden asociarse a los diagnósticos de cáncer más comunes en la infancia y adolescencia.

Tabla 2. Efectos secundarios en función del tipo de tumor.

Tipo de cáncer	Posibles efectos a largo plazo
Tumores óseos	<ul style="list-style-type: none"> – Amputación/desfiguramiento – Limitaciones funcionales de actividades físicas – Daño al tejido blando y a los huesos adyacentes – Problemas cardíacos – Pérdida de la audición – Daño renal – Segundos tumores – Problemas de fertilidad
Tumor de Wilms	<ul style="list-style-type: none"> – Problemas cardíacos – Daño renal – Daño al tejido blando y a los huesos subyacentes – Segundos tumores – Problemas de fertilidad – Escoliosis
Neuroblastoma	<ul style="list-style-type: none"> – Problemas cardíacos – Daño al tejido blando y a los huesos subyacentes – Efectos neurocognitivos – Pérdida de la audición – Segundos tumores – Daño renal
Sarcoma de tejidos blandos	<ul style="list-style-type: none"> – Amputación/desfiguramiento – Limitaciones funcionales de actividades físicas – Daño al tejido blando y a los huesos adyacentes – Daño renal – Segundos tumores – Cataratas – Problemas de fertilidad – Efectos neurocognitivos
Leucemia	<ul style="list-style-type: none"> – Alteraciones cognitivas – Crecimiento y maduración anormales – Problemas cardíacos – Segundos tumores – Debilidad, fatiga

(continúa)

Tabla 2. Efectos secundarios en función del tipo de tumor (continuación).

Tipo de cáncer	Posibles efectos a largo plazo
	<ul style="list-style-type: none"> – Obesidad – Osteoporosis – Necrosis vascular de los huesos – Problemas dentales
Tumores del SNC	<ul style="list-style-type: none"> – Efectos neurológicos y cognitivos – Crecimiento y maduración anormales – Pérdida de la audición – Daño renal – Problemas de fertilidad – Alteraciones hormonales – Problemas de visión – Segundos tumores
Enfermedad de Hodgkin	<ul style="list-style-type: none"> – Adhesiones y obstrucción intestinal (si se extrae el bazo) – Menor resistencia a las infecciones – Crecimiento y maduración anormales – Hipotiroidismo – Mal funcionamiento de la glándula salivar – Daño pulmonar
Linfoma no Hodgkin	<ul style="list-style-type: none"> – Problemas cardíacos – Problemas de fertilidad – Segundos tumores – Problemas cardíacos – Alteraciones cognitivas – Problemas de fertilidad – Osteopenia/osteoporosis

(Adaptado de Comisión de Psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, 2009)

Los tumores cerebrales sólidos y la leucemia linfoblástica aguda son de los más habituales (20%) en estos rangos de edad, suelen producir cambios de conducta y de personalidad, además de producir alteraciones en atención y memoria, provocando un detrimento en el rendimiento académico (Reddick et al., 2003; Vizcaíno et al., 2016).

3.3. Consideraciones psicosociales y epidemiológicas.

A parte de lo puramente fisiológico, se debe de tener en cuenta el potencial de estrés que puede ocasionar el sentimiento de encierro, la pérdida de intimidad, la interrupción de la actividad cotidiana, la separación con respecto a personas importantes, el contacto con desconocidos o la incertidumbre acerca de la conducta adecuada, entre otras (Ortigosa y Méndez, 2000).

El impacto epidemiológico va unido al riesgo de sufrir determinadas dificultades psicológicas como depresión y ansiedad, principalmente en adolescentes con afecciones físicas a largo plazo (Thabrew et al., 2017), produciendo además una serie de consecuencias psicológicas y sociales como vulnerabilidad, pánico y aislamiento entre otras, tanto en la familia como en el propio paciente (Phelps et al., 2017).

Los niños y los adolescentes con cáncer expresan lo complicado que es afrontar los cambios y los temores que viven, sin embargo, le otorgan a la experiencia un significado de cambio y crecimiento personal, además de una aceptación con respecto a los pensamientos negativos como pueden ser el temor a la muerte o la incertidumbre (Puello-Alcocer et al., 2020).

Debido al impacto emocional del cáncer en niños y adolescentes, estudios como los de Hensler et al. (2013) y Erickson y Steiner (2001) se han centrado principalmente en la parte patológica del paciente a nivel psicológico, mientras que otros trabajos como los de Hullmann et al. (2014) y Barakat et al. (2006) han mostrado una serie de factores más adaptativos como la calidad de vida, la esperanza, el optimismo y las estrategias de afrontamiento positivas. Se ha observado tanto en los propios pacientes como en los progenitores, que esta enfermedad también ha producido una mejora en las fortalezas psicológicas y un aumento en la capacidad de afrontar las consecuencias de esta patología (López et al., 2019).

Una enfermedad que amenaza la vida durante esta etapa vulnerable del desarrollo puede tener consecuencias psicosociales más significativas en comparación con el cáncer experimentado durante la infancia (Stam et al., 2006), dado que la enfermedad aumenta la necesidad de depender de los cuidadores y reduce la participación en actividades con pares de la misma edad (Van Dijk et al., 2018) y como resultado, se dificulta la realización de numerosas tareas típicas del desarrollo durante la adolescencia (Havighurst, 1992). A pesar de esto sigue existiendo una escasez de conocimiento sobre los efectos precisos que tiene un diagnóstico de cáncer que se desarrolla durante la adolescencia (Dieluweit et al., 2010).

3.4. Resiliencia y significado personal.

La enfermedad oncológica en niños y adolescentes no se presenta como una crisis estática o constante, sino que introduce de forma continua desafíos y responsabilidades tanto para el paciente como para su familia. Estos cambios suelen manifestarse en conjunción con las etapas significativas que caracterizan la mayoría de los tratamientos en el ámbito de la oncología pediátrica y juvenil. Otras investigaciones han abordado en profundidad los aspectos médicos y los desafíos psicológicos vinculados a cada una de estas fases. La Tabla 3 proporciona una síntesis de dichos aspectos (Pitillas, 2014).

En conclusión, el abordaje de la enfermedad oncológica en niños y adolescentes va más allá de los aspectos médicos, extendiéndose a los desafíos psicológicos que surgen en cada fase del tratamiento. La resiliencia y el significado personal se revelan como elementos cruciales en la experiencia de la enfermedad, ya que los pacientes y sus familias enfrentan incertidumbres, cambios en la identidad familiar, alteraciones en la vida cotidiana y desafíos emocionales a lo largo del proceso. Destaca la importancia de considerar no sólo la dimensión clínica, sino también la dimensión emocional y psicosocial para ofrecer un apoyo integral a los pacientes y sus familias a lo largo de su experiencia con el cáncer.

Tabla 3. Aspectos médicos y psicológicos de las distintas fases del cáncer pediátrico.

Fase de la enfermedad	Aspectos médicos	Aspectos psicológicos
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Primeros signos - Dificultades para la detección en atención primaria (enfermedad infrecuente) - Procedimientos diagnósticos agresivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Incertidumbre y espera - Culpa o rabia cuando el proceso diagnóstico es largo y permite el avance de la enfermedad - “Limbo” en la identidad familiar: futuro incierto y pasado inservible para definirse.
Tratamiento intensivo	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento agresivo: quimioterapia, radioterapia, cirugía. - Náuseas, vómitos, dolor - Hospitalizaciones largas y frecuentes - Inmunodepresión 	<ul style="list-style-type: none"> - Procesos interpersonales en el afrontamiento y el ajuste: contagio emocional, patrones de afrontamiento parentales, patrones de comunicación... - Alteración de rutinas, tiempos y espacios de la vida familiar
Mantenimiento/fin de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento no intensivo. Fármacos menos agresivos - Tratamiento ambulatorio, más espaciado - Síntomas agudos (alopecia, inmunodepresión) desaparecen 	<ul style="list-style-type: none"> - Reinserción en la normalidad: mundo laboral (padres), escuela, vida familiar normalizada... - Retos para la imagen corporal y para la identidad
Recaídas	<ul style="list-style-type: none"> - Revisiones periódicas - Posibles secuelas en aspecto corporal - Posibles secuelas funcionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Reelaboración secuencial de la experiencia (conforme el paciente va creciendo) - Necesidad de reconocimiento (lo hemos pasado mal) vs. Necesidad de normalización (no somos distintos a cualquier familia)
Cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> - De un enfoque terapéutico a un enfoque de cuidados - Control de dolor - Sedación 	<ul style="list-style-type: none"> - Duelo anticipado - Para el niño, el proceso de morir puede revestirse de un significado relacional (culpa, abandono, olvido...)

(Pitillas, 2014)

3.5. Evaluación a largo plazo y calidad de vida.

El progreso en los tratamientos ha llevado a una reducción en la frecuencia y gravedad de las secuelas. Sin embargo, aún es común observar afectaciones cognitivas y conductuales en pacientes con tumores del sistema nervioso central y leucemias. La evaluación neuropsicológica continua y el estudio de la sustancia blanca son herramientas cruciales para comprender estos efectos a largo plazo. Además, esta evaluación desempeña un papel fundamental en la identificación de déficits, evitando interpretaciones erróneas y expectativas poco realistas. Se destaca la importancia de establecer una unidad de seguimiento y fomentar la colaboración interdisciplinaria para mejorar la calidad de vida de los niños y adolescentes con cáncer (Bernabéu et al., 2003).

4. Programas más habituales de intervención en jóvenes oncológicos.

4.1. Importancia de programas de intervención en oncología en adolescentes.

En el contexto de la oncología durante la adolescencia, la implementación de programas de intervención específicos se vuelve esencial para abordar no sólo la enfermedad física, sino también las complejas necesidades emocionales, sociales y psicológicas que surgen durante el tratamiento. Es importante centrarse en explorar los programas más habituales de intervención diseñados para adolescentes afectados por el cáncer. Estos programas van más allá de la atención médica convencional, buscando proporcionar un apoyo integral que aborde los desafíos únicos que enfrentan los jóvenes en este período crítico de sus vidas. Al analizar las intervenciones más comunes, se pretende destacar la importancia de adaptar el enfoque de atención a las características específicas de la población adolescente, promoviendo así un tratamiento más holístico y efectivo para mejorar la calidad de vida y el bienestar de los adolescentes oncológicos.

4.2. Funciones del psicólogo en las intervenciones con jóvenes oncológicos. Resumen y definición de intervenciones psicológicas.

Entre las distintas funciones del psicólogo en el servicio de oncología se encuentran: tratar las dificultades relacionadas con la información médica proporcionada al paciente y a la familia, tratar las dificultades de adaptación a la enfermedad en sus distintas fases, tratar la ansiedad, los miedos, y las alteraciones del comportamiento asociadas a las pruebas diagnósticas y procedimientos médicos invasivos o tratamientos neoplásicos, tratar los efectos secundarios de la enfermedad (náuseas, vómitos anticipatorios o condicionados), y tratar la cooperación del paciente y sus familiares con el personal sanitario (Die Trill, 2003), como se indica en la Tabla 4.

Tabla 4. Resumen y definición de las intervenciones psicológicas cognitivas y cognitivo-conductuales.

Intervenciones cognitivas	Definición
Distracción cognitiva	Técnicas cognitivas para apartar la atención del procedimiento (contar, hablar de otra cosa).
Imaginación	Técnica para animar al niño a enfrentarse con el dolor/distrés del procedimiento proporcionándoles una imagen placentera (p. ej., el bosque o la playa).
Hipnosis	Disociación de la experiencia de dolor y distrés a través de la inducción hipnótica, sugestión y fantasía; similar a la anterior, pero requiere de más implicación que la imaginación.
Preparación/Información	Explicación de los pasos de los procedimientos y/o proporcionar información sensorial asociada con el procedimiento (p. ej., instruir sobre lo que supone el procedimiento).
Parada de pensamiento	El niño repite la palabra "Stop" o una afirmación similar durante el distrés/dolor, para bloquear los pensamientos negativos.
Autoverbalizaciones	El niño repite un conjunto de afirmaciones positivas (p. ej., "Puedo hacer esto", "Esto terminará pronto").
Sugestión	Proporcionar al niño claves verbales y no verbales sugiriendo que pueden reducir el dolor y el malestar.
Modificación del recuerdo	Ayudar al niño a reformular los recuerdos negativos en positivos.
Entrenamiento a padres	Entrena a los padres (no al niño) implicarlos en una de las anteriores estrategias cognitivas. La meta es disminuir el distrés parental para decrecer el distrés o dolor del niño, o de ambos.
Distracción conductual	Técnicas conductuales para apartar la atención del procedimiento (video, juegos).
Relajación muscular	Tensar y relajar varios músculos del cuerpo.
Ejercicios de respiración	Respiración profunda o diafragmática (p. ej., usando matasuegras, pompas de jabón, globos, intentando inflar o desinflar mediante la inspiración/exhalación).

(continúa)

Tabla 4. Resumen y definición de las intervenciones psicológicas cognitivas y cognitivo-conductuales (continuación).

Modelado	Demostración de las conductas de afrontamiento positivas durante un procedimiento fingido por otro niño o adulto.
Ensayo de conducta	Práctica de las conductas de afrontamiento positivas demostradas durante el modelado.
Desensibilización	Exposición gradual a estímulos temidos, generalmente implica una jerarquía de los estímulos temidos.
Reforzamiento positivo	Proporcionar afirmaciones positivas y/o recompensas tangibles (p. ej., juguetes) al niño tras el procedimiento.
Entrenamiento a padres	Entrenar a los padres (no al niño) para implicarlos en las anteriores estrategias conductuales.
Coaching a padres y personal	Entrenar a los padres y al personal sanitario para instruir activamente al niño en el uso de las estrategias anteriores.
Realidad virtual	Uso de tecnología y equipamiento (p. ej., gafas, auriculares) para captar la atención del niño; más implicación que en la distracción.
Terapia cognitivo-conductual combinada	Definición
TCC combinada	Cualquier intervención que utilice al menos una de las intervenciones conductuales descritas arriba en combinación con al menos una de las intervenciones conductuales anteriores.

(Ortigosa y Méndez, 2009)

Por tanto, el papel del psicólogo en el servicio de oncología en niños y adolescentes abarca diversas funciones cruciales en el apoyo emocional y adaptativo de jóvenes pacientes con cáncer y sus familias. Estas funciones incluyen el manejo de la información médica, la adaptación a las distintas fases de la enfermedad, el tratamiento de la ansiedad, miedos y alteraciones del comportamiento asociadas a procedimientos médicos, así como la gestión de los efectos secundarios de la enfermedad. Estas intervenciones van desde técnicas de distracción cognitiva hasta el uso de realidad virtual, y se destacan como herramientas valiosas para abordar aspectos emocionales y comportamentales en la atención integral de jóvenes oncológicos. Además, el entrenamiento a padres y al personal sanitario se presenta como un componente importante para potenciar la efectividad de estas intervenciones y brindar un apoyo integral a los pacientes infantojuveniles y sus familias.

4.3. Programas comunes de intervención en jóvenes oncológicos.

Con respecto a la intervención, es necesario enfrentar e integrar la ruptura constante de las rutinas familiares diarias previas al diagnóstico, gestionar el equilibrio entre las necesidades del hijo enfermo, y del resto de miembros de la

familia, garantizar una estabilidad psicológica en la familia, gestionar límites, disciplina, y las dificultades que afectan a la pareja.

Los programas más comunes de intervención son los siguientes (Pitillas, 2009):

- Programa de intervención a familias con un adolescente con cáncer.
- Programa de prevención de secuelas debidas al cáncer durante la infancia y la adolescencia.
- Programa de intervención en sujetos que presentan secuelas a largo plazo debidas al cáncer durante la infancia y la adolescencia.
- Programa de orientación laboral para jóvenes con secuelas debidas al cáncer durante la infancia y la adolescencia.
- Programa de intervención en adolescentes en situación de cuidados paliativos por enfermedad terminal.

Otra herramienta importante es la presencia estratégica de payasos en entornos médicos, la cual ha demostrado ser eficaz en la reducción del temor experimentado por los adolescentes durante procedimientos dolorosos. No obstante, es crucial destacar que, según un estudio de Ortigosa et al. (2016), este efecto beneficioso tiende a ser temporal. Las diferencias en la percepción del dolor entre los grupos con y sin la presencia de payasos desaparecen una vez que estos últimos se retiran. Este hallazgo resalta la necesidad de evaluar la duración y la sostenibilidad de los efectos de intervenciones específicas, subrayando la importancia de desarrollar enfoques que brinden beneficios a largo plazo para la salud emocional y física de los adolescentes oncológicos.

4.4. Terapias de juego en intervención.

Es relevante destacar con detalle cuatro usos posibles de la terapia de juego en la intervención en niños con cáncer. Estos cuatro usos se corresponderían con cuatro objetivos de intervención importantes (Pitillas, 2009):

- Ofrecer información al niño acerca de los tratamientos, la enfermedad, el funcionamiento del hospital...
- Favorecer la expresión y el desahogo emocional del paciente en situaciones especialmente impactantes.
- Favorecer la resolución de conflictos inconscientes relacionados con la enfermedad.
- Deliberar formas de afrontamiento con el paciente y/o sus cuidadores.

Con el advenimiento de la pubertad (9-14 años), el juego tiende a dar paso a otro tipo de interacción paciente-terapeuta, donde la introspección y el diálogo toman el primer plano. Sin embargo, las actividades basadas en la creatividad, tales como la narración de historias, la música y la pintura, todavía son accesibles para algunos adolescentes y pueden abrir ventanas valiosas a la vida emocional del paciente (Kolobova, 2016).

4.5. Exploración integral sobre características y estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus familiares.

En el ámbito de la investigación aplicada, la optimización del tiempo en los estudios sobre estrategias de afrontamiento se vuelve crucial, ya que estos proyectos a menudo implican la evaluación de múltiples hipótesis con la misma muestra. La necesidad de reducir la carga de tiempo se intensifica al considerar las diversas medidas que requieren una participación considerable por parte de los sujetos (Carver, 1997). En paralelo, al abordar las necesidades psicológicas de los pacientes en relación con momentos cruciales durante el tratamiento del cáncer, se identifican diversos objetivos terapéuticos. Estos objetivos se detallan minuciosamente, presentando los componentes terapéuticos asociados con cada uno de ellos (Pitillas et al., 2018).

En el contexto de la calidad de vida de los adolescentes supervivientes de cáncer, se destaca la influencia determinante del entorno familiar en su capacidad de adaptación. Abordar las necesidades tanto del paciente como de

sus padres se convierte en esencial para facilitar una transición suave hacia la fase de remisión. La atención específica a las necesidades familiares busca reducir la carga emocional después de finalizar el tratamiento y fomentar una adaptación rápida y efectiva a la vida cotidiana para toda la familia (Castellano et al., 2010).

En el ámbito de las terapias psicológicas para niños y adolescentes con cáncer, el enfoque cognitivo-conductual se erige como un pilar fundamental. Estas terapias buscan capacitar al niño y al adolescente para manejar eficazmente tanto el dolor como la angustia, proporcionándole habilidades de afrontamiento. Además, en casos adecuados, se busca que comprendan cómo sus pensamientos y emociones pueden influir en el dolor y la angustia experimentados (Uman et al., 2008). Aunque se reconoce la relevancia de los servicios de apoyo psicosocial para niños y adolescentes con cáncer y sus familias, la evaluación de estos servicios enfrenta desafíos, y la información sobre los diversos enfoques de entrega de estos servicios aún es escasa en comparación con otros aspectos de la investigación (Wendy-Mitchell y Slooper, 2006).

5. Exploración integral de la durante la infancia y la adolescencia: desde el diagnóstico hasta la supervivencia.

5.1. Factores psicosociales en padres de pacientes pediátricos con cáncer.

Historicamente, la psicología clínica había centrado la investigación fundamentalmente en diagnosticar y tratar los efectos psicológicos derivados del diagnóstico de cáncer en niños y adolescentes y en su familia (impacto emocional, *counselling* para la familia del niño que muere, manejo del dolor, ansiedad y actitud en procedimientos diagnóstico-terapéuticos, etc.). Con el aumento de las tasas de supervivientes y los avances en neuropsicología, se ha desarrollado un nuevo campo de estudio interesado en la evaluación y rehabilitación de estas secuelas (Mavrides y Pao, 2014).

Hasta la fecha, las investigaciones indican que las variables psicosociales, que son factores relacionados con el funcionamiento social y el funcionamiento psicológico de un individuo, están fuertemente asociadas con las reacciones de estrés agudo de los padres. La evaluación subjetiva de los padres sobre la gravedad de la enfermedad y el grado en que se preocupan por la muerte de su hijo se ha asociado sistemáticamente con las respuestas al estrés agudo (Bakker et al., 2012; Kassam-Adams et al., 2009; Shaw et al., 2006). Los factores adicionales incluyen la ansiedad rasgo de los padres (McCarthy et al., 2012; Patino-Fernandez et al., 2008), el riesgo psicosocial familiar (McCarthy et al., 2012), el funcionamiento familiar (McCarthy et al., 2012; Shaw et al., 2006), y exposición previa al trauma (Kassam-Adams et al., 2009).

Se considera que la mayoría de los pacientes, parten de una salud mental y psiquiátrica correcta, y termina el procedimiento de igual o semejante manera. Esto no debe confundirse con el hecho de que existe sufrimiento (Pitillas, 2013).

Los constructos principales para analizar son los relacionados con la edad, ya que no se les otorga relevancia a los mismos aspectos durante todas las etapas del desarrollo. Por tanto, se deben analizar los factores referentes a la imagen corporal, la autoestima, el desarrollo de la independencia y la confianza en sí mismo, la red social, la identidad sexual, la autonomía, la autoeficacia, la calidad de vida (Avendaño y Barra, 2008) y aspectos relativos a la educación para poder realmente intervenir de forma general al paciente (Grau, 2002).

Aspectos como la autoestima, aumentan al llevar a cabo intervenciones psicológicas durante el tratamiento como psicoeducación, apoyo emocional, y estrategias de afrontamiento (Wang et al., 2022; Azem, 2017). Además, se observa una variabilidad entre sexos con respecto a las estrategias de afrontamiento empleadas y la autoestima (Mittmann y Schrank, 2021).

5.2. Impacto del cáncer en la autoestima y desarrollo personal durante la transición a la vida adulta.

El cáncer está relacionado con multitud de características personales, entre ellas la autoestima (Gibson et al., 2016), generando una sensación de falta de dominio en un período crucial para el desarrollo saludable, cuando la percepción de uno mismo y el logro de la independencia son esenciales (Wicks y Mitchell, 2010). La transición hacia la vida adulta a menudo se ve perturbada cuando se deben enfrentar tanto a las demandas normales del desarrollo como a los desafíos asociados al diagnóstico, lo que dificulta el proceso de autodescubrimiento y adquisición de autonomía (Zahava et al., 2013).

Se producen una serie de efectos adversos derivados de la enfermedad. El efecto secundario más común durante un proceso de enfermedad oncológica en niños y adolescentes es una baja autoestima entre otras, en comparación con el resto de la población general, debido principalmente a la etapa de desarrollo en la que se encuentran (Bellver y Verdet, 2015). Este constructo se considera muy relevante en este periodo, debido a que es el principal responsable de facilitar que la persona se pueda sentir segura de sí misma, mostrando un sentido positivo de su identidad y de su valía personal. Esta característica puede ser un indicador de la disposición a hacer cambios personales a nivel psicológico o emocional (Fernández-Pinto et al., 2015). Además, se establece que una autoestima elevada provoca un aumento en la utilización de las diferentes estrategias de afrontamiento tanto en adolescentes (Huapaya, 2018) como en mujeres oncológicas (Mingorance et al., 2019). Unido a estos conceptos, también se considera que un aumento en la autoestima produce un incremento en el bienestar psicológico de los adolescentes (Barrón et al., 2002).

5.3. El cáncer durante la juventud a lo largo de las etapas de la enfermedad y su influencia en las estrategias de afrontamiento.

Los adolescentes que se enfrentan al cáncer experimentan desafíos persistentes y únicos a lo largo de su tratamiento, donde la gestión de los

cambios y la incertidumbre emerge como un tema recurrente. Estos aspectos se analizaron en cinco dimensiones distintas: recibir el diagnóstico, interactuar con el sistema de salud, convivir con la enfermedad, enfrentar las repercusiones del tratamiento y gestionar las reacciones de la red social. La manera en que los jóvenes enfrentan estos desafíos varía, ya que emplean tanto estrategias constructivas de afrontamiento como mecanismos de defensa, como la evasión de la realidad. Es crucial contextualizar estos descubrimientos en la fase vulnerable de la juventud adulta, dado que los adolescentes con cáncer pueden tener menos experiencia y recursos de afrontamiento, así como un menor respaldo social en comparación con grupos de mayor edad (Lie et al., 2018).

Todo lo anterior hace plantearse la necesidad de estudiar cómo afrontan los adolescentes la enfermedad oncológica y cómo repercute en su ajuste a la enfermedad, a través de las distintas etapas de la atención médica. Además, es oportuno estudiar cuáles son los factores más relevantes en el contexto de la hospitalización, que puedan tanto mejorar la estancia hospitalaria durante el tratamiento como conseguir que se pueda llegar a trabajar en todas sus redes, con la intención de llevar a cabo una intervención adecuada, al comunicar la enfermedad, durante el tratamiento y hospitalización, y la reintroducción en sus redes habituales.

Durante el periodo de enfermedad los adolescentes aprenden habilidades en manejo de estrés, fijación de objetivos y la búsqueda de beneficios que pueden empoderarles durante su experiencia con el cáncer mejorando sus resultados psicosociales a largo plazo (Rosenberg et al., 2014). Además, se establece la necesidad de que los jóvenes se esfuercen por alcanzar el estado en el que se encontraban antes de la enfermedad (Gibson et al., 2016). Independientemente del periodo de enfermedad en el que se encuentren los adolescentes que se sitúan en un proceso oncológico hacen uso de semejantes estrategias de afrontamiento (García-García y Lucio, 2016).

Además, se observa la necesidad de estudiar estas variables durante las diferentes fases de enfermedad (periodo de tratamiento, donde el paciente se

encuentra en hospitalización y tratamiento, o periodo de alta o seguimiento), sabiendo que la diferencia entre ellas afecta a sus recursos personales y contextos sociales (Sepúlveda y Carrillo, 2019).

Los adolescentes consideran más probable la recaída, y a su vez, los profesionales de la salud animan a estos a utilizar menos estrategias de afrontamiento dirigidas a la evitación, proporcionando como principal elección las que van dirigidas a la aceptación y resolución del problema (Turner-Sack et al., 2012), por lo que a pesar de las connotaciones negativas que pueda acarrear esta probabilidad de recaída y teniendo en cuenta la perspectiva positiva comentada anteriormente, se potencia la estrategia de afrontamiento de aceptación, que a su vez produce un mayor crecimiento personal tras la experiencia de la enfermedad (Zebrack y Chesler, 2002).

Incluso después de completar el tratamiento, la vivencia del cáncer sigue arraigada profundamente en la vida de los jóvenes que han sobrevivido a esta enfermedad. Aunque no consideran que su supervivencia sea un problema significativo en el presente, abordar la realidad de ser un superviviente de cáncer implica un esfuerzo para ellos. La aplicación de estrategias de afrontamiento específicas les permite mantener el enfoque en una perspectiva positiva de la vida y enfrentar las consecuencias físicas y psicosociales a largo plazo de la experiencia del cáncer, con el objetivo final de llevar una vida cotidiana (Belpane et al., 2021).

El diagnóstico y tratamiento del cáncer durante la adolescencia generan desafíos físicos y angustia psicológica adicionales al estado de enfermedad. Es crucial tener en cuenta las necesidades distintivas de este grupo al desarrollar y evaluar las intervenciones. Los adolescentes reportan diversos niveles de malestar psicológico, influenciados por factores vinculados a la enfermedad y al entorno. Con el tiempo, la mayoría experimenta mejoras significativas y logra recobrar una perspectiva positiva hacia su futuro. Se requiere más investigación para determinar qué enfoques de afrontamiento, ya sea centrados en el problema, centrados en la emoción o de control secundario, resultan más

eficaces para los adolescentes y en qué etapas del proceso de la enfermedad. Justo después del diagnóstico, los adolescentes supervivientes de cáncer podrían beneficiarse de intervenciones personalizadas que les enseñen estrategias de afrontamiento eficaces basadas en su diagnóstico específico, edad y tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Estas estrategias tienen el potencial de ayudar a los pacientes a mantener niveles óptimos de salud psicológica, cruciales para su bienestar general, durante la recuperación y más allá (Shin et al., 2020).

5.4. Estrategias de afrontamiento y su impacto en el bienestar psicológico durante la enfermedad.

Cuando se emplean estrategias de afrontamiento efectivas, se logra un mayor bienestar psicológico y adaptación a situaciones difíciles. Estas estrategias permiten regular las emociones y encontrar soluciones adecuadas a los desafíos, promoviendo así un mejor ajuste psicológico y una mayor resiliencia en la persona (Cheng et al., 2014), además de fomentar el desarrollo de habilidades de afrontamiento positivas y disminuir los enfoques centrados en las emociones puede tener un impacto directo en aspectos emocionales, como la autoestima (McMahon et al., 2013).

Muchos adolescentes viven este proceso de enfermedad como un periodo de cambios, y por tanto utilizan recursos externos como el apoyo familiar, del personal sanitario, y de los amigos de la escuela. Además, también hacen uso de recursos internos como pueden ser la religión, la resiliencia y otras fortalezas personales (Cadena Villa et al., 2014).

Las estrategias de afrontamiento “fijarse en lo positivo”, “distracción física”, “esforzarse y tener éxito” están asociadas a un mayor bienestar personal, produciéndose una disminución de este con respecto a las estrategias “autoinculparse” y “reservarlo para sí” (Poch et al., 2015). Así mismo, las estrategias de evitación y negación se relacionan con una mayor sintomatología

psicológica (Compas et al., 2017), además de una disminución en la calidad de vida, el malestar psicológico y la autoestima (Bottesini et al., 2020).

Se observa una mejora significativa en el funcionamiento familiar y los resultados psicológicos de jóvenes supervivientes de cáncer en comparación con sus pares. En algunos casos, las intervenciones enfocadas en abordar las estrategias de afrontamiento evasivo pueden desempeñar un papel crucial en la mejora del funcionamiento familiar de estos supervivientes (Kamaladasa et al., 2021).

El cáncer en la adolescencia, al ser considerado una enfermedad familiar, conlleva posibles consecuencias psicológicas negativas tanto para los adolescentes afectados como para sus familias. Preocupa el bienestar psicológico de los adolescentes con cáncer, dado que un 56,7% de ellos puntúa por debajo de la media en este área. Un pequeño porcentaje de estos adolescentes experimenta niveles clínicamente significativos de angustia relacionada con la ira, el estrés postraumático y la disociación. A pesar de no haber diferencias significativas en el bienestar psicológico en comparación con sus pares sanos, los adolescentes con cáncer evidencian un fuerte impacto del evento traumático en la construcción de su identidad y perspectivas de vida. Además, se destaca una correlación positiva significativa entre el bienestar psicológico de estos adolescentes y su relación con sus padres. En resumen, el cáncer en la adolescencia representa un evento traumático con un profundo impacto en la identidad y bienestar psicológico de los jóvenes afectados, subrayando la importancia de brindar apoyo tanto a los adolescentes como a sus familias durante el proceso de tratamiento y recuperación (Ionio et al., 2023).

5.5. Implicación de la depresión en adolescentes oncológicos sobre las estrategias de afrontamiento.

Los adolescentes diagnosticados con cáncer enfrentan un mayor riesgo de experimentar dificultades psicológicas, pero sorprendentemente, ha habido una escasa exploración de sus vivencias relacionadas con el ánimo deprimido o

los síntomas depresivos, lo cual podría proporcionar una base fundamental para las estrategias de tratamiento. Los desafíos propios de la etapa evolutiva que implica lidiar con el cáncer han tenido un impacto negativo en su bienestar emocional. Es evidente que estos jóvenes desean que otros les brinden apoyo y comprensión, validando la normalidad de las emociones negativas asociadas al cáncer, y haciéndoles saber que la ayuda para enfrentar el bajo estado de ánimo está al alcance y a su disposición (Reed-Berendt et al., 2019).

Resulta crucial analizar las estrategias de afrontamiento que emplean los jóvenes supervivientes de cáncer tanto durante el tratamiento como en su vida actual, con el fin de establecer posibles correlaciones entre estas estrategias y la presencia de síntomas depresivos. Tanto en chicas como en chicos, se observa que la resignación (una estrategia de afrontamiento evitativa) y el apoyo social (una estrategia de afrontamiento de aproximación) son las estrategias más recurrentes durante el tratamiento oncológico. Además, estas estrategias de afrontamiento se mantienen de manera constante en la vida cotidiana. Destaca que la reestructuración cognitiva parece ser una estrategia efectiva tanto durante el tratamiento como en el periodo de remisión a largo plazo, en ambos sexos. Por otro lado, estrategias como la regulación emocional, la culpabilización de otros, el retraimiento y el aislamiento sociales, utilizadas durante el tratamiento y en el periodo de remisión a largo plazo, se relacionan con una mayor presencia de síntomas depresivos, pero esta asociación se limita a los jóvenes de sexo masculino (Blažková et al., 2017).

5.6. Implicación del apoyo social en adolescentes oncológicos sobre las estrategias de afrontamiento.

El malestar psicosocial es una experiencia común en individuos afectados por el cáncer. Aunque ya se han establecido conexiones significativas entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con el nivel de malestar y la calidad de vida en adultos con cáncer, aún existe una laguna de conocimiento en lo que respecta a las complejas relaciones entre el malestar, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social en adolescentes y adultos jóvenes. En

pacientes oncológicos en estas edades, la prevalencia de angustia psicológica supera la observada en la población general de pacientes con cáncer. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias de intervención basadas en evidencia para fortalecer las estrategias de afrontamiento y el apoyo social en personas afectadas por el cáncer (Xie et al., 2017).

El apoyo de familiares y amigos desempeña un papel crucial en la vida de los jóvenes que han superado el cáncer. Estos resultados resaltan la necesidad de considerar las redes sociales de los pacientes al diseñar intervenciones destinadas a abordar la etapa de supervivencia (Krasne et al., 2022).

5.7. Implicación del estrés social en adolescentes oncológicos sobre las estrategias de afrontamiento.

Las necesidades de asistencia pueden variar a lo largo del cambio desde el tratamiento activo hacia la fase de supervivencia. Durante las etapas de transición en la vida de adultos jóvenes, como el ingreso al mundo laboral y la construcción de nuevas relaciones, los desafíos se intensifican al enfrentar los impactos físicos y mentales del tratamiento en curso. Es crucial abordar abiertamente los factores de estrés social y posibles obstáculos para acceder a los servicios de asistencia con los pacientes y cuidadores, especialmente antes de cualquier cambio en la atención médica (Walsh et al., 2019).

5.8. Impacto de la calidad de vida en las estrategias de afrontamiento y su influencia en las mismas.

Se ha investigado una variable en particular que podría tener un impacto significativo en la calidad de vida: los estilos de afrontamiento. La base del estudio de esta relación se encuentra en la capacidad del individuo de elección de estrategias de afrontamiento para influir en la aparición del estrés y, en última instancia, en la calidad de vida. Se asume que a medida que el estrés percibido aumenta, la calidad de vida reportada tiende a disminuir (Urzúa, 2008).

Con el paso del tiempo desde el tratamiento, los supervivientes de cáncer comunican una variedad de síntomas, preocupaciones de carácter psicosocial y estrategias de afrontamiento distintas. A pesar de las dificultades que algunos experimentaron con la actividad física y la nutrición durante el tratamiento, la mayoría resalta la importancia de estos comportamientos de salud una vez finalizado el tratamiento. En consecuencia, se podría considerar que las intervenciones centradas en el comportamiento de salud constituyen una vía preferente para abordar los desafíos posteriores al tratamiento y mejorar la calidad de vida de los supervivientes de cáncer (Crowder et al., 2023).

Durante la adolescencia, una etapa crucial en el desarrollo se ha notado una escasez de estudios que aborden la calidad de vida en individuos de 10 a 19 años, en especial aquellos que han enfrentado enfermedades potencialmente mortales. Los resultados de estas investigaciones indican que la mayoría de los supervivientes de cáncer durante la infancia y la adolescencia diagnosticados durante la adolescencia experimentan niveles de calidad de vida relacionados con la salud física y psicológica similares o incluso superiores a los de individuos sanos. Factores que aumentan el riesgo de una calidad de vida deficiente incluyen el tipo de cáncer, el tratamiento recibido, los efectos tardíos y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. En contraste, elementos como la edad más avanzada, emociones positivas como la felicidad y el optimismo, el apoyo social y estrategias de afrontamiento se destacaron como promotores de una mejor calidad de vida. Se observó que factores de protección, como el apoyo social y los estados emocionales subjetivos, ejercieron un efecto positivo en la calidad de vida (Shin et al., 2019).

