

01921  
113



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

---

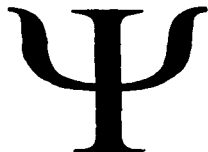
'EVALUACION DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO  
EN CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON CANCER'

**T E S I S**  
PARA OBTENER EL GRADO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A N  
**ROCIO BERENICE DE LA HUERTA HUERTA**  
**JULIO JAVIER CORONA MALDONADO**

DIRECTOR: JOSE MENDEZ VENEGAS

REVISORA: IRMA ZALDIVAR MARTINEZ

ASESOR METODOLOGICO: CARLOS MARTINEZ LOPEZ



MEXICO, D.F.

2003

A



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**

**Tesis Digitales**

**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**

**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso  
el contenido de mi trabajo reciente.  
NOMBRE: Julio Javier  
Correa Maldonado  
FECHA: 30/05/03  
FIRMA: S. F. 4

### Agradecimientos

Agradecemos las facilidades otorgadas al **Instituto Nacional de Pediatría** por brindarnos la oportunidad de realizar el presente estudio en sus instalaciones. A los directivos, al área de investigación y a todas aquellas personas que participaron.

A nuestro Director **José Méndez Venegas** por su paciencia, experiencia y apoyo incondicional.

A **Carlos Martínez** por su conocimiento, sus puntos de vista y sobre todo por su ayuda en el entendimiento de la estadística.

Así mismo les damos las gracias a nuestros revisores **Irma Zaldivar**, **Leonardo Reynoso** por el apoyo para el termino de nuestra tesis.

El tiempo pasa lento  
para quien espera,  
muy rápido  
para quien tiene miedo,  
muy largo  
para quien se lamenta  
y muy corto  
para quien goza,  
pero para aquellos que aman,  
el tiempo no existe.

Proverbio Inglés

Dedicado para aquellos que ya no están  
(Yahir, Lucero, César y tantos otros)  
Y para los que continúan en pie de lucha.

### A mis padres

No sólo por las grandes cosas,  
Sino por los detalles y los esfuerzos.  
Por todas las plegarias y porque se  
que no pasa un solo día sin que piensen  
en mí.  
Por apoyarme, guiarme y sobretodo por  
su cariño ¡GRACIAS!.

### A mis hermanos

Lucy:  
Te agradezco por tu apoyo en todos los sentidos.  
No pude haber tenido una mejor hermana.

Carmen:  
Gracias por tus miles de consejos, por  
enseñarme que los tropiezos son necesarios y  
hay que buscarle siempre lo positivo.  
Simplemente por ser mi segunda mamá

Miguel:  
Como puedo compensar el cariño,  
el apoyo y la confianza.

**Al Dr. José Méndez**

Muchas gracias por el apoyo,  
por las enseñanzas, por la confianza  
pero sobretodo por su amistad.  
¡Es usted un gran ser humano!.

**A Irma Zaldivar**

Gracias por los consejos, por compartir  
tus conocimientos y experiencia.  
Pero en especial por la confianza brindada  
para crecer en lo profesional  
y de esa manera lograr un crecimiento personal.

**Para mis amigos**

Por compartir momentos de alegría y tristeza.

Aurora, he aprendido mucho de tu fortaleza y de la manera en como vez la vida.

Tere, por tus palabras y por tu apoyo, porque las tristezas compartidas aminoran el dolor. ¡Gracias amiga!.

Bere, eres una gran amiga, siempre tienes una palabra de aliento, ¡Ah, que bárbara!.

Gerardo, por tus consejos y jalones de oreja. Por enseñarme que la madurez no la da los años sino la experiencia.

Javier, Gracias por tu paciencia, apoyo y por enseñarme que en la vida no todo es seriedad.

**Rocío**

**A mis padres**

Por las enseñanzas  
más útiles en mi vida,  
congruencia y esfuerzo  
en las metas personales,  
pero sobre todo la libertad  
y confianza para tomar un  
camino propio.

**A Denise Capdevielle**

Por las largas pláticas y  
momentos de reflexión,  
que sirvieron para llegar  
a este punto.

**A Irma Zaldivar.**

Por que su trabajo  
me sirvió como ejemplo,  
por su asesoría y palabras  
justas.

F

**A mi director**

José Méndez,  
por su confianza, por las  
oportunidades para crecer  
como persona y  
profesionalmente.  
Por su amistad.

**A mis compañeros en el Instituto**

Gerardo: por contagiar ese ánimo  
y dedicación.

Bere: por el apoyo y comentarios  
para este trabajo.

Rocío: mi compañera de tesis, por  
su consejo y apoyo durante este camino.

**A mi mujer**

Berenice, a poco más  
de un año de brindarme  
su compañía, amistad y  
cariño. Te amo.

**Javier**



## INDICE

	<b>Páginas</b>
<b>Introducción.</b>	<b>2</b>
<b>I. El niño con cáncer</b>	<b>5</b>
<b>II. El niño enfermo y su cuidador</b>	<b>11</b>
<b>III. Afrontamiento</b>	<b>19</b>
<b>IV. Metodología</b>	<b>33</b>
<b>V. Resultados</b>	<b>37</b>
<b>VI. Conclusiones</b>	<b>49</b>
<b>VII. Discusión</b>	<b>51</b>
<b>VIII. Sugerencias</b>	<b>55</b>
<b>IX. Referencias</b>	<b>56</b>
<b>X. Anexo</b>	<b>61</b>

## **RESUMEN**

El cáncer es una enfermedad crónica degenerativa ocasionada por células del organismo que pierden sus mecanismos normales de control y presentan un crecimiento desordenado. Actualmente el cáncer infantil representa la segunda causa de muerte.

El tener un hijo que ha sido diagnosticado con cáncer causa un gran impacto emocional, con sentimientos de culpa, incertidumbre, de soledad, de pérdida sobre el control de sus vidas. Es una situación de crisis que introduce cambios radicales y repentinos en el contexto físico, social y en la comunicación familiar.

Para el cuidador que en su gran mayoría son mujeres, representa una carga considerable de trabajo desatendiendo sus propias necesidades, aumentando el cansancio y haciendo la situación más difícil. Con frecuencia se observan conceptos e interpretaciones inadecuadas de la enfermedad o de los tratamientos, en algunas ocasiones confunden los efectos secundarios del tratamiento con signos del empeoramiento de la enfermedad y pueden mostrar actitudes de desconfianza con el tratamiento, teniendo repercusiones serias en el paciente ya que entorpecen el trabajo médico.

Por lo anterior el presente estudio estuvo encaminado a identificar los estilos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores ante el diagnóstico de cáncer en sus hijos, puesto que la forma en que la gente afronta las situaciones que lo alteran puede ser más importante que el funcionamiento psicosocial, que la frecuencia o la severidad de los mismos episodios estresantes.

Se evaluó el afrontamiento de 50 cuidadores primarios de niños con cáncer (por edad del niño y diagnóstico del niño) dentro del Instituto Nacional de Pediatría utilizando como instrumento el Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana, forma B traducido por Ayala y Aduna en 1989. El instrumento consta de 7 escalas de medición, se utilizó la escala de afrontamiento.

Dentro de la muestra se pudo observar que el estilo de afrontamiento más predominante fue el cognitivo activo y que la mayoría utilizan las estrategias de afrontamiento de búsqueda de información y resolución de problemas.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad crónica degenerativa que ha aumentado su incidencia en las últimas décadas, hasta ocupar uno de los diez primeros lugares como causa de muerte. El cáncer como enfermedad, produce deterioro no sólo en el ámbito interno sino externo, lo anterior aunado a que todos los tratamientos que son altamente agresivos, hace que se conciba sumamente dramático.

Actualmente en la República mexicana el cáncer infantil representa la segunda causa de muerte entre los 4 a 14 años de edad. La incidencia de cáncer en 1992 en menores de 15 años fue de 7800 nuevos casos anuales reflejando un incremento sostenido del 0.7% por año. En México la incidencia de cáncer de 0 a 18 años es de 120 nuevos casos por millón de habitantes al año (Rivera, 2002).

Díaz (2000) menciona que el diagnóstico de cáncer a un hijo provoca un gran impacto emocional en los distintos miembros de la familia: con sentimientos de miedo e incertidumbre, sentimientos de pérdida (de la salud, del control, de la autonomía, de la competencia, etc.), sentimientos de soledad (vivencia ajena a lo que nos rodea). Es una situación de crisis que introduce cambios radicales y repentinos en el contexto físico, social y lingüístico familiar, en los roles a desempeñar y en las prioridades que rigen las actuaciones.

Seligson y Reynoso (1996) mencionan que para la mayoría de las familias el diagnóstico de cáncer significa una crisis y un cambio en su vida por lo cual se requiere de un programa multidisciplinario, donde se implementen estrategias de afrontamiento.

Vivir y afrontar el cáncer es algo más que tratar un tumor o recuperarse de alguna cirugía o terminar un tratamiento terapéutico, la realidad biomédica de cuidar o ser un paciente con cáncer genera situaciones estresantes que frecuentemente implican una gama amplia de problemas psicológicos, por lo que intentar comprender el cáncer como un evento estrictamente biológico es un error.

Para que un programa de tratamiento sea efectivo, tiene que tener en cuenta a los padres, ya que en la mayoría de las ocasiones ellos son los cuidadores primarios; así como los hermanos, abuelos, y aquellos ajenos al tratamiento. Lo ideal es desarrollar un trabajo en conjunto con los niños, padres, profesores, psicólogos y oncólogos así como los voluntarios cuya experiencia les permite planear un tratamiento psicosocial efectivo.

La familia es un pilar básico en la administración de los cuidados especiales del paciente y tiene un papel de amortiguación de todas las tensiones que se van generando a lo largo del proceso de la enfermedad. La enfermedad crónica conlleva a una ruptura y una crisis de la vida cotidiana implicando reajuste en la vida de los miembros de la familia (worldwidehospital, 2001).

El cuidador primario se olvida de sus propias necesidades (descanso, alimentación, etc.), aumentando el cansancio debido a que crea una relación estrecha con el niño excluyendo al resto de la familia. Cuando menos olvide el cuidador sus necesidades más capacidad tendrá para ayudar al paciente.

MacDonald, Poertner y Pierpont (citado en Flores, 2002) señalan que tener un niño con una enfermedad grave representa para los padres tener que enfrentarse con desafíos. Porque el niño requiere cuidados médicos regulares, supervisión las 24 horas y un manejo conductual extenso, los padres dedican una porción importante de su propia energía en el cuidado de su hijo, es difícil encontrar el tiempo para hacer compras y para atender las obligaciones escolares o actividades extracurriculares de otros niños de la familia, puede ser imposible encontrar la energía para trabajar fuera de casa, cuidar adecuadamente de otro niño o mantener una relación íntima, resaltando las necesidades de los padres de balancear su dedicación entre el cuidado del niño, la comprensión de los eventos médicos, el cuidado personal y la visión de la familia como un todo.

Es una situación de crisis en la vida de los padres de nuestra población a estudiar, que introduce cambios radicales repentinos en el contexto físico, social y familiar, ya que en su

gran mayoría viven en provincia (Estado de México, Oaxaca, Guerrero, Hidalgo, Chihuahua, Morelos, Michoacán, Veracruz, etc.), con recursos económicos escasos y nivel cultural bajo.

El término de afrontamiento nos ayuda a explicar como los niños y los padres se adaptan a la enfermedad y tratamiento. Kurps, 1982 (citado en Miller, 2000) utiliza el concepto de afrontamiento en la investigación clínica en diversos estudios de pacientes con leucemia leucémicos, donde resalto que las variables ligadas al afrontamiento son la edad del niño (familias en las que el niño es mayor, reaccionan mejor que las familias donde el niño es más pequeño), la aparente ausencia de problemas familiares o conyugales, las reacciones de los otros miembros de la familia, la ausencia de tensiones concurrentes, el estatus profesional del padre y la ausencia de problemas en los hermanos. La personalidad de los padres y sus disposiciones habituales a reaccionar de una cierta forma no son predictivas de sus reacciones después del diagnóstico. Para Spinetta, 1983 (citado en Miller 2000) los padres que afrontan mejor son los que tienen una sólida filosofía de vida, que han constituido una ayuda desde el anuncio del diagnóstico, los que pueden contar con una persona de confianza durante la enfermedad del niño, que ha dado información al niño y el apoyo emocional adaptados a sus preguntas, a su edad y a su nivel de desarrollo.

La presente investigación estuvo encaminada a identificar los estilos de afrontamiento más utilizados por los padres y su relación con la edad del niño y el tipo de cáncer, ya que de esta manera se podrá determinar cómo los padres pueden reducir los efectos negativos de eventos estresantes en su bienestar emocional y físico, repercutiendo de manera favorable en la salud de su hijo, con lo que se tendrá una base para elaborar y seguir planes de acción efectivos a favor de los padres y el paciente.

## **I. EL CANCER**

El cáncer es una de las enfermedades más agresivas que un individuo puede sufrir, no es simplemente un problema físico sino un problema que compromete a las emociones y a la conducta en general por el impacto que representa la enfermedad.

El cáncer surge cuando las células de alguna parte del cuerpo comienzan a crecer sin control. Las células que son normales en el cuerpo crecen, se dividen y mueren en forma ordenada. Pero esto no sucede con las células cancerosas ya que estas continúan creciendo y dividiéndose. En lugar de morir, viven más tiempo que las células normales y continúan formando células anormales. (American Cancer Society, 2001).

Entre los factores causales desencadenantes del cáncer se encuentran: Los ambientales carcinógenos físicos (rayos X, radiación iónica y solar), los químicos (alcohol, tabaco residuos tóxicos, industriales como el asbesto) y los biológicos. Los factores hereditarios se encuentran las neoplasias como el retinoblastoma bilateral, anomalías cromosómicas con predisposición al cáncer síndrome de Down –Leucemia y neoplasias por predisposición familiar como el cáncer de mama. (Alvarado y Delgado, 1996).

