

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**SALUD Y VIDA COTIDIANA EN PADRES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS  
PEDIÁTRICOS**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**YU HING VALERIA CHUEY ROSAS**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA**

**REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**

**MÉXICO, D. F.**

**ABRIL, 2009**



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**SALUD Y VIDA COTIDIANA EN PADRES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS  
PEDIÁTRICOS**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**YU HING VALERIA CHUEY ROSAS**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA**

**REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**

**SINODALES: MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA  
MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA  
MTRA. NOEMÍ BARRAGÁN TORRES**

**ASESOR METODOLÓGICO: DRA. ANDRÓMEDA VALENCIA ORTÍZ**

**MÉXICO, D. F.**

**ABRIL, 2009**

GRACIAS...

A Dios por esta vida, por estar aquí y ahora, por todo lo que he recibido, por mi familia.

A mi papá, por todo tu conocimiento, tus enseñanzas, tu cariño y apoyo, por impulsarme siempre a ser mejor.

A mi mamá, por toda tu ayuda, cariño, comprensión, por darme todo, por ser mi modelo a seguir, te admiro muchísimo.

A mi hermana, por escucharme, por tus consejos, por estar siempre, por compartir tu tiempo conmigo.

A mi hermano, por la alegría, por hacerme sonreír y por estar conmigo en todo momento.

A Paolo por tus conocimientos y tu amistad, por ser parte de nuestra familia.

A Emiliano, tus risas y tus primeras palabras iluminan mi vida, te quiero muchísimo.

A Jesús, por compartir tu vida conmigo, por tu tiempo, apoyo, comprensión, amor y cariño. Por siempre animarme a seguir adelante, por creer en mí, gracias por existir.

A todos mis tíos y tías, que con su amor y cuidado a lo largo de mi vida me han llenado de felicidad.

A todos mis primos y primas, por toda la alegría, por ser como hermanos, unidos en las buenas y en las malas.

A Lupita y a Sonia, por la amistad incondicional a través de los años, por compartir la carrera conmigo, por el cariño y el apoyo.

A Isa por tu calidez, tu alegría y ánimos y a tu familia por recibirme con los brazos abiertos.

A mis amigas de siempre Beti, Bricia, Lupita, Zaire, por compartir parte de su vida conmigo, por la confianza y el cariño.

A mis más grandes amigos y amigas de la preparatoria, por todas las experiencias vividas y por toda su amistad que es muy importante para mí.

A Ari por ser una gran amiga, a André por siempre escuchar y todos tus consejos, a Pierre por todo tu cariño.

A mis amigos y colegas de la facultad por compartir esta experiencia conmigo.

A todo el equipo del Juego del Optimismo, por los que estuvieron y los que están, en especial a Mary, por tu amistad y tus sabios consejos; a Yadira por tu cariño, por siempre estar ahí y por animarme en todo momento; Israel por tus conocimientos y ayuda, en especial a Araceli, sin ti no hubiera podido terminar este proyecto, muchas gracias por todo.

A todo el equipo de Sepimex, por el apoyo y la experiencia, por la oportunidad de trabajar juntos.

Muy en especial a Andrómeda, por la amistad de años, la confianza que tienes en mi para trabajar juntas, por todo el conocimiento, toda la experiencia que he adquirido, por el ánimo y el apoyo, por compartir tu familia conmigo y por ser una gran maestra y amiga.

A todos los participantes del estudio, por su tiempo y a los niños, por toda su alegría y su sonrisa.

Al comité: Dr. Juan José Sánchez Sosa, Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Mtro. Arturo Martínez Lara por su tiempo y consejo, en especial gracias al Mtro. Fernando Vázquez Pineda, por su dedicación, conocimientos y apoyo y a la Mtra. Noemí, por sus consejos y su sonrisa que siempre te alegra el día.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por la educación que me ha brindado desde el bachillerato, la mejor educación del país.

Dedico este trabajo a mis dos estrellas que ya no están:

Maru, gracias por tus consejos, por haber existido, siempre estarás en mi corazón.

Abuelita, gracias por todo tu amor, tus palabras, por todo lo que aprendí de ti y por todo el tiempo que pasamos juntas, ¡Te extraño!

***Es con el corazón como vemos correctamente;  
lo esencial es invisible a los ojos.***

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY, El principito.