5.9. Implicación del sexo en adolescentes oncológicos sobre las estrategias de afrontamiento.

En cuanto a la variable sexo, se observa que las chicas suelen buscar respaldo en sus relaciones interpersonales para mitigar el estrés, lo cual corrobora su tendencia a emplear estrategias prosociales. En contraposición, los chicos hacen referencia a estrategias que se perciben como perjudiciales para

la adaptación, como el retraimiento y considerar la evasión como opción. Sin importar la edad, la mayoría de los niños y adolescentes optan por estrategias de distracción para afrontar el estrés generado por las sesiones de quimioterapia. Aun así, las elecciones difieren: los niños más jóvenes prefieren jugar, mientras que los más mayores mencionan el disfrute de la música y la comunicación verbal como alternativas (Padovani et al., 2021).

6. Justificación.

Por todo lo anterior, resulta interesante poder estudiar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el ajuste a la enfermedad oncológica que se produce en los adolescentes, para conocer las necesidades específicas de este grupo de edad.

Para poder observar estas diferencias, se van a estudiar varios constructos relevantes como el estilo de afrontamiento, problemas interiorizados (depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, sintomatología postraumática y obsesión-compulsión), problemas exteriorizados (problemas de atención, hiperactividad-impulsividad, problemas de control de ira, agresión, conducta desafiante y conducta antisocial) y calidad de vida.

Por último, y a modo de comparativa, se considera la posibilidad de estudiar estos factores en las diferentes fases de la atención médica, con la finalidad de poder identificar las necesidades específicas de estos pacientes en cada una de las etapas de su enfermedad. Las fases se definen de la siguiente manera:

- Fase de tratamiento: se consideraría el tiempo que el paciente se encuentra en el contexto hospitalario de forma regular o de forma esporádica en la percepción de tratamientos.

- Fase de seguimiento: se definiría temporalmente como los procedimientos recibidos una vez formalizada el alta.

Segunda Parte: Estudio Empírico.

1. Objetivos y planteamiento de hipótesis.

1.1. Objetivos.

El objetivo general de este trabajo es valorar las estrategias de afrontamiento a la enfermedad oncológica en población adolescente y las implicaciones de este afrontamiento en la adaptación a la enfermedad en las distintas fases de la misma.

Este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos específicos:

1. Estudiar las estrategias de afrontamiento de la enfermedad oncológica en adolescentes a lo largo del proceso de enfermedad.
2. Evaluar la relación entre las diferentes estrategias de afrontamiento con los problemas interiorizados (depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, sintomatología postraumática y obsesión-compulsión) y los problemas exteriorizados (problemas de atención, hiperactividad-impulsividad, problemas de control de ira, agresión, conducta desafiante y conducta antisocial) de los participantes.
3. Analizar la influencia de las diferentes estrategias de afrontamiento sobre la calidad de vida (mental y física).
4. Estudiar diferencias en los estilos de afrontamiento en el transcurso de la adolescencia.
5. Valorar si existen diferencias en los estilos de afrontamiento en función del sexo.
6. Observar las diferencias en los estilos de afrontamiento en función de la interacción entre la edad y el sexo.

7. Evaluar las diferencias de estrategias de afrontamiento en función del tratamiento aplicado durante las diferentes fases del proceso de enfermedad.

1.2. Hipótesis.

De acuerdo con los objetivos del estudio se plantean las siguientes hipótesis:

1. El empleo de las diferentes estrategias de afrontamiento variará a lo largo del proceso de enfermedad.
2. Determinadas formas de afrontamiento serán empleadas en mayor medida entre los adolescentes oncológicos según presenten problemas psicológicos interiorizados (depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, sintomatología postraumática y obsesión-compulsión) o exteriorizados (problemas de atención, hiperactividad-impulsividad, problemas de control de ira, agresión, conducta desafiante y conducta antisocial).
3. Los componentes mentales y físicos de calidad de vida de estos pacientes se relacionarán con una mayor utilización de determinados estilos de afrontamiento de la enfermedad.
4. La edad jugará un papel importante en la forma de afrontar la enfermedad.
5. Habrá diferencias en la forma de afrontar la enfermedad ligadas al sexo.
6. La interacción entre la edad y el sexo producirá diferencias con respecto a la forma de afrontar la enfermedad.

7. El tipo de tratamiento aplicado a lo largo del proceso de enfermedad, se relacionará con una mayor o menor utilización de las diferentes estrategias de afrontamiento.

2. Método.

2.1. Descripción de los participantes.

La selección de los participantes se realizó a través de las asociaciones Aspanion y Asion. Aspanion permitió el acceso a los pacientes del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante y del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. Por otro lado, el acceso a los pacientes del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús de Madrid se llevó a cabo a través de la asociación Asion. Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

– Criterios de inclusión:

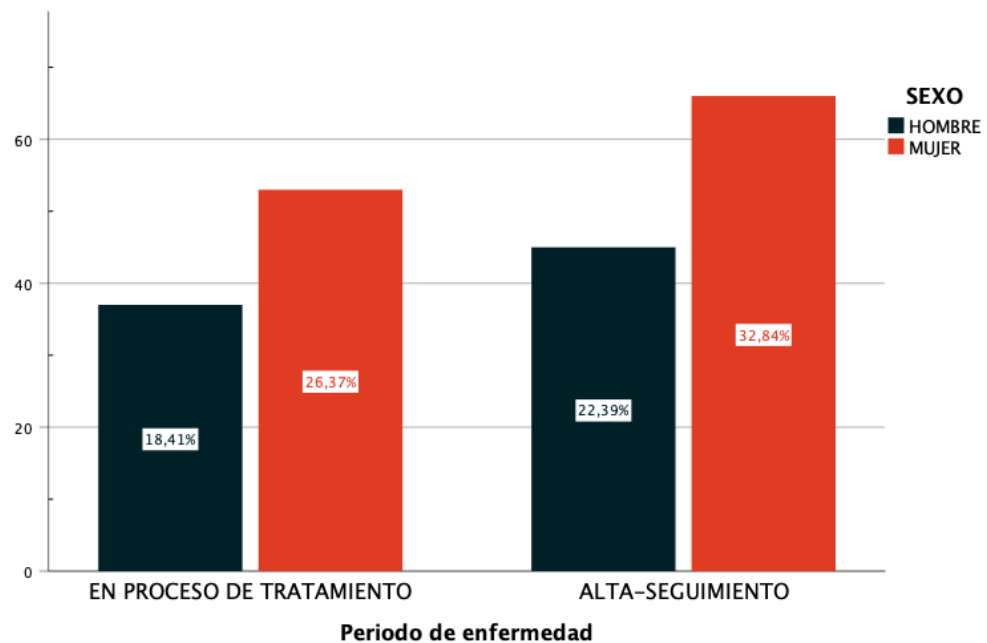
1. Adolescentes que se encontraran entre los 12 y los 17 años y hubieran sido diagnosticados de alguna enfermedad oncológica.
2. Adolescentes que se encontraran en periodo de hospitalización y/o tratamiento.
3. Adolescentes que hubieran cursado un alta en los últimos 3 años, y que continúen en seguimiento o en contacto, tanto con el servicio médico como con la asociación.
4. Aceptación de participar voluntariamente en el estudio, previa firma del consentimiento.

– Criterios de exclusión:

1. Participantes que durante el desarrollo del estudio manifiesten que no se encuentren en condiciones de formar parte del mismo, o que sus médicos y/o cuidadores lo desaconsejen.
2. Adolescentes y familiares que, habiendo aceptado la participación voluntaria en el estudio, decidieran abandonar antes del inicio o de la finalización del mismo.

En el estudio participaron 201 usuarios de cualquiera de los programas de las asociaciones (apoyo social, psicológico, neuropsicológico, programa de ocio y tiempo libre, voluntariado...), accesibles desde el ámbito hospitalario, y desde el apoyo llevado a cabo por parte de estas. Las edades estaban comprendidas entre los 12 y los 17 años, con una media de edad de 13.92 (DE = 1.73). Con respecto al sexo, participaron en el estudio 82 hombres representando el 40.79% y 119 mujeres que constituían el 59.21%.

Figura1. Composición de los grupos de periodo de enfermedad por sexo.



2.2. Variables e instrumentos de evaluación.

Las variables de estudio son la edad, el sexo, el periodo de enfermedad, las estrategias de afrontamiento, la calidad de vida (mental y física), los problemas interiorizados (depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, sintomatología postraumática y obsesión-compulsión) y los problemas exteriorizados (problemas de atención, hiperactividad-impulsividad, problemas de control de ira, agresión, conducta desafiante y conducta antisocial) y tipo de tratamiento. Para poder valorar cada una de ellas se utilizaron los instrumentos que se describen a continuación:

2.2.1. Cuestionario sociodemográfico ad hoc.

Se recogieron datos sobre la edad, el sexo, periodo de enfermedad (distinguiendo entre periodo de tratamiento y de seguimiento) y tipo de tratamiento (quimioterapia, radioterapia, trasplante y cirugía).

2.2.2. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS).

Instrumento adaptado a población española que evalúa 18 estrategias de afrontamiento: “buscar apoyo social”, “concentrarse en resolver el problema”, “esforzarse y tener éxito”, “preocuparse”, “invertir en amigos íntimos”, “buscar pertenencia”, “hacerse ilusiones”, “falta de afrontamiento”, “reducción de la tensión”, “acción social”, “ignorar el problema”, “autoinculparse”, “reservarlo para sí”, “buscar apoyo espiritual”, “fijarse en lo positivo”, “buscar ayuda profesional”, “buscar diversiones relajantes” y “distracción física”. La prueba está concebida para que pueda responderse tanto de forma inespecífica (pensando cómo afronta sus problemas en general) como específica (cómo aborda un problema concreto que le preocupa especialmente o que el orientador, tutor o clínico quiere tratar). El ACS alcanzó coeficientes de consistencia interna que oscilaron entre .62 y .87 ($M = .73$) en la forma específica, y entre .54 y .84 ($M = .71$) en la forma general (Frydenberg y Lewis, 1996).

2.2.3. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA).

Instrumento dirigido a la detección de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta de 3 a 18 años. Evalúa 1) Problemas interiorizados: depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, obsesión-compulsión y sintomatología postraumática; 2) Problemas exteriorizados: hiperactividad e impulsividad, problemas de atención, agresividad, conducta desafiante, problemas de control de la ira, conducta antisocial. Además, se evalúan otra serie de variables entre las que se encuentra la autoestima. Se recaba información procedente del propio adolescente y de la familia. La media obtenida en todas las escalas del SENA ha alcanzado una consistencia interna o fiabilidad del .86 (valores entre .0 y 1.0). (Fernández-Pinto et al., 2015).

2.2.4. Cuestionario SF-12.

El instrumento de Alonso J. y cols. es un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud, compuesto por doce ítems, cuya finalidad es evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional, definiendo un estado positivo y negativo de la salud física y mental, por medio de ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert (donde el número de opciones varía de tres a seis puntos, dependiendo del ítem), que evalúan intensidad y/o frecuencia del estado de salud de las personas. La puntuación va de 0 y 100, donde la mayor puntuación implica una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Las investigaciones que utilizan los doce ítems del SF, han verificado que este instrumento es una medida válida y confiable, encontrándose estimaciones de consistencia interna superiores a .70 y correlaciones significativas entre las versiones de la escala. (Ware J.E. et.al. 1995; Vera-Villarroel, P. 2014; Vilagut, G. 2008).

2.3. Diseño de investigación.

Se trata de un estudio cuantitativo y descriptivo, basado en una metodología observacional de tipo transversal.

2.4. Procedimiento.

En primer lugar, se procedió a presentar el proyecto al comité ético de la Universidad de Murcia, y a continuación al comité ético del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante y del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia mediante la colaboración de ASPANION, y al comité del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús de Madrid mediante la colaboración de ASION.

Una vez aprobado, el contacto con las familias se llevó a cabo de forma telefónica mediante la información proporcionada por las asociaciones, sujeta a términos legales de confidencialidad, donde se les explicó a los padres el objetivo de la investigación y su plan de ejecución. Se pudo acceder a la muestra mediante una autorización debidamente cumplimentada, donde aparecían todos los datos del proyecto, para que los padres o tutores pudieran otorgar el consentimiento y de esa forma se pudiera intervenir directamente sobre la muestra. Previamente al contacto con los sujetos, se pactó con los padres que el cuestionario se debería responder de forma individual sin presencia de estos, y que, de forma telefónica, el entrevistador estaría a disposición para el esclarecimiento de cualquier duda.

La evaluación a cada uno de los sujetos se programó como una batería de cuestionarios autoadministrados, donde se encontraba en primer lugar el cuestionario sociodemográfico ad hoc, a continuación la escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), seguidamente el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) y por último el Cuestionario SF-12. Se ajustaron tanto los tiempos como los cuestionarios lo máximo posible para que la intervención fuera lo menos invasiva, y sólo se llevaron a cabo cuando el participante se encontrara

en condiciones para poder colaborar con dicho proyecto, suponiendo un perdido medio de contestación de 60 minutos.

2.5. Análisis estadístico.

En primer lugar, se realizó para la variable edad, un análisis descriptivo de media y desviación típica, y para las variables sexo y periodo de enfermedad se describieron las frecuencias absolutas y relativas en porcentaje.

Se llevó a cabo una prueba t para poder comparar las medias de las estrategias de afrontamiento en función de la fase del procedimiento en el que se encontrara, de la calidad de vida (componente físico y mental), sexo y tipo de intervención.

Se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) entre las diferentes estrategias de afrontamiento y los problemas interiorizados y exteriorizados, además de una prueba post hoc, mediante la prueba T de Tukey para llevar a cabo las comparaciones de media entre los grupos con más de dos categorías.

A continuación, se realizó un análisis de covarianza entre las variables edad y sexo con respecto a las estrategias de afrontamiento, en el que se estudió tanto la relación entre estos factores con el afrontamiento como la posible significación de un efecto de interacción entre ambas variables con respecto a la utilización de las diferentes estrategias de afrontamiento.

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico IBM® SPSS Statistics v.26.0 fijándose un nivel de significación $p < .05$.

3. Resultados.

3.1. Análisis de la comparación de medias de estrategias de afrontamiento a lo largo del proceso de enfermedad.

En función del periodo de enfermedad, se encontraban en proceso de tratamiento 37 chicos (41.1 %) y 53 chicas (58.9 %), mientras que en estado de alta o seguimiento se encontraban 45 chicos (40.5 %) y 66 chicas (59.5 %).

Como se observa en la Tabla 5, los datos arrojan una diferencia de medias significativas en la estrategia “preocuparse”, con una media mayor durante el proceso de tratamiento, en comparación con el proceso de seguimiento ($t = 2.098$, $p = .037$). Con respecto a la estrategia “ignorar el problema” también se observa una mayor media durante el proceso de tratamiento con respecto al proceso de seguimiento ($t = 2.337$, $p = .020$). Lo mismo ocurre con la estrategia “autoinculparse”, con valores más elevados durante el tratamiento en contraste con el proceso de seguimiento ($t = 2.855$, $p = .005$).

Tabla 5. Diferencias de medias en las diferentes estrategias de afrontamiento en función del periodo de enfermedad.

Estrategias afrontamiento	t	gl	Media Proceso tratamiento	Media Proceso seguimiento	Diferencia de medias	p	Eta parcial al cuadrado
As	.230	199	74.98	74.45	.527	.819	.000
Rp	.110	199	76.49	76.29	.201	.913	.000
Es	-.913	199	73.38	75.17	-1.793	.362	.004
Pr	2.098	199	74.31	69.15	5.158	.037	.022
Ai	-.069	199	68.00	68.18	-.180	.945	.000
Pe	1.601	199	72.09	69.51	2.575	.111	.013
Hi	1.271	199	57.60	56.00	1.60	.205	.008
Na	.886	199	36.18	35.06	1.115	.376	.004
Rt	1.860	199	28.18	25.98	2.196	.064	.017
So	.131	199	54.78	54.37	.408	.896	.000
Ip	2.337	199	37.56	33.33	4.222	.020	.027
Cu	2.929	199	31.83	26.53	5.302	.004	.041
Re	.280	199	40.67	40.09	.577	.780	.000
Ae	-.145	199	37.89	38.11	-.219	.885	.000
Po	-.548	199	69.61	70.77	-1.155	.585	.002
Ap	1.017	199	76.72	73.29	3.434	.310	.005
Dr	.530	199	82.37	81.29	1.078	.596	.001
Fi	.938	199	68.76	65.59	3.170	.349	.004

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

3.2. Análisis ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y los problemas interiorizados y exteriorizados.

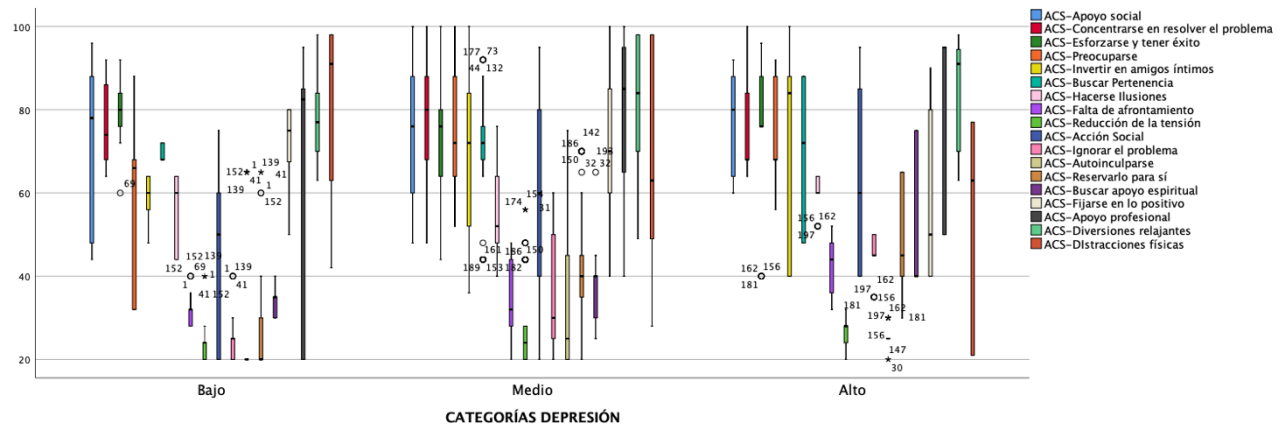
Se observan diferencias significativas en la utilización de las estrategias de afrontamiento “buscar apoyo social” ($F = 3.249$, $p = .041$), “preocuparse” ($F = 25.187$, $p < .001$), “invertir en amigos íntimos” ($F = 4.865$, $p = .009$), “falta de afrontamiento” ($F = 17.634$, $p < .001$), “acción social” ($F = 5.981$, $p = .003$), “ignorar el problema” ($F = 21.193$, $p < .001$), “reservarlo para sí” ($F = 20.406$, $p < .001$), “buscar apoyo espiritual” ($F = 58.840$, $p < .001$), “fijarse en lo positivo” ($F = 12.323$, $p < .001$), “buscar apoyo profesional” ($F = 14.102$, $p < .001$) y “distracciones físicas” ($F = 15.337$, $p < .001$) entre los grupos que se han establecido sobre la variable depresión como se muestra en la Tabla 6.

Tabla 6. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable depresión.

Estrategias afrontamiento	F	gl	p	Eta parcial al cuadrado
As	3.249	200	.041	.032
Rp	.118	200	.889	.001
Es	2.527	200	.082	.025
Pr	25.187	200	< .001	.203
Ai	4.865	200	.009	.047
Pe	1.233	200	.294	.012
Hi	2.477	200	.087	.024
Na	17.634	200	< .001	.151
Rt	2.084	200	.127	.021
So	5.981	200	.003	.057
Ip	21.193	200	< .001	.176
Cu	2.615	200	.076	.026
Re	20.406	200	< .001	.171
Ae	58.840	200	< .001	.373
Po	12.323	200	< .001	.111
Ap	14.102	200	< .001	.125
Dr	1.818	200	.165	.018
Fi	15.337	200	< .001	.134

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

Figura 2. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable depresión.



Como se muestra en las Tablas 7 y 8, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio de depresión, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en depresión desarrollan más la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” con respecto a los que obtienen puntuaciones bajas.

Tabla 7. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” en función de la variable ansiedad depresión.

Nivel Depresión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	32	68.13	21.202	44	96
Medio	142	75.77	15.108	48	100
Alto	27	76.74	13.081	60	92

Tabla 8. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social”.

Nivel Depresión	Nivel Depresión	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-7.650*	3.127	.040
	Alto	-8.616	4.176	.100
Medio	Bajo	7.650*	3.127	.040
	Alto	-.966	3.355	.955
Alto	Bajo	8.616	4.176	.100
	Medio	.966	3.355	.955

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 9 y 10, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de depresión, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en depresión desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “preocuparse” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-bajas.

Tabla 9. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “preocuparse” en función de la variable depresión.

Nivel Depresión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	32	53.5	21.499	32	88
Medio	142	75.21	14.546	52	100
Alto	27	73.04	13.201	56	92

Tabla 10. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “preocuparse”.

Nivel Depresión	Nivel Depresión	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-21.71*	3.069	< .001
	Alto	-19.54*	4.098	< .001
Medio	Bajo	21.71*	3.069	< .001
	Alto	2.17	3.292	.787
Alto	Bajo	19.54*	4.098	< .001
	Medio	-2.17	3.292	.787

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 11 y 12, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio de depresión, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en depresión desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias.

Tabla 11. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos” en función de la variable depresión.

Nivel Depresión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	32	59.00	5.376	48	64
Medio	142	69.83	18.553	36	100
Alto	27	69.78	23.777	40	100

Tabla 12. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos”.

Nivel Depresión	Nivel Depresión	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-10.83*	3.522	.007
	Alto	-10.78	4.703	.059
Medio	Bajo	10.83*	3.522	.007
	Alto	.05	3.778	1.000
Alto	Bajo	10.78	4.703	.059
	Medio	-.05	3.778	1.000

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 13 y 14, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de depresión, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en depresión desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 13. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable depresión.

Nivel Depresión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	32	31.5	3.628	28	40
Medio	142	34.93	9.113	20	48
Alto	27	43.70	6.832	32	52

Tabla 14. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento "falta de afrontamiento".

Nivel Depresión	Nivel Depresión	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-3.43	1.606	.085
	Alto	-12.20*	2.144	< .001
Medio	Bajo	3.43	1.606	.085
	Alto	-8.77*	1.723	< .001
Alto	Bajo	12.20*	2.144	< .001
	Medio	8.77*	1.723	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 15 y 16, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de depresión, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en depresión desarrollan menos la estrategia de afrontamiento "acción social" con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 15. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento "acción social" en función de la variable depresión.

Nivel Depresión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	32	42.97	20.978	20	75
Medio	142	56.13	21.622	20	95
Alto	27	60.00	20.191	40	95

Tabla 16. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento "acción social".

Nivel Depresión	Nivel Depresión	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-13.16*	4.176	.005
	Alto	-17.03*	5.576	.007
Medio	Bajo	13.16*	4.176	.005
	Alto	-3.87	4.480	.663
Alto	Bajo	17.03*	5.576	.007
	Medio	3.87	4.480	.663

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 17 y 18, hay diferencias significativas entre los niveles bajo, medio y alto de depresión, donde se observa que según aumenta el nivel de depresión en los sujetos, estos desarrollan en mayor medida la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema”.

Tabla 17. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable depresión.

Nivel Depresión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	32	25.16	6.284	20	40
Medio	142	35.63	13.367	20	60
Alto	27	45.00	5.883	35	50

Tabla 18. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema”.

Nivel Depresión	Nivel Depresión	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-10.48*	2.298	< .001
	Alto	-19.84*	3.069	< .001
Medio	Bajo	10.48*	2.298	< .001
	Alto	-9.37*	2.466	.001
Alto	Bajo	19.84*	3.069	< .001
	Medio	9.37*	2.466	.001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 19 y 20, hay diferencias significativas entre los niveles bajo, medio y alto de depresión, donde se observa que según aumenta el nivel de depresión en los sujetos, estos desarrollan en mayor medida la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí”.

Tabla 19. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable depresión.

Nivel Depresión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	32	28.75	14.028	20	65
Medio	142	41.02	13.189	20	70
Alto	27	50.56	12.735	30	65

Tabla 20. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí”.

Nivel Depresión	Nivel Depresión	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-12.27*	2.596	< .001
	Alto	-21.81*	3.467	< .001
Medio	Bajo	12.27*	2.596	< .001
	Alto	-9.53*	2.785	.002
Alto	Bajo	21.81*	3.467	< .001
	Medio	9.53*	2.785	.002

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 21 y 22, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de depresión, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en depresión desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 21. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” en función de la variable depresión.

Nivel Depresión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	32	33.28	3.503	30	40
Medio	142	35.99	6.420	25	65
Alto	27	54.26	17.525	40	75

Tabla 22. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual”.

Nivel Depresión	Nivel Depresión	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-2.70	1.656	.234
	Alto	-20.98*	2.211	< .001
Medio	Bajo	2.70	1.656	.234
	Alto	-18.27*	1.777	< .001
Alto	Bajo	20.98*	2.211	< .001
	Medio	18.27*	1.777	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 23 y 24, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de depresión, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en depresión desarrollan más la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 23. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” en función de la variable depresión.

Nivel Depresión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	32	72.97	7.390	50	80
Medio	142	72.01	14.293	40	100
Alto	27	57.78	18.257	40	90

Tabla 24. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo”.

Nivel Depresión	Nivel Depresión	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	.96	2.752	.935
	Alto	15.19*	3.675	< .001
Medio	Bajo	-.96	2.752	.935
	Alto	14.23*	2.953	< .001
Alto	Bajo	-15.19*	3.675	< .001
	Medio	-14.23*	2.953	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 25 y 26, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio-alto de depresión, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en depresión desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-altas.

Tabla 25. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” en función de la variable depresión.

Nivel Depresión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	32	55.63	34.166	20	95
Medio	142	78.80	18.802	40	100
Alto	27	76.67	22.532	50	95

Tabla 26. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional”.

Nivel Depresión	Nivel Depresión	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-23.18*	4.381	< .001
	Alto	-21.04*	5.850	.001
Medio	Bajo	23.18*	4.381	< .001
	Alto	2.14	4.700	.892
Alto	Bajo	21.04*	5.850	.001
	Medio	-2.14	4.700	.892

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 27 y 28, hay diferencias significativas entre los niveles bajo, medio y alto de depresión, donde se observa que según aumenta el nivel de depresión en los sujetos, estos desarrollan en menor medida la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas”.

Tabla 27. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas” en función de la variable depresión.

Nivel Depresión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	32	82.25	18.045	42	98
Medio	142	66.80	22.704	28	98
Alto	27	50.04	24.381	21	77

Tabla 28. Comparaciones múltiples entre los niveles de depresión y la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas”.

Nivel Depresión	Nivel Depresión	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	15.45*	4.359	.001
	Alto	32.21*	5.820	< .001
Medio	Bajo	-15.45*	4.359	.001
	Alto	16.76*	4.676	.001
Alto	Bajo	-32.21*	5.820	< .001
	Medio	-16.76*	4.676	.001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

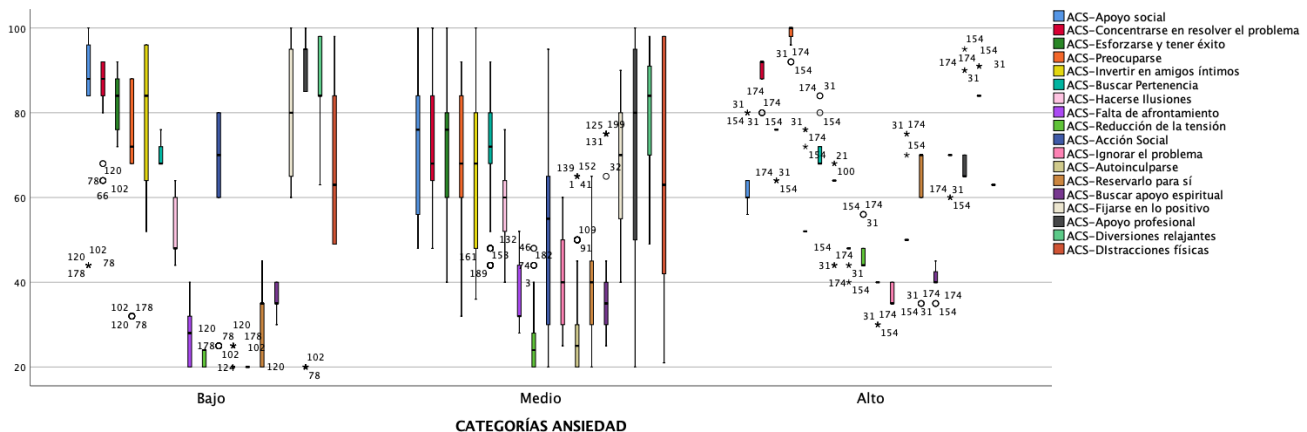
Se observan diferencias significativas en la utilización de las estrategias de afrontamiento “buscar apoyo social” ($F = 22.494$, $p < .001$), “concentrarse en resolver el problema” ($F = 42.033$, $p < .001$), “esforzarse y tener éxito” ($F = 15.133$, $p < .001$), “preocuparse” ($F = 35.003$, $p < .001$), “invertir en amigos íntimos” ($F = 19.451$, $p < .001$), “hacerse ilusiones” ($F = 12.597$, $p < .001$), “falta de afrontamiento” ($F = 55.895$, $p < .001$), “reducción de la tensión” ($F = 146.203$, $p < .001$), “acción social” ($F = 13.004$, $p < .001$), “ignorar el problema” ($F = 70.648$, $p < .001$), “autoinculparse” ($F = 84.418$, $p < .001$), “reservarlo para sí” ($F = 47.148$, $p < .001$), “fijarse en lo positivo” ($F = 14.680$, $p < .001$), “buscar apoyo profesional” ($F = 5.369$, $p = .005$) y “buscar diversiones relajantes” ($F = 9.717$, $p < .001$) entre los grupos que se han establecido sobre la variable ansiedad como se muestra en la Tabla 29.

Tabla 29. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable ansiedad.

Estrategias afrontamiento	F	gl	p	Eta parcial al cuadrado
As	22.494	200	< .001	.185
Rp	42.033	200	< .001	.298
Es	15.133	200	< .001	.133
Pr	35.003	200	< .001	.261
Ai	19.451	200	< .001	.164
Pe	.225	200	.799	.002
Hi	12.597	200	< .001	.113
Na	55.895	200	< .001	.361
Rt	146.203	200	< .001	.596
So	13.004	200	< .001	.116
Ip	70.648	200	< .001	.416
Cu	84.418	200	< .001	.460
Re	47.148	200	< .001	.323
Ae	.832	200	.437	.008
Po	14.680	200	< .001	.129
Ap	5.369	200	.005	.051
Dr	9.717	200	< .001	.089
Fi	.641	200	.528	.006

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

Figura 3. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable ansiedad.



Como se muestra en las Tablas 30 y 31, hay diferencias significativas entre los niveles bajo, medio y alto de ansiedad, donde se observa que según aumenta el nivel de ansiedad en los sujetos, estos desarrollan en menor medida la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social”.

Tabla 30. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” en función de la variable ansiedad.

Nivel Ansiedad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	49	86.12	16.715	44	100
Medio	133	72.06	14.581	48	100
Alto	19	63.58	7.763	56	80

Tabla 31. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social”.

Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	14.06*	2.450	< .001
	Alto	22.54*	3.962	< .001
Medio	Bajo	-14.06*	2.450	< .001
	Alto	8.48	3.596	.050
Alto	Bajo	-22.54*	3.962	< .001
	Medio	-8.48	3.596	.050

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 32 y 33, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-alto y medio de ansiedad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en ansiedad desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” con respecto a los que obtienen puntuaciones bajas-altas.

Tabla 32. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” en función de la variable ansiedad.

Nivel Ansiedad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	49	84.90	8.135	64	92
Medio	133	71.43	12.222	48	100
Alto	19	89.05	4.390	80	92

Tabla 33. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema”.

Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	13.47*	1.810	< .001
	Alto	-4.15	2.928	.333
Medio	Bajo	-13.47*	1.810	< .001
	Alto	-17.62*	2.657	< .001
Alto	Bajo	4.15	2.928	.333
	Medio	17.62*	2.657	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 34 y 35, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio-alto de ansiedad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en ansiedad desarrollan más la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-altas.

Tabla 34. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” en función de la variable ansiedad.

Nivel Ansiedad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	49	83.10	6.844	72	92
Medio	133	71.19	15.238	40	100
Alto	19	74.11	4.496	64	76

Tabla 35. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito”.

Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	11.91*	2.166	< .001
	Alto	9.00*	3.503	.029
Medio	Bajo	-11.91*	2.166	< .001
	Alto	-2.92	3.179	.630
Alto	Bajo	-9.00*	3.503	.029
	Medio	2.92	3.179	.630

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 36 y 37, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de ansiedad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en ansiedad desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “preocuparse” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 36. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “preocuparse” en función de la variable ansiedad.

Nivel Ansiedad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	49	72.16	17.339	32	88
Medio	133	67.37	15.206	32	92
Alto	19	98.32	3.074	92	100

Tabla 37. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “preocuparse”.

Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	4.79	2.523	.141
	Alto	-26.15*	4.080	< .001
Medio	Bajo	-4.79	2.523	.141
	Alto	-30.95*	3.702	< .001
Alto	Bajo	26.15*	4.080	< .001
	Medio	30.95*	3.702	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 38 y 39, hay diferencias significativas entre los niveles bajo, medio y alto de ansiedad, donde se observa que según aumenta el nivel de ansiedad en los sujetos, estos desarrollan en menor medida la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos”.

Tabla 38. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos” en función de la variable ansiedad.

Nivel Ansiedad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	49	80.16	16.512	52	96
Medio	133	65.44	17.803	36	100
Alto	19	55.58	8.527	52	76

Tabla 39. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos”.

Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	14.72*	2.816	< .001
	Alto	24.58*	4.554	< .001
Medio	Bajo	-14.72*	2.816	< .001
	Alto	9.86*	4.133	.047
Alto	Bajo	-24.58*	4.554	< .001
	Medio	-9.86*	4.133	.047

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 40 y 41, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de ansiedad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en ansiedad desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 40. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” en función de la variable ansiedad.

Nivel Ansiedad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	49	51.76	7.137	44	64
Medio	133	57.89	8.911	40	76
Alto	19	61.26	7.781	44	68

Tabla 41. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones”.

Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-6.14*	1.406	< .001
	Alto	-9.51*	2.274	< .001
Medio	Bajo	6.14*	1.406	< .001
	Alto	-3.37	2.064	.234
Alto	Bajo	9.51*	2.274	< .001
	Medio	3.37	2.064	.234

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 42 y 43, hay diferencias significativas entre los niveles bajo, medio y alto de ansiedad, donde se observa que según aumenta el nivel de ansiedad en los sujetos, estos desarrollan en mayor medida la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento”.

Tabla 42. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable ansiedad.

Nivel Ansiedad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	49	27.84	7.163	20	40
Medio	133	36.75	7.534	28	52
Alto	19	47.16	2.141	40	48

Tabla 43. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento”.

Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-8.92*	1.190	< .001
	Alto	-19.32*	1.924	< .001
Medio	Bajo	8.92*	1.190	< .001
	Alto	-10.41*	1.746	< .001
Alto	Bajo	19.32*	1.924	< .001
	Medio	10.41*	1.746	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 44 y 45, hay diferencias significativas entre los niveles bajo, medio y alto de ansiedad, donde se observa que según aumenta el nivel de ansiedad en los sujetos, estos desarrollan en mayor medida la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión”.

Tabla 44. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” en función de la variable ansiedad.

Nivel Ansiedad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	49	22.69	1.895	20	24
Medio	133	25.74	6.235	20	48
Alto	19	46.53	4.464	44	56

Tabla 45. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión”.

Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-3.05*	.894	.002
	Alto	-23.83*	1.445	< .001
Medio	Bajo	3.05*	.894	.002
	Alto	-20.78*	1.312	< .001
Alto	Bajo	23.83*	1.445	< .001
	Medio	20.78*	1.312	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 46 y 47, hay diferencias significativas entre los niveles bajo, medio y alto de ansiedad, donde se observa que según

aumenta el nivel de ansiedad en los sujetos, estos desarrollan en menor medida la estrategia de afrontamiento “acción social”.

Tabla 46. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “acción social” en función de la variable ansiedad.

Nivel Ansiedad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	49	65.41	17.255	25	80
Medio	133	52.86	23.022	20	95
Alto	19	38.42	3.746	30	40

Tabla 47. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “acción social”.

Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	12.55*	3.452	.001
	Alto	26.99*	5.583	< .001
Medio	Bajo	-12.55*	3.452	.001
	Alto	14.44*	5.067	.013
Alto	Bajo	-26.99*	5.583	< .001
	Medio	-14.44*	5.067	.013

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 48 y 49, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio-alto de ansiedad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en ansiedad desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-altas.

Tabla 48. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable ansiedad.

Nivel Ansiedad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	49	20.71	1.768	20	25
Medio	133	40.30	12.025	25	60
Alto	19	37.11	2.536	35	40

Tabla 49. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento "ignorar el problema".

Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-19.59*	1.652	< .001
	Alto	-16.39*	2.672	< .001
Medio	Bajo	19.59*	1.652	< .001
	Alto	3.20	2.425	.387
Alto	Bajo	16.39*	2.672	< .001
	Medio	-3.20	2.425	.387

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 50 y 51, hay diferencias significativas entre los niveles bajo, medio y alto de ansiedad, donde se observa que según aumenta el nivel de ansiedad en los sujetos, estos desarrollan en mayor medida la estrategia de afrontamiento "autoinculparse".

Tabla 50. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento "autoinculparse" en función de la variable ansiedad.

Nivel Ansiedad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	49	20.00	.000	20	20
Medio	133	28.65	11.300	20	65
Alto	19	53.68	8.794	50	75

Tabla 51. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento "autoinculparse".

Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-8.65*	1.604	< .001
	Alto	-33.68*	2.595	< .001
Medio	Bajo	8.65*	1.604	< .001
	Alto	-25.04*	2.355	< .001
Alto	Bajo	33.68*	2.595	< .001
	Medio	25.04*	2.355	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 52 y 53, hay diferencias significativas entre los niveles bajo, medio y alto de ansiedad, donde se observa que según

aumenta el nivel de ansiedad en los sujetos, estos desarrollan en mayor medida la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí”.

Tabla 52. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable ansiedad.

Nivel Ansiedad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	49	31.43	9.410	20	45
Medio	133	40.41	12.674	20	65
Alto	19	62.89	12.944	35	70

Tabla 53. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí”.

Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-8.98*	2.004	< .001
	Alto	-31.47*	3.241	< .001
Medio	Bajo	8.98*	2.004	< .001
	Alto	-22.48*	2.941	< .001
Alto	Bajo	31.47*	3.241	< .001
	Medio	22.48*	2.941	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 54 y 55, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio-alto de ansiedad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en ansiedad desarrollan más la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-altas.

Tabla 54. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” en función de la variable ansiedad.

Nivel Ansiedad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	49	79.59	14.820	60	100
Medio	133	67.07	14.449	40	90
Alto	19	68.42	3.746	60	70

Tabla 55. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo”.

Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	12.52*	2.326	< .001
	Alto	11.17*	3.761	.009
Medio	Bajo	-12.52*	2.326	< .001
	Alto	-1.35	3.413	.917
Alto	Bajo	-11.17*	3.761	.009
	Medio	1.35	3.413	.917

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 56 y 57, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio-alto de ansiedad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en ansiedad desarrollan más la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-altas.

Tabla 56. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” en función de la variable ansiedad.

Nivel Ansiedad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	49	84.29	24.812	20	100
Medio	133	71.95	24.041	20	100
Alto	19	70.53	9.703	65	95

Tabla 57. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional”.

Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	12.33*	3.895	.005
	Alto	13.76	6.298	.076
Medio	Bajo	-12.33*	3.895	.005
	Alto	1.43	5.716	.966
Alto	Bajo	-13.76	6.298	.076
	Medio	-1.43	5.716	.966

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 58 y 59, hay diferencias significativas entre los niveles medio y bajo-alto de ansiedad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en ansiedad desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” con respecto a los que obtienen puntuaciones bajas-altas.

Tabla 58. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” en función de la variable ansiedad.

Nivel Ansiedad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	49	88.57	11.026	63	98
Medio	133	78.79	15.405	49	98
Alto	19	85.11	2.622	84	91

Tabla 59. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad y la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes”.

Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	9.78*	2.293	< .001
	Alto	3.47	3.709	.619
Medio	Bajo	-9.78*	2.293	< .001
	Alto	-6.32	3.366	.148
Alto	Bajo	-3.47	3.709	.619
	Medio	6.32	3.366	.148

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

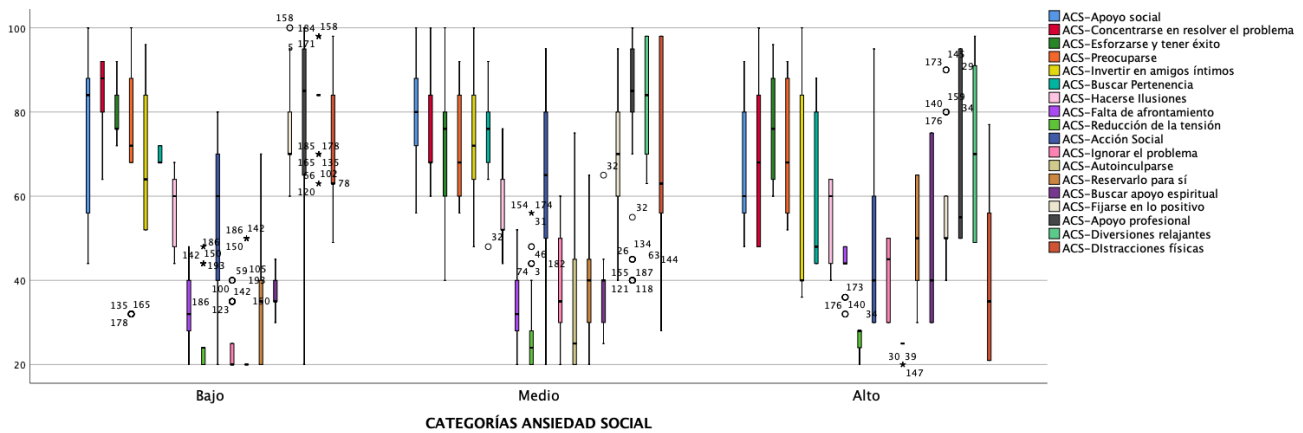
Se observan diferencias significativas en la utilización de las estrategias de afrontamiento “buscar apoyo social” ($F = 7.254$, $p = .001$), “concentrarse en resolver el problema” ($F = 26.097$, $p < .001$), “esforzarse y tener éxito” ($F = 11.320$, $p < .001$), “invertir en amigos íntimos” ($F = 12.286$, $p < .001$), “buscar pertenencia” ($F = 39.807$, $p < .001$), “falta de afrontamiento” ($F = 16.762$, $p < .001$), “acción social” ($F = 7.048$, $p = .001$), “ignorar el problema” ($F = 42.945$, $p < .001$), “autoinculparse” ($F = 4.353$, $p = .014$), “reservarlo para sí” ($F = 12.385$, $p < .001$), “buscar apoyo espiritual” ($F = 21.330$, $p < .001$) “fijarse en lo positivo” ($F = 20.812$, $p < .001$), “buscar apoyo profesional” ($F = 7.317$, $p = .001$), “buscar diversiones relajantes” ($F = 14.663$, $p < .001$) y “distracciones físicas” ($F = 27.105$, $p < .001$) entre los grupos que se han establecido sobre la variable ansiedad social como se muestra en la Tabla 60.

Tabla 60. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable ansiedad social.

Estrategias afrontamiento	F	gl	p	Eta parcial al cuadrado
As	7.254	200	.001	.068
Rp	26.097	200	< .001	.209
Es	11.320	200	< .001	.103
Pr	.301	200	.740	.003
Ai	12.286	200	< .001	.110
Pe	39.807	200	< .001	.287
Hi	.722	200	.487	.007
Na	16.762	200	< .001	.145
Rt	.277	200	.758	.003
So	7.048	200	.001	.066
Ip	42.945	200	< .001	.303
Cu	4.353	200	.014	.042
Re	12.385	200	< .001	.111
Ae	21.330	200	< .001	.177
Po	20.812	200	< .001	.174
Ap	7.317	200	.001	.069
Dr	14.663	200	< .001	.129
Fi	27.105	200	< .001	.215

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

Figura 4. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable ansiedad social.



Como se muestra en las Tablas 61 y 62, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de ansiedad social, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en ansiedad social desarrollan más la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 61. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” en función de la variable ansiedad social.

Nivel Ansiedad Social	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	66	73.64	20.055	44	100
Medio	102	78.08	12.367	56	100
Alto	33	66.30	14.867	48	92

Tabla 62. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social”.

Nivel Ansiedad Social	Nivel Ansiedad Social	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-4.44	2.477	.174
	Alto	7.33	3.342	.075
Medio	Bajo	4.44	2.477	.174
	Alto	11.78*	3.140	.001
Alto	Bajo	-7.33	3.342	.075
	Medio	-11.78*	3.140	.001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 63 y 64, hay diferencias significativas entre los niveles bajo, medio y alto de ansiedad social, donde se observa que según aumenta el nivel de ansiedad social en los sujetos, estos desarrollan en menor medida la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema”.

Tabla 63. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” en función de la variable ansiedad social.

Nivel Ansiedad Social	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	66	83.70	9.755	64	92
Medio	102	74.78	10.299	60	100
Alto	33	66.67	17.049	48	100

Tabla 64. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema”.

Nivel Ansiedad Social	Nivel Ansiedad Social	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	8.91*	1.817	< .001
	Alto	17.03*	2.453	< .001
Medio	Bajo	-8.91*	1.817	< .001
	Alto	8.12*	2.304	.002
Alto	Bajo	-17.03*	2.453	< .001
	Medio	-8.12*	2.304	.002

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 65 y 66, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio-alto de ansiedad social, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en ansiedad social desarrollan más la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-altas.

Tabla 65. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” en función de la variable ansiedad social.

Nivel Ansiedad Social	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	66	80.18	6.332	72	92
Medio	102	70.31	16.482	40	100
Alto	33	75.27	11.681	60	96

Tabla 66. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento "esforzarse y tener éxito".

Nivel Ansiedad Social	Nivel Ansiedad Social	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	9.87*	2.083	< .001
	Alto	4.91	2.811	.191
Medio	Bajo	-9.87*	2.083	< .001
	Alto	-4.96	2.640	.148
Alto	Bajo	-4.91	2.811	.191
	Medio	4.96	2.640	.148

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 67 y 68, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de ansiedad social, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en ansiedad social desarrollan más la estrategia de afrontamiento "invertir en amigos íntimos" con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 67. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento "invertir en amigos íntimos" en función de la variable ansiedad social.

Nivel Ansiedad Social	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	66	68.42	17.711	52	96
Medio	102	72.16	14.720	48	100
Alto	33	54.91	23.437	36	100

Tabla 68. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento "invertir en amigos íntimos".

Nivel Ansiedad Social	Nivel Ansiedad Social	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-3.73	2.747	.364
	Alto	13.52*	3.707	.001
Medio	Bajo	3.73	2.747	.364
	Alto	17.25*	3.482	< .001
Alto	Bajo	-13.52*	3.707	.001
	Medio	-17.25*	3.482	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 69 y 70, hay diferencias significativas entre los niveles bajo, medio y alto de ansiedad social, donde se observa que según aumenta el nivel de ansiedad social en los sujetos, estos desarrollan en menor medida la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia”.

Tabla 69. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia” en función de la variable ansiedad social.

Nivel Ansiedad Social	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	66	69.33	1.900	68	72
Medio	102	65.49	8.189	48	92
Alto	33	58.42	18.946	44	88

Tabla 70. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia”.

Nivel Ansiedad Social	Nivel Ansiedad Social	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-6.16*	1.527	< .001
	Alto	10.91*	2.061	< .001
Medio	Bajo	6.16*	1.527	< .001
	Alto	17.07*	1.936	< .001
Alto	Bajo	-10.91*	2.061	< .001
	Medio	-17.07*	1.936	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 71 y 72, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de ansiedad social, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en ansiedad social desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 71. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable ansiedad social.

Nivel Ansiedad Social	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	66	34.06	9.703	20	48
Medio	102	34.08	7.955	20	52
Alto	33	43.15	5.363	32	48

Tabla 72. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento "falta de afrontamiento".

Nivel Ansiedad Social	Nivel Ansiedad Social	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-.02	1.301	1.000
	Alto	-9.09*	1.756	< .001
Medio	Bajo	.02	1.301	1.000
	Alto	-9.07*	1.649	< .001
Alto	Bajo	9.09*	1.756	< .001
	Medio	9.07*	1.649	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 73 y 74, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de ansiedad social, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en ansiedad social desarrollan más la estrategia de afrontamiento "acción social" con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 73. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento "acción social" en función de la variable ansiedad social.

Nivel Ansiedad Social	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	66	51.82	21.531	20	80
Medio	102	59.56	22.106	20	95
Alto	33	44.55	17.472	30	95

Tabla 74. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento "acción social".

Nivel Ansiedad Social	Nivel Ansiedad Social	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-7.74	3.354	.057
	Alto	7.27	4.527	.245
Medio	Bajo	7.74	3.354	.057
	Alto	15.01*	4.252	.001
Alto	Bajo	-7.27	4.527	.245
	Medio	-15.01*	4.252	.001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 75 y 76, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio-alto de ansiedad social, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en ansiedad social desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-altas.

Tabla 75. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable ansiedad social.

Nivel Ansiedad Social	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	66	25.15	6.904	20	40
Medio	102	39.75	13.151	20	60
Alto	33	41.36	8.951	30	50

Tabla 76. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema”.

Nivel Ansiedad Social	Nivel Ansiedad Social	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-14.60*	1.707	< .001
	Alto	-16.21*	2.304	< .001
Medio	Bajo	14.60*	1.707	< .001
	Alto	-1.61	2.165	.738
Alto	Bajo	16.21*	2.304	< .001
	Medio	1.61	2.165	.738

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 77 y 78, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de ansiedad social, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en ansiedad social desarrollan más la estrategia de afrontamiento “autoinculparse” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 77. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “autoinculparse” en función de la variable ansiedad social.

Nivel Ansiedad Social	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	66	32.27	12.955	20	50
Medio	102	31.37	14.559	20	75
Alto	33	24.55	1.460	20	25

Tabla 78. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “autoinculparse”.

Nivel Ansiedad Social	Nivel Ansiedad Social	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-4.10	2.020	.108
	Alto	2.73	2.727	.578
Medio	Bajo	4.10	2.020	.108
	Alto	6.83*	2.561	.023
Alto	Bajo	-2.73	2.727	.578
	Medio	-6.83*	2.561	.023

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 79 y 80, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de ansiedad social, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en ansiedad social desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 79. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable ansiedad social.

Nivel Ansiedad Social	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	66	38.56	18.119	20	70
Medio	102	37.99	10.883	20	65
Alto	33	51.21	11.252	30	65

Tabla 80. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento "reservarlo para sí".

Nivel Ansiedad Social	Nivel Ansiedad Social	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	.57	2.170	.963
	Alto	-12.65*	2.928	< .001
Medio	Bajo	-.57	2.170	.963
	Alto	-13.22*	2.751	< .001
Alto	Bajo	12.65*	2.928	< .001
	Medio	13.22*	2.751	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 81 y 82, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de ansiedad social, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en ansiedad social desarrollan menos la estrategia de afrontamiento "buscar apoyo espiritual" con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 81. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento "buscar apoyo espiritual" en función de la variable ansiedad social.

Nivel Ansiedad Social	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	66	36.67	4.585	30	45
Medio	102	35.64	6.810	25	65
Alto	33	48.03	19.801	30	75

Tabla 82. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento "buscar apoyo espiritual".

Nivel Ansiedad Social	Nivel Ansiedad Social	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	1.03	1.531	.780
	Alto	-11.36*	2.066	< .001
Medio	Bajo	-1.03	1.531	.780
	Alto	-12.39*	1.941	< .001
Alto	Bajo	11.36*	2.066	< .001
	Medio	12.39*	1.941	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 83 y 84, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de ansiedad social, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en ansiedad social desarrollan más la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 83. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” en función de la variable ansiedad social.

Nivel Ansiedad Social	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	66	75.83	11.980	60	100
Medio	102	70.83	13.481	40	95
Alto	33	57.27	16.493	40	90

Tabla 84. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo”.

Nivel Ansiedad Social	Nivel Ansiedad Social	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	5.00	2.142	.053
	Alto	18.56*	2.890	< .001
Medio	Bajo	-5.00	2.142	.053
	Alto	13.56*	2.715	< .001
Alto	Bajo	-18.56*	2.890	< .001
	Medio	-13.56*	2.715	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 85 y 86, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de ansiedad social, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en ansiedad social desarrollan más la estrategia de afrontamiento “apoyo profesional” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 85. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “apoyo profesional” en función de la variable ansiedad social.

Nivel Ansiedad Social	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	66	81.92	29.697	20	100
Medio	102	80.83	18.854	40	100
Alto	33	66.06	19.636	50	95

Tabla 86. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “apoyo profesional”.

Nivel Ansiedad Social	Nivel Ansiedad Social	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-10.91*	3.648	.009
	Alto	3.86	4.923	.713
Medio	Bajo	10.91*	3.648	.009
	Alto	14.77*	4.624	.005
Alto	Bajo	-3.86	4.923	.713
	Medio	-14.77*	4.624	.005

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 87 y 88, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de ansiedad social, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en ansiedad social desarrollan más la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 87. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” en función de la variable ansiedad social.

Nivel Ansiedad Social	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	66	83.79	10.417	63	98
Medio	102	84.21	12.709	63	98
Alto	33	70.21	19.604	49	98

Tabla 88. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes”.

Nivel Ansiedad Social	Nivel Ansiedad Social	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-.42	2.120	.979
	Alto	13.58*	2.861	< .001
Medio	Bajo	.42	2.120	.979
	Alto	13.99*	2.688	< .001
Alto	Bajo	-13.58*	2.861	< .001
	Medio	-13.99*	2.688	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 89 y 90, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de ansiedad social, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en ansiedad social desarrollan más la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 89. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas” en función de la variable ansiedad social.

Nivel Ansiedad Social	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	66	70.85	17.984	49	98
Medio	102	72.54	22.886	28	98
Alto	33	42.21	21.751	21	77

Tabla 90. Comparaciones múltiples entre los niveles de ansiedad social y la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas”.

Nivel Ansiedad Social	Nivel Ansiedad Social	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-1.69	3.350	.869
	Alto	28.64*	4.522	< .001
Medio	Bajo	1.69	3.350	.869
	Alto	30.33*	4.247	< .001
Alto	Bajo	-28.64*	4.522	< .001
	Medio	-30.33*	4.247	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

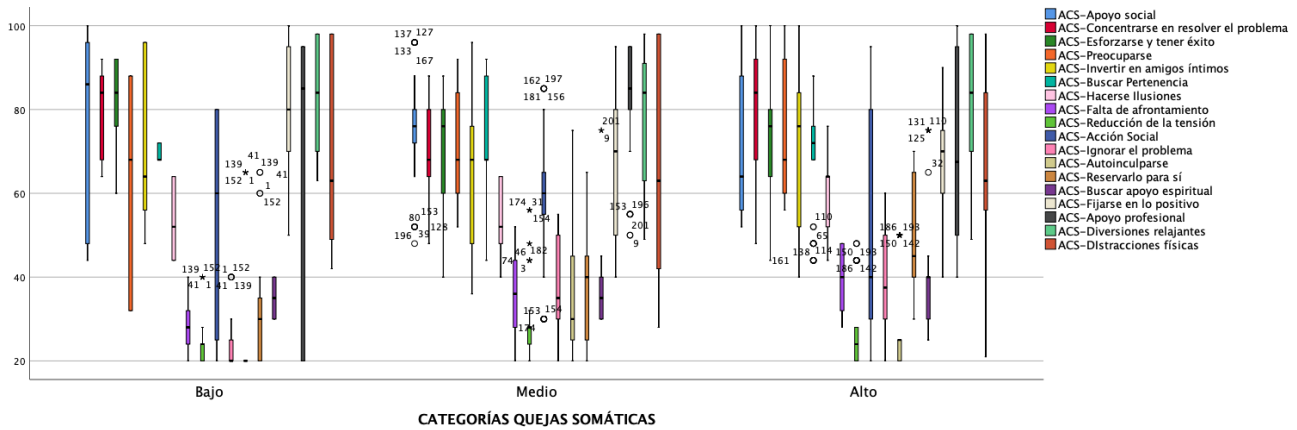
Se observan diferencias significativas en la utilización de las estrategias de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” ($F = 13.341, p < .001$), “esforzarse y tener éxito” ($F = 13.573, p < .001$), “preocuparse” ($F = 6.333, p = .002$), “hacerse ilusiones” ($F = 19.606, p < .001$), “falta de afrontamiento” ($F = 28.852, p < .001$), “reducción de la tensión” ($F = 4.492, p = .012$), “ignorar el problema” ($F = 32.840, p < .001$), “autoinculparse” ($F = 8.901, p < .001$), “reservarlo para sí” ($F = 38.993, p < .001$), “buscar apoyo espiritual” ($F = 4.054, p = .019$), “fijarse en lo positivo” ($F = 14.272, p < .001$) y “buscar apoyo profesional” ($F = 6.000, p = .003$) entre los grupos que se han establecido sobre la variable quejas somáticas como se muestra en la Tabla 91.

Tabla 91. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable quejas somáticas.

Estrategias afrontamiento	F	gl	p	Eta parcial al cuadrado
As	2.346	200	.098	.023
Rp	13.341	200	< .001	.119
Es	13.573	200	< .001	.121
Pr	6.333	200	.002	.060
Ai	1.206	200	.302	.012
Pe	2.221	200	.111	.022
Hi	19.606	200	< .001	.165
Na	28.852	200	< .001	.226
Rt	4.492	200	.012	.043
So	2.409	200	.093	.024
Ip	32.840	200	< .001	.249
Cu	8.901	200	< .001	.082
Re	38.993	200	< .001	.283
Ae	4.054	200	.019	.039
Po	14.272	200	< .001	.126
Ap	6.000	200	.003	.057
Dr	1.155	200	.317	.012
Fi	1.664	200	.192	.017

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

Figura 5. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable quejas somáticas.



Como se muestra en las Tablas 92 y 93, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-alto y medio de quejas somáticas, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-altas en quejas somáticas desarrollan más la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias.

Tabla 92. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” en función de la variable quejas somáticas.

Nivel Quejas Somáticas	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	46	79.57	9.878	64	92
Medio	69	70.26	10.943	48	88
Alto	86	79.58	13.992	48	100

Tabla 93. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema”.

Nivel Quejas Somáticas	Nivel Quejas Somáticas	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	9.30*	2.311	< .001
	Alto	-.02	2.217	1.000
Medio	Bajo	-9.30*	2.311	< .001
	Alto	-9.32*	1.962	< .001
Alto	Bajo	.02	2.217	1.000
	Medio	9.32*	1.962	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 94 y 95, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio-alto de quejas somáticas, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en quejas somáticas desarrollan más la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-altas.

Tabla 94. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” en función de la variable quejas somáticas.

Nivel Quejas Somáticas	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	46	82.87	7.940	60	92
Medio	69	70.26	13.293	40	88
Alto	86	73.12	14.899	44	100

Tabla 95. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito”.

Nivel Quejas Somáticas	Nivel Quejas Somáticas	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	12.61*	2.484	< .001
	Alto	9.75*	2.384	< .001
Medio	Bajo	-12.61*	2.484	< .001
	Alto	-2.86	2.109	.367
Alto	Bajo	-9.75*	2.384	< .001
	Medio	2.86	2.109	.367

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 96 y 97, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio-alto de quejas somáticas, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en quejas somáticas desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “preocuparse” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-altas.

Tabla 96. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “preocuparse” en función de la variable quejas somáticas.

Nivel Quejas Somáticas	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	46	64.00	24.000	32	88
Medio	69	72.00	13.195	52	92
Alto	86	75.02	15.203	56	100

Tabla 97. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “preocuparse”.

Nivel Quejas Somáticas	Nivel Quejas Somáticas	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-8.00*	3.241	.038
	Alto	-11.02*	3.110	.001
Medio	Bajo	8.00*	3.241	.038
	Alto	-3.02	2.752	.516
Alto	Bajo	11.02*	3.110	.001
	Medio	3.02	2.752	.516

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 98 y 99, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de quejas somáticas, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en quejas somáticas desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 98. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” en función de la variable quejas somáticas.

Nivel Quejas Somáticas	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	46	53.74	8.418	44	64
Medio	69	53.51	8.062	40	64
Alto	86	60.88	6.103	44	76

Tabla 99. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones”.

Nivel Quejas Somáticas	Nivel Quejas Somáticas	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	.23	1.554	.988
	Alto	-7.14*	1.491	< .001
Medio	Bajo	-.23	1.554	.988
	Alto	-7.38*	1.319	< .001
Alto	Bajo	7.14*	1.491	< .001
	Medio	7.38*	1.319	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 100 y 101, hay diferencias significativas entre los niveles bajo, medio y alto de quejas somáticas, donde se observa que según aumenta el nivel de quejas somáticas en los sujetos, estos desarrollan en mayor medida la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento”.

Tabla 100. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable quejas somáticas.

Nivel Quejas Somáticas	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	46	28.52	5.569	20	40
Medio	69	35.48	9.176	20	52
Alto	86	39.40	7.701	28	48

Tabla 101. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento”.

Nivel Quejas Somáticas	Nivel Quejas Somáticas	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-6.96*	1.492	< .001
	Alto	-10.87*	1.432	< .001
Medio	Bajo	6.96*	1.492	< .001
	Alto	-3.92*	1.267	.006
Alto	Bajo	10.87*	1.432	< .001
	Medio	3.92*	1.267	.006

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 102 y 103, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio-alto de quejas somáticas, donde se observa que

los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en quejas somáticas desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-altas.

Tabla 102. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” en función de la variable quejas somáticas.

Nivel Quejas Somáticas	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	46	24.17	5.330	20	40
Medio	69	26.87	8.537	20	56
Alto	86	28.93	9.192	20	48

Tabla 103. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión”.

Nivel Quejas Somáticas	Nivel Quejas Somáticas	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-4.70*	1.567	.009
	Alto	-2.76	1.504	.161
Medio	Bajo	4.70*	1.567	.009
	Alto	1.94	1.330	.314
Alto	Bajo	2.76	1.504	.161
	Medio	-1.94	1.330	.314

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 104 y 105, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio-alto de quejas somáticas, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en quejas somáticas desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-altas.

Tabla 104. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable quejas somáticas.

Nivel Quejas Somáticas	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	46	23.59	5.741	20	40
Medio	69	37.46	11.035	20	55
Alto	86	39.65	13.346	20	60

Tabla 105. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento "ignorar el problema".

Nivel Quejas Somáticas	Nivel Quejas Somáticas	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-13.88*	2.135	< .001
	Alto	-16.06*	2.049	< .001
Medio	Bajo	13.88*	2.135	< .001
	Alto	-2.19	1.813	.451
Alto	Bajo	16.06*	2.049	< .001
	Medio	2.19	1.813	.451

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 106 y 107, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-alto y medio de quejas somáticas, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-altas en quejas somáticas desarrollan menos la estrategia de afrontamiento "autoinculparse" con respecto a los que obtienen puntuaciones medias.

Tabla 106. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento "autoinculparse" en función de la variable quejas somáticas.

Nivel Quejas Somáticas	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	46	23.91	12.820	20	65
Medio	69	33.62	14.087	20	75
Alto	86	27.79	10.917	20	50

Tabla 107. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento "autoinculparse".

Nivel Quejas Somáticas	Nivel Quejas Somáticas	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-9.71*	2.383	< .001
	Alto	-3.88	2.286	.209
Medio	Bajo	9.71*	2.383	< .001
	Alto	5.83*	2.023	.012
Alto	Bajo	3.88	2.286	.209
	Medio	-5.83*	2.023	.012

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 108 y 109, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de quejas somáticas, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en quejas somáticas desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 108. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable quejas somáticas.

Nivel Quejas Somáticas	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	46	31.09	12.244	20	65
Medio	69	35.72	11.545	20	65
Alto	86	49.01	12.989	30	70

Tabla 109. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí”.

Nivel Quejas Somáticas	Nivel Quejas Somáticas	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-4.64	2.349	.121
	Alto	-17.92*	2.254	< .001
Medio	Bajo	4.64	2.349	.121
	Alto	-13.29*	1.994	< .001
Alto	Bajo	17.92*	2.254	< .001
	Medio	13.29*	1.994	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 110 y 111, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de quejas somáticas, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en quejas somáticas desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 110. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” en función de la variable quejas somáticas.

Nivel Quejas Somáticas	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	46	35.33	4.269	30	40
Medio	69	36.88	8.362	30	75
Alto	86	40.35	13.780	25	75

Tabla 111. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual”.

Nivel Quejas Somáticas	Nivel Quejas Somáticas	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-1.56	1.993	.715
	Alto	-5.02*	1.913	.025
Medio	Bajo	1.56	1.993	.715
	Alto	-3.46	1.693	.104
Alto	Bajo	5.02*	1.913	.025
	Medio	3.46	1.693	.104

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 112 y 113, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio-alto de quejas somáticas, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en quejas somáticas desarrollan más la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-altas.

Tabla 112. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” en función de la variable quejas somáticas.

Nivel Quejas Somáticas	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	46	79.89	12.270	50	100
Medio	69	67.25	15.801	40	95
Alto	86	67.50	13.167	40	90

Tabla 113. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo”.

Nivel Quejas Somáticas	Nivel Quejas Somáticas	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	12.64*	2.654	< .001
	Alto	12.39*	2.547	< .001
Medio	Bajo	-12.64*	2.654	< .001
	Alto	-.25	2.253	.993
Alto	Bajo	-12.39*	2.547	< .001
	Medio	.25	2.253	.993

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 114 y 115, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-alto y medio de quejas somáticas, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-altas en quejas somáticas desarrollan más la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias.

Tabla 114. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” en función de la variable quejas somáticas.

Nivel Quejas Somáticas	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	46	67.61	33.760	20	95
Medio	69	82.17	12.704	50	95
Alto	86	72.79	22.914	40	100

Tabla 115. Comparaciones múltiples entre los niveles de quejas somáticas y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional”.

Nivel Quejas Somáticas	Nivel Quejas Somáticas	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-14.57*	4.423	.003
	Alto	-5.18	4.244	.442
Medio	Bajo	14.57*	4.423	.003
	Alto	9.38*	3.755	.035
Alto	Bajo	5.18	4.244	.442
	Medio	-9.38*	3.755	.035

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

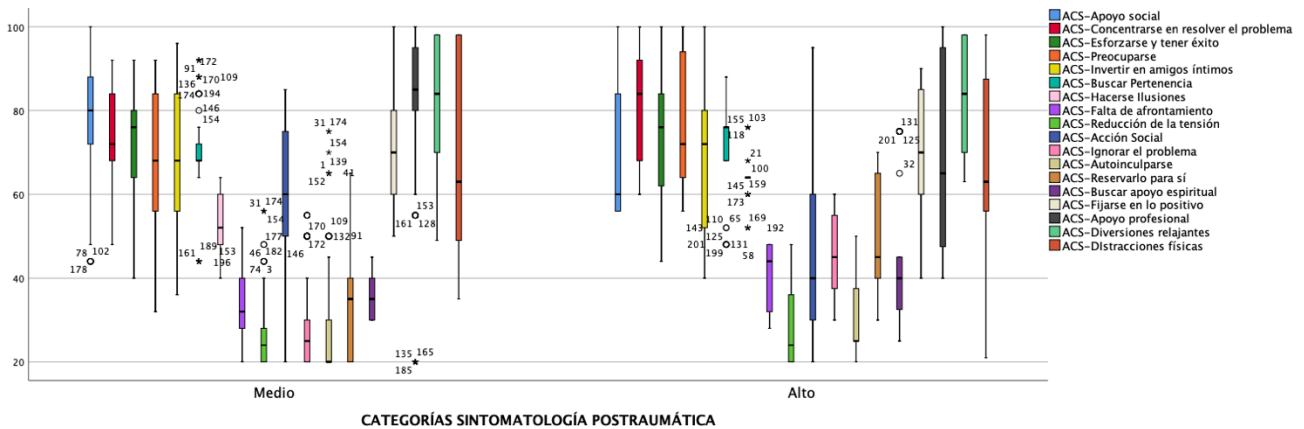
Se observan diferencias significativas en la utilización de las estrategias de afrontamiento “buscar apoyo social” ($F = 14.075, p < .001$), “concentrarse en resolver el problema” ($F = 7.690, p = .006$), “preocuparse” ($F = 19.392, p < .001$), “hacerse ilusiones” ($F = 103.841, p < .001$), “falta de afrontamiento” ($F = 22.541, p < .001$), “reducción de la tensión” ($F = 4.032, p = .046$), “acción social” ($F = 13.590, p < .001$), “ignorar el problema” ($F = 118.941, p < .001$), “reservarlo para sí” ($F = 87.316, p < .001$), “buscar apoyo espiritual” ($F = 23.443, p < .001$) y “buscar apoyo profesional” ($F = 12.170, p = .001$) entre los grupos que se han establecido sobre la variable sintomatología postraumática como se muestra en la Tabla 116.

Tabla 116. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable sintomatología postraumática.

Estrategias afrontamiento	F	gl	p	Eta parcial al cuadrado
As	14.075	200	< .001	.066
Rp	7.690	200	.006	.037
Es	.682	200	.410	.003
Pr	19.392	200	< .001	.089
Ai	.264	200	.608	.001
Pe	.053	200	.818	.000
Hi	103.841	200	< .001	.343
Na	22.541	200	< .001	.102
Rt	4.032	200	.046	.020
So	13.590	200	< .001	.064
Ip	118.941	200	< .001	.374
Cu	1.227	200	.269	.006
Re	87.316	200	< .001	.305
Ae	23.443	200	< .001	.105
Po	.681	200	.410	.003
Ap	12.170	200	.001	.058
Dr	.105	200	.747	.001
Fi	.685	200	.409	.003

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

Figura 6: Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable sintomatología postraumática.



Como se muestra en la Tabla 117, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de sintomatología postraumática, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en sintomatología postraumática desarrollan más la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 117. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” en función de la variable sintomatología postraumática.

Nivel Sintomatología Postraumática	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	137	77.52	16.133	44	100
Alto	64	68.63	14.575	56	100

Como se muestra en la Tabla 118, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de sintomatología postraumática, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en sintomatología postraumática desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 118. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” en función de la variable sintomatología postraumática.

Nivel Sintomatología Postraumática	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	137	74.69	12.752	48	92
Alto	64	80.00	12.447	60	100

Como se muestra en la Tabla 119, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de sintomatología postraumática, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en sintomatología postraumática desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “preocuparse” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 119. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “preocuparse” en función de la variable sintomatología postraumática.

Nivel Sintomatología Postraumática	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	137	67.91	17.015	32	92
Alto	64	79.06	16.075	56	100

Como se muestra en la Tabla 120, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de sintomatología postraumática, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en sintomatología postraumática desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 120. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” en función de la variable sintomatología postraumática.

Nivel Sintomatología Postraumática	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	137	53.17	7.764	40	64
Alto	64	64.31	5.890	52	76

Como se muestra en la Tabla 121, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de sintomatología postraumática, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en sintomatología postraumática desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 121. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable sintomatología postraumática.

Nivel Sintomatología Postraumática	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	137	33.64	8.562	20	52
Alto	64	39.69	8.104	28	48

Como se muestra en la Tabla 122, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de sintomatología postraumática, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en sintomatología postraumática desarrollan más la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 122. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” en función de la variable sintomatología postraumática.

Nivel Sintomatología Postraumática	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	137	29.16	7.484	20	56
Alto	64	28.69	9.864	20	48

Como se muestra en la Tabla 123, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de sintomatología postraumática, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en sintomatología postraumática desarrollan más la estrategia de afrontamiento “acción social” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 123. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “acción social” en función de la variable sintomatología postraumática.

Nivel Sintomatología Postraumática	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	137	58.32	19.910	20	85
Alto	64	46.48	23.766	20	95

Como se muestra en la Tabla 124, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de sintomatología postraumática, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en sintomatología postraumática desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 124. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable sintomatología postraumática.

Nivel Sintomatología Postraumática	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	137	29.85	10.519	20	55
Alto	64	46.72	9.521	30	60

Como se muestra en la Tabla 125, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de sintomatología postraumática, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en sintomatología postraumática desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 125. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable sintomatología postraumática.

Nivel Sintomatología Postraumática	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	137	34.89	11.204	20	65
Alto	64	52.03	13.879	30	70

Como se muestra en la Tabla 126, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de sintomatología postraumática, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en sintomatología postraumática desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 126. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” en función de la variable sintomatología postraumática.

Nivel Sintomatología Postraumática	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	137	35.66	4.690	30	45
Alto	64	43.05	16.538	25	75

Como se muestra en la Tabla 127, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de sintomatología postraumática, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en sintomatología postraumática desarrollan más la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 127. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” en función de la variable sintomatología postraumática.