### **TIPOS DE CANCER**

#### **LEUCEMIA**

Las leucemias son el grupo de padecimientos más frecuentes en la niñez. Es una enfermedad de los tejidos formadores de sangre, originándose en la médula ósea, cuya etiología se desconoce. Se ha determinado que la frecuencia de leucemia es de 5 casos nuevos por 100.000 niños, la incidencia de este padecimiento es de un niño enfermo por cada 2.880 niños sanos. Por lo tanto, se estima que existen poblaciones de alto riesgo, cuya probabilidad de desarrollar leucemia es mayor que en la población general; tal es el caso de los hermanos de niños con leucemia donde la frecuencia se incrementa cuatro veces en comparación con la población en general (Rivera, 1994).

Conforme al grado de supervivencia de los pacientes, se consideran las formas agudas (más frecuentes en la niñez) y crónicas. Desde el punto de vista morfológico, el blasto es considerado como característico de la leucemia aguda. Los blastos son parte de la maduración normal de los elementos sanguíneos y linfoides, en condiciones normales representa el 5% de las células nucleadas de la médula ósea y nunca se ven en la sangre periférica, la presencia elevada de blastos nos habla de un diagnóstico de leucemia aguda.

## **LEUCEMIA AGUDA LINFOBLASTICA**

Se desconoce la etiología de la Leucemia Aguda Linfoblástica pero se han identificado algunos factores predisponentes entre los que se encuentran, pacientes con síndrome de Down (1 de cada 95 niños), pacientes con síndrome de Fanconi (1 de cada 10) y pacientes con síndrome de Bloc (1 de cada 8 niños). Rivera (1994) menciona que existen otros factores que predisponen esta enfermedad como la radiación ionizante, la cual se estima en 1 de cada 60 niños, la radiación en útero, sustancias químicas y medicamentos como el benceno, que produce leucemia aguda mieloblástica y la ingestión de cloramfenicol que puede conducir a una leucemia aguda linfoblástica.

En relación con el sexo existe una mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres, en cuanto a la edad se sitúa entre los 3 y 7 años de edad.

Las leucemias agudas son padecimientos sistémicos que afectan al sistema linforreticuloendotelial, además de tener la capacidad de infiltrar otros órganos y sistemas. Dentro de la población del Instituto Nacional de Pediatría cerca de la mitad de los niños presentaron al momento del diagnóstico fiebre y pérdida de peso, mientras que cerca de tres cuartas partes de la población presentaron compromiso del sistema linforreticular.

Entre las manifestaciones clínicas se encuentran, la palidez, fiebre, pérdida de peso, sangrado de mucosas, dolor óseo, dolor abdominal, entre otras.

La clasificación propuesta por el grupo franco americano británico (FAB) divide a las leucemias en tres:

L1. Con linfoblastos de tamaño pequeño, escaso citoplasma y 1 nucleolo, siendo más común en la infancia.

L2. Con linfoblastos de tamaño mediano, población heterogénea con citoplasma moderado o abundante con dos o más nucleolos y se observa frecuentemente en la población adulta.

L3. Los linfoblastos son de tamaño mediano a grande, con citoplasma moderado con abundantes vacuolas, cromatina de aspecto áspero, con dos o más nucleolos. Esta variedad también se describe como células de Burkitt.

La leucemia aguda linfoblástica incluye factores de riesgo con la edad, el sexo, la cuenta de leucocitos, inmunofenotipo, hallazgos citogenéticos y algunos factores secundarios como la morfología del FAB, la hemoglobina al diagnóstico, enfermedad Extremadura (gónadas y Sistema Nervioso Central), niveles de inmunoglobulinas. Por lo anterior la leucemia se divide en leucemia de alto riesgo y de riesgo habitual.

La quimioterapia es efectiva para el tratamiento de las leucemias, el esquema terapéutico debe incluir una fase de inducción a la remisión, generalmente de tres a cinco semanas de duración; una fase de consolidación, la cual tiene una duración de cuatro a doce semanas y finalmente una etapa de mantenimiento de aproximadamente menos de dos años y medio para los pacientes con leucemia de riesgo habitual mientras que para los pacientes de alto riesgo es de dos años y media a tres años.

## **LEUCEMIA AGUDA MIELOBLASTICA O NO LINFOBLASTICA**

Cárdenas (1994) dice que la célula en donde ocurre la transformación leucémica se llama blasto y que puede ser un precursor linfoide, mielóide o bien una célula capaz de diferenciarse en ambos linajes.

Las leucemias mieloides o no linfoblásticas pueden originarse en una célula madre capaz de diferenciarse de células de origen eritroide, granulocítico, monocítico y megacariocítico. Este tipo de leucemia representa el 12% de todas las leucemias en niños menores de 10 años y el 28% en niños entre 10 y 14 años, actualmente los pacientes con este tipo de leucemia logran curación entre 25% al 50% (Rivera, 1994).

Dentro de los datos clínicos que se deben de investigar para su diagnóstico están: la edad, sexo, factores asociados a la etiología como los genéticos, principalmente alteraciones



cromosómicas (síndrome de Down, Klinefelter, Bloom, anemia, síndrome de Fanconi) y factores prenatales (edad materna avanzada, tabaquismo materno, ocupación de los padres, con hidrocarburos, radiación en etapa gestacional y radiación nuclear).

## **LINFOMAS**

Es una enfermedad de origen ganglionar, ésta es su localización principal, encontrando comúnmente la presencia de crecimiento ganglionar cervical indolora, asociada o no a síntomas generales, llegan a ser dolorosos cuando el crecimiento es rápido. En la población pediátrica se presenta en un rango comprendido entre los cinco y los quince años de edad.

Salas (citado en Sánchez, 1997) menciona que las neoplasias del sistema linfóide forman el grupo más frecuente de procesos neoplásicos malignos durante la niñez, ya que constituyen la mitad de los tumores malignos en pacientes menores de 15 años.

Dentro de este grupo se encuentra el linfoma de Hodgkin y el linfoma no Hodgking en los cuales se ha observado que tienen un mayor grado de incidencia en el sexo masculino.

### **LINFOMA NO HODGKIN**

Se han reportado múltiples factores predisponentes entre las que se encuentran las inmunodeficiencias congénitas o adquirida, virus de Epstein- Barr, exposición a radiación y uso de drogas. Los sitios más frecuentes de presentación son la región abdominal, el cuello y el mediastino. Se divide en linfoma de Burkitt, linfoblástico, de células grandes, pleomórfico indiferenciado y el folicular (Rivera, 1994).

### **LINFOMA HODGKIN**

Ocupa el cuarto lugar de frecuencia de presentación con respecto a las neoplasias malignas. Muchos rasgos clínicos sugieren una etiología infecciosa, se han propuesto varios agentes infecciosos como virus, bacterias, parásitos y hongos pluricelulares como factores causantes, pero aun no ha sido comprobado. La enfermedad de Hodgkin es el padecimiento con mayor probabilidad de curación en pediatría.

## **LINFOMA DE BURKITT**

El linfoma de Burkitt es un linfoma maligno indiferenciado de linfocitos B; es la neoplasia monoclonal de mayor crecimiento (replicación tumoral) en el humano. Debido a que es un tumor de crecimiento extremadamente rápido pueden presentarse complicaciones agudas de tipo obstructivo por la afección respiratoria, gastrointestinal o genitourinaria.

El linfoma de Burkitt endémico, tiene predilección por el área de la mandíbula, involucra la maxila y la órbita; otros sitios de presentación son el abdomen y la región paraespinal, con afección reticuloendotelio (ganglios, hígado, bazo y médula ósea). La edad media de presentación es a los siete años.

Linfoma de Burkitt esporádico, se presenta con afección linfática, la edad media es de seis años. La localización más frecuente es gastrointestinal, región ileocecal, seguida de la región cervical y la médula ósea.

## **SARCOMAS**

Cárdenas (1994) menciona que el sarcoma es un tumor sólido maligno de las células del mesénquima primitivo que se encuentran esparcidas en todo el organismo. Normalmente las células mesenquimatosas dan origen al tejido de sostén, como el tejido fibroso, músculo, cartilago y hueso.

## **OSTEOSARCOMA**

Martínez (1994) describe al osteosarcoma como una neoplasia maligna primaria del hueso y que produce de forma característica hueso inmaduro. Los huesos largos son los más afectados y de éstos, el tercio distal de fémur, proximal de tibia, así como de húmero; con respecto a este último sea podido observar en pacientes escolares, momento en el cual el crecimiento acelerado de las extremidades superiores rebasa el de las inferiores, el sexo masculino es el más afectado por este padecimiento.

Entre los antecedentes personales se encuentra la presencia de dolor óseo en una extremidad, el aumento de volumen en el sitio afectado; la presencia de fiebre y la alteración del estado general son raros y no se asocian con el tumor primario, sino con

evidencia de enfermedad metastásica. Con respecto a la etiología aun no se puede hablar de un factor causal a excepción de la radiación, el antecedente de traumatismo se menciona en le 50% de los casos de pacientes con osteosarcoma, aunque no existe evidencia científica que apoye esta relación.

### **SARCOMA DE EWING**

Es la segunda neoplasia maligna primaria de hueso en la edad pediátrica, se ha encontrado una mayor incidencia en hombres entre los de 11 a 15 años. Se presenta en huesos planos y cortos, siendo la pelvis el área más afectada; sin embargo, los huesos largos, tales como húmero, fémur y tibia, son sitios de presentación común; otros huesos como la clavícula, vértebra, costilla y escápula son localizaciones menos frecuentes.

### **RABDOMIOSARCOMA**

Es el sarcoma de partes blandas más frecuente en personas menores de 21 años y representa del 5% al 8% de todos los casos de cáncer en los niños, se presenta con mayor frecuencia en niños que en niñas, la edad media de presentación es de cuatro años.

El sitio más común donde se presenta el rabdomiosarcoma es la cabeza y el cuello, le siguen en frecuencia los tumores intrabdominales y el tracto genitourinario y posteriormente los que se originan en tórax, tronco y extremidades.

Actualmente millones de personas viven o se han curado de la enfermedad. Mientras más temprano se detecte el cáncer y se inicie el tratamiento, mayores serán las probabilidades de curación para el paciente.

## II. EL NIÑO ENFERMO Y SU CUIDADOR

La OMS define a la salud como "El completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de la enfermedad" (citado en Reynoso y Seligson, 2002).

Reynoso y Seligson (2002) definen a la salud y a la enfermedad como conceptos entrelazados que debe formar parte de una unidad indisoluble y que se encuentran vinculados entre sí, a través de una serie de procesos constantes de adaptación a los cambios del ambiente (biológicos, psicológicos y social); el ser humano evalúa y actúa para afrontar las demandas que percibe, ya sean internas o externas.

Existen diferentes factores que hacen que una persona este en riesgo de enfermar y que por lo tanto se vea afectado su bienestar físico, mental y social.

Morales en 1997, menciona que una persona está en riesgo de enfermar cuando:

1. Su "estilo de vida" incluye comportamientos nocivos para la salud (beber alcohol, fumar, sedentarismo) y cuando el ambiente social refuerza estos comportamientos.
2. En su ambiente inmediato se presenta un mayor número de acontecimientos significativos que la obligan a esfuerzos adaptativos.
3. El disponer de menos recursos personales para interactuar con estos acontecimientos.
4. Su patrón habitual de comportamiento se orienta a la hostilidad y la competitividad.
5. La estructura de sus creencias de salud lo hacen sentirse poco vulnerable a la enfermedad.
6. Cuando la persona dispone de pocos recursos de apoyo social.

Otro factor de riesgo para la enfermedad son los "eventos de la vida", entendidos como aquellos hechos deseados o no, que ocurren en la vida de un sujeto y que tienen una importancia tal que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales o que pueden introducir cambios en los hábitos y costumbres y que requieren de un esfuerzo adaptativo.

Díaz y Morales, 1990 (citado en Morales, 1997) apoyan la idea de que la ocurrencia de estos acontecimientos actúan como precursores de estados de enfermedad o de accidentes, por cuanto operan como situaciones tensionantes que activan respuestas neuroendocrinas, las que pueden implicar cambios tales como aumento en la tensión arterial, modificaciones en el metabolismo de los lípidos o cambios en el estado de ánimo, por ejemplo, depresión y ansiedad; así como afectar la atención activa, lo que puede dificultar la capacidad laboral y crear una cierta propensión a los accidentes; o llevar a la persona a adoptar o intensificar ciertos comportamientos nocivos para su salud como fumar, ingerir bebidas alcohólicas, descuidar el tratamiento de su enfermedad, etc.

La enfermedad para cualquier persona resulta ser una experiencia diferente, dolorosa y poco placentera, a las cuales se enfrenta y debe de adaptarse. Pero ¿los niños como perciben su enfermedad?

Flores (2002) dice que la enfermedad es fantaseada por el niño como un castigo por sus malos comportamientos, debido a que siente abandono por todos aquellos que ama y de los que depende, para ser castigado por un grupo de extraños que tienen una actitud poco amigable. Debido a esto no es capaz de comprender porqué se enfermó, pero logra darse cuenta de lo vulnerable que es en comparación con otros niños, donde la hospitalización genera en él un sentimiento de culpa, por no cumplir con las expectativas propias y las de la familia tales como estudiar, crecer, y ayudar en casa.

Ortigoza y Méndez (2000) mencionan que la repercusión de la hospitalización en el niño depende de un conjunto de factores como la edad de inicio de la enfermedad, el nivel de desarrollo, el conocimiento previo sobre lo que es un hospital, sobre la enfermedad y la manera en que se adaptan a estos jugaran un papel importante en la respuesta que tanto el niño como su cuidador manifiesten. La hospitalización traerá como consecuencia en algunos niños alteraciones en el estado de ánimo, fobias médicas, ansiedad de separación, retraimiento y conductas agresivas entre otras.

A partir de los cuatro años el niño es sensible a las señales verbales y no verbales que recibe de los padres y del entorno hospitalario. Por lo anterior el niño debe tener conocimiento de su diagnóstico, debido a que en ocasiones el miedo y la ansiedad desproporcionados que presenta el niño son debidos a la interpretación que este hace de su enfermedad (worldwidehospital, 2002).