## ÍNDICE

	PÁG.
RESUMEN	1
CAPÍTULO I	
CÁNCER	2
1.1 Etiología del cáncer	2
1.2 Tipos de cáncer en niños	3
1.2.1 Leucemia	5
1.2.1 Tumores cerebrales	5
1.2.3 Linfomas	6
1.2.4 Sarcomas	7
1.3 Tratamientos para el cáncer infantil y efectos secundarios	7
1.3.1 Quimioterapia	9
1.3.2 Cirugía	9
1.3.3 Radioterapia	11
1.3.4 Tratamientos adyuvantes y neoadyuvantes	12
1.3.5 Tratamientos adicionales	13
1.3.6 Ciclos de recuperación	15
1.4 Apoyo Psicológico	17
1.5 Impacto en la calidad de vida: implicaciones y repercusiones	19
CAPÍTULO II	
ESTILOS DE VIDA	28
2.1 Patógeno e Inmunógeno conductual	29
2.2 Conductas de salud	30
2.3 Estilos de vida en padres de niños con cáncer	31

CAPÍTULO III	
ESTRÉS	34
3.1 Teoría del estrés	34
3.2 Evaluación de la situación	35
3.3 Factores relacionados con el estrés	36
3.4 Estrés en padres de niños con cáncer	37
CAPÍTULO IV	
ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	41
4.1 Funciones del afrontamiento	43
4.2 Estrategias de afrontamiento	45
4.3 Recursos para el afrontamiento	47
4.4 Estilos de afrontamiento en padres de niños con cáncer	49
CAPÍTULO V	
APOYO SOCIAL	52
5.1 Tipos de apoyo social	52
5.2 Obtención de apoyo social	53
5.3 Satisfacción de apoyo social	54
5.4 Teoría sobre el apoyo social y la salud	55
5.5 Apoyo social en padres de niños con cáncer	56
MÉTODO	59
RESULTADOS	63
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	91
REFERENCIAS	102

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Salud y Vida Cotidiana en Padres de Pacientes  
Oncológicos Pediátricos**

**Yu Hing Valeria Chuey Rosas**

Los estudios epidemiológicos en México, revelan un aumento en las enfermedades crónico-degenerativas, como el cáncer. Actualmente, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2007), reporta respecto a la población infantil que las enfermedades oncológicas se encuentran dentro de las principales causas de muerte, en el grupo de 5 a 14 años de edad, representan la segunda causa de mortalidad. El impacto que el cáncer genera en los padres, provoca cambios en las emociones según se ajustan a la realidad de la enfermedad del niño, pueden experimentar shock, negación, enfado, desesperación y aceptación. Con el inicio del plan de tratamiento muchos padres deben tomar decisiones críticas sobre el cuidado de su hijo, sienten miedo e incertidumbre sobre su habilidad para elegir correctamente. Para los padres, las necesidades de la enfermedad del niño, de los hermanos y el cónyuge ejercen una gran presión. El objetivo del estudio es describir los indicadores de salud y vida cotidiana en los padres de niños con cáncer, con el fin de desarrollar programas de intervención eficaces, la muestra se conformó por 60 padres, 53 mujeres y 7 hombres. Se aplicó la *Escala de salud y vida cotidiana*. Los resultados sugieren que la condición médica, los síntomas físicos y el humor depresivo, se relacionan entre sí, así como el estilo de afrontamiento cognitivo-activo con la búsqueda de información, la resolución de problemas y el análisis lógico. Con esto podemos saber las necesidades reales de servicio psicológico en los padres para poder crear intervenciones eficaces y específicas.



## **CAPÍTULO I. CÁNCER**

Los estudios epidemiológicos en México, durante la última década, revelan un aumento en las enfermedades crónico-degenerativas, como el cáncer, la diabetes y la hipertensión, comparado con las enfermedades de tipo infeccioso tales como los padecimientos gastrointestinales y respiratorios (Rivera, 1994).

Actualmente, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2007), reporta respecto a la población infantil que en el grupo de 1 a 4 años de edad, los tumores malignos son la cuarta causa de muerte; en cuanto al grupo de 5 a 14 años, los tumores malignos representan la segunda causa de mortandad.

### **1.1 ETIOLOGÍA DEL CÁNCER**

El cáncer se caracteriza por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control (Brannon y Feist, 2001).

Cuando los procesos celulares reguladores de la tasa de división celular se alteran, una determinada célula pierde el control de multiplicación y empieza a dividirse de manera incontrolada y generalmente muy rápida. En tal caso, dicha célula transmitirá a su progenie la misma capacidad incontrolada de división, por lo que en el tejido donde se halle ubicada dicha célula, aparecerá una masa celular que crecerá a una velocidad distinta a la del resto de las células presentes en el mismo (Argilés y López, 1998).