Nivel Sintomatología Postraumática	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	137	78.72	23.655	20	100
Alto	64	66.48	22.087	40	100

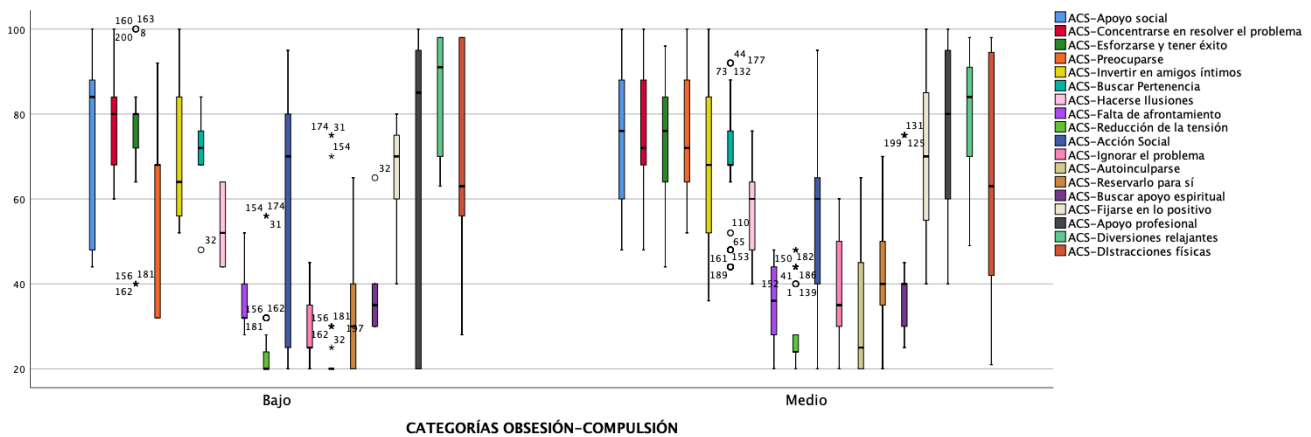
Se observan diferencias significativas en la utilización de las estrategias de afrontamiento “preocuparse” ($F = 39.383$, $p < .001$), “hacerse ilusiones” ($F = 5.605$, $p = .019$), “reducción de la tensión” ($F = 4.103$, $p = .044$), “ignorar el problema” ($F = 27.572$, $p < .001$), “autoinculparse” ($F = 9.647$, $p = .002$), “reservarlo para sí” ($F = 25.082$, $p < .001$), y “buscar diversiones relajantes” ($F = 4.172$, $p = .042$) entre los grupos que se han establecido sobre la variable obsesión-compulsión como se muestra en la Tabla 128.

Tabla 128. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable obsesión-compulsión.

Estrategias afrontamiento	F	gl	p	Eta parcial al cuadrado
As	.086	200	.770	.000
Rp	1.428	200	.233	.007
Es	.158	200	.691	.001
Pr	39.383	200	< .001	.165
Ai	2.678	200	.103	.013
Pe	.987	200	.322	.005
Hi	5.605	200	.019	.027
Na	.025	200	.874	.000
Rt	4.103	200	.044	.020
So	2.129	200	.146	.011
Ip	27.572	200	< .001	.122
Cu	9.647	200	.002	.046
Re	25.082	200	< .001	.112
Ae	2.036	200	.155	.010
Po	2.236	200	.136	.011
Ap	1.923	200	.167	.010
Dr	4.172	200	.042	.021
Fi	1.463	200	.228	.007

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

Figura 7. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable obsesión-compulsión.



Como se muestra en la Tabla 129, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio de obsesión-compulsión, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en obsesión-compulsión desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “preocuparse” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias.

Tabla 129. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “preocuparse” en función de la variable obsesión-compulsión.

Nivel Obsesión-Compulsión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	53	59.62	19.912	32	92
Medio	148	75.70	14.374	52	100

Como se muestra en la Tabla 130, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio de obsesión-compulsión, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en obsesión-compulsión desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias.

Tabla 130. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” en función de la variable obsesión-compulsión.

Nivel Obsesión-Compulsión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	53	54.26	8.284	44	64
Medio	148	57.59	8.959	40	76

Como se muestra en la Tabla 131, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio de obsesión-compulsión, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en obsesión-compulsión desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias.

Tabla 131. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” en función de la variable obsesión-compulsión.

Nivel Obsesión-Compulsión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	53	24.98	8.661	20	56
Medio	148	27.68	8.182	20	48

Como se muestra en la Tabla 132, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio de obsesión-compulsión, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en obsesión-compulsión desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias.

Tabla 132. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable obsesión-compulsión.

Nivel Obsesión-Compulsión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	53	27.74	7.818	20	45
Medio	148	37.91	13.287	20	60

Como se muestra en la Tabla 133, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio de obsesión-compulsión, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en obsesión-compulsión desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “autoinculparse” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias.

Tabla 133. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “autoinculparse” en función de la variable obsesión-compulsión.

Nivel Obsesión-Compulsión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	53	24.25	12.573	20	75
Medio	148	30.57	12.784	20	65

Como se muestra en la Tabla 134, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio de obsesión-compulsión, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en obsesión-compulsión desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias.

Tabla 134. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable obsesión-compulsión.

Nivel Obsesión-Compulsión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	53	32.26	11.205	20	65
Medio	148	43.24	14.473	20	70

Como se muestra en la Tabla 135, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio de obsesión-compulsión, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en obsesión-compulsión desarrollan más la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias.

Tabla 135. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” en función de la variable obsesión-compulsión.

Nivel Obsesión-Compulsión	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	53	85.19	12.411	63	98
Medio	148	80.55	14.776	49	98

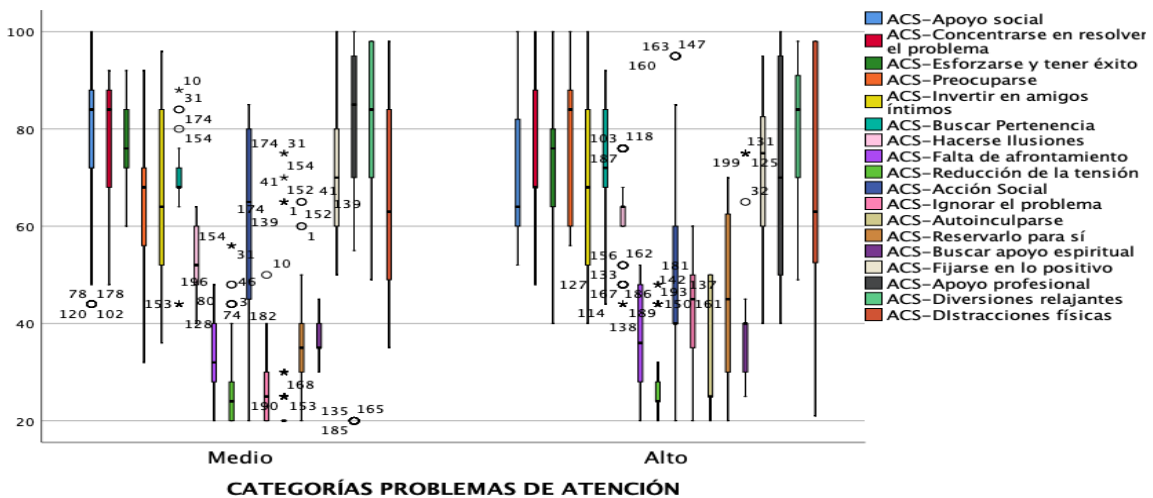
Se observan diferencias significativas en la utilización de las estrategias de afrontamiento “buscar apoyo social” ($F = 8.399$, $p = .004$), “esforzarse y tener éxito” ($F = 6.698$, $p = .010$), “preocuparse” ($F = 28.625$, $p < .001$), “buscar pertenencia” ($F = 4.407$, $p = .037$), “hacerse ilusiones” ($F = 78.131$, $p < .001$), “falta de afrontamiento” ($F = 10.113$, $p = .002$), “acción social” ($F = 6.359$, $p = .012$), “ignorar el problema” ($F = 199.089$, $p < .001$), “autoinculparse” ($F = 26.714$, $p < .001$) y “reservarlo para sí” ($F = 22.222$, $p < .001$) entre los grupos que se han establecido sobre la variable problemas de atención como se muestra en la Tabla 136.

Tabla 136. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable problemas de atención.

Estrategias afrontamiento	F	gl	p	Eta parcial al cuadrado
As	8.399	200	.004	.040
Rp	1.339	200	.249	.007
Es	6.698	200	.010	.033
Pr	28.625	200	< .001	.126
Ai	.086	200	.770	.000
Pe	4.407	200	.037	.022
Hi	78.131	200	< .001	.282
Na	10.113	200	.002	.048
Rt	2.776	200	.097	.014
So	6.359	200	.012	.031
Ip	199.089	200	< .001	.500
Cu	26.714	200	< .001	.118
Re	22.222	200	< .001	.100
Ae	3.102	200	.080	.015
Po	.385	200	.536	.002
Ap	1.911	200	.168	.010
Dr	.095	200	.758	.000
Fi	1.589	200	.209	.008

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

Figura 8. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable problemas de atención.



Como se muestra en la Tabla 137, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de problemas de atención, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en problemas de atención desarrollan más la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 137. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” en función de la variable problemas de atención.

Nivel Problemas de Atención	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	102	77.88	16.986	44	100
Alto	99	71.39	14.629	52	100

Como se muestra en la Tabla 138, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de problemas de atención, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en problemas de atención desarrollan más la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 138. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” en función de la variable problemas de atención.

Nivel Problemas de Atención	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	102	76.82	10.184	60	92
Alto	99	71.84	16.482	40	100

Como se muestra en la Tabla 139, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de problemas de atención, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en problemas de atención desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “preocuparse” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 139. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “preocuparse” en función de la variable problemas de atención.

Nivel Problemas de Atención	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	102	65.37	17.426	32	92
Alto	99	77.74	15.228	56	100

Como se muestra en la Tabla 140, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de problemas de atención, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en problemas de atención desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 140. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia” en función de la variable problemas de atención.

Nivel Problemas de Atención	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	102	69.02	7.524	44	88
Alto	99	72.36	14.160	44	92

Como se muestra en la Tabla 141, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de problemas de atención, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en problemas de atención desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 141. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” en función de la variable problemas de atención.

Nivel Problemas de Atención	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	102	52.08	7.208	40	64
Alto	99	61.49	7.889	44	76

Como se muestra en la Tabla 142, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de problemas de atención, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en problemas de atención desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 142. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable problemas de atención.

Nivel Problemas de Atención	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	102	33.65	6.902	20	48
Alto	99	37.54	10.169	20	52

Como se muestra en la Tabla 143, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de problemas de atención, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en problemas de atención desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “acción social” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 143. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “acción social” en función de la variable problemas de atención.

Nivel Problemas de Atención	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	102	58.33	21.287	20	85
Alto	99	50.66	21.872	20	95

Como se muestra en la Tabla 144, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de problemas de atención, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en problemas de atención desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 144. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable problemas de atención.

Nivel Problemas de Atención	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	102	26.27	6.241	20	50
Alto	99	44.44	11.359	20	60

Como se muestra en la Tabla 145, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de problemas de atención, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en problemas de atención desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “autoinculparse” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 145. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “autoinculparse” en función de la variable problemas de atención.

Nivel Problemas de Atención	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	102	24.51	12.378	20	75
Alto	99	33.43	12.093	20	50

Como se muestra en la Tabla 146, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de problemas de atención, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en problemas de atención desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 146. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable problemas de atención.

Nivel Problemas de Atención	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	102	35.83	10.076	20	65
Alto	99	45.00	16.767	20	70

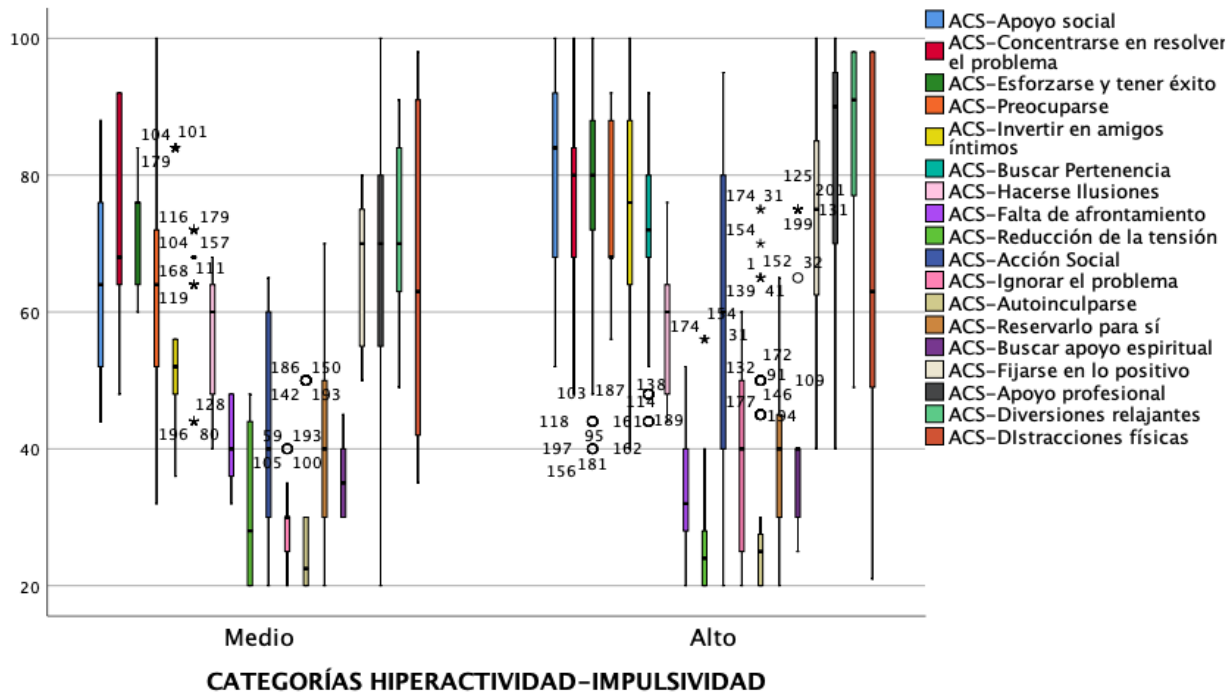
Se observan diferencias significativas en la utilización de las estrategias de afrontamiento “buscar apoyo social” ($F = 44.978, p < .001$), “preocuparse” ($F = 16.284, p < .001$), “invertir en amigos íntimos” ($F = 66.970, p < .001$), “buscar pertenencia” ($F = 16.420, p < .001$), “falta de afrontamiento” ($F = 33.543, p < .001$), “reducción de la tensión” ($F = 21.907, p < .001$), “acción social” ($F = 26.903, p < .001$), “ignorar el problema” ($F = 24.960, p < .001$), “fijarse en lo positivo” ($F = 10.403, p = .001$), “buscar apoyo profesional” ($F = 29.334, p < .001$) y “buscar diversiones relajantes” ($F = 40.304, p < .001$) entre los grupos que se han establecido sobre la variable hiperactividad-impulsividad como se muestra en la Tabla 147.

Tabla 147. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable hiperactividad-impulsividad.

Estrategias afrontamiento	F	gl	p	Eta parcial al cuadrado
As	44.978	200	< .001	.184
Rp	1.392	200	.240	.007
Es	1.596	200	.208	.008
Pr	16.284	200	< .001	.076
Ai	66.970	200	< .001	.252
Pe	16.420	200	< .001	.076
Hi	.046	200	.830	.000
Na	33.543	200	< .001	.144
Rt	21.907	200	< .001	.099
So	26.903	200	< .001	.119
Ip	24.960	200	< .001	.111
Cu	.007	200	.934	.000
Re	3.404	200	.067	.017
Ae	1.952	200	.164	.010
Po	10.403	200	.001	.050
Ap	29.334	200	< .001	.128
Dr	40.304	200	< .001	.168
Fi	.647	200	.422	.003

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

Figura 9. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable hiperactividad-impulsividad.



Como se muestra en la Tabla 148, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de hiperactividad-impulsividad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en hiperactividad-impulsividad desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 148. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.

Nivel Hiperactividad-Impulsividad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	66	64.79	14.654	44	88
Alto	135	79.53	14.620	52	100

Como se muestra en la Tabla 149, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de hiperactividad-impulsividad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en hiperactividad-impulsividad desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “preocuparse” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 149. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “preocuparse” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.

Nivel Hiperactividad-Impulsividad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	66	64.61	23.900	32	100
Alto	135	74.81	12.011	56	92

Como se muestra en la Tabla 150, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de hiperactividad-impulsividad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en hiperactividad-impulsividad desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 150. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.

Nivel Hiperactividad-Impulsividad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	66	54.97	12.791	36	84
Alto	135	74.52	17.213	40	100

Como se muestra en la Tabla 151, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de hiperactividad-impulsividad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en hiperactividad-impulsividad desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 151. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.

Nivel Hiperactividad-Impulsividad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	66	66.18	7.365	44	72
Alto	135	72.86	12.347	44	92

Como se muestra en la Tabla 152, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de hiperactividad-impulsividad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en hiperactividad-impulsividad desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 152. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.

Nivel Hiperactividad-Impulsividad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	66	40.36	5.901	32	48
Alto	135	33.21	9.133	20	52

Como se muestra en la Tabla 153, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de hiperactividad-impulsividad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en hiperactividad-impulsividad desarrollan más la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 153. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.

Nivel Hiperactividad-Impulsividad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	66	30.73	10.668	20	48
Alto	135	25.13	6.251	20	56

Como se muestra en la Tabla 154, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de hiperactividad-impulsividad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en hiperactividad-impulsividad desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “acción social” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 154. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “acción social” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.

Nivel Hiperactividad-Impulsividad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	66	43.79	16.503	20	65
Alto	135	59.81	22.280	20	95

Como se muestra en la Tabla 155, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de hiperactividad-impulsividad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en hiperactividad-impulsividad desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 155. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.

Nivel Hiperactividad-Impulsividad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	66	29.09	5.541	20	40
Alto	135	38.22	14.319	20	60

Como se muestra en la Tabla 156, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de hiperactividad-impulsividad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en hiperactividad-impulsividad desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 156. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.

Nivel Hiperactividad-Impulsividad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	66	65.53	10.818	50	80
Alto	135	72.56	15.986	40	100

Como se muestra en la Tabla 157, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de hiperactividad-impulsividad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en hiperactividad-impulsividad desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 157. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.

Nivel Hiperactividad-Impulsividad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	66	62.65	26.330	20	100
Alto	135	80.78	20.027	40	100

Como se muestra en la Tabla 158, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto de hiperactividad-impulsividad, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en hiperactividad-impulsividad desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 158. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” en función de la variable hiperactividad-impulsividad.

Nivel Hiperactividad-Impulsividad	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	66	73.39	12.597	49	91
Alto	135	85.87	13.309	49	98

Se observan diferencias significativas en la utilización de las estrategias de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” ($F = 11.329, p < .001$), “esforzarse y tener éxito” ($F = 3.171, p = .044$), “buscar pertenencia” ($F = 29.771, p < .001$), “hacerse ilusiones” ($F = 6.911, p = .001$), “falta de afrontamiento” ($F = 4.661, p = .011$), “reducción de la tensión” ($F = 6.464, p = .002$), “acción social” ($F = 3.288, p \leq .039$), “ignorar el problema” ($F = 60.768, p < .001$), “autoinculparse” ($F = 25.806, p < .001$), “reservarlo para sí” ($F = 27.839, p < .001$), “buscar apoyo espiritual” ($F = 8.347, p < .001$), “fijarse en lo positivo” ($F = 7.378, p = .001$), “buscar apoyo profesional” ($F = 5.085, p = .007$) y

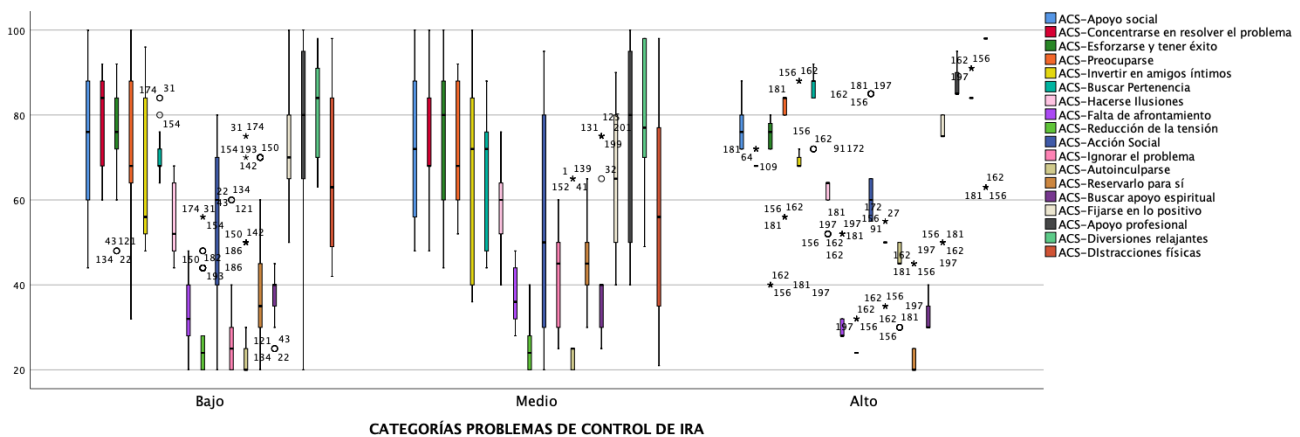
“distracciones físicas” ($F = 20.988, p < .001$) entre los grupos que se han establecido sobre la variable problemas de control de ira como se muestra en la Tabla 159.

Tabla 159. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable problemas de control de ira.

Estrategias afrontamiento	F	gl	p	Eta parcial al cuadrado
As	.958	200	.386	.010
Rp	11.329	200	< .001	.103
Es	3.171	200	.044	.031
Pr	1.747	200	.177	.017
Ai	.937	200	.393	.009
Pe	29.771	200	< .001	.231
Hi	6.911	200	.001	.065
Na	4.661	200	.011	.045
Rt	6.464	200	.002	.061
So	3.288	200	.039	.032
Ip	60.768	200	< .001	.380
Cu	25.806	200	< .001	.207
Re	27.839	200	< .001	.219
Ae	8.347	200	< .001	.078
Po	7.378	200	.001	.069
Ap	5.085	200	.007	.049
Dr	1.626	200	.199	.016
Fi	20.988	200	< .001	.175

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

Figura 10. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable problemas de control de ira.



Como se muestra en las Tablas 160 y 161, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio-alto de problemas de control de ira, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en problemas de control de ira desarrollan más la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-altas.

Tabla 160. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” en función de la variable problemas de control de ira.

Nivel Problemas de Control de Ira	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	101	80.16	11.098	60	92
Medio	73	73.92	15.508	48	100
Alto	27	68.89	1.695	68	72

Tabla 161. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema”.

Nivel Problemas de Control de Ira	Nivel Problemas de Control de Ira	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	6.24*	1.882	.003
	Alto	11.27*	2.654	< .001
Medio	Bajo	-6.24*	1.882	.003
	Alto	5.03	2.759	.165
Alto	Bajo	-11.27*	2.654	< .001
	Medio	-5.03	2.759	.165

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 162 y 163, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de problemas de control de ira, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en problemas de control de ira desarrollan más la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 162. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” en función de la variable problemas de control de ira.

Nivel Problemas de Control de Ira	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	101	76.16	10.612	48	92
Medio	73	73.97	16.413	44	100
Alto	27	68.74	15.808	40	80

Tabla 163. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito”.

Nivel Problemas de Control de Ira	Nivel Problemas de Control de Ira	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	2.19	2.104	.553
	Alto	7.42*	2.968	.035
Medio	Bajo	-2.19	2.104	.553
	Alto	5.23	3.086	.209
Alto	Bajo	-7.42*	2.968	.035
	Medio	-5.23	3.086	.209

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 164 y 165, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de problemas de control de ira, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en problemas de control de ira desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 164. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia” en función de la variable problemas de control de ira.

Nivel Problemas de Control de Ira	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	101	69.47	3.474	64	84
Medio	73	67.29	15.540	44	88
Alto	27	84.30	7.183	72	92

Tabla 165. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento "buscar pertenencia".

Nivel Problemas de Control de Ira	Nivel Problemas de Control de Ira	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	2.18	1.541	.336
	Alto	-14.83*	2.174	< .001
Medio	Bajo	-2.18	1.541	.336
	Alto	-17.01*	2.260	< .001
Alto	Bajo	14.83*	2.174	< .001
	Medio	17.01*	2.260	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 166 y 167, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de problemas de control de ira, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en problemas de control de ira desarrollan menos la estrategia de afrontamiento "hacerse ilusiones" con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 166. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento "hacerse ilusiones" en función de la variable problemas de control de ira.

Nivel Problemas de Control de Ira	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	101	54.61	8.108	44	68
Medio	73	58.14	10.243	40	76
Alto	27	60.74	4.966	52	64

Tabla 167. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento "hacerse ilusiones".

Nivel Problemas de Control de Ira	Nivel Problemas de Control de Ira	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-3.52*	1.327	.023
	Alto	-6.13*	1.871	.004
Medio	Bajo	3.52*	1.327	.023
	Alto	-2.60	1.945	.376
Alto	Bajo	6.13*	1.871	.004
	Medio	2.60	1.945	.376

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 168 y 169, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-alto y medio de problemas de control de ira, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-altas en problemas de control de ira desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias.

Tabla 168. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable problemas de control de ira.

Nivel Problemas de Control de Ira	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	101	34.30	9.197	20	48
Medio	73	38.03	7.367	28	48
Alto	27	33.63	10.062	28	52

Tabla 169. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento”.

Nivel Problemas de Control de Ira	Nivel Problemas de Control de Ira	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-3.73*	1.337	.016
	Alto	.67	1.886	.933
Medio	Bajo	3.73*	1.337	.016
	Alto	4.40	1.960	.067
Alto	Bajo	-.67	1.886	.933
	Medio	-4.40	1.960	.067

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 170 y 171, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio-alto de problemas de control de ira, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en problemas de control de ira desarrollan más la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-altas.

Tabla 170. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” en función de la variable problemas de control de ira.

Nivel Problemas de Control de Ira	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	101	28.99	10.437	20	56
Medio	73	24.60	5.235	20	40
Alto	27	25.78	3.389	24	32

Tabla 171. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión”.

Nivel Problemas de Control de Ira	Nivel Problemas de Control de Ira	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	4.39*	1.253	.002
	Alto	3.21	1.767	.166
Medio	Bajo	-4.39*	1.253	.002
	Alto	-1.18	1.837	.798
Alto	Bajo	-3.21	1.767	.166
	Medio	1.18	1.837	.798

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 172 y 173, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de problemas de control de ira, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en problemas de control de ira desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “acción social” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 172. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “acción social” en función de la variable problemas de control de ira.

Nivel Problemas de Control de Ira	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	101	53.32	20.631	20	80
Medio	73	52.60	25.415	20	95
Alto	27	64.44	11.547	55	85

Tabla 173. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento "acción social".

Nivel Problemas de Control de Ira	Nivel Problemas de Control de Ira	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	.71	3.321	.975
	Alto	-11.13*	4.684	.048
Medio	Bajo	-.71	3.321	.975
	Alto	-11.84*	4.869	.042
Alto	Bajo	11.13*	4.684	.048
	Medio	11.84*	4.869	.042

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 174 y 175, hay diferencias significativas entre los niveles bajo y medio-alto de problemas de control de ira, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas en problemas de control de ira desarrollan menos la estrategia de afrontamiento "ignorar el problema" con respecto a los que obtienen puntuaciones medias-altas.

Tabla 174. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento "ignorar el problema" en función de la variable problemas de control de ira.

Nivel Problemas de Control de Ira	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	101	27.57	9.317	20	60
Medio	73	41.30	12.134	25	60
Alto	27	47.41	6.985	35	55

Tabla 175. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento "ignorar el problema".

Nivel Problemas de Control de Ira	Nivel Problemas de Control de Ira	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-13.73*	1.565	< .001
	Alto	-19.83*	2.207	< .001
Medio	Bajo	13.73*	1.565	< .001
	Alto	-6.11*	2.295	.023
Alto	Bajo	19.83*	2.207	< .001
	Medio	6.11*	2.295	.023

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 176 y 177, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de problemas de control de ira, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en problemas de control de ira desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “autoinculparse” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 176. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “autoinculparse” en función de la variable problemas de control de ira.

Nivel Problemas de Control de Ira	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	101	27.43	13.502	20	75
Medio	73	25.48	9.866	20	65
Alto	27	43.70	7.795	30	50

Tabla 177. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “autoinculparse”.

Nivel Problemas de Control de Ira	Nivel Problemas de Control de Ira	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	1.95	1.788	.522
	Alto	-16.28*	2.521	< .001
Medio	Bajo	-1.95	1.788	.522
	Alto	-18.22*	2.621	< .001
Alto	Bajo	16.28*	2.521	< .001
	Medio	18.22*	2.621	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 178 y 179, hay diferencias significativas entre los niveles bajo, medio y alto de problemas de control de ira, donde se observa que según aumenta el nivel de problemas de control de ira en los sujetos, estos desarrollan en menor medida la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí”.

Tabla 178. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” en función de la variable problemas de control de ira.

Nivel Problemas de Control de Ira	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	101	47.47	14.888	20	70
Medio	73	38.96	10.446	30	65
Alto	27	26.30	10.340	20	45

Tabla 179. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí”.

Nivel Problemas de Control de Ira	Nivel Problemas de Control de Ira	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-8.51*	1.977	< .001
	Alto	12.66*	2.789	< .001
Medio	Bajo	8.51*	1.977	< .001
	Alto	21.17*	2.899	< .001
Alto	Bajo	-12.66*	2.789	< .001
	Medio	-21.17*	2.899	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 180 y 181, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-alto y medio de problemas de control de ira, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-altas en problemas de control de ira desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” con respecto a los que obtienen puntuaciones medias.

Tabla 180. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” en función de la variable problemas de control de ira.

Nivel Problemas de Control de Ira	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	101	36.98	5.004	25	45
Medio	73	41.44	15.756	25	75
Alto	27	32.59	4.245	30	40

Tabla 181. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento "buscar apoyo espiritual".

Nivel Problemas de Control de Ira	Nivel Problemas de Control de Ira	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	-4.46*	1.576	.014
	Alto	4.39	2.223	.121
Medio	Bajo	4.46*	1.576	.014
	Alto	8.85*	2.311	.001
Alto	Bajo	-4.39	2.223	.121
	Medio	-8.85*	2.311	.001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 182 y 183, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-alto y medio de problemas de control de ira, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-altas en problemas de control de ira desarrollan más la estrategia de afrontamiento "fijarse en lo positivo" con respecto a los que obtienen puntuaciones medias.

Tabla 182. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento "fijarse en lo positivo" en función de la variable problemas de control de ira.

Nivel Problemas de Control de Ira	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	101	73.51	14.257	50	100
Medio	73	65.14	15.297	40	90
Alto	27	71.85	12.101	50	80

Tabla 183. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento "fijarse en lo positivo".

Nivel Problemas de Control de Ira	Nivel Problemas de Control de Ira	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	8.38*	2.210	.001
	Alto	1.66	3.117	.855
Medio	Bajo	-8.38*	2.210	.001
	Alto	-6.71	3.241	.098
Alto	Bajo	-1.66	3.117	.855
	Medio	6.71	3.241	.098

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 184 y 185, hay diferencias significativas entre los niveles bajo-medio y alto de problemas de control de ira, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones bajas-medias en problemas de control de ira desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 184. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” en función de la variable problemas de control de ira.

Nivel Problemas de Control de Ira	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	101	72.87	25.955	20	100
Medio	73	72.60	23.572	40	100
Alto	27	88.15	4.194	85	95

Tabla 185. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional”.

Nivel Problemas de Control de Ira	Nivel Problemas de Control de Ira	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	.27	3.585	.997
	Alto	-15.28*	5.056	.008
Medio	Bajo	-.27	3.585	.997
	Alto	-15.55*	5.256	.010
Alto	Bajo	15.28*	5.056	.008
	Medio	15.55*	5.256	.010

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Como se muestra en las Tablas 186 y 187, hay diferencias significativas entre los niveles bajo, medio y alto de problemas de control de ira, donde se observa que según aumenta el nivel de problemas de control de ira en los sujetos, estos desarrollan en mayor medida la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas”.

Tabla 186. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas” en función de la variable problemas de control de ira.

Nivel Problemas de Control de Ira	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Bajo	101	58.49	19.834	42	98
Medio	73	66.95	25.966	21	98
Alto	27	90.22	14.828	63	98

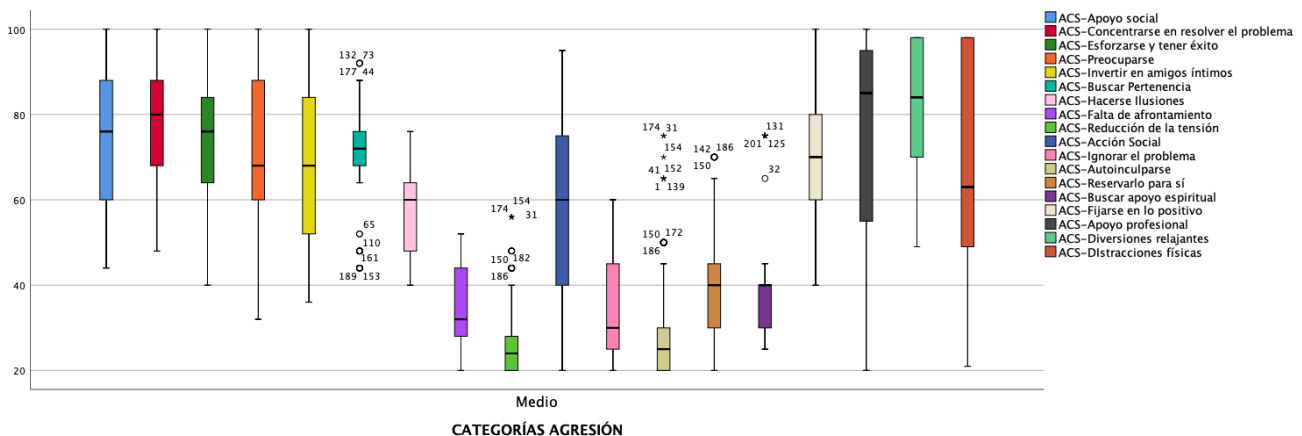
Tabla 187. Comparaciones múltiples entre los niveles de problemas de control de ira y la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas”.

Nivel Problemas de Control de Ira	Nivel Problemas de Control de Ira	Diferencia de medias	Desviación	p
Bajo	Medio	8.46*	3.340	.032
	Alto	-23.27*	4.711	< .001
Medio	Bajo	-8.46*	3.340	.032
	Alto	-31.73*	4.897	< .001
Alto	Bajo	23.27*	4.711	< .001
	Medio	31.73*	4.897	< .001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel .05.

Con respecto a la variable agresión no se han podido llevar a cabo comparaciones, debido a que todos los sujetos se encuentran en el grupo de puntuaciones medias.

Figura 11. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable agresión.



Se observan diferencias significativas en la utilización de las estrategias de afrontamiento “buscar apoyo social” ($F = 4.045, p = .046$), “invertir en amigos íntimos” ($F = 27.236, p < .001$), “buscar pertenencia” ($F = 33.028, p < .001$), “hacerse ilusiones” ($F = 29.390, p < .001$), “falta de afrontamiento” ($F = 5.052, p = .026$), “reducción de la

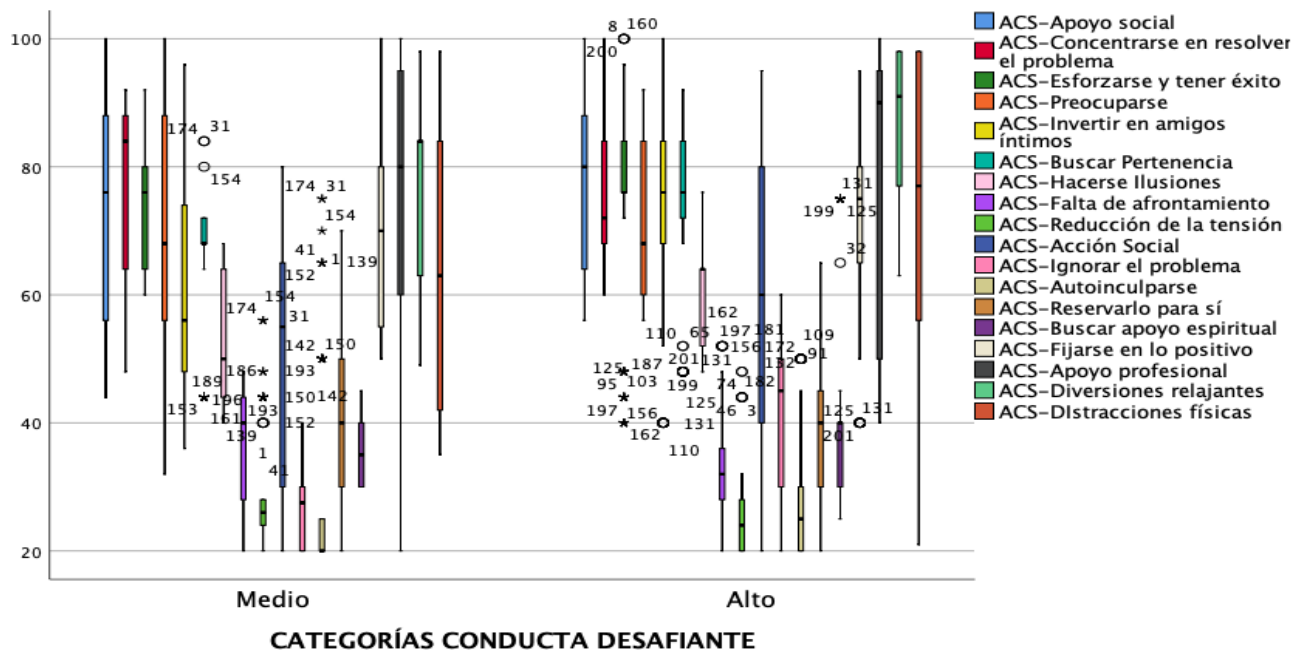
tensión” ($F = 12.947$, $p < .001$), “acción social” ($F = 7.224$, $p = .008$), “ignorar el problema” ($F = 110.962$, $p < .001$), “buscar apoyo espiritual” ($F = 7.339$, $p = .007$), “buscar apoyo profesional” ($F = 3.941$, $p = .049$), “buscar diversiones relajantes” ($F = 24.757$, $p < .001$) y “distracciones físicas” ($F = 6.402$, $p = .012$) entre los grupos que se han establecido sobre la variable conducta desafiante como se muestra en la Tabla 188.