Pastrana, 1998; Huertín, 1998; Ortigoza y Méndez, 2000, dicen que la ansiedad, el miedo y la depresión son las respuestas más comunes ante la hospitalización debido a las múltiples pérdidas que vive el niño, como la escuela, amigos, capacidades, logros y expectativas futuras así como a un presentimiento de peligro inminente del que el pequeño no puede escapar y que se acompaña de malestar y una sensación de desamparo. Originado por una situación interna o externa como los procedimientos médicos invasivos (venopunciones, aspirado de médula y punción lumbar), el pequeño desconoce la causa de ella, pero la vive con una sensación permanente de terror y desastre inminente. Martínez y Fernández (1994) reporta otro tipo de factores presentes en el niño como el nerviosismo, irritabilidad, desazón, oscilaciones en el estado de ánimo, sueño inquieto, predisposición a la ira, una extraordinaria hipersensibilidad, crisis de llanto, al igual que reacciones de somatización con síntomas urinarios, vómito frecuente a pesar de la aplicación de los antieméticos, intestinales y gastrointestinales.

Para Pedreira y Palanca (2001), la adaptación al cáncer debe ser considerada como un proceso dinámico y flexible que depende de las siguientes variables:

1. **Variabes Personales:** que depende de la edad del niño, su nivel de desarrollo psicoevolutivo con las metas cognitivas, motoras, sociales que debe alcanzar en cada etapa y el grado de comprensión de la enfermedad, favorecido o no por la actitud ante el diagnóstico.
2. **Variabes Propias de la Enfermedad:** tipo de cáncer, su pronóstico y fase de la enfermedad, con etapas diferenciadas: el diagnóstico, el tratamiento, recaídas o recurrencia y la supervivencia o muerte del niño.

3. **Variables Ambientales:** La adaptación de cada miembro de la familia a cada etapa de la enfermedad, las características del funcionamiento familiar, la presencia de otros estresores concurrentes, el apoyo social, económico que esta tenga y el medio socio cultural.

La enfermedad del niño ocasiona en la familia un gran impacto, que ocurre en muchos ámbitos como son:

- **NIVEL SOCIOECONÓMICO**

Las enfermedades crónicas de la infancia requieren una atención muy costosa, no solo para visitar al médico o para hospitalizaciones, también condicionan a las familias a efectuar gastos adicionales en medicamentos, terapias complementarias, dietas, transporte, alojamiento entre otras (Méndez y Ortigosa, 2000; Russo, 2001). Se debe tomar en cuenta que las familias que tienen un paciente con alguna enfermedad crónica como el cáncer, carecen de los recursos económicos para cubrir sus necesidades básicas, es de esperarse que carezcan de los medios para solventar gastos derivados de la enfermedad. Cuando un hijo se encuentra enfermo resulta más difícil que ambos padres trabajen fuera de casa, lo que reduce los recursos económicos de la familia. No es extraño que para las personas con nivel socioeconómico bajo haya una mayor incidencia y prevalencia de la enfermedad, debido a que pueden dejar de asistir a controles médicos, grupos de apoyo, obstaculizando éxitos escolares y de sociabilidad, por el gasto económico que implica (Flores, 2002).

- **CAMBIO DE RESIDENCIA**

on frecuencia las familias se ven obligadas a dejar su lugar de origen, por otro más cercano al hospital, lo cual puede provocar en el sistema familiar desarraigo, pérdidas y una gran tensión y conflictos para adaptarse económica, social y culturalmente al nuevo contexto y a los cambios generados por la enfermedad del niño.

Blum y Gordillo, 1989 (en Flores, 2002) dicen que en ocasiones la familia se divide y por lo general el niño y la madre, emigran a la ciudad y el resto permanece en el lugar de origen, con todas las consecuencias que esto trae, como la separación de la pareja y el ajuste de los que se quedan, repercutiendo en la problemática de los pacientes, aumentando sus sentimientos de angustia, tristeza y culpa.

#### • SOCIABILIZACIÓN.

Sabbeth, 1984 (citado en Flores, 2002) dice los padres se sienten a menudo confundidos e incapaces de expresar con palabras lo que más les preocupa de la enfermedad de su hijo, requieren de una gran cantidad de tiempo, paciencia, una atmósfera adecuada, entrenamiento psicológico y aún así, será difícil aceptar el diagnóstico.

Pastrana, 1998 señala que los padres como parte de un sistema social, sufren también repercusiones cuando sucede alguna alteración en la vida de alguno de los miembros de la familia, ya que representa cambios en su funcionamiento, su calidad de vida, rompimiento en su estilo de vida y su efectividad en la familia para afrontar el estrés. La hospitalización de un niño siempre constituye una crisis para la familia, en la cual tanto el paciente como los padres experimentan cambios significativos debido al carácter inesperado y súbito de la enfermedad, que amenaza potencialmente el bienestar, ya sea debido a la gravedad de la enfermedad, a la probabilidad de un impedimento residual, funcional o estético, a la experiencia de separación en sí misma o a la muerte del niño.

Copeland, 1988 (citado en Flores, 2002) refiere que los principales factores que afectan a los padres y al sistema familiar son: la enfermedad, el pronóstico y las limitaciones del desarrollo de actividades (físicas y emocionales) impuestas por el tratamiento, que pueden tener efectos inmediatos o de largo plazo, como malestar, complejidad o dificultad de su administración y su frecuencia, entre otros.



Holmes y Rahe, 1967 (en Casado, 2000) señala que para los padres será necesario discutir la forma en que el niño ha afectado la vida de la familia, de que manera esto ha modificado la situación conyugal y la actitud de los hermanos. Puede resultar imposible encontrar la energía para trabajar fuera de casa, cuidar adecuadamente a algún otro niño o mantener una relación íntima, lo cual a largo plazo puede ocasionar conflictos no sólo en la pareja, sino también en todo el sistema familiar e incluso en el ámbito social. La tarea diaria de atender al niño enfermo recae sobre toda la familia y puede suponer mucho tiempo y esfuerzo, esta carga diaria aumenta en gran medida el trabajo de las familias, por lo que se hace necesario que la pareja asuma conjuntamente los cuidados y la educación tanto del niño enfermo como del resto de sus hijos con el fin de evitar en la medida de lo posible conflictos maritales.

La atención de los padres se centra en el niño enfermo descuidando a los demás hermanos. En algunas ocasiones los hermanos presentan síntomas depresivos, culpa, celotipia, bajo rendimiento académico y problemas de conducta y los padres tienen que hacer muchos más sacrificios económicos, de movilización y de tiempo.

## REACCIONES EMOCIONALES DE LOS PADRES ANTE LA ENFERMEDAD

### • CULPA:

De acuerdo a Vaughan, 1997 (Pastrana, 1998), es natural e inevitable que los padres se pregunten a sí mismos si la enfermedad mortal de su hijo no podría haberse evitado de alguna forma, algunos buscan las causas en atención médica insuficiente, en personal incompetente o en otras circunstancias ambientales, con frecuencia otros asumen una carga de culpa por no haber sabido identificar los síntomas de la enfermedad, por no haber actuado con la rapidez para lograr la curación, o incluso por haber sido la causa de su aparición. Cada una de estas reacciones puede ser irracional, sin embargo debe considerarse que dicho sentimiento de culpa o de castigo puede ser particularmente intenso en los trastornos genéticos y en enfermedades como el cáncer.

Petrillo y Sanger, 1975 (en Flores, 2002) citan que a menudo, los padres se sienten culpables porque los asalta el deseo de deshacerse del niño enfermo que tienen enfrente, sin embargo señalan que esta es una reacción dinámica universal y humana, que debe reconocerse como normal sobre todo antes de empezar a hablar a los padres acerca de los métodos con que cuentan la ciencia moderna para ayudar al niño a superar su enfermedad. Generalmente los sentimientos de culpa de los padres y su ira contenida aumentan cuando la enfermedad del niño se prolonga mucho o cuando se suceden episodios repetidos de un final inminente. Debido a este sentimiento de culpa con frecuencia hace que los padres sobreprotejan al niño.

Maite-Lucksic, Javornisky y DiMario, 2000 (citado en Flores, 2002) aseguran, que la sobreprotección puede ser desfavorable, porque disminuye las oportunidades del niño de desarrollar estrategias de afrontamiento y habilidades adaptativas, un ejemplo es que una madre puede hacer siempre lo que su hijo demanda en lugar de marcar límites de disciplina o decir no, por el temor o la preocupación de provocar una crisis o reincidencia de la enfermedad, como consecuencia el niño puede volverse altamente demandante, esperando hacer siempre su voluntad sin la oportunidad de desarrollar paciencia o habilidades de afrontamiento para mejorar desacuerdos, frustraciones, contratiempos y enojos.

- **ESTRÉS:**

McCubbin, 1980 plantean que los estresores son definidos como los eventos de vida o sucesos con suficiente magnitud que provocar un cambio en el sistema familiar. La familia sufre alteraciones al tener un enfermo con enfermedad crónica como el cáncer, los miembros de este núcleo cambiarán sus papeles ya que el paciente en cuestión requiere de más atención por parte de sus familiares. El estrés no es visto en el evento en sí mismo, es decir, no reside en la enfermedad, sino es conceptualizado como una función de la respuesta de la familia ante dicho evento y se refiere al monto de tensiones generadas por el estresor que no logra ser manejado por el sistema familiar.

Rothstein, 1984 (en Pastrana, 1998) advierte que la desorganización psicológica y el estrés vivido por los familiares ante una hospitalización de algún miembro, en conjunto con la intensidad del tratamiento (vendajes, catéteres, etc.) es mucho más fuerte y perjudicial que la misma enfermedad de su hijo.

Pastrana, 1998; Maite-Lucksic, Javornisky y DiMario, 2000 (citado en Flores), señalan que los padres de niños crónicamente enfermos experimentan más estrés que los padres de niños sanos, debido al cuidado médico que los primeros requieren y a otros estresores concurrentes, que aparentemente no guardan relación con la enfermedad, pero que se encuentran implicados, tales como gastos de transporte, alimentos entre otros y que generan cambios y esfuerzos adicionales a nivel de sistema familiar. Donovan en 1998 (citado en Flores, 2002), menciona que los sentimientos de temor y de impotencia se pueden comunicar de los padres al niño y de este a ellos, lo que a su vez puede empeorar las situaciones difíciles, porque los padres y el niño pueden verse involucrados en un ciclo creciente de tensión, sobre todo ante situaciones de incertidumbre como las implicadas en las enfermedades crónicas como el cáncer. Los cuidadores se encuentran ansiosos y preocupados cuando los niños son sometidos a procedimientos médicos molestos o dolorosos, esto es percibido por el niño entorpeciendo el procedimiento médico.

Con frecuencia los padres de un niño enfermo olvidan sus necesidades de alimentación, descanso y pueden agravar la situación puesto que ponen en riesgo su salud y el tratamiento del niño por ser los principales administradores de los cuidados especiales del pequeño.

### III. AFRONTAMIENTO

El afrontamiento es básico para nuestra salud y nuestras experiencias cotidianas. Da forma a nuestras emociones, pero su función más importante es regular esas emociones una vez generadas, así como las situaciones a veces conflictivas que las provocan. El afrontamiento es lo que hacemos y pensamos en un intento de regular la tensión y las emociones relacionadas con ella, tanto si estos intentos tienen éxito como sino. (Lazarus y Lazarus, 2000).

El afrontamiento se ha definido desde tres perspectivas teóricas:

- La primera con la teoría de la evolución donde se considera que la supervivencia de la especie se debe a la habilidad para predecir y controlar su entorno mediante la huida, evitación o afrontamiento.

Esta teoría señala que los organismos que reaccionan con poca o demasiada fuerza en situaciones de peligro tienen mayor probabilidad de morir a diferencia de los sobrevivientes que tienen la posibilidad de transmitir su capacidad de adaptación a las generaciones futuras y así preservar la especie.

- El modelo animal lo define como aquellas respuestas conductuales que disminuyen la tensión psicofisiológica experimentada por una situación peligrosa o nociva.

- El cognoscitivo conductual donde el afrontamiento es considerado como aquellos esfuerzos que se encaminan a manipular su ambiente, independientemente de que sean exitosos o no.

Lazarus y Folkman (1986) definen al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (p. 164). Para Seligson y Reynoso (1996) el concepto de afrontamiento enfatiza el confrontar o clarificar el problema, para posteriormente generar conductas alternativas.

López y Pineda (2001) señalan que dentro de los factores personales que han mostrado estar relacionados con la aparición y mantenimiento del estrés se encuentran los estilos de afrontamiento, los patrones característicos del pensamiento, las creencias de control autoeficacia, la fortaleza personal, los valores y las experiencias previas. "Una vez que el individuo determina que el evento particular constituye una fuente de tensión, se inicia un proceso activo entre el individuo y el ambiente, que tiene como finalidad abordar dicho evento y reducir la tensión, el cual se denomina afrontamiento" (p. 53).

### **CLASIFICACIONES**

Entre las clasificaciones más conocida se encuentran la de Lazarus y Folkman (1980) y Billings y Moos (1981) donde describen tres estrategias generales de afrontamiento.

#### **Ψ AFRONTAMIENTO COGNOSCITIVO – ACTIVO:**

Pimentel, 1998;González, 1996;González y Orcillez, 1992 (citado en Flores, 2002) dicen que este afrontamiento se refiere a los intentos que hace el individuo para analizar su evaluación sobre la dificultad del evento. Una persona con este tipo de afrontamiento centrará sus acciones en el análisis o valoración y revaloración de las demandas o amenazas provocadas por una situación, para entenderlas y comprenderlas y así darles un significado o modificar el ya existente, logrando manejar la tensión provocada por la situación

#### **Ψ AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL – ACTIVO:**

Se refiere a toda conducta manifiesta que intenta manejar directamente el problema y sus efectos, tratar de conocer más sobre la situación, tomar acciones positivas para resolverla, hablar con un profesionista sobre el problema, elaborar y seguir un plan de acción.