Las causas que determinan que una célula pierda su capacidad de control mitótico (o de división celular) son casi siempre lesiones que afectan el material genético presente en el núcleo celular. Cuando una célula experimenta una o más lesiones,

se habla de célula iniciada; dicha célula todavía no se multiplica anómalamente, pero su lesión es irreversible y transmisible a su progenie (Argilés y López, 1998).

Posteriormente, en presencia de lo que se denomina un agente promotor, dicha célula entra en fase de promoción; de proliferación clonal y empieza su división anómala: la célula se ha transformado. En este momento ya tenemos una célula tumoral en crecimiento; después el tumor empieza a vascularizarse y crece exponencialmente (Argilés y López, 1998).

Los agentes capaces de inducir la lesión genética responsable de lo que se ha denominado iniciación celular se denominan carcinógenos y su naturaleza puede ser física, química o biológica; los agentes capaces de provocar la promoción celular (y por tanto iniciar el proceso de transformación) se llaman promotores y son siempre compuestos químicos (Argilés y López, 1998).

El cáncer se considera una enfermedad multideterminada; los factores que pueden determinar su aparición pueden dividirse en cuatro grandes grupos: hereditarios, ambientales, conductuales y psico-socio-emocionales. Deben ocurrir más de uno de estos factores, para que el sistema inmune no pueda destruir a esas células que pierden el control de división celular, en el momento de su nacimiento y antes de que comiencen a multiplicarse indefinidamente, permitiendo su evolución (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

## **1.2 TIPOS DE CÁNCER EN NIÑOS**

Las leucemias, tumores cerebrales, linfomas y sarcomas, son los tipos de cáncer más frecuentes en los niños (López, González, Santos y Sanz, 1999).

La mayoría de las afecciones malignas de la infancia afectan tejidos no epiteliales; existe una relación causal entre estas y los factores nutricionales y ambientales que no siempre resulta fácilmente evidente (Griffiths, 1998).

Con respecto al aspecto psicológico, el cáncer en los niños como una enfermedad que amenaza la vida, produce en ellos emociones intensas como miedo, pena, desesperación y depresión. Los niños que sufren de esta enfermedad y sus padres, se encuentran en una situación dominada por la incertidumbre y la pérdida de control y para que no los sobrepasen las emociones negativas que surgen de esta situación, tienen que desarrollar y aplicar estrategias de control para reducir la incertidumbre y la falta de control (Van Veldhuizen y Last, 1991).

Además para el niño el cáncer es una amenaza a su integridad física, a su seguridad y sobre todo a la pérdida de su vida. El niño se enfrenta a fuertes eventos aversivos como el dolor y al malestar físico intenso como resultado de la enfermedad y el tratamiento. Por un corto o largo tiempo el niño tendrá dificultades en sus actividades y no podrá participar de la diversión y los juegos, como los otros niños lo hacen (Van Veldhuizen y Last, 1991).

El diagnóstico del cáncer en un niño suele ser una experiencia aterradora; al principio, muchos niños piensan que tienen la típica clase de problemas de salud, como un resfriado o una infección, la adaptación a la realidad de una enfermedad que amenaza la vida es difícil para el niño y su familia (Nessim y Katz, 1995); para el niño, su nivel de desarrollo en cuanto a comprensión influenciará en su habilidad para comprender la naturaleza de su enfermedad y tratamiento. Los niños pequeños se centran en sus preocupaciones inmediatas de dolor e incomodidad, junto con la ansiedad de estar separados del ambiente paternal y familiar durante las hospitalizaciones. Los niños mayores son más capaces de comprender la naturaleza seria de su enfermedad y pueden sentirse aislados y solos si no son capaces de participar en sus actividades normales, como la escuela. Los niños de todas las edades son muy sensibles a las reacciones de sus

amigos y familia, y necesitan la oportunidad de sentirse “normales” (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

### **1.2.1 Leucemia**

La leucemia es un cáncer que afecta a los sistemas que elaboran las células sanguíneas [i.e. médula espinal, sistema linfático] (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003). Por esto, las leucemias pueden ser linfáticas, si provienen de un tumor primario del sistema linfático o mieloides, si provienen de las células mieloides de la médula ósea, caracterizándose en tal caso por un elevado número de granulocitos circulantes (Argilés y López, 1998).

No todas las leucemias presentan las mismas características, por lo tanto se les ha clasificado de dos maneras: aguda y crónica; las agudas se deben a la detección en el crecimiento de las células sanguíneas inmaduras y las crónicas afectan las células sanguíneas más maduras (Shirley, 1999).