Tabla 188. ANOVA entre las estrategias de afrontamiento y la variable conducta desafiante.

Estrategias afrontamiento	F	gl	p	Eta parcial al cuadrado
As	4.045	200	.046	.020
Rp	.005	200	.946	.000
Es	.717	200	.398	.004
Pr	1.397	200	.239	.007
Ai	27.236	200	< .001	.120
Pe	33.028	200	< .001	.142
Hi	29.390	200	< .001	.129
Na	5.052	200	.026	.025
Rt	12.947	200	< .001	.061
So	7.224	200	.008	.035
Ip	110.962	200	< .001	.358
Cu	.024	200	.876	.000
Re	.342	200	.559	.002
Ae	7.339	200	.007	.036
Po	1.650	200	.201	.008
Ap	3.941	200	.049	.019
Dr	24.757	200	< .001	.111
Fi	6.402	200	.012	.031

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

Figura 12. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable conducta desafiante.



Como se muestra en la Tabla 189, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto en conducta desafiante, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en conducta desafiante desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 189. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” en función de la variable conducta desafiante.

Nivel Conducta Desafiante	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	100	72.40	18.295	44	100
Alto	101	76.95	13.436	56	100

Como se muestra en la Tabla 190, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto en conducta desafiante, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en conducta desafiante desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 190. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos” en función de la variable conducta desafiante.

Nivel Conducta Desafiante	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	100	61.72	18.399	36	96
Alto	101	74.42	16.021	40	100

Como se muestra en la Tabla 191, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto en conducta desafiante, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en conducta desafiante desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 191. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia” en función de la variable conducta desafiante.

Nivel Conducta Desafiante	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	100	66.36	8.883	44	84
Alto	101	74.93	12.012	48	92

Como se muestra en la Tabla 192, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto en conducta desafiante, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en conducta desafiante desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 192. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” en función de la variable conducta desafiante.

Nivel Conducta Desafiante	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	100	53.52	8.913	40	68
Alto	101	59.88	7.683	48	76

Como se muestra en la Tabla 193, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto en conducta desafiante, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en conducta desafiante desarrollan más la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 193. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” en función de la variable conducta desafiante.

Nivel Conducta Desafiante	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	100	36.96	9.081	20	48
Alto	101	34.18	8.457	20	52

Como se muestra en la Tabla 194, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto en conducta desafiante, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en conducta desafiante desarrollan más la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 194. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” en función de la variable conducta desafiante.

Nivel Conducta Desafiante	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	100	29.04	9.692	20	56
Alto	101	24.91	6.219	20	48

Como se muestra en la Tabla 195, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto en conducta desafiante, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en conducta desafiante desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “acción social” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 195. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “acción social” en función de la variable conducta desafiante.

Nivel Conducta Desafiante	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	100	50.45	20.026	20	80
Alto	101	58.61	22.925	20	95

Como se muestra en la Tabla 196, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto en conducta desafiante, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en conducta desafiante desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 196. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” en función de la variable conducta desafiante.

Nivel Conducta Desafiante	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	100	27.50	6.908	20	40
Alto	101	42.87	12.871	20	60

Como se muestra en la Tabla 197, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto en conducta desafiante, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en conducta desafiante desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 197. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” en función de la variable conducta desafiante.

Nivel Conducta Desafiante	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	100	36.00	4.495	30	45
Alto	101	40.00	14.071	25	75

Como se muestra en la Tabla 198, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto en conducta desafiante, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en conducta desafiante desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 198. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” en función de la variable conducta desafiante.

Nivel Conducta Desafiante	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	100	71.50	25.569	20	100
Alto	101	78.12	21.551	40	100

Como se muestra en la Tabla 199, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto en conducta desafiante, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en conducta desafiante desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 199. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” en función de la variable conducta desafiante.

Nivel Conducta Desafiante	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	100	77.00	15.510	49	98
Alto	101	86.50	11.226	63	98

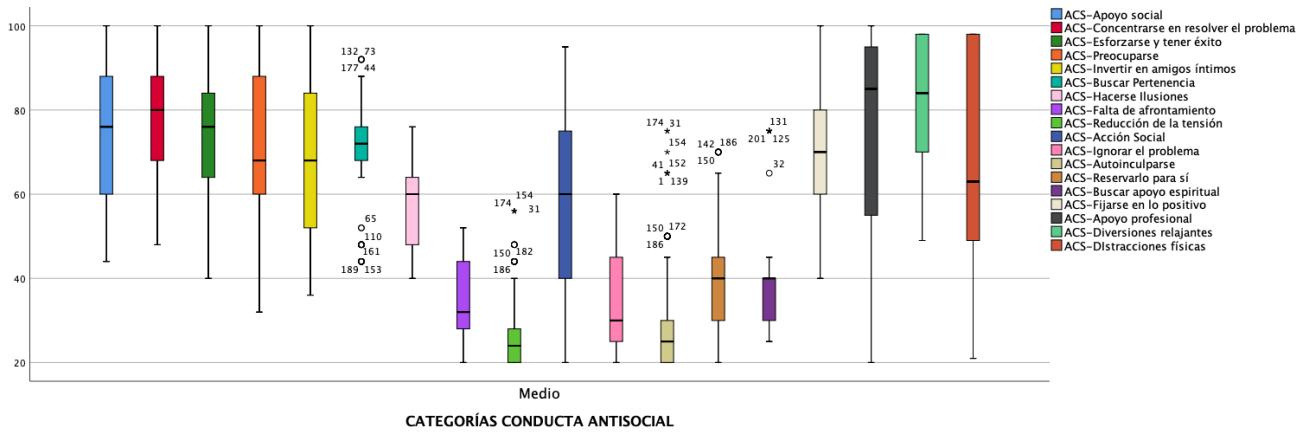
Como se muestra en la Tabla 200, hay diferencias significativas entre los niveles medio y alto en conducta desafiante, donde se observa que los sujetos que obtienen puntuaciones medias en conducta desafiante desarrollan menos la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas” con respecto a los que obtienen puntuaciones altas.

Tabla 200. Descripción de los valores medios de la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas” en función de la variable conducta desafiante.

Nivel Conducta Desafiante	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Medio	100	62.79	21.140	35	98
Alto	101	71.18	25.626	21	98

Con respecto a la variable conducta antisocial no se han podido llevar a cabo comparaciones, debido a que todos los sujetos se encuentran en el grupo de puntuaciones medias.

Figura 13. Gráfico entre las estrategias de afrontamiento y la variable conducta antisocial.



3.3. Análisis de la comparación de medias de estrategias de afrontamiento en función de la calidad de vida (componentes mental y físico).

En función del nivel de calidad de vida en el componente físico, 102 sujetos (50.75 %) obtienen puntuaciones elevadas en dicho componente mientras que 99 (49.25 %) obtienen puntuaciones bajas.

Como se observa en la Tabla 201, los datos arrojan una diferencia de medias significativas en la estrategia “falta de afrontamiento”, con una media mayor en niveles físicos de calidad de vida bajos, en comparación con niveles elevados ($t = 4.330, p < .001$). Con respecto a la estrategia “reservarlo para sí” se observa una mayor media en niveles inferiores de calidad de vida física con respecto a altas puntuaciones ($t = 3.602, p < .001$). Lo mismo ocurre con la

estrategia “buscar apoyo espiritual”, con una media mayor en puntuaciones bajas de calidad de vida física en contraste con puntuaciones elevadas ($t = 2.390$, $p = .018$). En la misma línea, la estrategia “fijarse en lo positivo”, tiene medias mayores cuando se habla de sujetos con puntuaciones altas en calidad de vida física, con respecto a puntuaciones bajas ($t = -3.627$, $p < .001$). Por último, y en contraposición, en la estrategia “distracciones físicas” se produce una mayor media en valores elevados de calidad de vida física con respecto a niveles bajos ($t = -4.155$, $p < .001$).

Tabla 201. Diferencias de medias en las diferentes estrategias de afrontamiento en función del componente físico de la calidad de vida.

Estrategias afrontamiento	t	gl	Media baja calidad vida	Media alta calidad vida	Diferencia de medias	p	Eta parcial al cuadrado
As	-.331	199	74.31	75.07	-.757	.741	.001
Rp	-.291	199	76.12	76.65	-.529	.772	.000
Es	-1.035	199	73.37	75.39	-2.021	.302	.005
Pr	1.186	199	72.90	69.98	2.922	.237	.007
Ai	-.723	199	67.18	69.05	-1.874	.470	.003
Pe	-1.642	199	69.37	72.00	-2.627	.102	.013
Hi	-.144	199	56.63	56.81	-.181	.886	.000
Na	4.330	199	38.12	32.93	5.188	< .001	.086
Rt	.430	199	27.22	26.71	.509	.668	.001
So	1.395	199	56.67	52.37	4.293	.165	.010
Ip	.955	199	36.08	34.34	1.735	.341	.005
Cu	-1.232	199	27.79	30.05	-2.256	.220	.008
Re	3.602	199	43.87	36.72	7.155	< .001	.061
Ae	2.390	199	39.75	36.21	3.543	.018	.028
Po	-3.627	199	66.62	73.99	-7.372	< .001	.062
Ap	.816	199	76.18	73.43	2.742	.416	.003
Dr	-.933	199	80.84	82.73	-1.884	.352	.004
Fi	-4.155	199	60.39	73.82	-13.426	< .001	.080

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

En función del nivel de calidad de vida en el componente mental, 105 sujetos (52.24 %) obtienen puntuaciones elevadas en dicho componente mientras que 96 (47.76 %) obtienen puntuaciones bajas.

Como se observa en la Tabla 202, los datos arrojan una diferencia de medias significativas en la estrategia “falta de afrontamiento”, con una media mayor en niveles mentales de calidad de vida bajos, en comparación con niveles elevados ($t = 4.069$, $p < .001$). Con respecto a la estrategia “reservarlo para sí” se observa una mayor media en niveles inferiores de calidad de vida mental con respecto a altas puntuaciones ($t = 3.488$, $p = .001$). Lo mismo ocurre con la estrategia “buscar apoyo espiritual”, con una media mayor en puntuaciones bajas de calidad de vida mental en contraste con puntuaciones elevadas ($t = 2.405$, $p = .017$). En la misma línea, la estrategia “fijarse en lo positivo”, tiene medias mayores cuando se habla de sujetos con puntuaciones altas en calidad de vida mental, con respecto a puntuaciones bajas ($t = -3.224$, $p = .001$). Por último, y en contraposición, en la estrategia “distracciones físicas” se produce una mayor media en valores elevados de calidad de vida mental con respecto a niveles bajos ($t = -3.959$, $p < .001$).

Tabla 202. Diferencias de medias en las diferentes estrategias de afrontamiento en función del componente mental de la calidad de vida.

Estrategias afrontamiento	t	gl	Media baja calidad vida	Media alta calidad vida	Diferencia de medias	p	Eta parcial al cuadrado
As	-.123	199	74.55	74.83	-.281	.902	.000
Rp	-.566	199	75.89	76.92	-1.031	.572	.002
Es	-1.397	199	73.07	75.79	-2.725	.164	.010
Pr	.584	199	72.15	70.71	1.444	.560	.002
Ai	-.172	199	67.89	68.33	-.448	.863	.000
Pe	-1.644	199	69.41	72.04	-2.632	.102	.013
Hi	-.305	199	56.53	56.92	-.383	.761	.000
Na	4.069	199	37.90	33.00	4.905	< .001	.077
Rt	.752	199	27.39	26.50	.890	.453	.003
So	1.177	199	56.29	52.66	3.629	.241	.007
Ip	.948	199	36.05	34.32	1.725	.344	.004
Cu	-1.306	199	27.76	30.16	-2.394	.193	.009
Re	3.488	199	43.67	36.72	6.948	.001	.058
Ae	2.405	199	39.71	36.15	3.568	.017	.028
Po	-3.224	199	67.10	73.70	-6.603	.001	.050
Ap	.552	199	75.71	73.85	1.860	.581	.002
Dr	-.453	199	81.33	82.25	-.917	.651	.001
Fi	-3.959	199	60.87	73.72	-12.852	< .001	.073

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

3.4. Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y la variable edad.

Como se muestra en la tabla 203, correlacionan de forma significativa con la edad, las estrategias “esforzarse y tener éxito”, “acción social”, “buscar apoyo espiritual” y “buscar diversiones relajantes”.

Tabla 203. Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y la variable edad.

Estrategias afrontamiento	N	Correlación de Pearson	p	Eta parcial al cuadrado
As	201	-.074	.295	.029
Rp	201	.089	.210	.141
Es	201	-.405	< .001	.240
Pr	201	.058	.412	.124
Ai	201	-.047	.506	.059
Pe	201	-.072	.310	.134
Hi	201	-.048	.497	.276
Na	201	-.017	.813	.162
Rt	201	.107	.129	.218
So	201	-.252	< .001	.113
Ip	201	-.094	.186	.111
Cu	201	.024	.738	.042
Re	201	.067	.344	.173
Ae	201	-.354	< .001	.258
Po	201	.079	.265	.158
Ap	201	-.078	.270	.074
Dr	201	-.189	.007	.136
Fi	201	.105	.140	.293

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

Los modelos de regresión generados entre la variable edad y las estrategias de afrontamiento significativas, establece una relación inversa entre la edad y las estrategias de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” ($t = -6.250$, $p < .001$), “acción social” ($t = -3.676$, $p < .001$), “buscar apoyo espiritual” ($t = -5.339$, $p < .001$) y “buscar diversiones relajantes” ($t = -2.717$, $p = .007$) como se observa en la Tabla 204.

Tabla 204. Modelo de regresión entre edad y las diferentes estrategias de afrontamiento.

Estrategias	R	R ²	Coefficiente	t	Significación
Es	.405	.164	-3.250	-6.250	< .001
So	.252	.064	-3.195	-3.676	< .001
Ae	.354	.125	-2.181	-5.339	< .001
Dr	.189	.036	-1.568	-2.717	.007

Es: Esforzarse y tener éxito; So: Acción social; Ae: Buscar apoyo espiritual y Dr: Buscar diversiones relajantes.

3.5. Análisis de la comparación de medias de estrategias de afrontamiento en función del sexo.

En función del sexo, la muestra se compone de 119 mujeres (59.20 %) y 82 hombres (40.80 %).

Como se observa en la Tabla 205, los datos indican que la media en mujeres con respecto a los hombres es mayor en las estrategias de afrontamiento “buscar apoyo social” ($t = -4.059$, $p < .001$), “concentrarse en resolver el problema” ($t = -5.046$, $p < .001$), “esforzarse y tener éxito” ($t = -1.986$, $p = .048$), “preocuparse” ($t = -4.205$, $p < .001$), “reducción de la tensión” ($t = -2.342$, $p = .020$), “acción social” ($t = -3.283$, $p = .001$), “reservarlo para sí” ($t = -7.330$, $p < .001$), “buscar apoyo espiritual” ($t = -5.356$, $p < .001$), “buscar apoyo profesional” ($t = -4.800$, $p < .001$) y “buscar diversiones relajantes” ($t = -4.075$, $p < .001$). La media en hombres con respecto a mujeres es mayor en las estrategias de afrontamiento “buscar pertenencia” ($t = 5.843$, $p < .001$), “hacerse ilusiones” ($t = 6.302$, $p < .001$), “ignorar el problema” ($t = 6.144$, $p < .001$), “fijarse en lo positivo” ($t = 2.143$, $p = .033$) y “distracciones físicas” ($t = 8.437$, $p < .001$).

Tabla 205. Diferencias de medias en las diferentes estrategias de afrontamiento en función del sexo.

Estrategias afrontamiento	t	gl	Media hombres	Media mujeres	Diferencia de medias	p	Eta parcial al cuadrado
As	-4.059	199	69.32	78.39	-9.069	< .001	.076
Rp	-5.046	199	71.17	79.97	-8.796	< .001	.113
Es	-1.986	199	72.05	75.97	-3.918	.048	.019
Pr	-4.205	199	65.46	75.60	-10.133	< .001	.082
Ai	-1.859	199	65.22	70.08	-4.865	.064	.017
Pe	5.843	199	75.90	67.06	8.844	< .001	.146
Hi	6.302	199	61.07	53.71	7.359	< .001	.166
Na	-1.959	199	34.10	36.57	-2.474	.052	.019
Rt	-2.342	199	25.32	28.10	-2.784	.020	.027
So	-3.283	199	48.60	58.66	-10.058	.001	.051
Ip	6.144	199	41.40	30.97	10.436	< .001	.159
Cu	.383	199	29.33	28.61	.716	.702	.001
Re	-7.330	199	32.32	45.88	-13.565	< .001	.213
Ae	-5.356	199	33.48	41.13	-7.659	< .001	.126
Po	2.143	199	72.93	68.40	4.523	.033	.023
Ap	-4.800	199	65.61	81.18	-15.567	< .001	.104
Dr	-4.075	199	77.00	85.06	-8.059	< .001	.077
Fi	8.437	199	81.70	56.88	24.813	< .001	.263

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

3.6. Análisis de covarianza entre sexo y edad con respecto a las estrategias de afrontamiento.

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” y la edad ($F = 8.080$, $p < .001$), el sexo ($F = 29.292$, $p < .001$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 7.520$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 206.

Tabla 206. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	13057.840a	11	5.728	< .001	.250
Intersección	34746.188	1	167.649	< .001	.951
Edad	8373.231	5	8.080	< .001	.052
Sexo	6070.883	1	29.292	< .001	.134
Edad*Sexo	7793.245	5	7.520	< .001	.166
Error	39171.414	189			
Total	1173424.000	201			
Total corregido	52229.254	200			

a. R al cuadrado = .250 (R al cuadrado ajustada = .206)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema” y la edad ($F = 6.603$, $p < .001$), el sexo ($F = 61.656$, $p < .001$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 7.469$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 207.

Tabla 207. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “concentrarse en resolver el problema”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	12587.614a	11	10.540	< .001	.380
Intersección	35291.798	1	325.062	< .001	.975
Edad	3584.595	5	6.603	< .001	.144
Sexo	6693.913	1	61.656	< .001	.246
Edad*Sexo	4054.791	5	7.469	< .001	.165
Error	20519.650	189			
Total	1205664.000	201			
Total corregido	33107.264	200			

a. R al cuadrado = .380 (R al cuadrado ajustada = .344)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” y la edad ($F = 19.337$, $p < .001$), el sexo ($F = 56.621$, $p < .001$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 11.748$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 208.

Tabla 208. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “esforzarse y tener éxito”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	17981.628a	11	15.172	< .001	.469
Intersección	29984.928	1	278.305	< .001	.971
Edad	10416.855	5	19.337	< .001	.390
Sexo	6100.468	1	56.621	< .001	.231
Edad*Sexo	6328.818	5	11.748	< .001	.237
Error	20363.129	189			
Total	1150000.000	201			
Total corregido	38344.756	200			

a. R al cuadrado = .469 (R al cuadrado ajustada = .438)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “preocuparse” y la edad ($F = 5.424$, $p < .001$), el sexo ($F = 23.889$, $p < .001$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 5.514$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 209.

Tabla 209. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “preocuparse”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	16795.990a	11	6.517	< .001	.275
Intersección	31396.755	1	134.005	< .001	.939
Edad	6354.349	5	5.424	< .001	.039
Sexo	5597.088	1	23.889	< .001	.112
Edad*Sexo	6459.018	5	5.514	< .001	.127
Error	44281.980	189			
Total	1087568.000	201			
Total corregido	61077.970	200			

a. R al cuadrado = .275 (R al cuadrado ajustada = .233)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos” y la edad ($F = 4.972$, $p < .001$), el sexo ($F = 11.010$, $p = .001$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 4.979$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 210.

Tabla 210. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	13664.796a	11	4.379	< .001	.203
Intersección	35094.987	1	123.719	< .001	.924
Edad	7051.475	5	4.972	< .001	.138
Sexo	3123.250	1	11.010	.001	.055
Edad*Sexo	7062.506	5	4.979	< .001	.116
Error	53613.213	189			
Total	999424.000	201			
Total corregido	67278.010	200			

a. R al cuadrado = .203 (R al cuadrado ajustada = .157)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia” y el sexo ($F = 13.786$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 211.

Tabla 211. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “buscar pertenencia”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	6847.589a	11	6.165	< .001	.264
Intersección	77531.958	1	767.881	< .001	.974
Edad	812.868	5	1.610	.159	.099
Sexo	1391.949	1	13.786	< .001	.068
Edad*Sexo	636.976	5	1.262	.282	.032
Error	19083.078	189			
Total	1029680.000	201			
Total corregido	25930.667	200			

a. R al cuadrado = .264 (R al cuadrado ajustada = .221)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones” y la edad ($F = 16.698$, $p < .001$), el sexo ($F = 48.271$, $p < .001$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 12.708$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 212.

Tabla 212. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “hacerse ilusiones”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	8483.016a	11	19.918	< .001	.537
Intersección	55772.862	1	1440.466	< .001	.984
Edad	3232.684	5	16.698	< .001	.366
Sexo	1868.980	1	48.271	< .001	.203
Edad*Sexo	2460.274	5	12.708	< .001	.252
Error	7317.820	189			
Total	662368.000	201			
Total corregido	15800.836	200			

a. R al cuadrado = .537 (R al cuadrado ajustada = .510)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento” y la edad ($F = 2.269$, $p = .049$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 3.307$, $p = .007$) como se muestra en la Tabla 213.

Tabla 213. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “falta de afrontamiento”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	3626.266a	11	5.158	< .001	.231
Intersección	13070.470	1	204.510	< .001	.932
Edad	725.001	5	2.269	.049	.195
Sexo	38.055	1	0.595	.441	.003
Edad*Sexo	1056.646	5	3.307	.007	.080
Error	12079.207	189			
Total	269904.000	201			
Total corregido	15705.473	200			

a. R al cuadrado = .231 (R al cuadrado ajustada = .186)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión” y la edad ($F = 3.654$, $p = .004$), el sexo ($F = 5.735$, $p = .018$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 4.840$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 214.

Tabla 214. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “reducción de la tensión”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	4319.544a	11	7.647	< .001	.308
Intersección	5632.317	1	109.684	< .001	.907
Edad	938.122	5	3.654	.004	.148
Sexo	294.480	1	5.735	.018	.029
Edad*Sexo	1242.599	5	4.840	< .001	.114
Error	9705.212	189			
Total	160176.000	201			
Total corregido	14024.756	200			

a. R al cuadrado = .308 (R al cuadrado ajustada = .268)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “acción social” y la edad ($F = 10.841$, $p < .001$), el sexo ($F = 22.299$, $p < .001$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 8.689$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 215.

Tabla 215. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “acción social”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	30957.170a	11	8.227	< .001	.324
Intersección	10737.443	1	31.389	< .001	.854
Edad	18543.123	5	10.841	< .001	.190
Sexo	7627.838	1	22.299	< .001	.106
Edad*Sexo	14862.163	5	8.689	< .001	.187
Error	64652.532	189			
Total	693775.000	201			
Total corregido	95609.701	200			

a. R al cuadrado = .324 (R al cuadrado ajustada = .284)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema” y la edad ($F = 12.310$, $p < .001$), el sexo ($F = 78.274$, $p < .001$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 11.495$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 216.

Tabla 216. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “ignorar el problema”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	14676.383a	11	13.639	< .001	.443
Intersección	41065.933	1	419.798	< .001	.908
Edad	6020.787	5	12.310	< .001	.234
Sexo	7656.959	1	78.274	< .001	.293
Edad*Sexo	5622.582	5	11.495	< .001	.233
Error	18488.542	189			
Total	282550.000	201			
Total corregido	33164.925	200			

a. R al cuadrado = .443 (R al cuadrado ajustada = .410)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “autoinculparse” y la edad ($F = 3.601$, $p = .004$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 5.160$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 217.

Tabla 217. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “autoinculparse”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	5436.961a	11	3.293	< .001	.161
Intersección	8042.631	1	53.576	< .001	.784
Edad	2702.761	5	3.601	.004	.021
Sexo	26.876	1	0.179	.673	.001
Edad*Sexo	3873.140	5	5.160	< .001	.120
Error	28372.243	189			
Total	201750.000	201			
Total corregido	33809.204	200			

a. R al cuadrado = .161 (R al cuadrado ajustada = .112)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí” y la edad ($F = 7.393$, $p < .001$), el sexo ($F = 16.630$, $p < .001$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 7.781$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 218.

Tabla 218. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “reservarlo para sí”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	18082.653a	11	12.976	< .001	.430
Intersección	10060.117	1	79.412	< .001	.906
Edad	4682.861	5	7.393	< .001	.069
Sexo	2106.756	1	16.630	< .001	.081
Edad*Sexo	4928.681	5	7.781	< .001	.171
Error	23942.969	189			
Total	369250.000	201			
Total corregido	42025.622	200			

a. R al cuadrado = .430 (R al cuadrado ajustada = .397)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual” y la edad ($F = 2.522$, $p = .031$), el sexo ($F = 32.553$, $p < .001$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 3.675$, $p = .003$) como se muestra en la Tabla 219.

Tabla 219. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo espiritual”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	10106.344a	11	13.894	< .001	.447
Intersección	6842.838	1	103.483	< .001	.934
Edad	833.789	5	2.522	.031	.293
Sexo	2152.584	1	32.553	< .001	.147
Edad*Sexo	1214.913	5	3.675	.003	.089
Error	12497.636	189			
Total	313000.000	201			
Total corregido	22603.980	200			

a. R al cuadrado = .447 (R al cuadrado ajustada = .415)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo” y la edad ($F = 12.695$, $p < .001$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 14.787$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 220.

Tabla 220. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “fijarse en lo positivo”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	17503.725a	11	11.334	< .001	.397
Intersección	62072.376	1	442.140	< .001	.964
Edad	8911.393	5	12.695	< .001	.265
Sexo	10.378	1	0.074	.786	.001
Edad*Sexo	10379.710	5	14.787	< .001	.281
Error	26533.837	189			
Total	1035950.000	201			
Total corregido	44037.562	200			

a. R al cuadrado = .397 (R al cuadrado ajustada = .362)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional” y la edad ($F = 12.208$, $p < .001$), el sexo ($F = 37.479$, $p < .001$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 10.079$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 221.

Tabla 221. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “buscar apoyo profesional”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	37555.959a	11	8.511	< .001	.331
Intersección	20837.042	1	51.946	< .001	.907
Edad	24485.483	5	12.208	< .001	.091
Sexo	15033.819	1	37.479	< .001	.165
Edad*Sexo	20215.291	5	10.079	< .001	.211
Error	75812.946	189			
Total	1238750.000	201			
Total corregido	113368.905	200			

a. R al cuadrado = .331 (R al cuadrado ajustada = .292)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes” y la edad ($F = 6.565$, $p < .001$), el sexo ($F = 47.436$, $p < .001$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 4.846$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 222.

Tabla 222. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “buscar diversiones relajantes”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	13804.929a	11	8.739	< .001	.337
Intersección	40678.039	1	283.272	< .001	.970
Edad	4713.928	5	6.565	< .001	.230
Sexo	6811.810	1	47.436	< .001	.201
Edad*Sexo	3479.588	5	4.846	< .001	.114
Error	27140.544	189			
Total	1384936.000	201			
Total corregido	40945.473	200			

a. R al cuadrado = .337 (R al cuadrado ajustada = .299)

Los datos arrojaron una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas” y la edad ($F = 18.301$, $p < .001$), el sexo ($F = 50.131$, $p < .001$) y la interacción entre edad y sexo ($F = 13.566$, $p < .001$) como se muestra en la Tabla 223.

Tabla 223. ANCOVA entre edad y sexo sobre la estrategia de afrontamiento “distracciones físicas”

Variables	Tipo III suma de cuadrado	gl	F	p	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	69283.535a	11	26.956	< .001	.611
Intersección	110682.756	1	473.695	< .001	.937
Edad	21380.729	5	18.301	< .001	.381
Sexo	11713.514	1	50.131	< .001	.210
Edad*Sexo	15849.315	5	13.566	< .001	.264
Error	44161.460	189			
Total	1015868.000	201			
Total corregido	113444.995	200			

a. R al cuadrado = .611 (R al cuadrado ajustada = .588)

3.7. Análisis de las diferencias en estrategias de afrontamiento en función del tipo de intervención.

En función del tipo de intervención, durante el proceso de tratamiento 71 sujetos (78.89 %) se someten a quimioterapia y radioterapia, mientras que 19 (21.11 %) se someten a quimioterapia, radioterapia, trasplante y cirugía.

Como se observa en la Tabla 224, los datos indican que la media de las estrategias de afrontamiento “buscar apoyo social” ($t = -6.472$, $p < .001$), “concentrarse en resolver el problema” ($t = -4.944$, $p < .001$), “esforzarse y tener éxito” ($t = -4.829$, $p < .001$), “preocuparse” ($t = -2.141$, $p = .035$), “invertir en amigos íntimos” ($t = -5.621$, $p < .001$), “acción social” ($t = -5.327$, $p < .001$), “fijarse en lo positivo” ($t = -3.259$, $p = .002$), “buscar apoyo profesional” ($t = -3.847$, $p < .001$) y “buscar diversiones relajantes” ($t = -5.321$, $p < .001$) es mayor en el grupo de pacientes durante el periodo de tratamiento cuya opción terapéutica incluye quimioterapia, radioterapia, trasplante y cirugía con respecto al que incluye quimioterapia y radioterapia. La media de las estrategias de afrontamiento “hacerse ilusiones” ($t = 2.737$, $p = .007$), “falta de afrontamiento” ($t = 3.520$, $p = .001$), “reducción de la tensión” ($t = 1.671$, $p = .035$), “ignorar el problema” ($t = 3.296$, $p = .001$), “autoinculparse” ($t = 3.851$, $p < .001$) y “reservarlo para sí” ($t = 2.392$, $p = .019$) es mayor en los pacientes durante el periodo de tratamiento cuya opción terapéutica incluye quimioterapia y radioterapia con respecto al que incluye quimioterapia, radioterapia, trasplante y cirugía.

Tabla 224. Diferencias de medias en las diferentes estrategias de afrontamiento en función del tipo de intervención durante el periodo de tratamiento.

Estrategias afrontamiento	t	gl	Media tratamiento 1	Media tratamiento 2	Diferencia de medias	p	Eta parcial al cuadrado
As	-6.472	88	70.48	91.79	-21.311	< .001	.323
Rp	-4.944	88	73.41	88.00	-14.592	< .001	.217
Es	-4.829	88	69.86	86.53	-16.667	< .001	.209
Pr	-2.141	88	72.45	81.26	-8.812	.035	.049
Ai	-5.621	88	63.38	85.26	-21.883	< .001	.264
Pe	-.834	88	71.55	74.11	-2.556	.406	.008
Hi	2.737	88	58.93	52.63	6.298	.007	.078
Na	3.520	88	37.80	30.11	7.698	.001	.123
Rt	1.671	88	29.01	25.05	3.961	.035	.031
So	-5.327	88	49.44	74.74	-25.300	< .001	.244
Ip	3.296	88	39.72	29.47	10.245	.001	.110
Cu	3.851	88	34.65	21.32	13.332	< .001	.144
Re	2.392	88	42.61	33.42	9.185	.019	.061
Ae	-.613	88	37.54	39.21	-1.675	.542	.004
Po	-3.259	88	67.18	78.68	-11.501	.002	.108
Ap	-3.847	88	72.54	92.37	-19.833	< .001	.144
Dr	-5.321	88	78.87	95.42	-16.548	< .001	.243
Fi	1.931	88	71.18	59.68	11.499	.057	.041

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

Tratamiento 1: quimioterapia y radioterapia; Tratamiento 2: quimioterapia, radioterapia, trasplante y cirugía.

En función del tipo de tratamiento, durante el proceso de seguimiento 85 sujetos (76.58 %) se someten a quimioterapia y radioterapia, mientras que 26 (23.42 %) se someten a quimioterapia, radioterapia, trasplante y cirugía.

Como se observa en la Tabla 225, los datos indican que la media en las estrategias de afrontamiento “buscar apoyo social” ($t = -7.528$, $p < .001$), “concentrarse en resolver el problema” ($t = -5.556$, $p < .001$), “esforzarse y tener éxito” ($t = -5.405$, $p < .001$), “preocuparse” ($t = -3.675$, $p < .001$), “invertir en amigos íntimos” ($t = -6.953$, $p < .001$), “acción social” ($t = -7.035$, $p < .001$), “fijarse en lo positivo” ($t = -4.088$, $p < .001$), “buscar apoyo profesional” ($t = -4.858$, $p < .001$).

.001) y “buscar diversiones relajantes” ($t = -7.009$, $p < .001$) es mayor en el periodo de seguimiento en aquellos pacientes en los que el tratamiento incluye quimioterapia, radioterapia, trasplante y cirugía con respecto al que incluye quimioterapia y radioterapia. La media en las estrategias de afrontamiento “hacerse ilusiones” ($t = 3.512$, $p = .001$), “falta de afrontamiento” ($t = 4.948$, $p < .001$), “ignorar el problema” ($t = 3.844$, $p < .001$), “autoinculparse” ($t = 3.210$, $p = .002$), “reservarlo para sí” ($t = 2.167$, $p = .032$) y “distracciones físicas” ($t = 2.430$, $p = .017$) es mayor durante el periodo de seguimiento en aquellos pacientes cuyo tratamiento se basa en quimioterapia y radioterapia con respecto al que incluye quimioterapia, radioterapia, trasplante y cirugía.

Tabla 225. Diferencias de medias en las diferentes estrategias de afrontamiento en función del tipo de intervención durante el periodo de seguimiento.

Estrategias afrontamiento	t	gl	Media tratamiento 1	Media tratamiento 2	Diferencia de medias	p	Eta parcial al cuadrado
As	-7.528	109	69.04	92.15	-23.119	< .001	.342
Rp	-5.556	109	72.94	87.23	-14.290	< .001	.221
Es	-5.405	109	71.91	85.85	-13.940	< .001	.211
Pr	-3.675	109	65.84	80.00	-14.165	< .001	.110
Ai	-6.953	109	62.35	87.23	-24.878	< .001	.307
Pe	-1.415	109	68.71	72.15	-3.448	.160	.018
Hi	3.512	109	57.51	51.08	6.429	.001	.102
Na	4.948	109	37.13	28.31	8.822	< .001	.183
Rt	1.188	109	26.45	24.46	1.986	.237	.013
So	-7.035	109	47.41	77.12	-29.704	< .001	.312
Ip	3.844	109	35.76	25.38	10.380	< .001	.119
Cu	3.210	109	28.35	20.58	7.776	.002	.086
Re	2.167	109	41.65	35.00	6.647	.032	.041
Ae	-.711	109	37.71	39.42	-1.717	.478	.005
Po	-4.088	109	67.71	80.77	-13.063	< .001	.133
Ap	-4.858	109	67.35	92.69	-25.339	< .001	.178
Dr	-7.009	109	76.75	96.12	-19.362	< .001	.311
Fi	2.430	109	68.60	55.73	12.869	.017	.051

As: Buscar apoyo social; Rp: Concentrarse en resolver el problema; Es: Esforzarse y tener éxito; Pr: Preocuparse; Ai: Invertir en amigos íntimos; Pe: Buscar pertenencia; Hi: Hacerse ilusiones; Na: Falta de afrontamiento; Rt: Reducción de la tensión; So: Acción social; Ip: Ignorar el problema; Cu: Autoinculparse; Re: Reservarlo para sí; Ae: Buscar apoyo espiritual; Po: Fijarse en lo positivo; Ap: Buscar apoyo profesional; Dr: Buscar diversiones relajantes y Fi: Distracciones físicas.

Tratamiento 1: quimioterapia y radioterapia; Tratamiento: quimioterapia, radioterapia, trasplante y cirugía.