#### **Ψ EVITACION DEL AFRONTAMIENTO:**

Se refiere a evitar confrontar el problema o reducir de manera indirecta la tensión por medio de conductas como fumar o comer más. Algunas respuestas de este tipo de afrontamiento es la negación de los temores y de la ansiedad que aparece en los momentos de mayor estrés, el intentar olvidar la situación, el negarse a creer la realidad haciendo

bromas acerca de ella como una fantasía optimista que le permita olvidar el problema como los sentimientos que le provocan (Billings y Moos, 1981).

#### **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO:**

**ANALISIS LOGICO.-** Se refiere a establecer relaciones entre experiencias pasadas y el problema que se está enfrentando. Hacer una comprensión cuidadosa del hecho.

**BUSQUEDA DE INFORMACION.-** Es comunicarse o consultar a otras personas para obtener una guía que ayude a solucionar el problema.

**SOLUCION DE PROBLEMAS.-** Establece planes de acción y determina conductas específicas que conduzcan a un resultado positivo para la situación problemática.

**REGULACION AFECTIVA.-** Se refiere a un control de la emoción negativa que se genera a partir del problema.

**DESCARGA EMOCIONAL.-** Se refiere a manifestar las emociones a través de actos y verbalizaciones.

#### **EL AFRONTAMIENTO COMO PROCESO**

Debemos de entender al afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, debe de contar con estrategias defensivas y otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, en medida que va cambiando su entorno.

Como proceso tiene tres aspectos principales:

- El que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo piensa o hace en oposición con lo que realmente hace o haría en determinadas condiciones.

- Los pensamientos y acciones de afrontamiento están dirigidos a condiciones particulares. Para entender el afrontamiento y evaluarlo necesitamos conocer lo que el individuo afronta. De esta manera nos será más fácil asociar un determinado pensamiento o acto de afrontamiento con una demanda del entorno.
- El hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que se va desarrollando la intervención.

Menninger, 1963 (en Lazarus y Folkman, 1986) menciona que existen estrategias necesarias para reducir las tensiones causadas por las situaciones estresantes que se dan en la vida diaria. Estas estrategias son llamadas recursos de afrontamiento y entre ellas se incluyen el autocontrol, el humor, el llanto, blasfemar, lamentarse, jactarse, discutir, pensar. Dichas estrategias son consideradas como normales, sin embargo si se utilizan inapropiadamente o de manera extrema, entonces pierde su categoría de recursos de afrontamiento y se convierten en síntomas que indican un cierto grado de descontrol y de desequilibrio

Si intentamos entender el afrontamiento o sus antecedentes y consecuencias, no nos queda más remedio que recurrir a la evaluación directa de las conductas de afrontamiento y de la forma en que cambian, a medida que lo hacen las demandas de la situación y las evaluaciones que el individuo hace de ellas.

El afrontamiento también puede anticiparse a lo que va a ocurrir ya que puede tener influencia sobre los futuros estados emocionales, por esta razón es un componente del estado del proceso de la emoción. Lo que hacen las personas como afrontamiento dependerá de la situación en la que se vean envueltos, las amenazas que supone, así como sus creencias, objetivos y los resultados que obtiene al enfrentar determinadas situaciones. El afrontamiento no es sólo un conjunto de estrategias, sino una pauta cambiante que responde a lo que está ocurriendo.

## **MODOS DE AFRONTAMIENTO**

### **• AFRONTAMIENTO ENFOCADO A LA EMOCION**

Son respuestas cognoscitivas, “ encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos” (Lazarus y Folkman, 1986, Pág. 173).

El afrontamiento centrado en las emociones se puede dividir en dos tipos:

#### **Ψ EVITACION**

El individuo intenta no pensar en aquello que le preocupa.

Las personas recurren a todo tipo de estrategias centradas en la emoción con la finalidad de facilitar la evitación. Por ejemplo, puede beber o drogarse, practican algún deporte o simplemente hacen ejercicio, con el objetivo de distraerse de aquello que les preocupa. En ocasiones pueden evitar estar con la gente para no tener que hablar de sus problemas. Algunos duermen más de lo habitual, mientras que otros no consiguen dormir.

Lazarus y Lazarus, (2000) mencionan que “lo que hace que la evitación sea una mala estrategia de afrontamiento es que, aunque las preocupaciones pueden parecer menos graves durante un tiempo, aunque se eviten los problemas éstos no desaparecen, hasta que realmente nos enfrentamos a ellos y los resolvemos” (p. 206).

#### **Ψ REEVALUACIÓN DEL SIGNIFICADO PERSONAL**

Muchos de los pensamientos y acciones importantes para el control pierden valor cuando el acontecimiento ha empezado o terminado, en algunas situaciones estresantes la energía mental del sujeto queda tan concentrada en la acción-reacción que tarda tiempo en darse cuenta de lo que ocurre y en valorar su importancia. Implica cambiar el significado personal de lo ocurrido volviéndolo a evaluar de manera serena y menos amenazadora.



- **AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA**

Antonovsky, 1979; Lazarus, 1980; Pearlin y Schooler, 1978 (citado en Aduna, 1998)mencionan que el afrontamiento enfocado al problema se usa para controlar la relación problemática entre la persona y el ambiente a través de la resolución de problemas, la toma de decisiones y la acción directa. Son intentos por modificar o eliminar las fuentes de estrés a través de su propia conducta.

Las estrategias dirigidas al problema se dividen en dos grupos:

- Estrategias que hacen referencia al entorno; que están dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos los recursos, los procedimientos.
  - Estrategias que se refieren al sujeto, se encargan de los cambios motivacionales o cognoscitivos.
- La función protectora del afrontamiento puede ser ejercida de tres maneras:
- Eliminando o modificando las condiciones que dan origen al problema.
  - Controlando perceptualmente el significado de la experiencia de manera que neutralice su carácter problemático.
  - Manteniendo las consecuencias emocionales de los problemas dentro de los límites manejables.

**RECURSOS DEL AFRONTAMIENTO.**

Lazarus y Folkman, 1986 identifican los recursos de que dispone una persona para hacer frente a una situación o acontecimiento estresante.

- Ψ **RECURSOS MATERIALES:** Se refieren al dinero, bienes y servicios que se adquieren con él. Existe una amplia relación entre el nivel económico, el estrés y la adaptación, el contar con recursos económicos aumenta las opciones de afrontamiento en la mayoría de situaciones estresantes, puesto que proporcionan el acceso más fácil y a menudo más efectivo a la asistencia legal, médica y financiera.
- Ψ **SALUD Y ENERGIA:** La importancia del bienestar físico se hace evidente cuando la persona se enfrenta a una situación estresante que exige una movilización de sus recursos. Una persona débil, cansada o enferma aporta menos energía al proceso de afrontamiento que una persona sana y en estado óptimo, por lo cual es más fácil afrontar una situación cuando la persona se encuentra bien.
- Ψ **CREENCIAS POSITIVAS:** Son aquellas creencias que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las situaciones negativas. No todas las creencias sirven para el afrontamiento y algunas pueden disminuirlo o inhibirlo llevando a la individuo a la desesperanza.
- Ψ **APOYO SOCIAL:** El hecho de contar con alguien para recibir apoyo social, informativo o tangible ha recobrado mucho interés tanto en la medicina conductual como en la epidemiología social para ser considerado como recurso de afrontamiento.
- Ψ **TECNICAS PARA LA RESOLUCION DE PROBLEMAS:** Son habilidades como, conseguir información, analizar situaciones, posibilidades y alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción adecuado. Estas técnicas derivan de otros recursos, como experiencias previas, almacenamiento de información, habilidades cognitivo conductuales y capacidad de autocontrol.

Ψ **HABILIDADES SOCIALES:** Es la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Por medio de ellas se puede facilitar la resolución de problemas en coordinación con otras personas y aumentan la capacidad de atraer cooperación y apoyo.

### **AFRONTAMIENTO Y CUIDADORES**

Díaz (2000) menciona que el diagnóstico de cáncer a un hijo provoca un gran impacto emocional en los distintos miembros de la familia: con sentimientos de miedo e incertidumbre, sentimientos de pérdida (de la salud, del control, de la autonomía, de la competencia, etc.), sentimientos de soledad (vivencia ajena a lo que nos rodea). Es una situación de crisis que introduce cambios radicales y repentinos en el contexto físico, social y lingüístico familiar, en los roles a desempeñar y en las prioridades que rigen las actuaciones.

Copeland, 1988 (en Campos, 1995). dice que los principales factores que afectan al núcleo familiar son: la enfermedad, el pronóstico y las limitaciones en el desarrollo de las actividades diarias (físicas y emocionales) impuestas por el tratamiento que pueden tener efectos inmediatos o de largo plazo como: Malestar, complejidad, dificultad en administrarlo, su frecuencia, etc.

La comunicación en la familia es suprimida, culpan a los otros, procuran la rigidez en su rol, muestran poco afecto hacia los demás, casi no usan sus recursos disponibles, quizás usen la violencia o drogas para solucionar los problemas, no tienen una clara comprensión del evento estresante y quizá niega como una forma de afrontamiento, por ejemplo cuando una familia no acepta la realidad de la enfermedad y su afrontamiento es la negación, oculta la información del diagnóstico, no proporciona apoyo durante los periodos estresantes o simplemente evitan la situación. Como consecuencia, incrementan el estrés de la enfermedad en el paciente.

Eiser, Haverman y Eiser, 1995 (citado en Campos, 1995) mencionan que las madres y los padres difieren en su percepción de las atribuciones sobre la causa y su responsabilidad de la enfermedad, así como en las metas de tratamiento. Campos (1995) dice que generalmente cuando las madres se enteran de que su hijo está enfermo, su percepción de la realidad no es clara y responden con un estrés elevado y síntomas depresivos lo que los lleva a un mal ajuste en su relación emocional y social .

Kasak, 1989 (citado en Flores, 2002) menciona, que en situaciones de enfermedad crónica, el estrés psicológico suele aparecer relacionado a muchas variables, incluyendo el curso y naturaleza de la enfermedad, recursos individuales de afrontamiento, estructura familiar y su funcionamiento, como también a los recursos médicos, psicológicos y educacionales con los que se cuenta. Por su parte, Aurebach, 1989 (en Flores, 2002) señala que las enfermedades crónicas como el cáncer han sido tratadas tradicionalmente como estresores unitarios y no como situaciones complejas que concentran estresores múltiples, cada una con sus propias demandas.

De esta manera resulta conveniente resaltar la importancia que tiene el manejo adecuado de situaciones de crisis dentro del contexto familiar, pues como lo menciona Pastrana (1998), usualmente ante una situación de crisis, las respuestas emocionales son inadecuadas y esto propicia estados de estrés, miedo, culpa, impotencia entre otros, que entorpecen a su vez el funcionamiento adecuado del propio repertorio de estrategias de afrontamiento familiar. La familia tiene un papel determinante en la manera en que cada uno de sus miembros afronte las situaciones de crisis (Cacioppo y Gardner, 1999).

Shontz en 1975 ( citado en Lazarus y Folkman, 1984), plantean que cuando el individuo se enfrenta al diagnóstico de una enfermedad física importante o a una incapacidad, ya sea sobre sí mismo o sobre algún miembro de su familia, procederá de acuerdo a una serie de etapas de afrontamiento iniciadas a partir del momento en que se informa de la enfermedad.

**1.- ETAPA DE SHOCK.** El individuo se enfrenta a la enfermedad, esta etapa se manifiesta por un periodo de shock o incredulidad, donde la persona puede sentirse invadida de pensamientos como: esto no puede ser, es un mal sueño, se han confundido de niño, con sentimientos de protesta y desconcierto. Son comunes en esta etapa la cólera, el resentimiento, la tristeza, la sensación de vacío y el distanciamiento (Stone 1976, en Flores, 2002 ).

**2.- ETAPA DE ENCUENTRO.** Puede experimentarse desesperanza, pánico y desorganización, en ocasiones hay momentos de culpa. En tales momentos desean la cercanía de aquellos a quienes les tienen confianza, hay una necesidad de compartir los pensamientos y sentimientos, teorías o autorecriminaciones, ocasionando breves episodios de coraje, muy a menudo dirigidos a la profesión médica. Stone en 1976 (en Flores, 2002) refiere que es probable que en esta etapa surjan recriminaciones en la pareja en cuanto a una base hereditaria para el trastorno del niño, o que las acusaciones mutuas persistan en silencio y perturben las relaciones por medio de comentarios o acciones irracionales .

### **3.- ETAPA DE RETIRADA – COMPROBACIÓN DE LA REALIDAD.**

Se trata de un continuo ir y venir desde la evitación a la negación, en medio de una profunda tristeza. Conforme el proceso de afrontamiento evoluciona, estos ciclos se vuelven menos frecuentes, de modo que la mayoría de los individuos o parejas empiezan a recuperarse y a actuar constructivamente, aceptando con agrado el consejo profesional sobre como pueden ayudar al niño ( Flores, 2002).

En diversos estudios realizados por Kurps en 1982 encontró que las variables relacionadas con el afrontamiento en familias de pacientes con leucemia son la edad del niño (familias en las que el niño es mayor reaccionan mejor que las familias donde el niño es más pequeño), la aparente ausencia de problemas familiares o conyugales, las reacciones de los otros miembros de la familia, el estatus profesional del padre y la ausencia de problemas en los hermanos.

La personalidad de los padres y sus disposiciones habituales a reaccionar de un acierta forman no son predictivas de sus reacciones después del diagnóstico. Posteriormente Spinetta en 1983 (en Miller, 2000) dice que los padres que afrontan mejor son los que tienen una sólida filosofía de vida, que han constituido una ayuda para su pareja desde el anuncio del diagnóstico, los que pueden contar con una persona de confianza durante la enfermedad del niño, que han dado información al niño y el apoyo emocional adaptados a sus preguntas, a su edad y a su nivel de desarrollo.