Los síntomas originados por la leucemia se centran en la pérdida de peso, anemia, susceptibilidad aumentada a contagios e infecciones y en el caso de la leucemia linfóide, aumento del tamaño de las glándulas linfáticas (Argilés y López, 1998). El diagnóstico se confirma mediante pruebas de laboratorio que indican la presencia de células anormales en la sangre y en la médula (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003). El tratamiento se centra en radioterapia combinada con quimioterapia y últimamente en algunos casos, ha tenido mucho éxito el trasplante de médula ósea (Argilés y López, 1998).

### **1.2.2 Tumores Cerebrales**

Los tumores cerebrales son los carcinomas sólidos más frecuentes en los niños, después de las leucemias (Shirley, 1999). Presentan grados de malignidad muy variables y manifestaciones clínicas que dependen de su ubicación, pero que casi siempre consisten en fuerte dolor de cabeza y disfunciones sensoriales. Deben ser extirpados para evitar que su crecimiento entorpezca las funciones cerebrales normales (Argilés y López, 1998). Existen dos tipos: los meningiomas, que se originan en las meninges o membranas que rodean el cerebro, y los gliomas, los cuales derivan de células propiamente nerviosas (Argilés y López, 1998).

Los tipos de tumores cerebrales que se observan con más frecuencia en los niños son el meduloblastoma y astrocitoma. Los síntomas iniciales del meduloblastoma incluyen: vómitos inexplicables, alteraciones en el comportamiento y cambios neurológicos (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

El pronóstico en niños con tumores cerebrales depende del tamaño de la masa tumoral y de su localización (Shirley, 1999). La cirugía, seguida por la terapia radiactiva y la quimioterapia pueden ser empleadas para tratar el cáncer cerebral (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

### **1.2.3 Linfomas**

Linfoma es el término usado para abarcar cánceres que implican tejidos linfáticos. Estos tumores malignos se suelen dividir en dos grupos: el linfoma de Hodgkin y el no-linfoma de Hodgkin. Los síntomas asociados incluyen: pérdida de apetito, pérdida de peso, fiebre inexplicable y sudores nocturnos; su característica principal es el aumento indoloro del tamaño de los ganglios linfáticos (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

El diagnóstico de esta enfermedad viene determinado por una biopsia del ganglio linfático. Se da un pico de incidencia de Hodgkin en la adolescencia. Actualmente, la enfermedad de Hodgkin representa uno de los cánceres más curables, con una tasa de supervivencia del 90 por 100 en 5 años (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

El tratamiento de los linfomas varía dependiendo del tipo y estadio de la enfermedad. Para la enfermedad localizada o diagnosticada en sus primeras fases, se usa únicamente la terapia por radiación. Si la enfermedad está más avanzada, requiere añadir quimioterapia al régimen de tratamiento (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

#### **1.2.4 Sarcomas**

Los sarcomas se presentan en los tejidos mesenquimales, conectivos o de soporte, y se clasifican en aquellos que se manifiestan en los huesos y los que aparecen en los tejidos suaves como en los músculos, vasos sanguíneos y grasa (López, González, Santos y Sanz, 1999).

El tumor óseo más frecuente en la infancia es el osteosarcoma y se presenta con mayor frecuencia en los varones. Se localiza generalmente en el fémur, la tibia, el húmero, el peroné, el hueso iliaco, el radio, la mandíbula y la clavícula (Shirley, 1999).

Los síntomas de los tumores óseos incluyen tumefacción local, impotencia funcional y masa dolorosa, dolor localizado e hinchazón que limitan el funcionamiento normal. El tratamiento para el cáncer de hueso ha cambiado radicalmente desde los años setenta. En el pasado, la amputación era la primera (y única) línea de defensa contra esta enfermedad. La llegada de drogas efectivas anticáncer combinadas con terapia por radiación y procedimientos quirúrgicos y

ortopédicos que preservan la extremidad han incrementado significativamente la supervivencia a largo plazo (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

### **1.3 TRATAMIENTOS PARA EL CÁNCER INFANTIL Y EFECTOS SECUNDARIOS**

Es preciso destacar que el mejor planteamiento para abordar el cáncer reside en: (a) su prevención, evitando entrar en contacto con conocidos agentes carcinogénicos ambientales y controlando la dieta, (b) su detección precoz y la práctica de la cirugía, y (c) la potenciación de la respuesta inmunitaria del individuo portador del tumor para, en la medida de lo posible, potenciar su regresión tumoral (Argilés y López, 1998).