4. Discusión.

La presencia de la enfermedad oncológica en adolescentes plantea diferentes desafíos que no sólo se centran en el aspecto fisiológico. Este periodo, que se caracteriza por la exploración de la identidad, el desarrollo emocional y la búsqueda de autonomía, se ve afectado cuando la enfermedad se convierte en una característica persistente. La importancia de abordar la oncología en adolescentes no sólo radica en la carga física de la enfermedad, sino también en su impacto en la salud mental, el bienestar emocional y el proceso de desarrollo en esta etapa tan relevante.

La alta incidencia de la enfermedad oncológica en adolescentes plantea interrogantes fundamentales sobre la manera en que estos jóvenes enfrentan la incertidumbre, la mortalidad y las transformaciones físicas vinculadas al tratamiento. La capacidad de adaptación de los adolescentes a estas circunstancias, no sólo desde una perspectiva médica sino también desde una psicosocial, se convierte en un área de investigación esencial.

En este contexto, se hace imprescindible lograr una comprensión integral de las complejidades de enfermedad oncológica en la adolescencia. Identificar los factores que influyen en el ajuste a esta realidad, así como explorar las estrategias de afrontamiento empleadas por estos jóvenes, no sólo contribuye al conocimiento científico, sino que también sienta las bases esenciales para diseñar intervenciones y apoyos específicos que aborden las necesidades particulares de esta población.

El objetivo fundamental de este trabajo ha sido evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes, en edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, frente a la enfermedad oncológica. Se busca comprender cómo estas estrategias influyen en el proceso de adaptación a lo largo de las diversas fases de esta enfermedad. Más que descifrar las estrategias utilizadas para confrontar este desafío, este trabajo ha buscado explorar cómo estas estrategias

repercuten en la capacidad de adaptación a lo largo del proceso de la enfermedad.

Este propósito se ha abordado desde la diversidad de estrategias de afrontamiento empleadas por los adolescentes hasta las complejidades de cómo estas estrategias se entrelazan con problemas psicológicos, ya sean internalizados o externalizados. Además, se ha explorado la influencia crítica de la calidad de vida, tanto en el ámbito mental como físico, en la selección y eficacia de las estrategias de afrontamiento adoptadas por esta población. Este enfoque integrado no sólo ha proporcionado una visión más profunda de las experiencias de los adolescentes frente a la enfermedad oncológica, sino que también abre la puerta a reflexiones significativas sobre la interconexión entre estrategias de afrontamiento, problemas psicológicos y calidad de vida en este contexto particular.

4.1. Hipótesis 1: El empleo de las diferentes estrategias de afrontamiento variará a lo largo del proceso de enfermedad.

La evidencia proporcionada por los resultados refuerza la validez de la hipótesis inicial, que postula que las estrategias de afrontamiento experimentarán variaciones a lo largo del proceso de enfermedad. Estos hallazgos, derivados de un análisis de las estrategias empleadas por los adolescentes en diferentes fases de su enfermedad oncológica, ofrecen una perspectiva esclarecedora sobre las dinámicas de afrontamiento durante estas etapas cruciales.

En congruencia con Lie et al. (2018), se observa una variabilidad significativa en las estrategias de afrontamiento, como "preocuparse", "ignorar el problema" y "autoinculparse", durante diferentes periodos de tratamiento. La intensificación de la estrategia "preocuparse" durante la fase activa del tratamiento sugiere una respuesta natural ante la incertidumbre y el estrés asociados con las intervenciones médicas y los efectos secundarios. Esta

observación respalda la noción de que la gestión de la incertidumbre es una dimensión crítica en el afrontamiento de los adolescentes con cáncer.

Por otro lado, este estudio no respaldaría los resultados de García-García y Lucio (2016), debido a que estos establecen que no habría diferencias significativas en la utilización de estrategias de afrontamiento en función del periodo de enfermedad.

Por un lado, la significativa diferencia de medias observada en la estrategia "preocuparse" entre el periodo de tratamiento y el de seguimiento sugiere que, durante el periodo de tratamiento, los adolescentes recurren con mayor intensidad a esta estrategia particular.

De manera análoga, la identificación de una media más elevada en la estrategia "ignorar el problema" durante el tratamiento, en comparación con el periodo de seguimiento, señala una posible inclinación hacia la evitación o negación durante las fases más intensivas del tratamiento. Esta estrategia podría funcionar como un mecanismo de afrontamiento mediante el cual los adolescentes gestionan la carga emocional vinculada a los procedimientos médicos y las implicaciones de la enfermedad, respondiendo en la misma dirección de los estudios de Turner-Sack et al. (2012), Zebrack y Chesler (2002) y Belpane et al. (2021), donde se establece que las estrategias de afrontamiento dirigidas a la evitación eran más características en pacientes en proceso de enfermedad que en los de seguimiento, debido al aprendizaje durante el proceso de enfermedad y al crecimiento personal.

Además, en congruencia con Rosenberg et al. (2014), se destaca que, durante el periodo de enfermedad, los adolescentes adquieren habilidades cruciales que les permiten enfrentar la experiencia del cáncer de manera más efectiva y contribuyen a mejorar sus resultados psicosociales a largo plazo. En línea con esta perspectiva, Gibson et al. (2016) subrayan la importancia de que los jóvenes se esfuercen por recuperar el estado en el que se encontraban antes de la enfermedad. Este esfuerzo por alcanzar una normalidad previa no sólo se

convierte en un objetivo tangible, sino que también puede desempeñar un papel crucial en el ajuste psicológico de los adolescentes afectados por el cáncer.

Adicionalmente, se observa una media significativamente mayor en la estrategia "autoinculparse" durante el tratamiento, en contraste con el periodo de seguimiento. Esto podría estar relacionado con la naturaleza desafiante del proceso de enfermedad y la posible internalización de la responsabilidad por la dolencia, en contraposición con los estudios de Turner-Sack et al. (2012), que promueven estrategias centradas en la aceptación y resolución del problema durante este periodo, y que, por tanto, la observación de una mayor prevalencia de la estrategia "autoinculparse" durante el tratamiento presenta una discrepancia. Esto indica una complejidad en las respuestas emocionales de los adolescentes, mostrando que la autocolpa puede ser más prevalente durante las fases intensivas del tratamiento.

En resumen, tal y como indica Shin et al. (2020), estos resultados respaldan la noción de que las estrategias de afrontamiento varían según el periodo de enfermedad, subrayando la importancia de abordar de manera diferenciada las necesidades emocionales y psicológicas de los adolescentes en diferentes etapas de su experiencia con la enfermedad oncológica. Estos hallazgos tienen el potencial de orientar el diseño de intervenciones más personalizadas y efectivas, adaptadas a las cambiantes demandas a lo largo del curso de la enfermedad.

4.2. Hipótesis 2: Determinadas formas de afrontamiento serán empleadas en mayor medida entre los adolescentes oncológicos según presenten problemas psicológicos interiorizados o exteriorizados.

Los resultados obtenidos en este estudio respaldan de manera significativa la hipótesis central que postula la relación entre las estrategias de afrontamiento durante el proceso de enfermedad y la manifestación de problemas de salud mental.

Los hallazgos de este estudio corroboran la noción defendida por autores como Cheng et al. (2014), quienes sostienen que el empleo de estrategias de afrontamiento efectivas no sólo regula las emociones, sino que también facilita la identificación de soluciones adecuadas, promoviendo un ajuste psicológico más saludable y una mayor resiliencia. Así mismo, la investigación corrobora la perspectiva de McMahon et al. (2013), enfatizando la importancia de estrategias de afrontamiento bien direccionadas en la gestión de la salud mental.

En el marco específico de la adolescencia, los resultados revelan que los individuos recurren a una diversidad de recursos tanto externos como internos para afrontar la enfermedad, respaldando así la idea de Cadena Villa et al. (2014).

En resumen, los resultados derivados de este estudio corroboran la hipótesis formulada, proporcionando una contribución al entendimiento de cómo las estrategias de afrontamiento en el proceso de enfermedad influyen directamente en la salud mental de los individuos, especialmente durante la etapa crucial de la adolescencia.

4.2.1. Problemas interiorizados.

Es posible diferenciar patrones importantes en la aplicación de estrategias de afrontamiento en relación con los problemas interiorizados dentro de los que se pueden destacar la magnitud de la sintomatología relacionada con depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, sintomatología postraumática y obsesión-compulsión.

Depresión

A medida que se intensifica el nivel de depresión, se observa un aumento en el empleo de estrategias específicas de afrontamiento. Las estrategias "buscar apoyo social", "preocuparse", "falta de afrontamiento", "ignorar el problema" y "reservarlo para sí" se vuelven más prominentes, revelando una

tendencia a recurrir a mecanismos de interacción social y evasión activa ante las dificultades emocionales. Paralelamente, se aprecia una disminución en la aplicación de la estrategia "distracciones físicas". En contraste, cuando el nivel de depresión disminuye, se evidencia una disminución en el uso de estrategias como "invertir en amigos íntimos", "acción social", "buscar apoyo espiritual" y "buscar apoyo profesional". En cambio, la estrategia "fijarse en lo positivo" se vuelve más prevalente, sugiriendo un cambio hacia enfoques más positivos y optimistas como respuesta a niveles más bajos de depresión.

Este patrón, subraya la adaptabilidad de los individuos ante las dificultades emocionales. A medida que la depresión intensifica su impacto, se observa un aumento en estrategias orientadas hacia el ámbito social y la evitación activa de los problemas, revelando la búsqueda de apoyo externo y la tendencia a reservar las emociones para sí mismos. Este hallazgo sugiere la importancia de comprender cómo las personas se apoyan en relaciones sociales y en mecanismos de evasión durante fases más críticas de su bienestar emocional. Por otro lado, en niveles más bajos de depresión, se indica una menor dependencia de recursos externos y un cambio hacia estrategias más internas o individualistas. Sugiere una transición hacia enfoques más optimistas y constructivos, destacando la importancia de promover la resiliencia emocional y la búsqueda de aspectos positivos incluso en contextos emocionales menos desafiantes.

En consecuencia, y desde el punto de vista clínico, se debería potenciar la utilización de recursos más internos en pacientes con niveles más elevados de depresión, además de intentar eludir estrategias de evitación para así conseguir que tengan una percepción interna de su enfermedad y de esa manera intensificar el sentimiento de integración y utilidad dentro del proceso de la misma. Por otro lado, en pacientes con niveles bajos en depresión, es relevante potenciar aspectos de sociabilidad, y apoyar la búsqueda de ayuda externa en el caso de que sea necesario para poder optimizar su identidad individual durante estos procedimientos.

En el contexto de los adolescentes con cáncer, la falta de exploración de sus experiencias emocionales asociadas con el ánimo deprimido destaca la importancia de comprender y abordar sus necesidades psicológicas. Reed-Berendt et al. (2019) subrayan que estos jóvenes buscan apoyo y validación, buscando normalizar las emociones negativas relacionadas con el cáncer. Este enfoque se alinea con la idea de que el apoyo social y la validación emocional son elementos cruciales para el bienestar psicológico, respaldando teorías sociocognitivas.

Ansiedad

Conforme aumenta la magnitud de la sintomatología ansiosa, se observa una mayor prevalencia en el uso de estrategias desadaptativas que reflejan un enfoque externo hacia la gestión del malestar emocional. Estrategias como "hacerse ilusiones", "falta de afrontamiento", "reducción de la tensión", "autoinculparse" y "reservarlo para sí" se vuelven más prominentes, indicando una propensión hacia la evasión de problemas, la internalización de la responsabilidad y el desarrollo de mecanismos externos para aliviar la tensión emocional en situaciones de mayor ansiedad. En contraste, se observa una disminución en la aplicación de estrategias como "buscar apoyo social", "concentrarse en resolver el problema", "invertir en amigos íntimos" y "acción social" en estos niveles más altos de ansiedad, sugiriendo una retracción de la interacción social y una menor orientación hacia la resolución activa de problemas. Por otro lado, cuando la ansiedad disminuye, se evidencia una reducción en el uso de estrategias como "preocuparse", "ignorar el problema" y "buscar apoyo profesional", indicando un cambio hacia enfoques menos preocupados y más activos. En estas circunstancias, estrategias como "esforzarse y tener éxito", "fijarse en lo positivo" y "buscar diversiones relajantes" se vuelven más prominentes, reflejando una mayor capacidad percibida para enfrentar la ansiedad con acciones positivas, optimismo y distracciones relajantes.

Por tanto, en situaciones de mayor ansiedad se subraya la tendencia hacia mecanismos de evasión y responsabilidad externa en respuesta a la intensificación del malestar emocional. Este hallazgo puede implementar programas de intervención que se centren en el desarrollo de habilidades de afrontamiento específicas, abordando la importancia de enfrentar activamente los problemas y reducir la carga emocional interna.

También se resalta la necesidad de considerar el impacto de la retracción social y la disminución de la capacidad para enfrentar activamente los desafíos externos. Esto podría tener implicaciones importantes para las intervenciones sociales y comunitarias, destacando la importancia de fomentar conexiones sociales y proporcionar apoyo práctico en momentos de mayor ansiedad.

En un contexto terapéutico, estos hallazgos pueden guiar la selección de intervenciones personalizadas para abordar la ansiedad en pacientes. Para aquellos con niveles elevados de ansiedad y una propensión hacia estrategias de evasión externa, se podrían implementar enfoques terapéuticos que fomenten la expresión emocional, la identificación de patrones de pensamiento disfuncionales y el desarrollo de estrategias más adaptativas. En casos de retracción social, la terapia grupal y las intervenciones que promuevan la conexión social pueden ser beneficiosas. Por otro lado, en situaciones de ansiedad reducida, la terapia cognitivo-conductual podría centrarse en reforzar estrategias proactivas, fortalecer la resiliencia y fomentar el autocuidado.

Ansiedad social

A medida que el nivel de ansiedad social aumenta, es común observar un incremento en el uso de estrategias como "reservarlo para sí", donde las personas tienden a recluir sus preocupaciones y emociones en lugar de compartirlas con otros. Este comportamiento se vincula con una mayor reticencia a "buscar apoyo social", "concentrarse en resolver el problema" o "buscar pertenencia". La elevada ansiedad social parece limitar la disposición a compartir las inquietudes con amigos o allegados, prefiriendo mantenerlas en privado. Por

otro lado, cuando la ansiedad social disminuye, se observa una reducción en el empleo de estrategias como "invertir en amigos íntimos", "falta de afrontamiento", "ignorar el problema" y "buscar apoyo espiritual". En lugar de ello, las personas tienden a recurrir con mayor frecuencia a estrategias como "esforzarse y tener éxito", "acción social", "autoinculparse", "fijarse en lo positivo", "buscar apoyo profesional", "buscar diversiones relajantes" y "distracciones físicas" para gestionar de manera más efectiva su bienestar emocional y social.

La tendencia a reservar las preocupaciones para uno mismo cuando la ansiedad social aumenta sugiere la necesidad de fomentar un entorno en el que la comunicación abierta y el apoyo social sean más accesibles. Las personas podrían beneficiarse de intervenciones que promuevan la expresión emocional y la búsqueda activa de apoyo durante períodos de mayor ansiedad social. Resalta la adaptabilidad de las personas para ajustar sus métodos de afrontamiento. Esto puede indicar que, en momentos de menor ansiedad social, las personas pueden sentirse más capaces de enfrentar directamente los desafíos, buscando soluciones concretas y apoyo profesional cuando sea necesario.

La comprensión detallada de cómo la ansiedad social influye en las estrategias de afrontamiento tiene importantes implicaciones clínicas. En casos de alta ansiedad social, se podría priorizar el desarrollo de habilidades de comunicación y la promoción de redes de apoyo. Por otro lado, cuando la ansiedad social disminuye, la terapia podría centrarse en fortalecer la resiliencia emocional, fomentar estrategias proactivas y abordar positivamente los desafíos sociales.

Quejas somáticas

A medida que aumenta el nivel de quejas somáticas, tiende a ser más recurrente el uso de estrategias de afrontamiento como "falta de afrontamiento", "autoinculparse" y "buscar apoyo profesional". Este hallazgo sugiere que, frente a un aumento en la percepción de síntomas somáticos, las personas pueden

recurrir con mayor frecuencia a la evitación, la atribución interna de responsabilidad y la búsqueda de asesoramiento profesional como formas de hacer frente a sus preocupaciones. Contrariamente, se observa que, en situaciones de mayores quejas somáticas, se utiliza menos la estrategia de "concentrarse en resolver el problema", indicando una posible disminución en la orientación hacia la resolución activa de los desafíos asociados con dichas quejas.

Por otro lado, a medida que disminuye el nivel de quejas somáticas, se evidencia una reducción en el empleo de estrategias como "preocuparse", "hacerse ilusiones", "reducción de la tensión", "ignorar el problema" y "reservarlo para sí". Este descenso sugiere que, con una disminución en la percepción de síntomas somáticos, las personas son menos propensas a preocuparse, recurrir a estrategias de evitación o mantener sus preocupaciones en privado.

Por último, cuando se produce una disminución en las quejas somáticas, se observa un aumento en el uso de estrategias como "esforzarse y tener éxito", "buscar apoyo espiritual" y "fijarse en lo positivo". Esto indica que, en momentos de menor presencia de quejas somáticas, las personas pueden dirigir sus esfuerzos hacia la acción proactiva, encontrar apoyo en dimensiones espirituales y enfocarse en aspectos positivos como formas efectivas de afrontamiento.

En situaciones de mayores quejas somáticas destaca la importancia de abordar la relación entre síntomas físicos percibidos y la salud mental. La mayor propensión a buscar ayuda profesional sugiere la necesidad de un enfoque multidisciplinario que involucre a profesionales de la salud mental en la gestión de preocupaciones vinculadas a síntomas somáticos.

Por otro lado, cuando disminuyen las quejas somáticas se resalta la adaptabilidad de las personas en su afrontamiento. Esto subraya la relevancia de intervenciones que fomenten estrategias más activas y positivas cuando se experimenta una mejora en la percepción de la salud somática. También indica

que las personas pueden redirigir sus recursos hacia enfoques más constructivos y optimistas.

La comprensión detallada de cómo las estrategias de afrontamiento varían en función de los niveles de quejas somáticas ofrece valiosas implicaciones prácticas. Cuando los pacientes se enfrentan a niveles elevados de quejas somáticas, se puede enfocar en estrategias que aborden la evitación, la autoinculpación y la búsqueda de apoyo profesional, buscando así reducir la carga asociada con los síntomas físicos. En situaciones de disminución de las quejas somáticas, la terapia podría centrarse en fomentar estrategias activas, el fortalecimiento de recursos internos y la promoción de un enfoque más positivo, contribuyendo así a la mejora continua del bienestar mental del individuo.

Sintomatología postraumática

Tan pronto como disminuye el nivel de sintomatología postraumática, se evidencia una reducción en el uso de estrategias orientadas a la confrontación activa, como "concentrarse en resolver el problema", indicando que, a medida que los síntomas postraumáticos disminuyen, la necesidad de enfocarse intensamente en la resolución de desafíos relacionados con el trauma también decrece. Además, se observa una disminución en las estrategias "preocuparse", "hacerse ilusiones", "falta de afrontamiento", "ignorar el problema", "reservarlo para sí" y "buscar apoyo espiritual". En contraste, la disminución de la sintomatología postraumática se asocia con un aumento en el empleo de estrategias más adaptativas, como "buscar apoyo social", "reducción de la tensión", "acción social" y "buscar apoyo profesional". Estos hallazgos sugieren una transición hacia estrategias que fomentan la interacción social positiva, la gestión eficiente de la tensión emocional y la búsqueda de ayuda especializada cuando disminuyen los síntomas postraumáticos, resaltando la adaptabilidad de los individuos en su proceso de afrontamiento.

La observación de cambios en las estrategias de afrontamiento conforme disminuye la sintomatología postraumática arroja luz sobre la dinámica compleja

y adaptable de la respuesta psicológica a experiencias traumáticas. Sugiere que, a medida que los síntomas postraumáticos disminuyen, los individuos tienden a apartarse de enfoques más centrados en el problema y orientados hacia la evitación, además de una transición hacia mecanismos de afrontamiento que fomentan la conexión social positiva, la gestión activa del estrés y la búsqueda de ayuda externa especializada.

Este cambio adaptativo puede interpretarse como una respuesta natural hacia estrategias que promueven la resiliencia y la recuperación psicológica. La mayor inclinación hacia la búsqueda de apoyo social y profesional sugiere un reconocimiento de la importancia de las conexiones sociales y la asistencia especializada en el proceso de recuperación postraumática. La preferencia por estrategias que aborden directamente la tensión emocional y fomenten la participación en la sociedad resalta la capacidad de los individuos para ajustar sus enfoques de afrontamiento según sus necesidades cambiantes.

Los profesionales de la salud mental pueden emplear esta información para personalizar intervenciones terapéuticas según la fase específica de recuperación de cada individuo. En casos donde los síntomas postraumáticos disminuyen, se podría enfatizar el fortalecimiento de redes sociales y la exploración de estrategias proactivas de gestión del estrés. Además, la promoción de la búsqueda activa de apoyo profesional puede ser crucial para facilitar la transición hacia enfoques más adaptativos.

Obsesión-compulsión

A medida que disminuye el nivel de obsesión-compulsión, se evidencia una clara alteración en las estrategias de afrontamiento adoptadas por los individuos. Este fenómeno se refleja en una marcada reducción en el empleo de estrategias como "preocuparse", "hacerse ilusiones", "reducción de la tensión", "ignorar el problema", "autoinculparse" y "reservarlo para sí". La disminución de estas estrategias sugiere un cambio hacia enfoques menos centrados en la preocupación excesiva, la evitación activa y la autocrítica, comúnmente

asociadas con niveles más altos de obsesión-compulsión. Es particularmente notable que, en contraste con estas estrategias en disminución, los individuos con niveles bajos de obsesión-compulsión tienden a recurrir más a la estrategia de afrontamiento "buscar diversiones relajantes". Este hallazgo sugiere que, en ausencia de una obsesión-compulsión intensificada, la búsqueda de distracciones relajantes emerge como una táctica preferida, indicando una transición hacia enfoques más positivos y menos intrusivos en el proceso de afrontamiento.

La reducción en estrategias asociadas con la preocupación excesiva, la autocrítica y la evitación activa indica una disminución en la carga emocional y cognitiva que acompaña a niveles más bajos de obsesión-compulsión. Además, la preferencia por estrategias más positivas, como la búsqueda de diversiones relajantes, sugiere una transición hacia enfoques que promueven la relajación y el bienestar, apuntando a una mejora en la calidad de vida de los individuos.

Desde una perspectiva práctica, en situaciones donde la obsesión-compulsión disminuye, la terapia podría enfocarse en fortalecer estrategias que fomenten la relajación. Además, la reducción en estrategias negativas, como preocuparse o ignorar el problema, podría señalar un momento propicio para abordar aspectos más profundos de la psicopatología, explorando y fortaleciendo enfoques más saludables de afrontamiento.

4.2.2. Problemas exteriorizados.

La investigación revela conexiones significativas entre las estrategias de afrontamiento y los problemas conductuales externos, específicamente en relación con los problemas de atención, hiperactividad-impulsividad, control de ira y conducta desafiante. Sin embargo, no se encuentran relaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento estudiadas, y las variables agresión y conducta antisocial.

Problemas de atención

A medida que disminuye el nivel de problemas de atención, se observa una marcada transformación en las estrategias de afrontamiento adoptadas por los individuos. Este cambio se refleja en la disminución significativa de estrategias como "preocuparse", "buscar pertenencia", "hacerse ilusiones", "falta de afrontamiento", "acción social", "ignorar el problema", "autoinculparse" y "reservarlo para sí". La reducción en la aplicación de estas estrategias sugiere una menor propensión a la ansiedad, la dependencia de la pertenencia social y la evitación de la confrontación con los problemas en este grupo. En contraste, con la disminución de los problemas de atención, se observa un aumento notable en el uso de estrategias como "buscar apoyo social" y "esforzarse y tener éxito". Esto podría indicar una transición hacia enfoques más activos y positivos en la gestión de las dificultades, resaltando la importancia de la interacción social positiva y el impulso hacia el logro personal en individuos con niveles reducidos de problemas de atención.

La reducción en estrategias negativas como la preocupación, la búsqueda de pertenencia y la evitación activa sugiere una mejora en la regulación emocional y una menor dependencia de factores externos para enfrentar los desafíos. Este patrón podría indicar una mayor capacidad para lidiar con situaciones estresantes de manera más adaptativa. Por otro lado, el aumento en el uso de estrategias proactivas como buscar apoyo social y esforzarse por el éxito sugiere un cambio hacia enfoques más positivos y orientados al logro personal en individuos con menor afectación en la atención. Este hallazgo tiene implicaciones importantes al sugerir que, al abordar la atención, se podría impactar positivamente en las estrategias de afrontamiento utilizadas, promoviendo una mayor resiliencia emocional y el desarrollo de enfoques constructivos para enfrentar los desafíos cotidianos.

Por tanto, enfocarse en fortalecer estrategias proactivas, como buscar apoyo social y esforzarse por el éxito, podría ser clave para mejorar la regulación emocional y promover un afrontamiento más saludable. Esta adaptación de las

intervenciones terapéuticas podría contribuir a abordar los síntomas específicos de atención, y a cultivar habilidades resilientes y estrategias positivas.

Hiperactividad-impulsividad

A medida que el nivel de hiperactividad-impulsividad disminuye en un individuo, se observa un cambio significativo en las estrategias de afrontamiento empleadas utilizando menos estrategias como "buscar apoyo social", "preocuparse", "invertir en amigos íntimos", "buscar pertenencia", "acción social", "ignorar el problema", "falta de afrontamiento", "fijarse en lo positivo", "buscar apoyo profesional" y "buscar diversiones relajantes". Esta disminución en la aplicación de estas estrategias sugiere una transición hacia enfoques más centrados y reflexivos en la gestión de situaciones estresantes. En cambio, se destaca un aumento en la aplicación de la estrategia de "reducción de la tensión". Este cambio en las estrategias sugiere que a medida que la hiperactividad-impulsividad disminuye, el individuo tiende a centrarse más en la reducción de la tensión como una forma efectiva de manejar el estrés y afrontar las situaciones de manera más calmada y reflexiva.

La observación de un cambio en las estrategias de afrontamiento a medida que disminuye el nivel de hiperactividad-impulsividad plantea interesantes puntos de discusión sobre la interconexión entre la regulación emocional y el comportamiento impulsivo. Podría indicar una posible disminución en la dependencia externa para la gestión del estrés, sugiriendo un fortalecimiento de recursos internos de afrontamiento. Este cambio podría estar asociado con una mayor habilidad para enfrentar desafíos de manera más independiente.

Destaca la importancia de la autorreflexión y la autorregulación emocional en la adaptación a situaciones estresantes. Esto plantea interrogantes sobre la influencia de factores internos, como la autoconciencia y la autodisciplina, en el proceso de adaptación a la disminución de la hiperactividad-impulsividad.

En un contexto práctico, este conocimiento podría guiar la selección de intervenciones más efectivas, enfocándose en el fortalecimiento de habilidades de autorregulación emocional y estrategias internas de afrontamiento. Los profesionales de la salud mental podrían adaptar sus enfoques terapéuticos para fomentar el desarrollo de estrategias más reflexivas y centradas, aprovechando la capacidad emergente del individuo para reducir la dependencia de apoyos sociales externos o distracciones.

Problemas de control de ira

A medida que aumenta el nivel de problemas de control de ira en un individuo, se observa un incremento en la utilización de la estrategia "distracción física" como medio para gestionar la intensidad emocional. Este enfoque refleja la tendencia a buscar alivio a través de actividades físicas o acciones que desvíen la atención de la ira experimentada. Paralelamente, se evidencia una disminución en el uso de estrategias como "falta de afrontamiento" y "reservarlo para sí", indicando una probable transición hacia enfoques más activos y menos internalizados en la gestión de la ira.

En contraste, a medida que disminuyen los problemas de control de ira, se observa una reducción en el empleo de estrategias como "buscar pertenencia", "hacerse ilusiones", "acción social", "ignorar el problema", "autoinculparse", "buscar apoyo espiritual" y "buscar apoyo profesional". Este cambio sugiere una disminución en la dependencia de estrategias orientadas hacia factores externos o evasivos. En su lugar, se observa un aumento en la aplicación de estrategias más proactivas y centradas en la resolución de problemas, como "concentrarse en resolver el problema" y "esforzarse y tener éxito". Además, estrategias como "reducción de la tensión" y "fijarse en lo positivo" emergen como principales, indicando una mayor orientación hacia enfoques constructivos y positivos para manejar las emociones.

El aumento en la aplicación de distracciones físicas sugiere que, ante niveles más elevados de ira, las personas recurren a acciones tangibles para liberar la tensión emocional.

Así mismo, la transición hacia estrategias más proactivas cuando disminuyen los problemas de control de ira apunta a la importancia de enfoques terapéuticos que fortalezcan la capacidad del individuo para abordar de manera directa los desencadenantes de la ira. La preferencia por estrategias centradas en la resolución de problemas y la reducción de la tensión sugiere un cambio hacia la autorregulación emocional y la búsqueda de soluciones prácticas.

En un contexto terapéutico, este conocimiento puede guiar la elección de intervenciones más específicas y personalizadas. Por ejemplo, al identificar el aumento en el uso de distracciones físicas en momentos de intensa ira, los profesionales pueden incorporar estrategias que fomenten alternativas saludables y socialmente aceptables para canalizar la tensión emocional. Así mismo, la transición hacia estrategias proactivas sugiere la importancia de enfoques terapéuticos que fortalezcan la capacidad del individuo para abordar directamente los desencadenantes de la ira, promoviendo así la autorregulación emocional y estrategias centradas en la resolución de problemas.

Conducta desafiante

A medida que disminuye el nivel de conducta desafiante en una persona, se observa una tendencia a infrautilizar estrategias como "buscar apoyo social", "invertir en amigos íntimos", "buscar pertenencia", "hacerse ilusiones", "acción social", "ignorar el problema", "buscar apoyo espiritual", "buscar apoyo profesional", "buscar diversiones relajantes" y "distracciones físicas". La disminución de la conducta desafiante conlleva una reducción en la búsqueda de apoyo externo, ya que la necesidad de enfrentar situaciones estresantes disminuye. En este contexto, en lugar de recurrir a estrategias de apoyo social y distracción, se observa un aumento en la adopción de estrategias como la "falta de afrontamiento" y la "reducción de la tensión". La persona puede optar por

evitar de manera pasiva los desafíos o intentar reducir la ansiedad asociada a través de mecanismos menos constructivos.

La disminución de la conducta desafiante parece estar vinculada a una reducción en la búsqueda de apoyo social y otras formas de distracción. Esto plantea interrogantes sobre si la disminución de la conducta desafiante es resultado de un mayor manejo interno de las tensiones o si, por el contrario, la falta de búsqueda de apoyo puede ser una señal de aislamiento emocional. Además, sugiere un cambio hacia respuestas menos activas y más pasivas ante el estrés. Por tanto, se podría centrar en la efectividad de estas estrategias a largo plazo y cómo fomentar la adopción de enfoques más constructivos para abordar las tensiones emocionales.

En consecuencia, la identificación temprana de patrones de transición hacia estrategias menos saludables podría permitir intervenir de manera precoz. Esto podría incluir la implementación de estrategias específicas para fortalecer habilidades de afrontamiento más adaptativas y promover un enfoque activo y constructivo ante el estrés.

Agresión y conducta antisocial

En la evaluación de las estrategias de afrontamiento y su relación con la agresión y la conducta antisocial, se identifica la falta de variabilidad en las puntuaciones de agresión y conducta antisocial en la muestra examinada.

La focalización exclusiva en puntuaciones medias en agresión sugiere que, dentro del contexto estudiado, la agresión podría no ser un factor distintivo en la muestra. Este resultado resalta la importancia de analizar la relevancia de la agresión en el comportamiento de los individuos en este contexto específico, sin embargo, la ausencia de variabilidad en las puntuaciones de agresión limita la capacidad para llevar a cabo análisis comparativos significativos y explorar las relaciones con otras variables de interés.

De manera similar, la incapacidad para realizar comparaciones con respecto a la conducta antisocial, debido a la concentración en puntuaciones medias, presenta un desafío. Este hallazgo dificulta la exploración y comprensión de la variabilidad en la conducta antisocial en la muestra analizada.

La falta de diversidad en las puntuaciones de agresión y conducta antisocial en la evaluación de estrategias de afrontamiento plantea interrogantes sobre las posibles explicaciones detrás de este fenómeno. En primer lugar, la homogeneidad en las puntuaciones de agresión podría sugerir que, en el contexto específico del estudio, existe una norma cultural o ambiental que limita la expresión de comportamientos agresivos, dando lugar a un rango restringido de respuestas. Esto podría deberse a normas sociales, políticas o culturales que desincentivan la manifestación abierta de agresión en la población analizada.

En cuanto a la concentración en puntuaciones medias de conducta antisocial, es plausible que factores externos, como intervenciones sociales o medidas disciplinarias, estén influyendo en la reducción de la variabilidad en dicho comportamiento. Es posible que exista un sistema de normas o controles en el entorno estudiado que contribuya a mantener un equilibrio aparente en las puntuaciones de conducta antisocial.

4.3. Hipótesis 3: Los componentes mentales y físicos de calidad de vida de estos pacientes se relacionarán con una mayor utilización de determinados estilos de afrontamiento de la enfermedad.

Los resultados obtenidos en esta tesis van en la misma dirección de estudios anteriores que han explorado la influencia de los estilos de afrontamiento en la calidad de vida de pacientes que se enfrentan a enfermedades crónicas, consolidando así la noción de que los componentes mentales y físicos están relacionados con las estrategias adoptadas ante la enfermedad. La base conceptual de esta investigación encuentra origen en las ideas presentadas por Urzúa (2008), quien destaca la variable clave de los estilos de afrontamiento y su capacidad para moldear la calidad de vida.

Adicionalmente, se encuentra coherencia con las perspectivas de Crowder et al. (2023), quienes, al estudiar a los supervivientes de cáncer, señalan la diversidad de síntomas, preocupaciones psicosociales y estrategias de afrontamiento que emergen con el tiempo desde el tratamiento. Coincidiendo con estos hallazgos, los resultados muestran la importancia de considerar el post-tratamiento y sugiere que las intervenciones centradas en el comportamiento de salud podrían ser clave para abordar los desafíos en curso y mejorar la calidad de vida de los supervivientes de cáncer.

Esta tesis, que se centra en la calidad de vida durante la adolescencia en individuos que han enfrentado enfermedades potencialmente mortales, complementa los resultados presentados por Shin et al. (2019) y Avedaño y Barra (2008). Los hallazgos convergen al destacar factores de riesgo como pueden ser estrategias de evitación que impiden desarrollar una adecuada definición sobre la situación en la que se encuentran, y por tanto generar problemas en los procesos físicos y psicológicos necesarios para la recuperación. Además, también se consideran factores protectores que influyen en la calidad de vida de este grupo particular, desarrollando estrategias preventivas e internalizadas que les ayuden a comprender, superar y fortalecerse de cara a una construcción personal más eficaz.

Los resultados obtenidos en este estudio respaldan la hipótesis planteada, que sugiere una relación entre los componentes mentales y físicos de la calidad de vida de los pacientes y sus estilos de afrontamiento ante la enfermedad.

Como se ha comentado en los resultados, en relación con el componente físico de la calidad de vida, se destaca que los individuos con puntuaciones más bajas tienden a mostrar medias considerablemente más altas en la estrategia de "falta de afrontamiento". Esto sugiere que, en situaciones de deterioro en la calidad de vida física, existe una inclinación hacia el empleo de estrategias menos adaptativas o eficaces para hacer frente a la enfermedad. Adicionalmente, estrategias como "reservarlo para sí" y "buscar apoyo espiritual" también muestran medias más elevadas en niveles bajos de calidad de vida

física, indicando una posible asociación entre estas estrategias y un impacto negativo en la calidad física de vida. Por lo tanto, estas conclusiones respaldan la relevancia de intervenciones dirigidas a fortalecer estrategias de afrontamiento más efectivas para mejorar la calidad de vida física en este grupo vulnerable.

En contraste, la estrategia de "fijarse en lo positivo" revela medias más altas en aquellos pacientes con puntuaciones elevadas en calidad de vida física, sugiriendo que el hecho de adoptar una perspectiva positiva podría estar relacionado con mejores niveles de bienestar físico. Por otro lado, la estrategia de "distracciones físicas" exhibe una mayor media en valores elevados de calidad física, indicando una propensión a emplear distracciones físicas como método de afrontamiento en situaciones de mejor calidad de vida física, y por tanto corroborando los estudios de Poch et al. (2015), Compas et al. (2017) y Bottesi et al. (2020).

Al considerar el componente mental de calidad de vida, se observan patrones similares. Las estrategias de "falta de afrontamiento", "reservarlo para sí" y "buscar apoyo espiritual" presentan medias más altas en niveles bajos de calidad de vida mental. Por otro lado, la estrategia de "fijarse en lo positivo" muestra medias más elevadas en aquellos con valores más altos en calidad de vida mental, indicando una relación directa entre adoptar una perspectiva positiva y la calidad de vida mental. La estrategia "distracciones físicas" también muestra una mayor media en niveles elevados de calidad de vida mental, sugiriendo la posible utilidad de las distracciones físicas como estrategia de afrontamiento en situaciones de mejor calidad de vida mental.