Varias investigaciones se han encaminado a la forma en que los padres reaccionan ante el diagnóstico de cáncer en sus hijos, entre estas están las siguientes:

Chesley y Barbarin en 1984 (citado en Chesney y Chesler, 1996) estudiaron a 74 padres sobre como manejaron la enfermedad de sus hijos, el 81% indico que lo habian manejado bien, el 1% dijo mal. La mayoría de los padres indico que varios aspectos personales y la vida de la familia habian mejorado desde el diagnóstico.

Posteriormente realizaron en 1996 otra investigación con 116 padres con la finalidad de observar las técnicas de afrontamiento paterno en relación con el cáncer en la niñez.

El cincuenta y seis por ciento de la muestra informaron que ellos sentían que manejaron la enfermedad del niño "muy bien". En lo que respecta a la salud y la estabilidad emocional los padres. Para ellos la aceptación de la enfermedad era importante al igual que ser optimista acerca del futuro manteniendo pensamientos positivos a pesar de la enfermedad.

Castillo (1997) estudió los estilos de afrontamiento de madres de niños con diagnóstico de retinoblastoma, por su parte Flores (2002) realizó una investigación con la finalidad de identificar los mecanismos de afrontamiento de padres de niños con papilomatosis laríngea recurrente (PLR), ambos en dichas investigaciones encontraron que el afrontamiento de estos padres es el cognitivo activo, Flores menciona que las estrategias evitativas fueron las menos utilizadas por los padres de niños con PLR.

Weitzner en 1997 (citado en Barg, F.; Pasacrete, J.; Naumah, I. , 1998) realizó un estudio con cuidadores para medir la calidad de vida en este tipo de población, se encontró que se restringen actividades, así como la presencia de síntomas de depresión, de ansiedad, síntomas psicosomáticos y trae como resultado repercusiones serias en la salud física de los cuidadores.

Reay y Bignold (1998) estudiaron a padres y madres de 35 familias de niños diagnosticados con cáncer. Se encontró que los padres que reaccionan más emocionalmente tuvieron como resultado, desgano para hablar, minimizan el impacto del diagnóstico y una postura irrealmente optimista. Las madres presentaron un mayor compromiso emocional. Se encontró que la gran mayoría de las mujeres participantes en el estudio tenían responsabilidades domésticas, como el cuidado del niño. Los hombres continuaban trabajando para resolver los problemas financieros. Por tal motivo los padres tenían una menor participación en comparación con las esposas.

La mayoría de los hombres en el estudio estaban imposibilitados para expresar como se sentían. Esta imposibilidad de expresar lo que el padre siente puede con el tiempo provocar enfermedades. En este estudio se encontraron padres que desarrollaron complicaciones físicas en el período que sigue al tratamiento del niño, colitis, úlceras, problemas de tiroides, diabetes y Parkinson.

Según Biurru (2000) dentro de colectivo de cuidadores (que en la mayor parte de los casos son mujeres) presentan cuadros de ansiedad y depresión. Además de que se produce una interrupción en el proyecto de vida de los cuidadores, debido a que la mayor parte del tiempo de las madres y en algunos casos de los padres es absorbido por la atención especial que requieren los enfermos. Por este motivo deja de realizar actividades y en muchos casos se ven obligados a dejar sus centros de trabajo.

A pesar de que la familia se adapte adecuadamente a la situación, la enfermedad crónica conlleva a una ruptura y a una crisis de la vida cotidiana por lo que los miembros de la familia se ven obligados a hacer reajustes en sus actividades. Por lo anterior Santiago y Vivas, 1998 mencionan que los principales problemas que pueden surgir son:

- El cuidador primario y el enfermo desarrollan una relación muy estrecha quedando excluido el resto de los miembros de la familia.
- Desatención a las propias necesidades por parte del cuidador, esto aumenta el cansancio y hace la situación más difícil. Cuando menos olvide el cuidador sus necesidades de descanso, alimentación, diversión y relajación, más capacidad tendrá para ayudar al paciente.
- Mantenimiento de los esfuerzos que se requieren en el momento de la crisis a lo largo de la fase crónica cuando ya no es necesario tanto esfuerzo.
- Sobre protección del enfermo, tratándolo como a un minusválido físico e incluso mental.
- La familia ha de asumir además el trabajo y funciones que hasta ahora desempeñaba el enfermo en la propia familia.
- Las familias con un paciente crónico tiene menos tiempo para las relaciones sociales, igualmente los amigos no saben como actuar ya que las relaciones pueden resultar incómodas, por lo que disminuyen los contactos precisamente cuando se necesita un mayor apoyo emocional.

En los padres se presentan reacciones desadaptativas que son aquellos comportamientos actitudes que pueden agravar el problema, convirtiéndose en alteraciones patológicas, si no reciben tratamiento específico, que pueden afectar el curso de la enfermedad (worldwidehospital, 2002).



Las más frecuentes son:

- Cuando se observan conceptos erróneos e ideas irracionales en torno al cáncer, a pesar de recibir la información oportuna.
- Cuando la ansiedad y la angustia de los padres es difícil de manejar para ellos, y puede interferir en la relación con el niño, de modo que se transmiten al paciente incrementando sus temores y entorpeciendo su colaboración.
- En el caso de que persistan dificultades de comprensión o se realice una interpretación inadecuada de los aspectos de la enfermedad o los tratamientos. Ello puede desencadenar ansiedad y temor, por ejemplo, en el caso de confundir los efectos secundarios de los tratamientos con signos de empeoramiento de la enfermedad.
- Cuando los padres no comunican el diagnóstico al niño, generalmente por el temor que el cáncer genera en ellos mismos.
- Los padres empeoran en ocasiones la situación, sobreprotegiendo al niño, restringiendo actividades necesarias para su desarrollo y centrando su vida alrededor de la enfermedad, dejando de realizar actividades gratificantes.
- El disponer de un exceso de información médica, puede crear estados de angustia. Algunos padres muestran actitudes de desconfianza con el tratamiento médico, lo que tiene serias repercusiones para el paciente.

#### **IV. METODOLOGIA**

##### **JUSTIFICACION.**

El diagnóstico de cáncer produce una interrupción en el proyecto vida de los cuidadores ya que los niños con enfermedades crónicas como el cáncer requieren de cuidados especiales. El diagnóstico por sí mismo crea temor en los padres que no saben como manejar a su hijo y en muchas ocasiones se olvidan de sus necesidades físicas como comer, dormir que traerá como consecuencia repercusiones en su salud. Por lo anterior es importante poder evaluar que estilos de afrontamiento utiliza este tipo de población, puesto que la forma en que la gente afronta las situaciones que lo alteran puede ser más importante que el funcionamiento psicosocial, que la frecuencia o la severidad de los episodios estresantes. Con frecuencia olvidamos a los cuidadores porque nos interesa el trabajo directo con el paciente, pero no hay que perder de vista que es el cuidador quien pasa el mayor tiempo con el paciente, por lo tanto si el cuidador esta bien, esto tendrá una influencia directa en el tratamiento y la evolución del paciente.

##### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Puesto que existen pocos estudios sobre el afrontamiento de los cuidadores de niños con cáncer, esta investigación pretende identificar los estilos y estrategias de afrontamiento predominantes o utilizados por estos cuidadores ante el diagnóstico de cáncer en sus hijos.

##### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuáles son los estilos y estrategias de afrontamiento predominantes o utilizados por los cuidadores primarios ante el diagnóstico de cáncer en sus hijos de acuerdo con la edad del niño?

¿Cuáles son los estilos de afrontamiento predominantes o utilizados por los cuidadores primarios de acuerdo con el tipo de cáncer (leucemia o un tumor sólido)?

¿Qué relación existe entre los estilos de afrontamiento y las enfermedades concurrentes padecidas por lo cuidadores?

¿Existe relación entre los eventos positivos y negativos de la vida con el afrontamiento de los cuidadores?

¿Existe relación o influencia de los eventos negativos en el afrontamiento de los padres en relación con la edad de los niños y el tipo de cáncer?

#### **OBJETIVO.**

Identificar los estilos de afrontamiento utilizados o predominantes ante el diagnóstico (por edad del niño y tipo de cáncer en sus hijos.

#### **DEFINICIÓN DE VARIABLES.**

##### **• INDEPENDIENTE: CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON CANCER.**

**Definición Conceptual:** Persona que se encarga de brindar los cuidados psicosociales del niño.

**Definición Operacional:** Cualquier persona que lleve al niño al hospital y se haga cargo de el cuando esta en hospitalización.

##### **• DEPENDIENTE: ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.**

**Definición Conceptual:** Los intentos del individuo para utilizar recursos personales y sociales que lo ayuden a manejar reacciones del estrés y a realizar acciones específicas para modificar los aspectos problemáticos del ambiente (Bilings y Moos, 1981).

**Definición Operacional:** Respuestas que den los cuidadores de niños con cáncer en la escala 7 del cuestionario de Salud y Vida Cotidiana (HDL).

**SUJETOS:**

La muestra estuvo conformada por 50 cuidadores primarios (hombres y mujeres), con niños diagnosticados con cáncer entre las edades de 1 mes a 15 años. Del servicio de Hemato – Oncología del Instituto Nacional de Pediatría.

**MUESTREO:**

Se utilizó un muestreo por cuota. El muestreo comprendió los siguientes criterios:

**Criterios de inclusión:**

1. Cáncer en los niños
2. Que los niños se encontraran entre las edades de 1 mes a 15 años.

**Criterios de exclusión:** Padres que no hablen español.

**Criterios de noinclusión.** Que los cuidadores no supieran leer y escribir.

**ESCENARIO:**

El estudio se llevo acabó dentro de las áreas de Hemato - Oncología y de Quimioterapia Ambulatoria en el Instituto Nacional de Pediatría.

**TIPO DE ESTUDIO:**

La presente investigación es un estudio descriptivo, porque nos permite decir como es y como se manifiesta determinado fenómeno (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

**DISEÑO:**

Se trato de un diseño exploratorio, transversal y retrospectivo. Es no experimental o ex-post- facto, ya que es "cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones" (Kerlinger, 1979 en Hernández, Fernández y Baptista, 1998, p.184).

### **INSTRUMENTO:**

Se utilizó el Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana, forma B (Anexo). Todas las preguntas incluidas en el HDL se contestó en relación con el año anterior, para este estudio se les pidió que lo contestaran a partir del diagnóstico de cáncer. La mayoría de las escalas se contestan de manera dicotómica (sí o no) y otras son contestadas en una escala tipo Lickert de cinco puntos. Acuña (1998), menciona que el HDL fue validado por medio de las alfas de Cronbach obteniendo puntajes mayores 0.69.

El HDL fue traducido y adaptado en 1988 por Ayala, Aduna, Vázquez y Lozano y ha sido aplicado en México por Medina (1997); Cárdenas (1995); Cárdenas y col. (1991); Aduna (1990); Aduna, Coffin y Villa (1990); Aduna y Ayala (1989, 1991); Ayala (1988); Aduna, Lozano y Ayala (1988, 1990). Con este cuestionario se obtienen una serie de índices relacionados con la salud, respuestas de afrontamiento y uso de recursos sociales (citado en Aduna, 1998).

### **PROCEDIMIENTO:**

Se detectaron a los pacientes según su edad y diagnóstico, en el servicio de Hemato – Oncología del Instituto Nacional de Pediatría en las áreas de quimioterapia ambulatoria y en hospitalización. Se explico a los padres el objetivo de la investigación, se obtuvo el consentimiento para participar en la investigación y se aplicó el Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana.

### **ANALISIS ESTADISTICO.**

Todos los datos fueron analizados con el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 10. Entre los análisis estadísticos se incluyen:

1. Estadística Descriptiva
2. t de Student para muestras independientes.
3. ANOVA para elevar el efecto de dos o más variables independientes sobre una variable independiente.
4. Coeficiente de correlación de Pearson, para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón.
5. Mapas preceptuales, para ubicar en espacio la cercanía de cada escala de nuestro instrumento y desprender su relación entre ellas.

## V. RESULTADOS

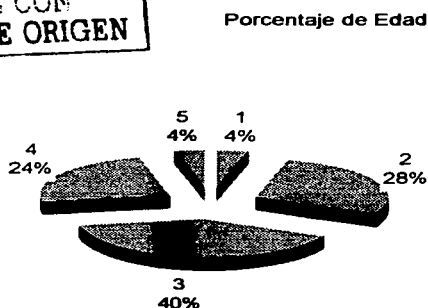
### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

La muestra estuvo conformada por 50 cuidadores primarios, que en su mayoría fueron del sexo femenino ( 40 cuidadores) y solo el 20% fue del sexo masculino (10 cuidadores).

La muestra tuvo un intervalo de edad de 18 a 53 años, con una media de 30 años. (  $\pm$  3 años )

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Con respecto a la edad de los cuidadores y frecuencia de casos se encuentra distribuida la muestra de la siguiente forma.

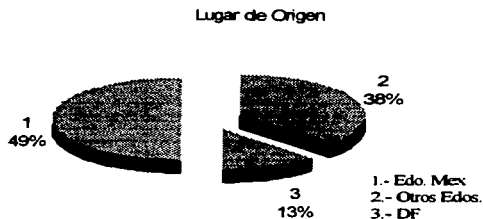


- 1.- Menos 20 años  
(2 casos)
- 2.- 20 a 30 años  
(14 casos)
- 3.- 31 a 40 años  
(20 casos)
- 4.- 41 a 50 años  
(12 casos)
- 5.- 50 en Adelante  
(2 casos)

Gráfica 1.

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El lugar de procedencia de los cuidadores primarios se encuentra representado en la gráfica 2, donde se muestra que los cuidadores evaluados, en un mayor porcentaje provienen de fuera del área metropolitana, teniendo el mayor porcentaje el Estado de México, encontrándose cuidadores de Oaxaca, Guerrero, Hidalgo, Chihuahua, Morelos, Michoacán, Veracruz que se encuentran dentro del porcentaje de otros estados y en menor porcentaje el DF.