El cáncer no es necesariamente una sentencia de muerte para el paciente, sino que muchos tipos de cáncer son tratables en la actualidad y pueden ser totalmente erradicados; cuando esto ocurre, el paciente no debe experimentar ningún tipo de rebrote tumoral durante al menos cinco años. Otras veces, cuando la curación total no es posible, lo que sí se puede intentar es alargar la vida del paciente, no sólo desde el punto de vista temporal sino también el de mejorar su calidad de vida, de tal modo que pueda mantener el crecimiento tumoral controlado para poder llevar a cabo una existencia normal (Argilés y López, 1998).

La quimioterapia, la cirugía y la radiación han sido los tratamientos más usados contra el cáncer y varían dependiendo del tipo de cáncer y su localización; estos tratamientos cumplen con dos etapas; la primera es la inducción, en la que se busca eliminar el cáncer que es detectable de forma aparente, si se obtiene el éxito esperado; entonces se procede con la segunda y última fase que se denomina de remisión o mantenimiento, que consiste en el uso de agentes citotóxicos que tienen la función de eliminar las células cancerosas de difícil localización o detección debido a su reducido tamaño, esta fase se caracteriza por

ser más prolongada que la primera y puede durar de meses hasta años (López, González, Santos y Sanz, 1999).

El objetivo principal del tratamiento del cáncer del niño es alcanzar la curación del paciente para que pueda tener un desarrollo normal y tener una vida adulta productiva y útil (Couselo, 1999); la definición de curación del niño con cáncer tiene los siguientes aspectos: el primero es conseguir la situación en la que no se observan signos ni síntomas de la enfermedad; el segundo es alcanzar un momento en el que no exista o sea mínimo el riesgo de recaída y el tercero implica la restauración completa de la salud, tanto en su dimensión física como funcional y psicosocial.

### **1.3.1 Quimioterapia**

La quimioterapia es probablemente la modalidad terapéutica más importante en el tratamiento sistémico del cáncer, junto con la hormonoterapia constituye la base del tratamiento sistémico de las neoplasias malignas. Con quimioterapia, en la actualidad es posible curar pacientes con enfermedad metastásica o con extensa actividad tumoral, no susceptible de ser erradicada mediante cirugía y radioterapia (Pérez, 2003).

Consiste en la utilización de fármacos que destruyen las células tumorales, para ello se han buscado todo tipo de agentes capaces de interrumpir la multiplicación de las células tumorales. Los diferentes compuestos antitumorales pueden ser: (a) agentes alquilantes, que permiten la transferencia de grupos alquilados a las bases nitrogenadas del DNA de las células, interfiriendo con el proceso de división celular; (b) antimetabolitos, que tienen estructuras químicas muy parecidas a otras moléculas esenciales para el proceso de multiplicación, como las bases nitrogenadas o las vitaminas; (c) antimicóticos, que son moléculas que impiden el proceso mitótico, es decir, el mecanismo por medio del cual los cromosomas



(estructuras que contienen el material genético de una célula) se duplican, separándose los pares hacia las dos células hijas formadas al dividirse la célula madre (Argilés y López, 1998).

Los efectos secundarios de la quimioterapia son alopecia, estomatitis, náusea, vómito, anemia y probablemente, el más frecuente y clínicamente más significativo a largo plazo, es la fatiga que en algunos pacientes puede durar meses o años (Pérez, 2003).

### **1.3.2 Cirugía**

La cirugía ha sido y sigue siendo el método más efectivo en el tratamiento de los tumores malignos; mayor número de enfermos se curan con cirugía que con cualquier otro método terapéutico. Actualmente desempeña un papel fundamental en el diagnóstico y estadificación de las neoplasias, mediante la obtención de tejido tumoral para estudio histopatológico; con mayor frecuencia se emplea en combinación con radio y quimioterapia, por lo que es necesario un conocimiento exacto de la extensión de la enfermedad (Pérez, 2003).

La cirugía es la técnica más efectiva si el tumor no se ha extendido, o incluso cuando ya ha pasado a nódulos linfáticos regionales; en tal caso, también éstos deben ser extirpados. Incluso si el tumor ya ha metastatizado, la cirugía puede ser útil para aliviar los efectos compresivos del tumor sobre algún órgano o vaso sanguíneo y a la vez, puede facilitar la curación si el sistema inmune del huésped todavía es capaz de hacer frente a los nódulos secundarios o metástasis, los cuales, al haberse extirpado el tumor, ya no se verán “alimentados” por más células (Argilés y López, 1998).

Después de ser operado, el niño no solo es diferente del adulto en virtud de que presenta una respuesta reparadora más rápida sino también porque posee

menores recursos de reservas para soportar el traumatismo físico. Con respecto a esto último los médicos ponen particular atención al impacto del equilibrio químico fisiológico, adecuada nutrición e infección (Griffiths, Murray y Russo, 1998).