En el ámbito de la salud mental y médica, la orientación hacia estrategias adaptativas, como el fomento de perspectivas positivas y el uso de distracciones físicas, podría integrarse en programas terapéuticos para fortalecer el bienestar integral de estos individuos. Al mismo tiempo, abordar estrategias menos saludables, podría ser clave para promover ajustes más positivos y funcionales en el manejo de las adversidades.

En resumen, estos resultados respaldan la noción de que los estilos de afrontamiento están estrechamente relacionados con los componentes mentales y físicos de la calidad de vida de los pacientes. Esta comprensión podría tener consecuencias significativas en el diseño de intervenciones personalizadas, dirigidas a abordar las estrategias de afrontamiento específicas utilizadas por cada individuo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar general de los pacientes afectados por la enfermedad objeto de estudio.

4.4. Hipótesis 4: La edad jugará un papel importante en la forma de afrontar la enfermedad.

A pesar de la creciente atención que se ha otorgado a la investigación sobre estrategias de afrontamiento en el contexto de la salud, existe un notable vacío en la literatura cuando se trata de examinar específicamente la relación entre la edad y las estrategias de afrontamiento dentro del grupo de adolescentes.

La mayoría de las investigaciones existentes han optado por comparar estrategias de afrontamiento entre niños y adolescentes, proporcionando una visión valiosa de las transiciones en el desarrollo psicosocial. Sin embargo, la falta de análisis más detallados que aborden las distintas etapas dentro de la adolescencia limita la comprensión sobre cómo evolucionan y se consolidan las estrategias de afrontamiento durante este período crucial.

Uno de los principales hallazgos de este estudio, ha sido abordar esta laguna, explorando la relación entre la edad y las estrategias de afrontamiento en el grupo de adolescentes, proporcionando así una perspectiva de esta etapa clave en el desarrollo.

Los resultados obtenidos en este estudio respaldan la hipótesis de que la edad desempeña un papel fundamental en la forma en que los individuos afrontan la enfermedad.

En primer lugar, la correlación inversa observada entre la edad y la estrategia "esforzarse y tener éxito" puede explicarse por diversos factores asociados al desarrollo y evolución de las estrategias de afrontamiento a lo largo del ciclo de vida. A medida que aumenta la edad, es probable que experimenten cambios en sus prioridades, valores y metas. En las etapas más avanzadas, es posible que algunos individuos adapten su enfoque hacia estrategias que no requieran un esfuerzo activo y una búsqueda constante de logros. Factores como la aceptación de limitaciones físicas, una mayor valoración de la calidad de vida emocional y social, y una perspectiva más reflexiva sobre la vida podrían influir en la elección de estrategias de afrontamiento. En este sentido, la disminución en la utilización de la estrategia "esforzarse y tener éxito" podría reflejar un ajuste natural en las estrategias de afrontamiento a medida que aumenta la edad de los individuos y experimentan cambios en sus objetivos y prioridades.

De manera similar, la correlación negativa entre la edad y la estrategia de "acción social" puede atribuirse a diversos factores asociados con el aumento de la edad y la adaptación a cambios en las redes sociales. A medida que aumenta la edad, es posible que experimenten modificaciones en sus círculos sociales debido a eventos como cambios en la etapa escolar, cambios de residencia, o la pérdida de amigos y familiares. Estos cambios podrían influir en la disponibilidad y percepción de las redes de apoyo social. Además, a lo largo de la vida, la valoración de la acción social como estrategia de afrontamiento podría evolucionar, y los individuos mayores pueden favorecer estrategias más internalizadas o reflexivas. La experiencia acumulada a lo largo del tiempo podría llevar a la percepción de que el apoyo social puede ser más efectivamente obtenido a través de interacciones más selectivas y significativas en lugar de una búsqueda más extensa y activa. En este sentido, la correlación negativa entre la edad y la estrategia de "acción social" podría reflejar ajustes en las preferencias y percepciones sobre la eficacia de la acción social como recurso de afrontamiento en diferentes etapas de la vida.

Por otro lado, la disminución en la utilización de estrategias como "buscar apoyo espiritual" y "buscar diversiones relajantes" en relación con la edad podría

explicarse por la evolución de las preferencias y prioridades de afrontamiento a lo largo de la vida. A medida que aumenta la edad, es posible que se experimenten cambios en las creencias, valores y actividades de interés. La correlación negativa sugiere que, con el paso del tiempo, es menos probable que recurran a recursos espirituales como apoyo principal. Este fenómeno podría reflejar transformaciones en la orientación hacia la espiritualidad o la religiosidad, así como la adopción de enfoques más pragmáticos o introspectivos a medida que se enfrentan a las complejidades de la vida.

En cuanto a la disminución en la búsqueda de diversiones relajantes, este hallazgo podría vincularse con ajustes en las preferencias de ocio y las actividades que resultan reconfortantes a medida que se envejece. Es posible que al aumentar la edad se modifiquen las elecciones de actividades de esparcimiento, optando por aquellas que se alineen más con un bienestar físico y emocional. Esto podría incluir actividades más relajantes en lugar de aquellas que demandan una mayor energía o esfuerzo físico. En conjunto, la correlación negativa entre la edad y estas estrategias de afrontamiento sugiere que las preferencias evolucionan hacia formas más adaptativas y acordes con las necesidades cambiantes de las distintas etapas de la vida.

Los profesionales de la salud deben considerar el ajuste natural en las estrategias de afrontamiento a lo largo del ciclo de vida, adaptando enfoques terapéuticos que valoren la reflexión sobre las metas y la aceptación de limitaciones físicas en las etapas de la misma. Así mismo, la necesidad de abordar cambios en las redes sociales a medida que aumenta la edad, fomentando interacciones más significativas y selectivas para optimizar el apoyo social. También se debe tomar en consideración las transformaciones en creencias y preferencias de ocio a lo largo del tiempo, adaptando intervenciones que respeten y se alineen con la evolución individual.

4.5. Hipótesis 5: Habrá diferencias en la forma de afrontar la enfermedad ligadas al sexo.

En sintonía con investigaciones anteriores que han explorado las diferencias de sexo en las estrategias de afrontamiento, los hallazgos de este estudio ofrecen una perspectiva adicional sobre la manera en que hombres y mujeres enfrentan el estrés asociado a la enfermedad. Este análisis se alinea con las observaciones realizadas por Padovani et al. (2021), quienes destacan las preferencias distintivas de estrategias según el sexo enfrentando situaciones similares, además de que la mayoría de los niños opta por estrategias de distracción para hacer frente al estrés generado por las sesiones de quimioterapia. Es interesante observar que, aunque la estrategia común es la distracción, las elecciones específicas difieren entre niños más jóvenes, que prefieren el juego, y niños mayores, que encuentran alternativas en el disfrute de la música y la comunicación verbal.

En consonancia con estas observaciones, nuestros resultados también se alinean con las investigaciones de Blažková et al. (2017), quienes sugieren que la asociación entre estrategias como la regulación emocional y el aislamiento social con síntomas depresivos se limita a los jóvenes de sexo masculino. Esta evidencia respalda la idea de que las estrategias de afrontamiento se manifiestan de manera diferencial según el sexo, destacando la importancia de considerar las variaciones individuales y de sexo en la comprensión de esta enfermedad. En conjunto, estos estudios, junto con las aportaciones de esta tesis, contribuyen a una comprensión más completa y matizada de las estrategias de afrontamiento según el sexo en situaciones de estrés relacionadas con la salud.

Los hallazgos de este estudio, por tanto, respaldan la premisa de que existen disparidades en la manera en que hombres y mujeres enfrentan la enfermedad, revelando patrones particulares en las estrategias de afrontamiento adoptadas por cada sexo.

En primer lugar, se observa que las mujeres exhiben medias significativamente más elevadas en estrategias como "buscar apoyo social", "concentrarse en resolver el problema", "esforzarse y tener éxito", "preocuparse", "reducción de la tensión", "acción social", "reservarlo para sí", "buscar apoyo espiritual", "buscar apoyo profesional" y "buscar diversiones relajantes". Estos resultados indican que las mujeres tienden a emplear un abanico más amplio de estrategias de afrontamiento, abordando la enfermedad desde perspectivas emocionales, sociales y prácticas.

En contraste, los hombres exhiben medias más altas en estrategias como "buscar pertenencia", "hacerse ilusiones", "ignorar el problema", "fijarse en lo positivo" y "distracciones físicas". Estos hallazgos sugieren que los hombres tienden a inclinarse hacia estrategias que implican minimización emocional, distracción y búsqueda de pertenencia en comparación con las mujeres.

La discrepancia en las estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres puede atribuirse a diversos factores, tales como diferencias sociales y culturales en las expectativas de sexo, experiencias individuales relacionadas con la enfermedad y variaciones en la expresión y gestión del estrés. La propensión de las mujeres a buscar apoyo social y recurrir a estrategias emocionales puede reflejar una mayor disposición a compartir y expresar emociones en comparación con los hombres. Por el contrario, las estrategias preferidas por los hombres, como "ignorar el problema" y "hacerse ilusiones", podrían estar relacionadas con la percepción tradicional de la masculinidad, que a menudo enfatiza la resistencia emocional.

Por lo tanto, estos hallazgos ayudan a establecer una línea de trabajo entre los profesionales, en la que se tenga en cuenta las características propias e individuales en función de si es hombre o mujer.

4.6. Hipótesis 6: La interacción entre la edad y el sexo producirá diferencias con respecto a la forma de afrontar la enfermedad.

En el panorama de la investigación sobre estrategias de afrontamiento, la interacción entre la edad y el sexo ha sido un terreno relativamente poco explorado. Al igual que la limitación que se encuentra al examinar la relación entre estrategias de afrontamiento y la edad, ocurriendo lo mismo cuando se trata de analizar cómo estas estrategias se entrelazan con el factor del sexo a lo largo del continuo de la infancia y la adolescencia.

En la literatura existente, la mayoría de los estudios se han enfocado en comparaciones generales entre niños y adolescentes, sin profundizar en la variabilidad dentro de estos grupos. Esta carencia de investigaciones específicas que exploran cómo las estrategias de afrontamiento varían en función tanto de la edad como del sexo representa una brecha en el conocimiento actual.

La adolescencia es una fase crucial en el desarrollo, marcada por cambios cognitivos, emocionales y sociales significativos, y entender cómo las estrategias de afrontamiento evolucionan durante esta transición es esencial para diseñar intervenciones eficaces. Además, la falta de atención a las diferencias de género puede pasar por alto la diversidad de experiencias y necesidades entre adolescentes varones y mujeres. Al abordar este hueco en la investigación, se busca contribuir a una base de conocimientos más sólida y aplicable en la identificación de estrategias de afrontamiento específicas para cada grupo demográfico, generando así enfoques más personalizados en la promoción de la salud mental y el bienestar emocional en la adolescencia.

Los resultados de este estudio revelan la presencia de diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento según la edad, el sexo y la interacción entre ambos factores. La exploración detallada de estas diferencias ofrece una comprensión más completa de cómo la interacción entre la edad y el sexo influye en la manera en que los individuos afrontan la enfermedad.

La observación de diferencias significativas en la estrategia "buscar apoyo social" en relación con la edad y el sexo subraya la complejidad de esta estrategia de afrontamiento en el contexto de la enfermedad. La variabilidad asociada con la edad indica que la búsqueda de apoyo social evoluciona a lo largo del tiempo, reflejando posiblemente cambios en las redes sociales y las prioridades relacionadas con la salud en diferentes etapas de la vida. Por otro lado, la diferencia asociada con el sexo resalta las disparidades en la forma en que hombres y mujeres recurren al apoyo social como mecanismo de afrontamiento. La significativa interacción entre la edad y el sexo sugiere que estas variaciones no son independientes entre sí. Es decir, la influencia de la edad en la búsqueda de apoyo social puede manifestarse de manera diferente en hombres y mujeres.

La presencia de diferencias significativas en la estrategia "concentrarse en resolver el problema" en relación con la edad, el género y su interacción, sugiere que la edad puede influir en la capacidad para centrarse en la resolución de problemas a lo largo de la vida, además del efecto del género y su combinación. Esto puede deberse a la adquisición de habilidades cognitivas y experiencias acumuladas a medida que las personas aumentan la edad, así como a las transformaciones en las prioridades y metas asociadas con la salud. Con respecto a la diferencia relacionada con el sexo señala disparidades en cómo hombres y mujeres adoptan la estrategia de concentrarse en resolver el problema como respuesta al estrés y a la enfermedad. Estas divergencias pueden estar influenciadas por factores sociales, culturales o biológicos que moldean las formas preferidas de afrontamiento en hombres y mujeres. Por último, la interacción significativa entre la edad y el sexo indica que hay una influencia mutua que modula la forma en que las personas se enfocan en resolver problemas.

Similarmente, estrategias como "esforzarse y tener éxito", "preocuparse", "invertir en amigos íntimos", "buscar pertenencia", "hacerse ilusiones", "reservarlo para sí", "buscar apoyo espiritual", "fijarse en lo positivo", "buscar apoyo profesional" y "buscar diversiones relajantes" también presentan

diferencias significativas en relación con la edad, el sexo y su interacción. Estos resultados subrayan la complejidad de las estrategias de afrontamiento y la influencia conjunta de la edad y el sexo en la adopción de estas estrategias específicas.

En relación con la estrategia "buscar apoyo social", se podrían desarrollar programas de apoyo psicosocial que reconozcan las variaciones en la búsqueda de apoyo entre hombres y mujeres en diferentes etapas de la vida. Estos programas podrían incluir grupos de discusión, terapia grupal o plataformas en línea adaptadas a las preferencias y desafíos específicos de cada grupo demográfico.

En cuanto a la estrategia "concentrarse en resolver el problema", se podrían diseñar intervenciones que promuevan el desarrollo continuo de habilidades de resolución de problemas a lo largo de la vida. Para los más jóvenes, esto podría implicar programas educativos que fomenten la resiliencia y el pensamiento analítico. Para los mayores, se podrían ofrecer talleres que aborden estrategias adaptativas y realistas para enfrentar desafíos específicos, reconociendo las transformaciones en las prioridades y metas asociadas con las etapas de la vida.

En términos generales, para las estrategias de afrontamiento adicionales que presentan diferencias significativas, se podrían incluir terapias cognitivo-conductuales adaptadas a las preferencias de hombres y mujeres, así como a diferentes grupos de edad.

4.7. Hipótesis 7: El tipo de tratamiento aplicado a lo largo del proceso de enfermedad, se relacionará con una mayor o menor utilización de las diferentes estrategias de afrontamiento.

En el ámbito de la investigación sobre estrategias de afrontamiento vinculadas a las experiencias de tratamiento, se identifica una carencia significativa en la literatura científica: la falta de estudios específicos que aborden

la relación entre el tipo de tratamiento y las estrategias de afrontamiento adoptadas por los individuos afectados.

A pesar de la existencia de investigaciones en torno a las estrategias de afrontamiento en el contexto general de la enfermedad, la escasez de trabajos específicos que analicen cómo diferentes enfoques terapéuticos pueden modular las respuestas de afrontamiento es evidente. Esta ausencia de evidencia empírica plantea la pregunta central sobre cómo el tipo de tratamiento afecta las estrategias de afrontamiento desplegadas por los individuos para enfrentar las complejidades y desafíos asociados con su salud.

Abordando esta brecha en la investigación, el presente estudio ha explorado esta conexión aún no trazada. La investigación ha examinado cómo distintos tipos de tratamiento pueden influir en las estrategias de afrontamiento empleadas por aquellos que se someten a estos procesos.

Los resultados de este estudio respaldan la hipótesis de que se producen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento en función del tipo de tratamiento aplicado a lo largo del proceso de enfermedad. Estas variaciones se observaron tanto durante el periodo de tratamiento como en el periodo de seguimiento, indicando la influencia sostenida del enfoque terapéutico en las estrategias adoptadas por los pacientes.

Como se ha indicado en los resultados, durante el periodo de tratamiento, se identificaron diferencias notables en varias estrategias de afrontamiento entre los pacientes sometidos a diferentes modalidades de tratamiento. Aquellos que recibieron quimioterapia, radioterapia, trasplante y cirugía presentaron medias significativamente mayores en estrategias como "buscar apoyo social", "concentrarse en resolver el problema", "esforzarse y tener éxito", "invertir en amigos íntimos", "acción social", "fijarse en lo positivo", "buscar apoyo profesional" y "buscar diversiones relajantes". En contraste, los pacientes que sólo recibieron quimioterapia y radioterapia mostraron medias superiores en estrategias como "hacerse ilusiones", "falta de afrontamiento", "reducción de la

tensión", "ignorar el problema", "autoinculparse" y "reservarlo para sí". Por otro lado, en el periodo de seguimiento, persistieron las diferencias en las estrategias de afrontamiento entre los dos grupos de tratamiento. Aquellos que se sometieron a quimioterapia, radioterapia, trasplante y cirugía exhibieron medias más altas en estrategias como "buscar apoyo social", "concentrarse en resolver el problema", "esforzarse y tener éxito", "invertir en amigos íntimos", "acción social", "fijarse en lo positivo", "buscar apoyo profesional" y "buscar diversiones relajantes" en comparación con los pacientes tratados sólo con quimioterapia y radioterapia. Además, durante el periodo de seguimiento, los pacientes que recibieron quimioterapia y radioterapia mostraron medias superiores en estrategias como "hacerse ilusiones", "falta de afrontamiento", "ignorar el problema", "autoinculparse", "reservarlo para sí" y "distracciones físicas".

Estos hallazgos indican que el tipo de tratamiento aplicado influye en las estrategias de afrontamiento adoptadas por los pacientes tanto durante el tratamiento como en el seguimiento posterior. La mayor utilización de estrategias centradas en el apoyo social y la búsqueda de soluciones en aquellos sometidos a tratamientos más complejos podría sugerir una adaptación diferencial a las demandas emocionales y prácticas asociadas con estos enfoques terapéuticos más intensivos. Por otro lado, los pacientes que reciben tratamientos menos intensivos podrían depender más de estrategias como la negación, la reducción de la tensión y la distracción física.

Estos hallazgos tienen implicaciones significativas en la aplicación clínica, especialmente en la adaptación de los tratamientos según las estrategias de afrontamiento más adecuadas para los pacientes. La comprensión de que los tipos de tratamiento influyen en las estrategias adoptadas resalta la importancia de personalizar las intervenciones terapéuticas. Para aquellos sometidos a tratamientos más complejos, se podría enfocar en fortalecer estrategias centradas en el apoyo social y la búsqueda de soluciones, reconociendo la necesidad de abordar las demandas emocionales y prácticas asociadas con estos enfoques terapéuticos intensivos. En contraste, para pacientes con tratamientos menos complejos, sería crucial considerar estrategias como la

negación, la reducción de la tensión y la distracción física, reconociendo la posible mayor dependencia de estas estrategias en contextos terapéuticos menos intensivos. Esta adaptación individualizada puede mejorar la efectividad del tratamiento y apoyar el bienestar emocional de los pacientes durante y después de las intervenciones clínicas.

5. Conclusiones.

1. En relación a como las estrategias de afrontamiento de la enfermedad oncológica varían a lo largo del proceso de enfermedad, los resultados confirman la hipótesis de que las estrategias de afrontamiento experimentan cambios durante el proceso de enfermedad, observándose una dinámica en las estrategias utilizadas por los adolescentes en diferentes etapas, destacando la necesidad de comprender estas variaciones. Durante el tratamiento, los adolescentes muestran una intensificación en el uso de estrategias como la preocupación, la evitación y la autoinculpación. Estas estrategias se interpretan como respuestas naturales ante la incertidumbre y el estrés asociados con los procedimientos médicos durante esta fase crítica. La intensificación de estrategias específicas sugiere que estas son respuestas naturales de los adolescentes a la incertidumbre y al estrés inherente a los procedimientos médicos durante el tratamiento. En el periodo de seguimiento, se observa una disminución en el uso de estrategias, especialmente de la autoinculpación. Esta disminución indica una evolución en las formas de afrontamiento a medida que la enfermedad progresa y el tratamiento avanza. El hallazgo destaca la importancia de adaptar las intervenciones según las demandas emocionales cambiantes a lo largo del curso de la enfermedad.
2. Con respecto a evaluar la relación entre las diferentes estrategias de afrontamiento con los problemas interiorizados (depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, sintomatología postraumática y obsesión-compulsión) y los problemas exteriorizados (problemas de atención, hiperactividad-impulsividad, problemas de control de ira, agresión, conducta desafiante y conducta antisocial) de los sujetos, se desprende que existe una conexión significativa entre las estrategias de afrontamiento y los diferentes problemas planteados en relación con la esfera psicológica de los individuos. La investigación identifica patrones significativos que muestran la forma en que las estrategias de afrontamiento están intrínsecamente ligadas a la manifestación y gestión de problemas de salud mental. Estos patrones

ofrecen información valiosa sobre cómo ciertas estrategias se pueden relacionar con la salud mental de los individuos. Las intervenciones personalizadas deben considerar esta complejidad para abordar de manera efectiva las necesidades individuales.

3. Focalizándonos en la asociación entre la calidad de vida (mental y física) y las diferentes estrategias de afrontamiento, existe una relación evidente entre las mismas. Destaca la influencia directa de las estrategias psicológicas en el bienestar general de los adolescentes con enfermedad oncológica, y por tanto, abordar las estrategias de afrontamiento y diseñar intervenciones específicas, se posiciona como un factor clave para mejorar no sólo aspectos físicos, sino también mentales de la calidad de vida de estos adolescentes.

4. Abordando el estudio de las diferencias en los estilos de afrontamiento en función de la edad, el sexo, y su interacción, se han observado diferencias notables en las estrategias de afrontamiento. En función del sexo, las mujeres tienden a emplear un espectro más amplio de estrategias en comparación con los hombres, entre las que se incluyen la búsqueda de apoyo social y la concentración en la resolución de problemas. Estas estrategias indican una orientación hacia la conexión social y la acción directa para hacer frente a la enfermedad. En contraposición, los hombres tienden a recurrir con mayor frecuencia a estrategias de evasión y minimización emocional, lo que sugiere una inclinación hacia el distanciamiento emocional y la reducción de la expresión emocional abierta. La investigación subraya la importancia del factor edad en las estrategias de afrontamiento, donde los adolescentes más jóvenes presentan preferencias distintas en comparación con los más adultos. El trabajo proporciona información para la personalización de intervenciones, sugiriendo que no hay un enfoque único y universalmente efectivo donde la comprensión de las preferencias de afrontamiento específicas de sexo, edad y su interacción, puede mejorar la eficacia de las intervenciones clínicas.

5. Finalmente, al evaluar las diferencias en las estrategias de afrontamiento en función del tratamiento aplicado durante las diferentes fases del proceso de enfermedad, la investigación resalta que el tipo de tratamiento tiene un impacto considerable en las estrategias de afrontamiento adoptadas por los adolescentes. Los pacientes sometidos a tratamientos más intensivos, como quimioterapia, radioterapia, trasplante y cirugía, tienden a recurrir a estrategias centradas en el apoyo social y emocional. Estas estrategias reflejan la necesidad de conexión social y apoyo emocional en situaciones médicas intensivas. La preferencia por estrategias centradas en el apoyo social sugiere que estos pacientes buscan activamente el respaldo de sus redes sociales y la expresión emocional para hacer frente al tratamiento. Contrariamente, adolescentes bajo tratamientos menos invasivos, tienden a optar por estrategias de evasión y autoinculpación, lo que indica una tendencia a evitar o distanciarse emocionalmente de la experiencia del tratamiento.

6. Consideraciones finales, limitaciones del estudio y recomendaciones para futuras investigaciones y prácticas clínicas.

Esta tesis ha proporcionado una visión detallada de las estrategias de afrontamiento en adolescentes con enfermedad oncológica. Los hallazgos no sólo tienen implicaciones para la investigación académica, sino que también ofrecen valiosas perspectivas para el diseño de intervenciones clínicas y programas de apoyo. La adaptación de enfoques según la edad, el sexo y el tipo de tratamiento puede aumentar la eficacia de las intervenciones, asegurando que sean verdaderamente personalizadas y centradas en el paciente.

Con respecto a las limitaciones, esta investigación se ha visto afectada por diversos desafíos que deben ser cuidadosamente considerados al interpretar y generalizar los resultados. La principal limitación surge en el contexto de las restricciones impuestas por la pandemia de COVID-19. La crisis sanitaria global ha dificultado de manera significativa el acceso a la muestra, ya que las medidas de distanciamiento social y las restricciones de movimiento implementadas para contener la propagación del virus han dificultado sustancialmente la realización de interacciones presenciales y la recolección de datos in situ. Esta limitación no sólo ha afectado a la cantidad de participantes disponibles, sino también a la forma de recogida de los datos, dado que tuvieron que llevarse a cabo de manera no presencial, sin embargo, la disponibilidad de cuestionarios autoadministrados por los pacientes, y el apoyo continuo del entrevistador ha asegurado su calidad y pertinencia.

Además, es relevante señalar que las limitaciones de tiempo y recursos también han influido en la extensión y profundidad del estudio. Las restricciones temporales podrían haber impedido la realización de un seguimiento a largo plazo o la implementación de estrategias más amplias para abordar ciertos aspectos de la investigación. Así mismo, la disponibilidad limitada de recursos podría haber restringido la diversidad de métodos empleados o la realización de análisis más detallados en áreas específicas. Estas limitaciones, aunque

reconocidas, nos presentan la oportunidad de futuras investigaciones que puedan abordar estas limitaciones de manera más integral.

Para futuras investigaciones, se sugiere explorar aún más las interacciones entre las estrategias de afrontamiento y otros factores, como el apoyo familiar, el entorno socioeconómico y las características de personalidad individuales. Además, se insta a desarrollar e implementar intervenciones específicas que busquen modificar estrategias de afrontamiento desadaptativas y fomentar enfoques más saludables, mejorando así la capacidad de adaptación y el bienestar general de los adolescentes en tratamiento oncológico. Este enfoque holístico y personalizado podría allanar el camino para un abordaje más efectivo y compasivo en el cuidado de la salud de estos jóvenes que se enfrentan a adversidades excepcionales.

7. Referencias bibliográficas.

Acha García, T. (2015). Diagnóstico precoz y signos de alarma en oncohematología pediátrica. En Asociación Española Pediatría Atención Primaria (Ed.), *Curso de Actualización Pediatría* (pp.177-86). Lúa Ediciones 3.0

Asociación Española contra el Cáncer. (11 de septiembre de 2022). *Dimensiones del cáncer*. <https://observatorio.contraelcancer.es/explora/dimensiones-del-cancer>

Avendaño Monje, M. J. y Barra Almagiá, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 165-172.

Azem, T. (2017). *Preventing body image issues in adolescent cancer survivors*. The Chicago School of Professional Psychology in Clinical Psychology.

Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 3(3), 505-520.

Bakker, A., Van Loey, N. E., Van der Heijden, P. G., Van Son, M. J. (2012). Acute stress reactions in couples after a burn event to their young child. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(10), 1127-1135. <https://doi:10.1093/jpepsy/jss083>

Barakat, LP., Alderfer, MA., y Kazak, AE. (2006). Posttraumatic growth in adolescent cancer survivors and their mother and fathers. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 413-419. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj058>.

Barrón, R., Castilla, I., Casullo, M. y Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14, 363-368.

- Bellver, A. y Verdet, H. (2015). Adolescencia y cáncer. *Psicooncología*, 12, 141-156. https://doi.org/10.5209/rev_psic.2015.v12.n1.48909
- Belpame, N., Kars, M. C., Deslypere, E., Rober, P., Van Hecke, A., y Verhaeghe, S. (2021). Coping strategies of adolescent and young adult survivors of childhood cancer: A qualitative study. *Cancer Nursing*, 44(6), E395–E403. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000865>
- Bernabeu, J., Cañete, A., Fournier, C., López, B., Barahona, T., Grau, C., Tórtola, A., Badal, M.D., Álvarez, J.A., Suárez, J.M. y Castel, V. (2003). Evaluación y rehabilitación neuropsicológica en oncología pediátrica. *Psicooncología*, 0(1), 117-134.
- Blažková, T., Blatný, M., Jelínek, M., Koutná, V., y Kepák, T. (2017). Zvládání u dětí a dospívajících po léčbě onkologického onemocnění a jeho vztah k výskytu depresivní symptomatologie [Coping in childhood cancer survivors and its relationship to depressive symptomatology]. *Československá Psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii a Praxi*, 61(1), 43-57.
- Bottesi, G., Spoto, A., Trevisson, E., Zuccarello, D., Vidotto, G., Cassina, M., y Clementi, M. (2020). Dysfunctional coping is related to impaired skin-related quality of life and psychological distress in patients with neurofibromatosis type 1 with major skin involvement. *The British Journal of Dermatology*, 182(6), 1449-1457. <https://doi.org/10.1111/bjd.18363>
- Cadena Villa, A., Castro Retamal, G., y Franklin de Martínez, E. (2014). Vivencias y significados de adolescentes sobrevivientes al cáncer. trilogía *Ciencia Tecnología Sociedad*, 6(10), 145-163. <https://doi.org/10.22430/21457778.441>

Cañete Nieto, A., Pardo Romaguera, E., Alfonso Comos, P., Valero Poveda, S., Fernández Férriz, A., Porta Cebolla, S., Barreda Reines, M.S. y Peris Bonet, R. (2023). *Cáncer infantil en España. Estadísticas 1980-2022. Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP)*. Universitat de València. <https://www.uv.es/rnti>.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.

Castellano, C., Sánchez del Toledo, J.S., Blasco, T., Gros, L., Capdevila, L. y Pérez-Campdepadrós, M. (2010). Afrontamiento y malestar emocional parental en relación a la calidad de vida del adolescente oncológico en remisión. *Psicooncología*, 7(2-3), 415-431.

Chacón-Muñoz, M.D. y Cisneros-Castolo, M. (2011). Modelo de intervención AFASINCA para familiares de niños con cáncer. *Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social*, 19(3), 155-161.

Cheng, C., Lau, HPB., y Chan, MPS. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1582-1607. <https://doi.org/10.1037/a0037913>

Comisión de Psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer. (2009). *Intervención psicosocial de alumnos con cáncer*. Federación Española de Padres de Niños con Cáncer.

Compas, B.E., Jaser, S.S., Bettis, A.H., Watson, K.H., Gruhn, M.A., Dunbar, J.P., Williams, E., y Thigpen, J.C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological bulletin*, 143(9), 939-991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>

Crowder, S.L., Sauls, R., Gudenkauf, L.M., James, C., Skinner, A., Reed, D.R., y Stern, M. (2023). The lived experience of young adult cancer survivors after treatment: A qualitative study. *Nutrients*, 15(14), 3145. <https://doi.org/10.3390/nu15143145>

Cuevas Uriostegui, M.L., Villasis Keever, M.A. y Fajardo Gutiérrez, A. (2003). Epidemiología del cáncer en adolescentes. *Salud Pública México*, 45(Supl. 1), 115-123.

Dieluweit, U., Debatin, K.M., Grabow, D., Kaatsch, P., Peter, R., Seitz, D.C.M., y Goldbeck, L. (2010). Social outcomes of long-term survivors of adolescent cancer: Social outcomes survivors of adolescent cancer. *Psycho-Oncology*, 19(12), 1277–1284. <https://doi.org/10.1002/pon.1692>

Die Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*, 0(1), 39-48.

Erickson, S.J., y Steiner, H. (2001). Trauma and personality correlates in long term pediatric cancer survivors. *Child Psychiatry and Human Development*, 31, 195-213. <https://doi.org/10.1023/a:1026477321319>.

Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M.A., y Del Barrio, V. (2015). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación*. TEA Ediciones.

Fernández-Plaza S., Sevilla J. y Madero L. (2004) Tratamiento del cáncer en pediatría: estado actual y perspectivas futuras. *Pediatría Integral*, 8(6), 501-10.

Frydenberg, E., y Lewis, R. (1996). *ACS, Escala de Afrontamiento para Adolescentes*. TEA Ediciones.

- Furman, W., y Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development*, 63(1), 103-115. <https://doi.org/10.2307/1130905>
- García-García, AA., y Lucio, ME. (2016). Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. *Gaceta mexicana de oncología*, 15(1), 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.gamo.2016.02.004>
- Gibson, F., Hibbins, S., Grew, T., Morgan, S., Pearce, S., Stark, D., y Fern, L.A. (2016). How young people describe the impact of living with and beyond a cancer diagnosis: feasibility of using social media as a research method: Young people describe their cancer experience using social media. *Psycho-Oncology*, 25(11), 1317-1323. <https://doi.org/10.1002/pon.4061>
- Grau Rubio, C. (2002). Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia. *Educación, desarrollo y diversidad*, 5(2), 87-106.
- Harper, E. (2016). *A review of factors contributing to the shortage of palliative care service for adolescent and young adult oncology patients* [Tesis doctoral, Faculty of Antioch University Seattle, Seattle, WA]. <https://aura.antioch.edu/etds/28>
- Havighurst R. (1992). *Developmental Tasks and Education*. David McKay.
- Hensler, M.A., Katz, E.R., Wiener, L., Berkow, R., Madan Swain, A. (2013). Benefit finding in fathers of childhood cancer survivors: A retrospective pilot study. *J Pediatr Oncol Nurs*, 30, 161-168. <https://doi.org/10.1177/1043454213487435>
- Huapaya, Y. (2018). Autoestima y estrategias de afrontamiento al estrés en adolescentes. *Ciencia y Arte de Enfermería*, 3, 27-31. <https://doi.org/10.24314/rcae.2018.v3n1.06>

Hullmann, S.E., Fedele, D.A., Molzon, E.S., Mayes, S., y Mullins, L.L. (2014). Posttraumatic growth and hope in parents of children with cancer. *J Psychosoc Oncol*, 32, 696-707. <https://doi.org/10.1080/07347332.2014.955241>

Instituto Nacional de Estadística (2022). *Defunciones según la Causa de Muerte*. https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf

Instituto Nacional del Cáncer (NIH). (7 de diciembre de 2022). *El cáncer en los niños y adolescentes*. NCI. An official website of the United States government. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/infantil/hoja-informativa-ninos-adolescentes>

Ionio, C., Bigoni, F., Sacchi, M., Zecca, M., Bergami, E., Landoni, M., Ciuffo, G., Rovati, A., y Rizzi, D. (2023). Exploring the effects of cancer as a traumatic event on Italian adolescents and young adults: Investigating psychological well-being, identity construction and coping strategies. *Pediatric Reports*, 15(1), 254-262. <https://doi.org/10.3390/pediatric15010021>

Kamaladasa, D.S., Sansom-Daly, U.M., Hetherington, K., McGill, B.C., Ellis, S.J., Kelada, L., Donoghoe, M.W., Evans, H., Anazodo, A., Patterson, P., Cohn, R.J., y Wakefield, C.E. (2021). How are families faring? Perceived family functioning among adolescent and young adult cancer survivors in comparison to their peers. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 10(6), 711-719. <https://doi.org/10.1089/jayao.2020.0215>

Kassam-Adams, N., Fleisher, C.L., y Winston, F.K. (2009). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in parents of injured children. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 294-302. <https://doi.org/10.1002/jts.20424>

Kolobova, I. (2016). *Adolescent and young adult oncology patients and their caregivers*. [Tesis doctoral, Department of Human Development and Family Science, East Carolina University]. <http://hdl.handle.net/10342/5400>

Kornfeld DS. (2002). Consultation-liaison psychiatry: Contributions to medical practice. *Am J Psychiatry* 159, 1964-1972. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.1964>

Krasne, M., Ruddy, K.J., Poorvu, P.D., Gelber, S.I., Tamimi, R.M., Schapira, L., Peppercorn, J., Come, S.E., Borges, V.F., Partridge, A.H., y Rosenberg, S.M. (2022). Coping strategies and anxiety in young breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 30, 9109-9116. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07325-7>

Levitt, M.J., Guacci-Franco, N. y Levitt, J.L. (1993). Convoys of social support in childhood and early adolescence: Structure and function. *Developmental Psychology*, 29(5), 811-818.