Gráfica 2

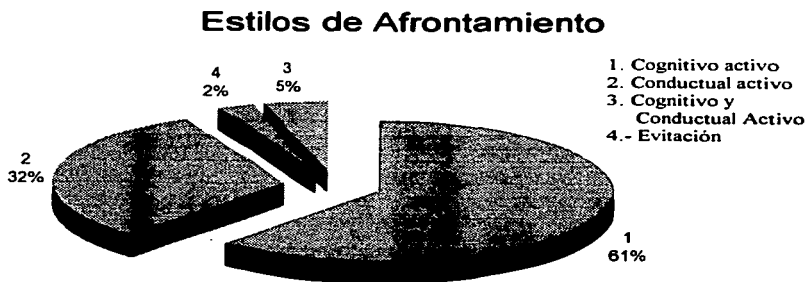
En lo que a nivel escolar se refiere, el 60% de la muestra de cuidadores solo cuenta con estudios de primaria, el resto se encuentra distribuido en secundaria, preparatoria o bachillerato y licenciatura, disminuyendo el porcentaje respectivamente, como se muestra en la gráfica 3.



Gráfica 3

### ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

El Estilo de Afrontamiento principalmente utilizado en nuestra muestra es el Cognitivo-Activo con el ( 61% ), seguido del Conductual -Activo, posteriormente un grupo que iguala la utilización de ambos estilos el Cognitivo y el Conductual Activo y con el menor porcentaje el estilo de Afrontamiento de Evitación, como lo muestra la gráfica 4.



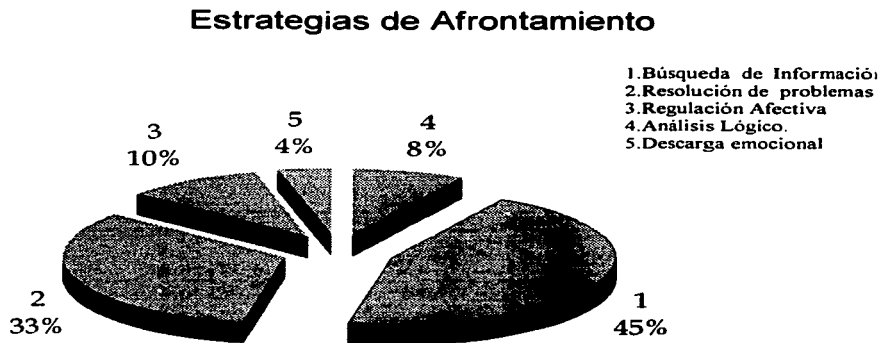
Gráfica. 4

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Dentro de las Estrategias de Afrontamiento, las más utilizadas por los cuidadores fueron la Búsqueda de información, seguida por la Resolución de Problemas, posteriormente la Regulación Afectiva y el Análisis lógico, siendo la Estrategia de Descarga Emocional la menos utilizada por los cuidadores de niños con cáncer, como lo muestra la gráfica 5.



Gráfica 5.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Utilizando los datos obtenidos del cuestionario HDL, se procedió al análisis de las demás escalas, se utilizó una prueba t de Student, utilizando la escala de enfermedades recurrentes, ( gripa, dolor de cabeza, infecciones, etc.) con el resto de las escalas del cuestionario, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa de .019 en la escala de auto confianza.

**Tabla 1 Independent Samples Test**

		Levene's Test for equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference		Lower	Upper
autoconfianza	Equal varian- assumed	2.420	.126	2.418	48	.019	4.1859	1.7310		.7055	7.6663
	Equal varian- not assumed			2.392	42.880	.021	4.1859	1.7500		.6565	7.7153

Realizamos otra prueba "t" con la escala de eventos positivos, dándonos como resultado una significancia de 0,048 con la descarga emocional.

**Tabla 2 Independent Samples Test**

		Levene's Test for equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference		Lower	Upper
descarga emocional	Equal varian- assumed	6.257	.016	1.572	44	.123	1.2667	.8060		-.3577	2.8910
	Equal varian- not assumed			2.034	43.254	.048	1.2667	.6228		.092E-02	2.5224

También se realizó un Análisis de Varianza (ANOVA) entre la muestra de acuerdo a: Edad de los niños. ( Dividido en 3 lustros ) y Eventos Negativos ( solos se presentan en la tabla los valores de P significativos).

## EDAD DE LOS NIÑOS

Se encuentra diferencia significativa en:

Estilo de Afrontamiento Cognitivo Activo ( $p = 0.053$ )

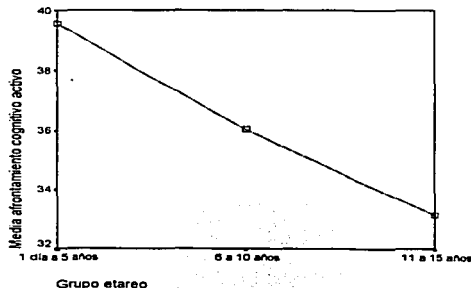
Estrategias de Afrontamiento Búsqueda de Información ( $p = 0.050$ ) y Resolución de

Problemas ( $p = 0.043$ )

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

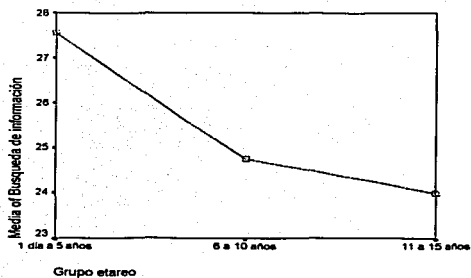
Tabla 3 Por edad de los niños ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Afrontamiento cognitivo	Between Groups	345.918	2	172.959	3.120	.053
	Within Groups	2605.602	47	55.438		
	Total	2951.520	49			
Búsqueda de información	Between Groups	123.270	2	61.635	3.205	.050
	Within Groups	903.950	47	19.233		
	Total	1027.220	49			
Resolución de problemas	Between Groups	112.771	2	56.386	3.358	.043
	Within Groups	789.229	47	16.792		
	Total	902.000	49			

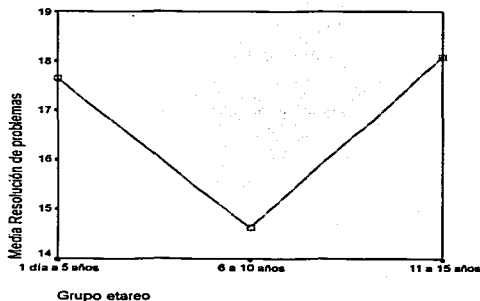


Gráfica. 6

En la gráfica 6 podemos observar la diferencia que existe entre el primer grupo que corresponde a los cuidadores que tienen niños de 1 mes de nacido a 5 años y los que tienen hijos de 11 a 15 años, es en estos dos grupos donde se encuentra mayor diferencia en lo que a Afrontamiento cognitivo activo se refiere, utilizándose este en mayor frecuencia por el primer grupo y disminuyendo considerablemente conforme aumenta la edad del niño.



Gráfica 7



Gráfica 8

En la gráfica 7 se muestra la diferencia con respecto a la búsqueda de información, observándose estas entre el primer grupo y el tercero en mayor proporción, siendo el primer grupo de padres los que utilizan más esta estrategia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La gráfica 8 corresponde a la estrategia de Resolución de problemas siendo el primero y el tercer grupo los que utilizan mas esta estrategia y el segundo grupo que corresponde a padres que tienen hijos de 6 a 10 años, los que la utilizan en menor proporción.

En lo que a eventos negativos se refiere el análisis de varianza arrojó lo siguiente:

# EVENTOS NEGATIVOS

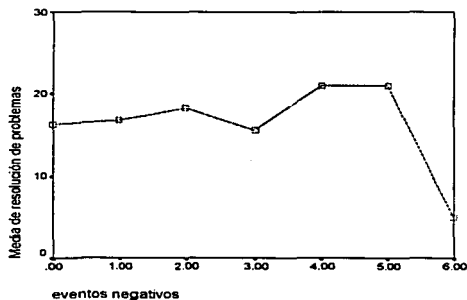
Resolución de Problemas (.043)

Grupo de padres divididos por edad de sus hijos, Grupo etéreo (.025)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

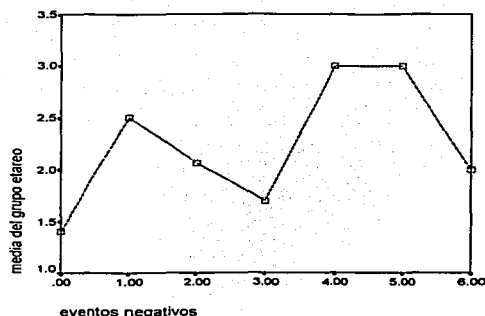
**Tabla 4 Eventos Negativos ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Resolución de problema:	Between Groups	226.833	6	37.806	2.408	.043
	Within Groups	675.167	43	15.702		
	Total	902.000	49			
Grupo etereo	Between Groups	9.143	6	1.524	2.715	.025
	Within Groups	24.138	43	.561		
	Total	33.280	49			



Gráfica. 9

En al gráfica 9 se muestra la diferencia, en resolución de problemas con respecto a eventos negativos, observándose puntajes medios muy similares de cero a tres eventos negativos, aumentando ligeramente en cuatro y cinco eventos, y en el número máximo de eventos negativos de la escala ( 6 eventos) un decremento considerable del puntaje, observándose un menor uso de resolución de problemas al presentar eventos negativos en demasía.



Gráfica. 10

En lo que respecta a la edad de los niños o grupo etareo, en la gráfica 10 se observan diferencias entre las medias obtenidas de acuerdo al número de eventos negativos experimentados por los cuidadores primarios.

Cuatro y cinco eventos negativos puntuaron con la media más alta, mientras la media más baja se presentó en el número de eventos que corresponde a cero.

CON  
FALLA DE ORIGEN

Realizamos correlaciones producto momento de Pearson entre todas las escalas de cuestionario de salud y vida cotidiana HDL, encontrándose los siguientes niveles de significancia.

Escala	Correlación	P
Afrontamiento Conductual VS Búsqueda Información	.704	0.0001
Somatización VS Depresión	.636	0.0001
Afrontamiento Conductual VS Análisis Lógico	.615	0.0001
Medicación Utilizada VS Somatización	.597	0.0001
Afrontamiento Conductual VS Regulación Afectiva	.595	0.0001
Búsqueda Información VS Autoconfianza	.591	0.0001
Afrontamiento Evitación VS Descarga Emocional	.579	0.0001
Afrontamiento Cognitivo VS Análisis Lógico	.568	0.001
Autoconfianza VS Afrontamiento Conductual	.534	0.001

Análisis Lógico VS Búsqueda de Información	.460	0.001
Autoconfianza VS Afrontamiento Cognitivo	.447	0.001
Análisis Lógico VS Autoconfianza	.432	0.002
Análisis Lógico VS Regulación Afectiva	.380	0.006
Afrontamiento Conductual VS Búsqueda información	.366	0.009
Medicación Utilizada VS Depresión	.361	0.010
Análisis Lógico VS Solución de Problemas	.352	0.012
Somatización VS Afrontamiento Evitación	.345	0.014
Enfermedades Concurrentes VS Autoconfianza	-.330	0.019
Depresión VS Autoconfianza	-.292	0.040
Descarga Emocional VS Eventos Negativos	-.283	0.047
Depresión VS Descarga Emocional	.279	0.049

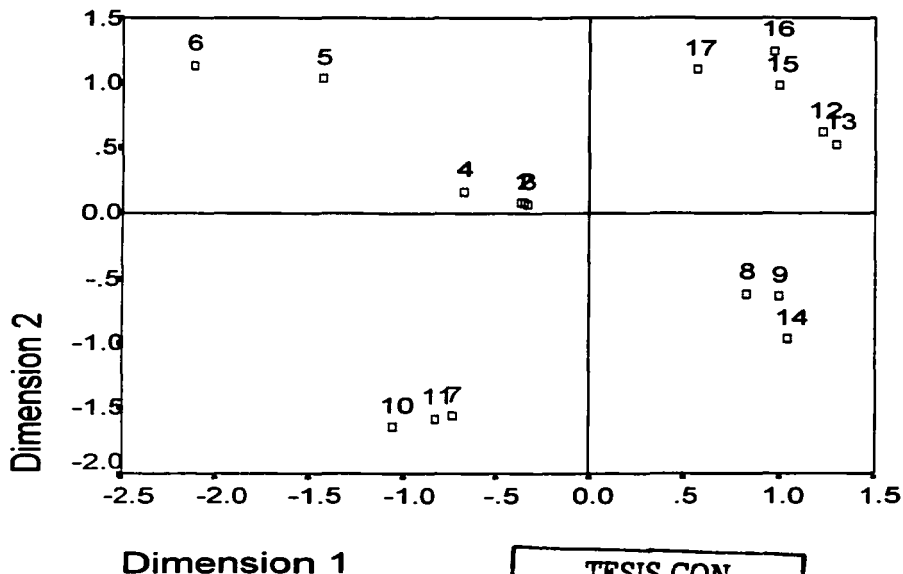
Finalmente utilizamos un mapa perceptual con todas las escalas del instrumento de salud y vida cotidiana y nuestro grupo de padres divididos por edad y tipo de cáncer en sus hijos, con la finalidad de poder visualizar la cercanía de cada punto.

Se observa cercanía entre las tres primeras escalas, que corresponden al punto (1,2 y 3) encontrándose en una sola coordenada, estas tres primeras comprenden la edad de los niños, tipo de cáncer y las enfermedades recurrentes de los cuidadores durante el último año.

Otros presentan una cercanía ligeramente menor como son los puntos 12 y 13 que corresponde al afrontamiento de evitación y análisis lógico. La autoconfianza y el afrontamiento conductual activo muestran también cercanía (puntos 7 y 11), así como los eventos negativos y positivos (puntos 8 y 9).