Los efectos secundarios que presenta un niño que ha sido sometido a una cirugía pueden ser trastornos en la columna vertebral, como la escoliosis, impotencia, ceguera y complicaciones con las prótesis (López, González, Santos y Sanz, 1999).

En cuanto a los problemas psicológicos y sociales, la cirugía produce cambios anatómicos y físicos por la pérdida de órganos o de miembros y alteraciones funcionales que necesitan conductas adaptativas específicas y la utilización de prótesis adecuadas, como se mencionaba anteriormente (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

### **1.3.3 Radioterapia**

La radioterapia consiste en la aplicación de fotones de alta energía producidos en un aparato de rayos x o a través de la emisión de un compuesto radioactivo. La energía contenida en estos fotones, al incidir sobre el material genético celular, provoca cambios importantes en la estructura del mismo. Sin embargo, de la misma manera que la acción de los mencionados fotones sobre las células tumorales puede conducir a la destrucción de las mismas, también pueden provocar transformación de células normales en tumorales. En general, aquellos factores que curan el cáncer también pueden ser capaces de provocarlo (Argilés y López, 1998).

Para evitar los efectos de esta aparente contradicción, la radioterapia o utilización de fotones de alta energía se realiza de forma muy dirigida sobre el tumor,

evitando en la medida de lo posible que otras células no tumorales puedan verse bombardeadas por el haz de radiación (Argilés y López, 1998).

La radioterapia, al acompañar a la intervención quirúrgica de escisión del tumor, puede emplearse preoperatoriamente para reducir la masa tumoral antes de aplicar la cirugía, o postoperatoriamente, con la finalidad de controlar y aniquilar los restos de células tumorales que hayan podido escapar a la acción quirúrgica (Argilés y López, 1998).

Las reacciones agudas durante la radioterapia dependen de la dosis administrada, de su fraccionamiento y de los tejidos irradiados. Los efectos secundarios de la radioterapia son la náusea, el vómito, la astenia y la anorexia. En cuanto a la anorexia, los componentes conductuales, en su mayoría estarán relacionados con la conducta de ingesta, que será reducida a consecuencia de los efectos secundarios del tratamiento y los componentes cognitivos, estarán relacionados con la autoestima y la imagen corporal. En cuanto a la astenia, esta sensación de cansancio incluiría también componentes emocionales, cognitivos y conductuales, derivados de la propia respuesta de estrés; entre los componentes emocionales de la astenia, además de la propia sensación de cansancio y agotamiento, se pueden incluir también otras emociones negativas, como por ejemplo: ansiedad y depresión; entre los componentes cognitivos, se pueden incluir también los fallos cognitivos vinculados a la propia respuesta de estrés como la pérdida de memoria y la pérdida de concentración y en el componente motor se incluirá la principal respuesta derivada de la astenia, que sería la “no actividad”, como dejar de realizar actividades sociales y de la vida diaria (Lacasta, Calvo, González y Ordóñez, 2004).

Los efectos secundarios en el tratamiento de niños pueden ser la aparición de segundas neoplasias, hipotiroidismo, escoliosis, estatura corta, tronco corto, cambios en la voz, cataratas, mucositis, alopecia, disfagia, estreñimiento, náusea y vómito, fatiga y diarrea (Pérez, 2003).

### **1.3.4 Tratamientos adyuvantes y neoadyuvantes**

Un tratamiento es adyuvante cuando acompaña (posteriormente) a un tratamiento previo considerado como principal, usualmente se refiere a quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o inmunoterapia, los cuales se administran después de la cirugía, para reducir el riesgo de que el cáncer regrese, eliminando las células cancerosas remanentes (Rivera, 2006).

Si el tratamiento no principal va antes que el principal, se denomina neoadyuvante, con el fin de mejorar las posibilidades de practicar la intervención y sus resultados con vistas a la curación. Puede incluir quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, administrados antes de la cirugía, para reducir un tumor y hacer más fácil su remoción (Rivera, 2006).

#### *Quimioterapia Adyuvante*

Se define como la utilización de agentes quimioterapéuticos en un paciente con enfermedad sin metástasis posterior al tratamiento quirúrgico y radioactivo local para eliminar las micrometástasis que pudieran ocurrir antes de la aparición de la enfermedad clínica detectable (Rivera, 2006).

#### *Quimioterapia Neoadyuvante*

Constituye una atención inicial que previene los retrasos del inicio de la quimioterapia en niños sin metástasis o con ellas, consecutivas a un tumor sólido maligno. Consiste en posponer el procedimiento quirúrgico definitivo, al obtener una adecuada biopsia de la neoplasia al momento del diagnóstico, por tanto, la quimioterapia puede iniciarse al establecer el diagnóstico (Rivera, 2006).