Lie, N.K., Larsen, T.M.B., y Hauken, M.A. (2018). Coping with changes and uncertainty: A qualitative study of young adult cancer patients' challenges and coping strategies during treatment. *European Journal of Cancer Care*, 27(6), e12743. <https://doi.org/10.1111/ecc.12743>

López, J., Ortiz, G., Noriega, C. (2019). Posttraumatic growth in parents of children and adolescents with cancer. *An Sist Sanit Navar*, 42(3), 325-37. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0717>

Mavrides, N., y Pao, M. (2014). Updates in paediatric psycho-oncology. *International Review of Psychiatry* 26(1), 63-73. <https://doi.org/10.3109/09540261.2013.870537>

- McCarthy, M.C., Ashley, D.M., Lee, K.J., y Anderson, V.A. (2012). Predictors of acute and posttraumatic stress symptoms in parents following their child's cancer diagnosis. *Journal of Traumatic Stress, 25*(5), 558-566. <https://doi.org/10.1002/jts.21745>
- McMahon, E.M., Corcoran, P., McAuliffe, C., Keeley, H., Perry, I.J., y Arensman, E. (2013). Mediating effects of coping style on associations between mental health factors and self-harm among adolescents. *Crisis, 34*(4), 242-250. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000188>
- Mingorance, M., Arbinaga, F., Márquez, J., y Bayo-Calero, J. (2019). Coping strategies and self-esteem in women with breast cancer. *Anales de Psicología, 35*, 188-94. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.336941>.
- Mittmann, G., y Schrank, B. (2021). Determinants of health and well-being in adolescents : Review of sex differences with a focus on boys: Review of sex differences with a focus on boys. *Wiener Klinische Wochenschrift, 133*(19-20), 1057-1063. <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01726-6>
- Muscara, F., McCarthy, M.C., Thompson, E.J., Heaney, C.M., Hearps, S., Rayner, M., Burke, K., Nicholson, J. y Anderson, V. (2017). Psychosocial, Demographic, and Illness-Related Factors Associated With Acute Traumatic Stress Responses in Parents of Children With a Serious Illness or Injury. *Journal of Traumatic Stress, 30*(3), 237-244. <https://doi.org/10.1002/jts.22193>
- Organización Mundial de la Salud. (19 de octubre de 2023). *Salud del Adolescente*. <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>
- Ortigosa, J.M. y Méndez, F. (2000): *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas. Teoría y práctica*. Biblioteca Nueva.

- Ortigosa, J.M., Méndez, F.X. y Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología*, 6, 413-428.
- Ortigosa, J.M., Riquelme, A., Álvarez Soto, H., Astillero Fuentes, M.J. y Sánchez Piñera, I. (2016). Eficacia de la actuación de los payasos sobre el miedo a procedimientos dolorosos en oncohematología Pediátrica. *Psicooncología*, 13, 297-305.
- Padovani, F.H.P., Lopes, G.C., y Perosa, G.B. (2021). Coping behavior of children undergoing chemotherapy. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 38, e192101. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e190121>
- Patino-Fernandez, A., Pai, A., Alderfer, M., Hwang, W.T., Reilly, A. y Kazak, A.E. (2008). Acute stress in parents of children newly diagnosed with cancer. *Pediatric Blood Cancer*, 50, 289-292. <https://doi.org/10.1002/pbc.21262>
- Phelps, C., Minou, M., Baker, A., Hughes, C., French, H., y Hawkins, W. (2017). Necessary but not sufficient? Engaging young people in the development of an avatar-based online intervention designed to provide psychosocial support to young people affected by their own or a family member's cancer diagnosis. *Health Expectations*, 20, 459-470. <https://doi.org/10.1111/hex.12473>
- Pinkerton, R., Donovan, L., y Herbert, A. (2018). Palliative care in adolescents and young adults with cancer—why do adolescents need special attention? *The Cancer Journal*, 24(6), 336-341. <https://doi.org/10.1097/ppo.0000000000000341>
- Pitillas, C. (2009). Psicoterapia en la asistencia psicológica del niño con cáncer. *Intersubjetivo*, 10, 187-203.

Pitillas, C. (2013). Psicoterapia psicodinámica con el niño y adolescente diagnosticados de cáncer: retos y oportunidades. *Intersubjetivo*, 13, 189-201.

Pitillas, C. (2014). La práctica de la terapia sistémica. En A. Moreno (Ed.), *Familia y enfermedad: intervención familiar en el cáncer infantil*. (pp. 258-282). Desclée de Brower.

Pitillas, C. y Martín, J. (2018). Knowing what to do, when, and how: An integrative approach to the use of psychoanalytic play therapy with children affected by cancer *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 17(3), 198-212.

Poch, F., Carrasco, M., Moreno, Y., Cerrato, S., y Aznar, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31, 226-33. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.1.163681>

Puello-Alcocer, E.C., Herrera-Espitia, K., German-Orozco, SC. (2020). Sentimientos y cambios en niños y adolescentes con cáncer en Montería. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(2), 33-43. <https://doi.org/10.22463/17949831.1756>

Ramírez, O. (2016). Información y cáncer infantil. *Colombia Médica*, 47, 74-75.

Reed-Berendt, R., Shafran, R., Langdon, D., Christie, D., Hough, R., y Coughtrey, A. (2019). Experiences of low mood in young people with cancer: A qualitative study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 36(6), 424-435. <https://doi.org/10.1177/1043454219844232>

- Reddick, W.E., White, H.A., Glass, J.O., Wheeler, G.C., Thompson, S.J. y Gajjar, A. (2003). Developmental Model Relating White Matter Volume to Neurocognitive Deficits in Pediatric Brain Tumor Survivors. *Cancer*, 97, 2512-2519.
- Rivera, R. (2002). Conceptos generales del cáncer infantil en México: la investigación en oncología. En: R. Rivera (Ed.), *Oncología Pediátrica: conceptos básicos y clínicos* (pp. 1-13). Intersistemas.
- Rosenberg, A.R., Yi-Frazier, J.P., Wharton, C., Gordon, K., y Jones, B. (2014). Contributors and inhibitors of resilience among Adolescents and Young Adults with cancer. *J Adolesc Young Adult Oncol*, 3(4), 185-93. <https://doi.org/10.1089/jayao.2014.0033>.
- Sauceda-García, J.M., y Maldonado-Durán, J.M. (2003). *La familia: su dinámica y tratamiento*. Organización Panamericana de la Salud (Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud).
- Sepúlveda Ramírez, J., y Carrillo González, G.M. (2019). Evaluation of symptoms in children and adolescents with cancer: comprehensive review. *Revista ciencia y cuidado*, 16(3), 103-113. <https://doi.org/10.22463/17949831.1373>
- Sharp, K., Tillery, R., Long, A., Wang, F., Pan, H., y Phipps, S. (2022). Trajectories of resilience and posttraumatic stress in childhood cancer: Consistency of child and parent outcomes. *Health Psychology*, 41(4), 256-267. <https://doi.org/10.1037/hea0001132>
- Shaw, R., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K., Fleisher, B., y Koopman, C. (2006). Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics*, 47, 206-212. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.3.206>

Shin, H., Bartlett, R., y De Gagne, J.C. (2019). Health-related quality of life among survivors of cancer in adolescence: An integrative literature review. *Journal of Pediatric Nursing*, 44, 97-106. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.11.009>

Shin, H., Bartlett, R., y Gagne, J. (2020). Integrative literature review on psychological distress and coping strategies among survivors of adolescent cancer. *Oncology nursing forum*, 47(5), E131–E148. <https://doi.org/10.1188/20.onf.e131-e148>

Siegel, R.L., Miller, K.D., Fuchs, H.E., y Jemal, A. (2021). Cancer Statistics 2021, *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(1), 7-33. <https://doi.org/10.3322/caac.21654>

Silva Diverio, M.I. (2006). *Aproximación a la adolescencia y su interrelación con el entorno*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, INJUVE, Instituto de la Juventud con el Colegio Oficial de Psicólogos de España.

Stam, H., Hartman, E.E., Deurloo, J.A., Groothoff, J., y Grootenhuis, M.A. (2006). Young adult patients with a history of pediatric disease: impact on course of life and transition into adulthood. *J Adolesc Health*, 39, 4-13. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.03.011>.

Thabrew, H., Stasiak, K., Hetrick, S.E., Wong, S., Huss, J.H., Merry, S.N. (2017). eHealth interventions for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1, CD012489. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012489>.

Turner-Sack, A.M., Menna, R., Setchell, S.R., Maan, C., y Cataudella, D. (2012). Posttraumatic growth, coping strategies, and psychological distress in adolescent survivors of cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*, 29(2), 70-79. <https://doi.org/10.1177/1043454212439472>

Uman, L.S., Chambers, C.T., McGrath, P.J. y Kise, L.S. (2008). A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated Cochrane review. *Journal Pediatric Psychology*, 33, 842-854.

Urzúa, M.A., y Jarne, E.A. (2008) Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *R Interam Psicol*, 42, 151-160.

Van Dijk, E.M., van Dulmenden, B.E., Kaspers, G.J., van Dam, E.W., Braam, K.I., y Huisman, J. (2018). Psychosexual functioning of childhood cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 17(5), 506-511.
<https://doi.org/10.1002/pon.1274>.

Vera-Villaruel, P., Silva, J., Celis-Atenas, K. y Pavez, P. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1275-1283.

Vilagut, G., María Valderas, J., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E. y Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726-735.

Vizcaíno, M., Lopera, J.E., Martínez, L., Reyes, I.D.L., y Linares, A. (2016). Guía de atención integral para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de leucemia linfocítica aguda en niños, niñas y adolescentes. *Revista colombiana de cancerología*, 20(1), 17-27.
<https://doi.org/10.1016/j.rccan.2015.08.003>

Walsh, C., Currin-McCulloch, J., Simon, P., Zebrack, B., y Jones, B. (2019). Shifting needs and preferences: Supporting young adult cancer patients during the transition from active treatment to survivorship care. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 8(2), 114-121.
<https://doi.org/10.1089/jayao.2018.0083>

- Wang, M., Huang, M., y Hong, Y. (2022). Psychological intervention in children with transfusion-dependent β -thalassaemia. *Vox Sanguinis*, 117(3), 386-392. <https://doi.org/10.1111/vox.13201>
- Ware, J.E., Kosinski, M., y Keller, S.D. (1995). *SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales*. The Health Institute - New England Medical Center.
- Wendy-Mitchell, S.C. y Sloper, P. (2006). Care and support needs of children and young people with cancer and their parents. *Psycho-Oncology*, 15, 805-816.
- Wicks, L., Mitchell, A. (2010). The adolescent cancer experience: loss of control and benefit finding. *Eur J Cancer Care*, 19(6), 778-785.
- Williams, K.A. (2013). Adolescent and Young Adult Oncology: An Emerging Subspecialty. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 292-296.
- Xie, J., Ding, S., He, S., Duan, Y., Yi, K., y Zhou, J. (2017). A prevalence study of psychosocial distress in adolescents and young adults with cancer. *Cancer Nursing*, 40(3), 217-223. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000396>
- Yélamos, C., García, G., Fernández, B, y Pascual, C. (2011). *El cáncer en los niños. España: Asociación Española Contra el Cáncer*. [Archivo PDF]. <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/guiareducida.pdf>.
- Zahava, R.S., Rosenberg-Yunger, A.F.K. y Amin, L. (2013). Barriers and facilitators of transition from pediatric to adult long-term follow-up care in childhood cancer survivors. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 2(3):105-111. <https://doi.org/10.1089/jayao.2013.0003>.

Zebrack, B.J., y Chesler, M.A. (2002). Quality of Life in childhood cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 11, 132-141.
<https://doi.org/10.1002/pon.569>.

8. Anexos.

8.1. Presentación del proyecto y consentimiento informado.

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

INFLUENCIA DEL ESTILO DE AFRONTAMIENTO SOBRE EL AJUSTE A LA ENFERMEDAD EN ADOLESCENTES ONCOLÓGICOS: IMPLICACIONES Y FACTORES RELACIONADOS.

INTRODUCCIÓN:

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio en el que invitamos a participar a su hijo/a. Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no que su hijo/a participe en el mismo. Para ello le pedimos que lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Debe de saber que la participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir que su hijo no participe, o cambiar su decisión y retirar el consentimiento antes de la realización del procedimiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO:

Este proyecto se realizará en el Hospital General Universitario de Alicante y en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia mediante la asociación ASPANION. Por otro lado, en el Hospital Universitario Infantil Niño Jesús de Madrid se llevó a cabo a través de la asociación Asion como Proyecto de Tesis Doctoral de la Universidad de Murcia.

El objetivo del estudio es valorar las diferentes estrategias de afrontamiento a la enfermedad oncológica en población clínica de 12 a 18 años, y las implicaciones de este afrontamiento en la adaptación a la enfermedad en las distintas fases (fase de diagnóstico, fase de hospitalización y fase de seguimiento)

En los últimos años, se han realizado diferentes estudios en adolescentes, para evaluar cuáles son las variables psicológicas y sociales que interactúan en el proceso de enfermedad. En base a esta revisión bibliográfica se ha considerado la necesidad de estudiar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el ajuste a la enfermedad, para conocer las necesidades específicas de este grupo de edad.

Se ha observado que hay muchos aspectos a explorar en los adolescentes que se encuentran relacionados con enfermedades oncológicas, por lo que se necesita seguir llevando a cabo proyectos de este tipo, con la finalidad de mejorar estos instrumentos siempre con la intención de optimizar la situación de los adolescentes en este tipo de enfermedades.

PROCEDIMIENTO:

Si su hijo/a participa en este estudio, se llevará a cabo una entrevista inicial tanto con ustedes como con su hijo/a, en la que se explicarán todos los aspectos relativos al proyecto y se firmarán los diferentes consentimientos.

A continuación, se procederá a aplicar a su hijo/a una batería de evaluación. También se le aplicará una batería de evaluación a los padres o tutores del menor.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:

Esperamos que con este estudio podamos conseguir más información de la relación existente entre las estrategias de afrontamiento a la enfermedad oncológica y la adaptación a la enfermedad en cada una de estas fases.

CONFIDENCIALIDAD:

La participación de su hijo en este estudio es confidencial. Los datos de su hijo se incorporarán a los registros del estudio para su análisis posterior. Sólo se transmitirán a terceros los datos recogidos para el proyecto, que en ningún caso contendrán información que pueda identificar al paciente directamente. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del proyecto descrito, garantizando la confidencialidad.

Si usted decide retirar el consentimiento informado para participar en este proyecto, ningún dato será añadido a la base de datos, pudiendo exigir la destrucción de toda la información recogida sobre el procedimiento realizado.

Diego José Sáez Rodríguez.

Psicólogo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo (nombre y apellidos) en calidad de (relación con el paciente) de (nombre y apellidos del participante), con DNI

Yo....., con D.N.I, mayor de 14 años de edad.

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer las preguntas que he considerado pertinentes sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que la participación es voluntaria.

Comprendo que, antes de realizar el procedimiento puedo revocar el consentimiento informado, retirando la participación del proyecto

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en la relación médico paciente.

Presto mi conformidad para que (nombre del participante)participe en este proyecto y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de los datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del representante:

Nombre:

Fecha:

Firma del Psicólogo:

Nombre: Diego José Sáez Rodríguez

Fecha:

8.2. Batería de evaluación.**ID****BATERÍA DE EVALUACIÓN DEL/LA MENOR****1. INFORMACIÓN PERSONAL:**

Nombre			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Sexo		Fecha nacimiento	

2. INFORMACIÓN ACADÉMICA

Curso académico actual		Instituto	
Actividad extraescolar		Nota media año anterior	
¿Has repetido algún curso?		¿Cuál?	
¿Has faltado a clase en los últimos 30 días?		¿Con qué motivo?	
Periodo de enfermedad			

Marque con una X la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar frente a los problemas (Nunca lo hago A, lo hago raras veces B, lo hago algunas veces C, lo hago a menudo D, o lo hago con mucha frecuencia E)

1	Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviera el mismo problema	A	B	C	D	E
2	Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema	A	B	C	D	E
3	Seguir con mis tareas como es debido	A	B	C	D	E
4	Preocuparme por mi futuro	A	B	C	D	E
5	Reunirme con amigos	A	B	C	D	E
6	Producir una buena impresión en las personas que me importan	A	B	C	D	E
7	Esperar que ocurra lo mejor	A	B	C	D	E
8	No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada	A	B	C	D	E
9	Llorar o gritar	A	B	C	D	E
10	Organizar una acción o petición en relación con mi problema	A	B	C	D	E
11	Ignorar el problema	A	B	C	D	E
12	Criticarme a mí mismo	A	B	C	D	E
13	Guardar mis sentimientos para mí solo	A	B	C	D	E
14	Dejar que Dios se ocupe de mis problemas	A	B	C	D	E
15	Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves	A	B	C	D	E
16	Pedir consejos a una persona competente	A	B	C	D	E
17	Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión	A	B	C	D	E
18	Hacer deporte	A	B	C	D	E
19	Hablar con otros para apoyarnos mutuamente	A	B	C	D	E
20	Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades	A	B	C	D	E
21	Asistir a clase con regularidad	A	B	C	D	E
22	Preocuparme por mi felicidad	A	B	C	D	E
23	Llamar a un amigo íntimo	A	B	C	D	E
24	Preocuparme por mis relaciones con los demás	A	B	C	D	E
25	Desear que suceda un milagro	A	B	C	D	E
26	Simplemente, me doy por vencido	A	B	C	D	E
27	Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos)	A	B	C	D	E
28	Organizar un grupo que se ocupe del problema	A	B	C	D	E
29	Ignorar conscientemente el problema	A	B	C	D	E

30	Darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas	A	B	C	D	E
31	Evitar estar con la gente	A	B	C	D	E
32	Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva	A	B	C	D	E
33	Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas	A	B	C	D	E
34	Conseguir ayuda o consejo de un profesional	A	B	C	D	E
35	Salir y divertirme para olvidar mis dificultades	A	B	C	D	E
36	Mantenerme en forma y con buena salud	A	B	C	D	E
37	Buscar ánimo en otros	A	B	C	D	E
38	Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta	A	B	C	D	E
39	Trabajar intensamente	A	B	C	D	E
40	Preocuparme por lo que esta pasando	A	B	C	D	E
41	Empezar una relación personal estable	A	B	C	D	E
42	Tratar de adaptarme a mis amigos	A	B	C	D	E
43	Esperar que el problema se resuelva por si solo	A	B	C	D	E
44	Me pongo malo	A	B	C	D	E
45	Trasladar mis frustraciones a otros	A	B	C	D	E
46	Ir a reuniones en las que se estudia el problema	A	B	C	D	E
47	Borrar el problema de mi mente	A	B	C	D	E
48	Sentirme culpable	A	B	C	D	E
49	Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa	A	B	C	D	E
50	Leer un libro sagrado o de religión	A	B	C	D	E
51	Tratar de tener una visión alegre de la vida	A	B	C	D	E
52	Pedir ayuda a un profesional	A	B	C	D	E
53	Buscar tiempo para actividades de ocio	A	B	C	D	E
54	Ir al gimnasio o hacer ejercicio	A	B	C	D	E
55	Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él	A	B	C	D	E
56	Pensar en lo que estoy haciendo y por qué	A	B	C	D	E
57	Triunfar en lo que estoy haciendo	A	B	C	D	E
58	Inquietarme por lo que puede ocurrir	A	B	C	D	E
59	Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o chica	A	B	C	D	E
60	Mejorar mi relación personal con los demás	A	B	C	D	E
61	Soñar despierto que las cosas irán mejorando	A	B	C	D	E
62	No tengo forma de afrontar la situación	A	B	C	D	E
63	Cambiar las cantidades de lo que como bebo o duermo	A	B	C	D	E
64	Unirme a gente que tiene el mismo problema	A	B	C	D	E
65	Aislarme del problema para poder evitarlo	A	B	C	D	E
66	Considerarme culpable	A	B	C	D	E
67	No dejar que otros sepan cómo me siento	A	B	C	D	E
68	Pedir a Dios que cuide de mí	A	B	C	D	E
69	Estar contento de cómo van las cosas	A	B	C	D	E
70	Hablar del tema con personas competentes	A	B	C	D	E
71	Conseguir apoyo de otros, como mis padres ó amigos	A	B	C	D	E
72	Pensar en distintas formas de afrontar el problema	A	B	C	D	E
73	Dedicarme a mis tareas en vez de salir	A	B	C	D	E
74	Inquietarme por el futuro del mundo	A	B	C	D	E
75	Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir	A	B	C	D	E
76	Hacer lo que quieren mis amigos	A	B	C	D	E
77	Imaginar que las cosas van mejor	A	B	C	D	E
78	Sufro dolores de cabeza o del estomago	A	B	C	D	E
79	Encontrar una forma de aliviar la tensión, por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas	A	B	C	D	E
80	Anota en la hoja de respuesta cualquier cosa que suelas hacer para afrontar tus problemas					

Lee detenidamente cada una de las frases, e indica si lo que dice la frase te pasa a ti.
Para responder tendrás que elegir en cada frase una de las 5 opciones

	1	2	3	4	5
	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
1	Me gusta cómo soy.				1 2 3 4 5
2	Me esfuerzo en mis estudios.				1 2 3 4 5
3	Me cuesta permanecer sentado.				1 2 3 4 5
4	Me despierto cansado por las mañanas.				1 2 3 4 5
5	Soy vergonzoso.				1 2 3 4 5
6	Tengo mala suerte.				1 2 3 4 5
7	Caigo bien a la gente.				1 2 3 4 5
8	Me distraigo fácilmente.				1 2 3 4 5
9	Me enfado o enojo con los demás.				1 2 3 4 5
10	Me pongo nervioso cuando hay mucha gente alrededor.				1 2 3 4 5
11	Me siento cansado.				1 2 3 4 5
12	Se me olvidan las cosas.				1 2 3 4 5
13	Me cuesta esperar a que llegue mi turno.				1 2 3 4 5
14	Disfruto de las cosas menos que antes.				1 2 3 4 5
15	Me siento orgulloso de mí mismo.				1 2 3 4 5
16	Pienso demasiado en la comida.				1 2 3 4 5
17	Me cuesta tomar decisiones.				1 2 3 4 5
18	Me duele la cabeza.				1 2 3 4 5
19	Mis padres me pegan.				1 2 3 4 5
20	Cuando me miro al espejo no me gusta lo que veo.				1 2 3 4 5
21	Me da mucha vergüenza hablar de algunas cosas que me han pasado.				1 2 3 4 5
22	Me gustan las emociones fuertes.				1 2 3 4 5
23	Grito cuando me enfado o me enojo.				1 2 3 4 5
24	Mis compañeros de clase me ignoran.				1 2 3 4 5
25	Me cuele en los sitios sin pagar.				1 2 3 4 5
26	Me despierto por la noche con pesadillas.				1 2 3 4 5
27	Hago todo mal.				1 2 3 4 5
28	Me cuesta estar tranquilo haciendo cosas.				1 2 3 4 5
29	Confío en mí mismo.				1 2 3 4 5
30	Me siento incómodo cuando los demás me miran.				1 2 3 4 5
31	Me dicen que soy muy despistado.				1 2 3 4 5
32	Pienso que tengo que cambiar, aunque me cueste mucho.				1 2 3 4 5
33	Hago amigos nuevos con facilidad.				1 2 3 4 5
34	Hay cosas que me molestan y no sé por qué.				1 2 3 4 5
35	Las preocupaciones me duran mucho.				1 2 3 4 5
36	Lo paso mal en el colegio o instituto.				1 2 3 4 5
37	Algunos compañeros me obligan a hacer cosas que no quiero.				1 2 3 4 5
38	Sufro mucho.				1 2 3 4 5
39	Me dicen que no pongo atención cuando me hablan.				1 2 3 4 5
40	Me gustaría cambiar de familia.				1 2 3 4 5
41	Miento para conseguir lo que quiero.				1 2 3 4 5
42	Me vienen imágenes desagradables de cosas que me han pasado.				1 2 3 4 5
43	Tengo miedo a equivocarme.				1 2 3 4 5
44	Siento la necesidad de hacer las cosas siempre en el mismo orden.				1 2 3 4 5
45	Los demás me dicen que soy raro.				1 2 3 4 5
46	Soy consciente de que tengo que cambiar algunas cosas de mí y estoy dispuesto.				1 2 3 4 5
47	Digo o hago las cosas sin pensar.				1 2 3 4 5
48	Me mareo.				1 2 3 4 5
49	Molesto a las personas que me caen mal.				1 2 3 4 5
50	Siento que a nadie le importa lo que hago.				1 2 3 4 5
51	Mi estado de ánimo cambia sin saber por qué.				1 2 3 4 5

	1	2	3	4	5
	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
52	Me pongo nervioso cuando me hablan desconocidos.				1 2 3 4 5
53	Creo que mi cuerpo es horrible.				1 2 3 4 5
54	Los demás cuentan conmigo para hacer actividades o trabajos en grupo.				1 2 3 4 5
55	Cuando salgo con mis amigos bebo alcohol.				1 2 3 4 5
56	Exploto con facilidad.				1 2 3 4 5
57	Mis profesores sólo ven lo que hago mal.				1 2 3 4 5
58	Tengo pocas energías.				1 2 3 4 5
59	Cuando estoy furioso tiro o rompo objetos.				1 2 3 4 5
60	Me resulta emocionante hacer cosas peligrosas.				1 2 3 4 5
61	Odio algunas partes de mi cuerpo.				1 2 3 4 5
62	Contesto mal a mis padres o a los profesores.				1 2 3 4 5
63	Me siento enfermo.				1 2 3 4 5
64	Me tiembla la voz cuando hablo en un grupo.				1 2 3 4 5
65	Me cuesta atender cuando alguien me está explicando algo.				1 2 3 4 5
66	Siento mucha angustia hasta que realizo con precisión algunas acciones.				1 2 3 4 5
67	Me dicen que soy muy impaciente.				1 2 3 4 5
68	Muchos de mis problemas son por mi actitud.				1 2 3 4 5
69	Me cuesta controlar mis emociones.				1 2 3 4 5
70	Tomo dinero de mis padres sin que lo sepan.				1 2 3 4 5
71	Tengo miedo de quedarme a solas con alguna persona.				1 2 3 4 5
72	Los profesores hacen que me sienta tonto.				1 2 3 4 5
73	Los demás se ríen de mí en el colegio o instituto.				1 2 3 4 5
74	Necesito tomar alcohol para pasarlo bien.				1 2 3 4 5
75	Me siento culpable.				1 2 3 4 5
76	Siento que voy a perder el control de mí mismo.				1 2 3 4 5
77	Estoy nervioso.				1 2 3 4 5
78	Me burlo de otras personas para divertirme.				1 2 3 4 5
79	Tengo sensaciones extrañas que no sé explicar.				1 2 3 4 5
80	Mis padres me gritan.				1 2 3 4 5
81	Soy sociable.				1 2 3 4 5
82	Me siento mal.				1 2 3 4 5
83	Doy muchas vueltas a las cosas en mi cabeza.				1 2 3 4 5
84	Me siento tonto.				1 2 3 4 5
85	Siento que nada me importa.				1 2 3 4 5
86	Me han pasado cosas horribles.				1 2 3 4 5
87	Busco excusas para no estudiar.				1 2 3 4 5
88	Me aterroriza la idea de ganar peso.				1 2 3 4 5
89	Pierdo el control cuando me enfado o enojo.				1 2 3 4 5
90	Tengo la sensación de que alguien me persigue.				1 2 3 4 5
91	Me cuesta mantener la atención durante mucho tiempo.				1 2 3 4 5
92	Necesito ayuda.				1 2 3 4 5
93	Me llevo bien con los demás.				1 2 3 4 5
94	Mis amigos toman drogas cuando están conmigo.				1 2 3 4 5
95	Me cuesta entender mis sentimientos.				1 2 3 4 5
96	Algunos compañeros me insultan o ridiculizan por el teléfono o por Internet.				1 2 3 4 5
97	Me afectan mucho algunas cosas que me han pasado.				1 2 3 4 5
98	Tengo miedo de hacer el ridículo.				1 2 3 4 5
99	Tengo problemas en casa.				1 2 3 4 5
100	Me llaman la atención en clase porque no paro de moverme.				1 2 3 4 5
101	Tengo mucho miedo a ensuciarme o contaminarme.				1 2 3 4 5
102	Falto a clase sin permiso.				1 2 3 4 5
103	Amenazo a otros para conseguirlo que quiero.				1 2 3 4 5
104	Duermo mal.				1 2 3 4 5
105	Me gusta probar cosas nuevas, aunque puedan ser peligrosas.				1 2 3 4 5

	1	2	3	4	5
	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
106	Cuando salgo a divertirme me ofrecen drogas.				1 2 3 4 5
107	Los demás me llaman para vernos y hacer cosas juntos.				1 2 3 4 5
108	Me pongo nervioso cuando mis cosas no están perfectamente ordenadas.				1 2 3 4 5
109	Me llevo cosas de las tiendas sin pagar.				1 2 3 4 5
110	Lo paso mal cuando estoy con desconocidos.				1 2 3 4 5
111	Tengo ganas de llorar.				1 2 3 4 5
112	Tengo ataques de nervios o de ansiedad.				1 2 3 4 5
113	Pierdo el control en las peleas.				1 2 3 4 5
114	Tengo cambios de humor muy bruscos.				1 2 3 4 5
115	Me insultan en el colegio o instituto.				1 2 3 4 5
116	Me atraen las situaciones peligrosas.				1 2 3 4 5
117	Me cuesta concentrarme.				1 2 3 4 5
118	Hay cosas que van mal en mi vida y necesitaría ayuda.				1 2 3 4 5
119	Creo que otras personas pueden leer mis pensamientos.				1 2 3 4 5
120	Insulto a los demás durante las discusiones.				1 2 3 4 5
121	Me duele el estómago o la tripa.				1 2 3 4 5
122	Siento que las cosas que me rodean son irreales o extrañas.				1 2 3 4 5
123	Odio el colegio o instituto.				1 2 3 4 5
124	Quiero morirme.				1 2 3 4 5
125	En mi casa hay peleas.				1 2 3 4 5
126	Cometo errores imperdonables.				1 2 3 4 5
127	Hago lo que me da la gana, aunque me castiguen.				1 2 3 4 5
128	Siento como si me viera a mí mismo desde fuera como en una película.				1 2 3 4 5
129	Me angustian o agobian mis problemas.				1 2 3 4 5
130	Pienso en vomitar para no engordar.				1 2 3 4 5
131	Me dicen que no sé estar quieto.				1 2 3 4 5
132	Me dicen que me preocupo demasiado.				1 2 3 4 5
133	Me da vergüenza hablar con desconocidos.				1 2 3 4 5
134	Mi familia me apoya en las cosas que hago.				1 2 3 4 5
135	Tengo emociones muy fuertes que no sé controlar.				1 2 3 4 5
136	Paso la noche fuera de casa sin avisar.				1 2 3 4 5
137	Me siento solo.				1 2 3 4 5
138	El colegio o instituto es una pérdida de tiempo.				1 2 3 4 5
139	Pego a otros cuando me enfado o enojo.				1 2 3 4 5
140	Siento que estoy en peligro.				1 2 3 4 5
141	Pienso que mi vida no tiene sentido.				1 2 3 4 5
142	Cuando estoy con mis amigos, fumo marihuana o porros.				1 2 3 4 5
143	Cuando tengo problemas, hay personas que me escuchan.				1 2 3 4 5
144	Se me duermen los brazos o las piernas.				1 2 3 4 5
145	Lo estoy pasando mal y necesitaría que me ayudaran.				1 2 3 4 5
146	Hago locuras para divertirme.				1 2 3 4 5
147	Me pegan en el colegio o instituto.				1 2 3 4 5
148	Me enfado o enojo mucho cuando las cosas no salen como quiero.				1 2 3 4 5
149	Siento que me estoy volviendo loco.				1 2 3 4 5
150	Mis profesores dicen que no presto atención en clase.				1 2 3 4 5
151	Tengo que comprobar las cosas una y otra vez para quedarme tranquilo.				1 2 3 4 5
152	Cuando me siento mal pienso en darme un atracón de comida.				1 2 3 4 5
153	Creo que valgo menos que los demás.				1 2 3 4 5
154	Hago lo primero que se me pasa por la cabeza.				1 2 3 4 5
155	Me dicen que tengo que poner más atención en las cosas que hago.				1 2 3 4 5
156	Pienso que tengo que hacer cambios importantes en mí vida.				1 2 3 4 5
157	Me gustan las fiestas locas e impredecibles.				1 2 3 4 5
158	Cuando mis padres me mandan algo, digo que no me da la gana.				1 2 3 4 5
159	Cuando salgo a divertirme tomo drogas.				1 2 3 4 5

	1	2	3	4	5
	Nunca o casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
160	Hago cosas que no son del todo legales.				1 2 3 4 5
161	Me dicen que interrumpo a los demás y que no dejo hablar.				1 2 3 4 5
162	Estoy triste.				1 2 3 4 5
163	Me amenazan en el colegio o instituto.				1 2 3 4 5
164	Oigo voces o sonidos extraños dentro de mí cabeza.				1 2 3 4 5
165	Tengo dolores en la espalda o los hombros.				1 2 3 4 5
166	Desconfío de los demás.				1 2 3 4 5
167	Creo que provoco desgracias sólo con pensarlas.				1 2 3 4 5
168	Rompo o estropeo a propósito cosas de otras personas.				1 2 3 4 5
169	Me preocupo o me agobio.				1 2 3 4 5
170	Tengo miedo de que nos pase algo malo a mí o a mi familia.				1 2 3 4 5
171	Mi estado de ánimo cambia mucho a lo largo del día.				1 2 3 4 5
172	Mis amigos acuden a mí cuando tienen problemas.				1 2 3 4 5
173	Rompo o estropeo cosas de la calle (papeleras, cristales).				1 2 3 4 5
174	Estudiar me parece un aburrimiento.				1 2 3 4 5
175	Tengo pensamientos e ideas extraños.				1 2 3 4 5
176	Doy portazos o golpes cuando me enfado o enojo.				1 2 3 4 5
177	Cuando empiezo a comer siento que no puedo parar.				1 2 3 4 5
178	Hay cosas que no me puedo quitar de la cabeza.				1 2 3 4 5
179	Me considero guapo.				1 2 3 4 5
180	Me aprovecho de los demás si puedo.				1 2 3 4 5
181	En mi familia se pueden hablar las cosas.				1 2 3 4 5
182	Algunos compañeros me ponen en ridículo.				1 2 3 4 5
183	Me despisto y cometo muchos errores sin darme cuenta.				1 2 3 4 5
184	Me vienen pensamientos o imágenes a la cabeza que se repiten una y otra vez.				1 2 3 4 5
185	Me cuesta estar sin hacer nada porque me pongo nervioso.				1 2 3 4 5
186	Soy importante para mi familia.				1 2 3 4 5
187	Creo que tengo muchas cualidades buenas.				1 2 3 4 5
188	Tengo amigos de verdad.				1 2 3 4 5

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1.- En general, usted dirá que su salud es:

1	2	3	4	5
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

2.- Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada

3.- Subir varios pisos por la escalera

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas, a causa de su salud física?

4.- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

1	2	3	4	5
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

5.- ¿Estuvo limitado en el tipo de trabajo u otras actividades?

1	2	3	4	5
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

6.- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

1	2	3	4	5
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

7.- ¿Hizo su trabajo u otras actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre?

1	2	3	4	5
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

8.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Muchísimo

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia...

9.- ...se sintió calmado y tranquilo?

1	2	3	4	5
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

10.- ...tuvo mucha energía?

1	2	3	4	5
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

11.- ...se sintió desanimado y deprimido?

1	2	3	4	5
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

12.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

Muchas gracias por tu participación
Diego José Sáez Rodríguez
diegojose.saezr@um.es

RESULTADOS BATERÍA

SENA

	PD	T
ESCALAS DE CONTROL		
Inconsistencia		
Impresión negativa		
Impresión positiva		
ÍNDICES GLOBALES		
Índice global de problemas		
Índice de problemas emocionales		
Índice de problemas conductuales		
Índice de problemas en las funciones ejecutivas		
Índice de problemas contextuales		
Índice de recursos personales		
ESCALAS DE PROBLEMAS		
Problemas interiorizados		
Depresión		
Ansiedad		
Ansiedad social		
Quejas somáticas		
Sintomatología postraumática		
Obsesión-compulsión		
Problemas exteriorizados		
Problemas de atención		
Hiperactividad-impulsividad		
Problemas de control de la ira		
Agresión		
Conducta desafiante		
Conducta antisocial		
Otros problemas		
Consumo de sustancias		
Esquizotipia		
Problemas de la conducta alimentaria		
Problemas contextuales		
Problemas familiares		
Problemas con la escuela		
Problemas con los compañeros		
ESCALAS DE VULNERABILIDADES		
Problemas de regulación emocional		
Búsqueda de sensaciones		
ESCALAS DE RECURSOS PERSONALES		
Autoestima		
Integración y competencia social		
Conciencia de los problemas		

ACS

	DIMENSIONES	PD
1	Buscar apoyo social	
2	Concentrarse en resolver el problema	
3	Esforzarse y tener éxito	
4	Preocuparse	
5	Invertir en amigos íntimos	
6	Buscar pertenencia	
7	Hacerse ilusiones	
8	La estrategia de Falta de afrontamiento	
9	Reducción de la tensión	
10	Acción social	
11	Ignorar el problema	
12	Autoinculparse	
13	Reservarlo para sí	
14	Buscar apoyo espiritual	
15	Fijarse en lo positivo	
16	Buscar ayuda profesional	
17	Buscar diversiones relajantes	
18	Distracción física	

SF-12

DIMENSIONES	PD
Función física	
Rol físico	
Dolor corporal	
Salud general	
Vitalidad	
Función social	
Rol emocional	
Salud mental	
Componente sumario físico	
Componente sumario mental	