# Derived Stimulus Configuration

## Euclidean distance model



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Coordenadas de los Estímulos

Numero Estimulo	Estimulo Nombre	1	2
1	EDAD DE LOS NIÑOS	-.3723	.0769
2	TIPO DE CANCER	-.3563	.0762
3	ENFERMEDADES RECURRENTES	-.3402	.0737
4	USO DE MEDICAMENTOS	-.6742	.1683
5	SINTOMAS PSICOSOMATICOS	-1.4365	1.0319
6	DEPRESIÓN	-2.1210	1.1318
7	AUTOCONFIANZA	-.7275	-1.5628
8	EVENTOS POSITIVOS	.8214	-.6191
9	EVENTOS NEGATIVOS	.9975	-.6414
10	AFRONTAMIENTO COGNITIVO ACTIVO	-1.0510	-1.6461
11	AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL ACTIVO	-.8251	-1.5799
12	AFRONTAMIENTO EVITACION	1.2223	.6161
13	ANALISIS LOGICO	1.2912	.5254
14	BUSQUEDA DE INFORMACION	1.0468	-.9656
15	SOLUCION DE PROBLEMAS	.9918	.9709
16	REGULACION AFECTIVA	.9669	1.2446
17	DESCARGA EMOCIONAL	.5662	1.0991

## VI. CONCLUSIONES

La muestra estuvo conformada por 50 cuidadores del Servicio de Hemato- Oncología. Representado en su mayoría por mujeres, cuya procedencia fue del interior de la república, con nivel educativo de primaria y secundaria.

El poder determinar los estilos y estrategias de afrontamiento en los cuidadores de niños con cáncer, nos permite explicar como los niños y los padres se adaptan a la enfermedad y al tratamiento. Nos permite observar los esfuerzos por disminuir los sentimientos de perturbación asociados con la amenaza que la enfermedad implica, al igual que los efectos negativos en la salud del cuidador.

Encontramos que el Afrontamiento Cognitivo Activo es utilizado con mayor frecuencia por los cuidadores, debido a que centran sus acciones en el análisis o la valoración y renovación de las demandas o amenazas provocadas por la enfermedad de sus hijos, para entenderlas y comprenderlas, logrando manejar la tensión provocada por la situación.

Le sigue el Afrontamiento Conductual Activo aquí los cuidadores manejan directamente el problema y sus efectos, tratan de conocer más sobre la situación, tomar acciones positivas para resolverla y lo hacen hablando con un profesional y crean planes de acción.

En un mínimo porcentaje (2%) los cuidadores utilizaron el Afrontamiento Evitativo, estos padres utilizan conductas nocivas para su salud como fumar y comer más. Intentan olvidar la situación, la niegan haciendo bromas acerca de ella como una fantasía optimista que le permita olvidar el problema como los sentimientos que le provocan.

También se encontró que los padres de estos niños utilizan en mayor proporción la Búsqueda de Información y Solución de Problemas con lo que podemos decir que la gran mayoría se acercan a un profesional o tratan de saber más sobre la enfermedad y crean planes de acción para el cuidado de la enfermedad de sus hijos.

A los datos arrojados por la t de Student en lo que respecta a las enfermedades recurrentes. Se encontró una relación significativa con la autoconfianza. Lo que nos indica que aquellos cuidadores que padecieron una o más enfermedades recurrentes durante el periodo de enfermedad de sus hijos, indicaron sentir un menor grado de autoconfianza en comparación de aquellos padres que no padecieron ninguna enfermedad.

En nuestra experiencia dentro del Instituto observamos que la autoconfianza se ve disminuida debido a los cuidadores que tienen que dejar su lugar de origen y de pronto se encuentran en un lugar desconocido sin el apoyo de su familia o amigos, los gastos económicos, la incertidumbre del proceso de la enfermedad y aunado a esto el padecimiento en los cuidadores de alguna enfermedad recurrente (gripa, dolor de espalda, etc.).

Debido a que la enfermedad tiene un tratamiento que va de 1 a 3 años, el cuidador experimenta eventos positivos y negativos en su vida (endeudarse, muerte de algún miembro de la familia, aumento en la carga de trabajo, cambio de casa, etc.), estos eventos se ven relacionados favoreciendo la descarga emocional por parte de los padres con conductas como llorar y blasfemar.

Tomando en cuenta los eventos positivos que acontecen durante la enfermedad de sus hijos (aumento en el ingreso, nacimientos, reconciliación con la pareja, etc.), se encontró una relación significativa a lo que a descarga emocional se refiere, teniendo un aumento en la descarga emocional de aquellos padres que presentaron un mayor numero de eventos positivos.

Otro actor que determina el afrontamiento es la edad de los niños, en el Afrontamiento Cognitivo Activo es utilizado con mayor frecuencia en padres de niños menores a cinco años y conforme la edad del niño aumenta disminuye la utilización de este afrontamiento. Los padres de niños pequeños centran sus acciones en el análisis para tratar de comprender la enfermedad de sus hijos.

## VII. DISCUSION

La mayoría de nuestra muestra fue conformada por mujeres esto se relaciona con lo que dicen Biurrun, 2000; Reay y Bignold, 1998, donde mencionan que la mayor parte de los cuidadores son mujeres, puesto que las madres presentan un mayor compromiso emocional y se responsabilizan del cuidado del niño. Los padres continúan trabajando para resolver los problemas financieros por tal motivo están menos involucrados con el tratamiento en comparación con sus esposas.

La mayor parte de la población venían de otros estados de la república como es, Oaxaca, Guerrero, Hidalgo, Chihuahua, Morelos, Michoacán, Morelos y Veracruz, del Estado de México y en menor proporción del D. F. En cuanto al nivel escolar la mayoría de los cuidadores tienen nivel escolar de primaria, y en menor porcentaje estudios universitarios.

La enfermedad crónica conlleva a una ruptura y una crisis de la vida cotidiana implicando reajuste en la vida de los miembros de la familia, y ante el diagnóstico de cáncer a un hijo, provoca un gran impacto emocional en los distintos miembros de esta, encontrándose con sentimientos de miedo e incertidumbre, sentimientos de pérdida (de la salud, del control, de la autonomía, de la competencia, etc.) y sentimientos de soledad.

Los cuidadores o padres durante el diagnóstico y proceso de la enfermedad, presentan reacciones desadaptativas que son aquellos comportamientos, actitudes que pueden agravar el problema, y que pueden afectar el curso de la enfermedad, algunos de los más comunes, cuando se presentan conceptos erróneos e ideas irracionales en torno al cáncer, a pesar de recibir la información oportuna, cuando la ansiedad y la angustia de los padres es difícil de manejar por ellos e interfieren en la relación con el niño, incrementando sus temores y haciendo difícil su colaboración.

En algunas ocasiones los padres presentan dificultades en la comprensión de la enfermedad, del tratamiento o en el manejo o cuidado del niño (llamarle la atención o consentirlo), esto origina ansiedad y temor, ya que pueden confundir los efectos secundarios del tratamiento (mareos, vómitos, irritabilidad, cansancio, etc.) con signos de empeoramiento de la enfermedad.

Por el temor que el cáncer representa para los padres no comunican el diagnóstico al niño empeorando la situación y centrando su vida alrededor de la enfermedad, dejando de realizar actividades gratificantes.

Las familias con un paciente crónico tienen menos tiempo para las relaciones sociales, igualmente los amigos no saben como actuar ya que las relaciones pueden resultar incómodas, por lo que disminuyen los contactos precisamente cuando se necesita un mayor apoyo emocional.

Todo esto origina problemas como la desatención a las propias necesidades por parte del cuidador, esto aumenta el cansancio y hace la situación más difícil, el cuidador mantiene los esfuerzos que se requieren en el momento de la crisis a lo largo de la fase crónica cuando ya no es necesario tanto esfuerzo, lo que provoca un mayor desgaste. Otro problema es la sobreprotección del enfermo, tratándolo como a un minusválido físico e incluso mental, la familia asume el trabajo y funciones que hasta ese momento desempeñaba el enfermo en la propia familia.

El término de afrontamiento nos ayuda a explicar como los niños y los padres se adaptan a la enfermedad y tratamiento. Las estrategias de afrontamiento igualmente, para observar como tratan de disminuir los sentimientos de perturbación asociados con la amenaza, cuando más se reducen los efectos negativos podemos decir que el proceso de afrontamiento es más efectivo.

Con respecto al afrontamiento nuestra población utiliza el afrontamiento Cognitivo Activo con lo que podemos decir que se trata de padres que centran sus acciones en el análisis, la valoración y revaloración de las demandas provocadas por la enfermedad de su hijo y así darles un significado o modificar ya el existente, logrando modificar la tensión provocada por la situación. En este caso la mayor parte de los cuidadores que conforman la muestra no pueden apoyarse en sus pareja, amigos o familiares debido a que se encuentran lejos de su lugar de origen, con esto podemos decir que no cuentan con redes sociales para hacer frente a la situación.

Lo anterior coincide con los estudios realizados por Castillo en 1997, donde estudio los estilos de afrontamiento de madres de niños con diagnóstico de retinoblastoma y por Flores en el 2002, con la finalidad de identificar los mecanismos de afrontamiento de padres de niños con papilomatosis laríngea recurrente (PLR), en ambos se encontraron que el afrontamiento de estas dos tipos de poblaciones es el cognitivo activo. Por su parte Flores identificó que las estrategias evitativas fueron las menos utilizadas por los padres de niños con PLR.

También se encontró que los padres de estos niños utilizan en mayor proporción la Búsqueda de Información y Solución de Problemas con lo que podemos decir que la gran mayoría se acercan a un profesional o tratan de saber más sobre la enfermedad y crean planes de acción para el cuidado de la enfermedad de sus hijos. Esto se relaciona con lo que dicen Pedreira y Palanca (2001), en la primera fase de diagnóstico de la enfermedad la actitud de los padres es de Búsqueda de Información, como forma de adquirir cierto control sobre la misma y de lucha contra la enfermedad, con búsqueda de soporte y apoyo, como son otros mecanismos de afrontamiento: racionalización, aislamiento emocional o evitación.

Resulta importante la correcta valoración de todos nuestros pacientes sin olvidar los aspectos los socioculturales, los psicológicos, logrando realizar una buena detección de las necesidades de una población olvidada como es la de los cuidadores, en especial en ambientes pediátricos donde la atención se centra en los niños olvidando la influencia y repercusiones que la familia tiene en los pequeños.

## **VIII. SUGERENCIAS**

- Diseñamos un taller y un folleto informativo para una investigación futura, donde se les dará información de la enfermedad de sus hijos de forma clara y sencilla, consta de cuatro sesiones con una duración de hora y media, donde se reforzara en los padres las habilidades sociales y que entre ellos mismos creen una red de apoyo con la finalidad de que hagan frente a la enfermedad de su hijo; pudiendo minimizar las repercusiones directas en su salud, ni en el bienestar de sus hijos.
- Sería importante considerar la manera en que la enfermedad repercute en el sistema familiar y el efecto que tiene en los cuidadores la intervención médica del niño enfermo.
- Es de suma importancia tomar en cuenta el lugar de residencia de la familia y el efecto que tienen en la salud y en el estado emocional del niño y de su cuidador, el tener que alejarse de casa y las pérdidas que trae consigo la enfermedad, así como tener que estar por periodos prolongados en el hospital.
- Se debe considerar para futuras investigaciones la edad de los padres.



## IX. REFERENCIAS

Acuña, L. (1998). Apoyo Social, Roles Sexuales y Estrategias de Afrontamiento de los Problemas, como Moduladores de los Efectos Nocivos del Estrés Vital, Sobre la Salud de Estudiantes Universitarios. Tesis de Maestría en Psicología. UNAM, México.

Aduna, A. (1998). Afrontamiento, Apoyo Social y Solución de Problemas en Estudiantes Universitarios Estudio Experimental. Tesis de Maestría en Psicología. UNAM, México.

Alvaradejo, C. Y Delgado, L. (1996) Estudio preliminar a la construcción de una escala de calidad de vida para pacientes que sobreviven a padecimiento oncológico. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, México.

American Cancer Society (2001). Cáncer. [www. cancer.org](http://www.cancer.org)

Barg, F., Pasacrete, J. V. y Naumah, I. F. (1998). A description of a psychoeducational intervention for family caregivers of cancer patients. Journal of Family Nursing 4 (4).

Billings, A. y Moss, R. (1994). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. Journal of Behavioral Medicine 4, 139-157.

Biurrun, A. (2000). Cuidar al enfermo interrumpe la vida del cuidador. [www.diariomedicovd.recolectos.es/entorno/ent160500combis. html](http://www.diariomedicovd.recolectos.es/entorno/ent160500combis.html)

Cárdenas, R. (1994). Leucemia Aguda Mieloblastica o no linfoblastica. En Rivera, R. Diagnóstico en el niño con cáncer. México: Mosby / Doyma Libros

- Cárdenas, R. (1994). Rabdomiosarcoma y sarcomas de partes blandas. En Rivera, R. Diagnóstico en el niño con cáncer. México: Mosby / Doyma Libros
- Cacioppo, J. y Gardner W. (1999). Emociones. Revisión Anual de Psicología 50, 129-214.
- Casado, M. (2000). Psicología y Salud (Emociones y Enfermedad). Ansiedad y Estrés. 1
- Campos, I. (1995). Apoyo Psicologico de niños en fase terminal. Propuesta de intervención oportuna y manejo multidisciplinario por el equipo de salud. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, México.
- Castillo, V. (1997). Estilos de afrontamiento de un grupo de madres de niños de 0 a 6 años con diagnóstico de retinoblastoma. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, México.
- Chesney, B. Y Chesler, M. (1996). Listening to their voices: Understanding the meaning of parental coping with childhood cancer. Applied Behavioral Science Review 4 (2), 177-197.
- Díaz, A. (2000). Intervención Psicológica: Prevención y Terapia. [www.cancerinfantil.org/ponencias/jorn9.html](http://www.cancerinfantil.org/ponencias/jorn9.html)
- Flores, N. (2002). Padres del paciente pediátrico con enfermedad crónica recurrente mecanismos de afrontamiento. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, México.
- Hernández, R., Fernández, C. Y Baptista, P. (1998). Metodología de la investigación. México: Editorial McGraw Hill.
- Huertín, S. (1993). "High pretension" the uses of chronic folk illness for personal adaptation. Soc. Sci. Med. 37

Lazarus, R. Y Folkman, S. (1986). Estres y Procesos cognitivos. Barcelona: Martinez Roca.