### **1.3.5 Tratamientos Adicionales**

#### *Trasplante de Médula Ósea*

Como tratamiento adicional para el cáncer en niños se encuentra el trasplante de médula ósea. Es un procedimiento terapéutico de utilización creciente en pacientes con procesos neoplásicos, se emplea generalmente en una situación de cáncer en etapa avanzada o terminal, aunque también se ha utilizado como tratamiento en niños que presentan un tipo de cáncer que no puede tratarse por completo con cirugía, radiación y quimioterapia debido a que se encuentra cerca de un órgano vital, como lo es el corazón (Sierra, Calvo y Villa-Elizaga, 1992).

#### *Tratamientos hormonales*

En algunos tipos de formaciones tumorales, las hormonas juegan un papel fundamental. Dichos compuestos, producidos en determinadas glándulas de nuestro cuerpo, liberados a la sangre y transportados a diferentes órganos donde ejercen sus efectos reguladores, son elementos fundamentales en el mantenimiento del metabolismo y la fisiología de nuestro organismo (Argilés y López, 1998).

#### *Inmunoterapia*

La idea básica de este tipo de estrategia terapéutica consiste en aprovechar el sistema inmune del individuo afectado por un tumor para hacer frente al mismo; el sistema inmune nos protege frente a posibles agentes extraños, dispone de dos tipos de herramientas básicas; por una parte, la producción de anticuerpos, capaces de bloquear la acción de determinados antígenos o moléculas extrañas a nuestro organismo y aportadas por el agente invasor; por otra parte, existen células especializadas en la destrucción de células invasoras. Tanto en un caso como en otro, cualquier medio para potenciar la proliferación y el buen funcionamiento de estos tipos celulares conllevará un mejor funcionamiento del sistema inmune y por tanto, una mejor respuesta frente a infecciones o posibles tumores (Argilés y López, 1998).

### *Tratamientos de soporte*

Existen los llamados tratamientos de soporte, los cuales tienen como objetivo ayudar contrarrestar los efectos secundarios de los tratamientos como la náusea o vómito a base de antieméticos; la depresión medular con factores químicos estimulantes o transfusiones en caso requerido; así como el dolor basándose en escalas del dolor, para así asignar el tratamiento. Este tipo de tratamientos puede contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes (Bonadonna y Robustelli Della Cuna, 1983).

El cáncer y su tratamiento originan secuelas psicológicas, generando diversas dificultades: escolares (menor rendimiento o fracaso escolar, pobre autoestima, conflictos con los compañeros, abandono escolar y aislamiento social), para encontrar empleo (menor preparación que los compañeros y discriminación por haber padecido cáncer), con los hermanos (mayor atención durante el diagnóstico y el tratamiento, creando dependencia de la familia hasta considerarse distinto e inferior al resto de los miembros), sociales (reacción de compasión hacia personas discapacitadas, que aumenta el grado de dependencia) y estéticos y funcionales (las amputaciones crean necesidades adicionales de financiación y de cuidados médicos y son fuentes de más conflictos psicosociales) (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

Por lo tanto, el seguimiento de los niños supervivientes de cáncer pediátricos es necesario realizarlo durante toda la vida, para prevenir, descubrir y tratar la aparición de efectos secundarios. En ese cometido están implicados oncólogos, familia, pediatras, obstetras, internistas, médicos de familia, diplomados en enfermería, trabajadores sociales, psicólogos y educadores. El objetivo es conseguir restablecer la salud de los niños supervivientes en el aspecto físico, funcional y psicosocial (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

### **1.3.6 Ciclos de Recuperación**

#### *Posibilidad de recaer*

La opción o posibilidad de recaída es el mayor miedo que pueda existir en la familia y es una mala noticia que el paciente recibe cuando se presenta una recurrencia local o metástasis a distancia, recaída de su enfermedad como en el caso de la leucemia, en sistema nervioso, esto puede suceder aún antes de concluir el tratamiento o encontrarse en vigilancia. Obviamente, lo que acompaña a esta condición desde el punto de vista emocional es una enorme cantidad de enojo, ira, desesperanza y sentimientos de confusión relacionados a la información previa y de alguna manera, este momento se relaciona con la creencia de la gente de que el cáncer no se cura, que todo el esfuerzo no tuvo sentido y por tanto, se pierde la confianza en el equipo tratante. Esta reacción requiere de una asistencia multidisciplinaria, ya que el oncólogo responsable, junto con el trabajo social y la psicooncología, debe proporcionar información real y concreta con relación a las posibilidades de curación y al nuevo esquema de manejo que se inicia, a fin de que los familiares y el paciente tengan el suficiente conocimiento del caso y, por ende, se pueda iniciar el manejo emocional de acuerdo a su respuesta (Rivera, 2007).