Lazarus, R y Lazarus, B. (2000). Pasión y Razón la comprensión de las Emociones. España: Paidós.

López, O y Pineda, C. (2001). Adherencia Terapeutica y Afrontamiento en Pacientes Hipertensos. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, México.

Lowenstein, A. y Gilbar, O. (2000). The Perception of caregiving Burden on the part of Elderly cancer patients. Spouses and adults; Families, Systems and Health. The Journal of Collaborative Family Health care 18 (3).

Martínez (1994). Osteosarcomas. En Rivera, R. Diagnóstico en el niño con cáncer. México: Mosby / Doyma Libros

Martínez, F. y Fernández, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. Anales de psicología.

McCubbin, H. (1983). CHIP-Coping health inventory for parents: An assessment of parental coping patterns in the care of the chronically ill child. Journal of Marriage and the Family 45, 359-37.

Miller, K. (2000). Caregivers Stress in Partners of cancer Patients. American Family Physician 61 (1), 192-196.

Morales, F. (1997). Introducción a la Psicología de la Salud. México: Unison.

Ocampo, M. (1999). Apoyo Emocional al Paciente Oncológico y su Familia. Cuidados paliativos. Hospital de Oncología, Angel Roffo. Buenos Aires Argentina.

Ortigosa, J y Méndez, J. (2000). Hospitalización Infantil Repercusiones Psicologicas. Madrid: Biblioteca Nueva

Pastrana, S. (1998). Estrés y estilos de afrontamiento ante la enfermedad crónica en el paciente pediátrico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Pedreira, J y Palanca (2001). Psicooncología Pediátrica. [www.Paidopsiquiatria.com](http://www.Paidopsiquiatria.com)

Reay, D. y Bignold, S. (1998). He Just had a Different Way of Showing it: Gender dynamics in families ciping with childhood. Journal of Gender Studies 7 (1), 39-53.

Reynoso, L. y Seligson, I (2002). Psicología y Salud. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Rivera, R. (2002). Oncología Pediátrica. México: Intersistemas, S.A de C.V.

Rivera, R. (1994). Diagnóstico del Niño con Cáncer. México: Mosby / Doyma Libros

Russo, R. (2001). La relación médico paciente y la enfermedad crónica. [www.zonapediatrica.com](http://www.zonapediatrica.com)

Sánchez, M. (1997). La importancia de los metodos psicologicos en el control del dolor por procedimientos de diagnóstico y tratamiento del cáncer pediátrico. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, México.

Seligson, I. y Reynoso L. (1996). Aplicación de un programa conductual de afrontamiento en pacientes cancerosos. México: FES Iztacala.

Soler M. V. (1996). Afrontamiento y Adaptación Emocional en Padres de Niños con Cáncer. España. [www. geocities. com/CollegePark/Library/7893/indice.htm](http://www.geocities.com/CollegePark/Library/7893/indice.htm).

Key, S. W. y Marble M. (1998). Cancer's psychological effects on caregivers. Cancer Weekly Plus.

Worldwidehospital (2002). Psico-oncología pediátrica: Fase diagnóstica. [www. worldwidewhospital. com /h24/psnin1. htm](http://www.worldwidewhospital.com/h24/psnin1.htm)

Worldwidehospital (2002). Psico-oncología: Fase de tratamiento. [www. worldwidewhospita. com/h24h/psnin2. htm](http://www.worldwidewhospital.com/h24h/psnin2.htm)

Worldwidehospital (2002). Psico-oncología pediátrica. [www. worldwidewhospital. com /h24/psnin3. htm](http://www.worldwidewhospital.com/h24/psnin3.htm)

# A N E X O



# TESIS CON FALLA DE ORIGEN



NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_  
DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_ TIEMPO DEL \_\_\_\_\_  
DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE SALUD Y VIDA COTIDIANA

ESTE ES UN CUESTIONARIO DE SALUD. PORFAVOR CONTESTE CADA PREGUNTA TAN ADECUADAMENTE COMO USTED PUEDA. TODAS SUS RESPUESTAS SON EstrictAMENTE CONFIDENCIALES.

### PARTE I

#### SU SALUD EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES

1. PORFAVOR SEÑALE SI HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES EN EL ÚLTIMO AÑO. CONTESTE SÓLO SI LA ENFERMEDAD FUE DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO.

- |                 |    |    |                                    |    |    |
|-----------------|----|----|------------------------------------|----|----|
| 1) Anemia       | SI | NO | 8) Problemas Serios con la Espalda | SI | NO |
| 2) Asma         | SI | NO | 9) Problemas con el Corazón        | SI | NO |
| 3) Ulceras      | SI | NO | 10) Problemas Respiratorios        | SI | NO |
| 4) Presión Alta | SI | NO | 11) Problemas de Riñón             | SI | NO |
| 5) Cáncer       | SI | NO | 12) Infecciones                    | SI | NO |
| 6) Bronquitis   | SI | NO | 13) Reumas                         | SI | NO |
| 7) Diabetes     | SI | NO | 14) Problemas con d Hígado         | SI | NO |

2. PORFAVOR SEÑALE, UTILIZANDO LA SIGUIENTE ESCALA, QUÉ TAN FRECUENTEMENTE USÓ LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO:

- 1) NUNCA    2) RARA VEZ    3) EN OCASIONES    4) CASI SIEMPRE    5) SIEMPRE

- |  |                                  |                                |
|--|----------------------------------|--------------------------------|
| 1) Pastillas para alergias. _____          | 2) Pastillas para el dolor _____ | 3) Pastillas para dormir _____ |
| 4) Medicamentos para _____<br>la digestión | 5) Tranquilizantes _____         | 6) Vitaminas _____             |
| 7) Laxantes _____                          | 8) Antigripales, ... _____       | 9) Antibióticos _____          |
| 10) Antidepresivos _____                   | 11) Aspirinas _____              | 12) Anfetaminas _____          |

**3. ¿QUÉ TAN FRECUENTE HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, DURANTE EL ÚLTIMO AÑO.**

1) NUNCA    2) RARA VEZ    3) EN OCASIONES    4) CASI SIEMPRE    5) SIEMPRE

- |  |       |  |       |
|--|-------|--|-------|
| 1) Ha sentido debilidad                          | _____ | 2) Ha sentido de repente calor en todo el cuerpo | _____ |
| 3) Ha sentido que el corazón le late fuertemente | _____ | 4) Ha tenido poco apetito                        | _____ |
| 5) Ha sentido mareos                             | _____ | 6) Ha tenido dolores en alguna parte del cuerpo  | _____ |
| 7) Ha sentido acidez estomacal o indigestión.    | _____ | 8) Ha sentido escalofrío                         | _____ |
| 9) Ha tenido manos temblorosas                   | _____ | 10) Ha tenido dolor de cabeza                    | _____ |
| 11) Ha tenido estreñimiento                      | _____ | 12) Ha sufrido insomnio                          | _____ |
| 13) Ha tenido poco apetito o pérdida de peso     | _____ | 14) Ha tenido síntomas físicos o enfermedades    | _____ |

**4. QUE TAN FRECUENTE HA SENTIDO O SE HA SENTIDO):**

1) NUNCA    2) RARA VEZ    3) EN OCASIONES    4) CASI SIEMPRE    5) SIEMPRE

- |   |       |   |       |
|---|-------|---|-------|
| 1) Que no puede empezar ninguna actividad                           | _____ | 2) Que se preocupa demasiado                        | _____ |
| 3) Que su memoria no esta del todo bien que le hacen sentir enfermo | _____ | 4) Preocupaciones personales o                      | _____ |
| 5) Que nada le sale bien  | _____ | 6) Que ya no existe algo que todavía valga la pena  | _____ |
| 7) Nervioso (a) o tenso (a)   | _____ | 8) Inquieto (a)                                     | _____ |
| 9) Deprimido (a), triste o melancólico (a)                          | _____ | 10) Con pensamientos acerca de la muerte o suicidio | _____ |
| 11) Ganas de llorar   | _____ | 12) Lástima o pena por usted mismo                  | _____ |
| 13) Con la pérdida de energía                                       | _____ | 14) Lentitud o apatía para iniciar actividades      | _____ |
| 15) Pérdida de interés  | _____ | 16) Culpabilidad                                    | _____ |
| 17) Sin valor o despreciable  | _____ | 18) Que no se puede concentrar                      | _____ |
| 19) Sentimientos negativos o pesimistas                             | _____ | 20) Sentimientos de soledad                         | _____ |
| 21) Sentimientos ofensivos, irritabilidad o enojo                   | _____ | 22) Necesidad de que lo tranquilicen o ayuden       | _____ |



**5. PARA CADA ADJETIVO QUE SE MENCIONA A CONTINUACION, INDIQUE CON EL NÚMERO DE LA SIGUIENTE ESCALA, CUANTO LE DESCRIBE A USTED.**

- 1) NO ME DESCRIBE NADA      2) ME DESCRIBE UN POCO      3) ME DESCRIBE ALGO  
4) ME DESCRIBE BIEN      5) ME DESCRIBE EXACTAMENTE
- 1) Agresivo      2) Ambicioso      3) Seguro de si mismo      4) Exitoso      5) Accesible  
6) Activo      7) Extrovertido      8) Calmado      9) Confiado      10) Feliz

**PARTE II**

**EVENTOS OCURRIDOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES.**

**6. ESTA ES UNA LISTA DE EVENTOS QUE LE PUEDEN PASAR A CUALQUIERA. PORFAVOR SEÑALE SI DURANTE EL ÚLTIMO AÑO LE OCURRIÓ ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS.**

	SI	NO	¿Hace cuantos meses ocurrió?
1) Cambio de casa	SI	NO	_____
2) Graduación	SI	NO	_____
3) Perdió algo con valor sentimental	SI	NO	_____
4) Muerte de algún amigo cercano	SI	NO	_____
5) Problemas con amigos y vecinos	SI	NO	_____
6) Se comprometió sentimentalmente	SI	NO	_____
7) Se casó	SI	NO	_____
8) Se separó	SI	NO	_____
9) Tuvo una reconciliación con su novio o esposo	SI	NO	_____
10) Se divorció	SI	NO	_____
11) Nacimiento de un niño en su familia inmediata	SI	NO	_____
12) Dificultades con suegros o parientes políticos	SI	NO	_____
13) Tuvo algún accidente o enfermedad serio	SI	NO	_____
14) Muerte de su cónyuge o novio	SI	NO	_____
15) Muerte de un miembro de la familia cercana	SI	NO	_____
16) Problemas con los superiores en el trabajo o escuela	SI	NO	_____
17) Suspendido o despedido del trabajo o escuela	SI	NO	_____
18) Desempleado por un mes o más	SI	NO	_____
19) Aumento considerable en la carga de trabajo	SI	NO	_____
20) Mejoraron sus calificaciones o fue promovido	SI	NO	_____
21) Consiguió un mejor trabajo (nuevo)	SI	NO	_____
22) Aumento substancial en el ingreso	SI	NO	_____
23) Decremento substancial en el ingreso	SI	NO	_____
24) Se endeudó fundamentalmente	SI	NO	_____
25) Hijo o familiar regresó a casa después de una larga ausencia	SI	NO	_____
26) Su hijo o un familiar abandonó la casa	SI	NO	_____
27) Su hijo entro en la escuela	SI	NO	_____
28) Un pariente se cambio a su casa	SI	NO	_____
29) Tuvo problemas legales	SI	NO	_____
30) Tuvo problemas de alcohol o drogas	SI	NO	_____
31) Fue asaltado o robado	SI	NO	_____

# **TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

**7. PORFAVOR INDIQUE CON QUE FRECUENCIA UTILIZO USTED LAS SIGUIENTES FORMAS DE ACTUAR PARA TRATAR DE ENFRENTAR LOS EVENTOS QUE LE OCURRIERON DURANTE EL ULTIMO AÑO. CONTESTE ESTAS PREGUNTAS AÚN CUANDO NO LE HAYAN OCURRIDO NINGUNO DE LOS EVENTOS ANTERIORES.**

	1) NUNCA	2) RARA VEZ	3) EN OCASIONES	4) CASI SIEMPRE	5) SIEMPRE
1) Traté de saber más sobre la situación .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Hablé con su cónyuge, novio o parientes acerca del evento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Hablé con un amigo acerca del problema.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Hablé con un profesionalista (abogado, cura, médico, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Rezé para tener una guía o para darme valor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Se preparó para el peor de los casos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) No se preocupó. Pensó que todo saldría bien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Se desquitó con otros cuando se sentía enojado o deprimido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Trató de ver el lado bueno de la situación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Se ocupó con otras cosa para no pensar en lo sucedido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Formuló un plan de acción y lo llevo acabó.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Considero varias alternativas para manejar la situación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Se guió por sus experiencias pasadas en situaciones similares.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) No expresó sus sentimientos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Tomó las cosas como venían, paso a paso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Trató de analizar la situación y ver las cosas objetivamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Pensó sobre la situación para tratar de entenderla mejor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Intentó no precipitarse actuando impulsivamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Se dijo cosas para ayudarse a sentirse mejor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Se olvidó del problema por un tiempo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Supo qué había que hacer y se esforzó más para que funcionaran las cosas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Evitó en general estar con la gente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Se propuso que la próxima vez las cosas serian diferentes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Se negó a creer lo que había sucedido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Lo aceptó, no podía hacer nada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Trató de permanecer insensible.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Buscó ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Negoció para rescatar algo positivo de la situación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Intentó reducir la tensión tomando mas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Intentó reducir la tensión comiendo más.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) Intentó reducir la tensión fumando más.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Intentó reducir la tensión haciendo más ejercicio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Intentó reducir la tensión tomando más tranquilizantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN Y PACIENCIA PARA CONTESTAR  
ESTECUESTIONARIO**

69