Los padres presentan sentimientos ambivalentes, enojo, derrota, regresión emocional, trastorno depresivo, pánico y ansiedad generalizada; se incrementan las ideas de muerte. Ante una recaída es muy importante permitirle al paciente estar a solas (si así lo desea) y alentarle a que exprese la confusión y lo complejo de sus sentimientos, la confusión ante la nueva estrategia de tratamiento y sobre todo comprender correctamente la verdad de su condición. El paciente tendrá que decidir si vale la pena dedicarse a recuperar su salud (continuar con el tratamiento) cuando se ofrece opción de curación, o si es mejor aceptar el manejo paliativo y afrontar la muerte (de acuerdo a la edad del paciente). Ante una situación como ésta, lo que se ofrece definitivamente es la atención por parte de

los especialistas en cuidados paliativos, donde se puede manejar el dolor, la sintomatología agregada por el avance de la enfermedad y proporcionar al paciente y a la familia el apoyo emocional para continuar hasta el final de la vida (Rivera, 2007).

### *Vigilancia oncológica*

En esta fase se incluyen los pacientes que se encuentran en el final de su tratamiento. Se ha programado vigilar a los pacientes en su desarrollo psicosocial durante un periodo de cuando menos 5 a 10 años, con citas mensuales que permitan al equipo contar con la información suficiente de las habilidades sociales, el desarrollo cognitivo y de su personalidad, su ajuste social, etc. (Rivera, 2007).

El niño o adolescente presentan una sensación de pérdida (ni el hospital, ni su tratamiento siguen siendo su *modus vivendi*), ansiedad ante el regreso a la escuela y su readaptación al hogar (padres, hermanos, vecinos, etc.), así como una reintegración a las reglas sociales, incertidumbre hacia el futuro o a una posible recaída (Rivera, 2007).

Mientras los padres muestran incertidumbre (no saben cómo comportarse ante su hijo), se presenta como problema la dificultad para establecer límites, sobreprotección exagerada, ansiedad y temor por una posible recaída. Esta respuesta se ha observado en más de 60% de los casos donde los padres se encuentran a la expectativa y con temor ante la consulta oncológica hasta por más de cinco años para mantenerse en vigilancia y sin enfermedad (Rivera, 2007).

La vigilancia o seguimiento del paciente durante un periodo mayor a 10 años puede apoyar para realmente establecer y conocer cuáles son los aspectos psicosociales que se correlacionan con cada uno de los aspectos importantes de la enfermedad oncológica en niños (Rivera, 2007).



## 1.4 APOYO PSICOLÓGICO

Los principios de la atención emocional son constantemente los de apoyo, aclaración, orientación y el de proporcionar un juicio más maduro. Cada niño y su familia presentan reacciones especiales. Sin embargo, los profesionistas en el campo de la salud deben ser lo suficientemente hábiles para anticipar ciertos sentimientos y respuestas, frecuentemente encontrados. En el momento del diagnóstico, el niño, la familia y los profesionales en el campo de la salud deben iniciar una relación a largo plazo. La evaluación de muchos problemas es más difícil con los niños debido a diferencias de comunicación, por lo tanto es necesario comprender el nivel de desarrollo de cada niño y sus temores individuales (Griffiths, Murray y Russo, 1998).

El pronóstico del niño con cáncer es hoy en día superior al que se disponía hace un decenio, debido al desarrollo de combinaciones nuevas y más efectivas de programas de quimioterapia, radioterapia y tratamiento quirúrgico. Sin embargo, el cáncer en los niños se vuelve una enfermedad crónica, aun cuando el resultado parezca ser una curación. El tratamiento del cáncer en los niños requiere de años en vez de meses de atención y el pequeño paciente encara el riesgo de una segunda enfermedad maligna en años subsecuentes de su vida. Las demandas físicas y psicológicas sobre el niño y la familia son grandes y sumamente complejas, el enfoque para un resultado favorable comprende la evaluación, cuidados y la intervención por un equipo multidisciplinario (Griffiths, Murray y Russo, 1998).

Si los equipos de oncología pueden predecir el curso del ajuste psicosocial en el diagnóstico, tanto de los niños como de los padres, podrán centrarse en intervenciones psicosociales de una manera más sistemática; al poner especial atención en el cuidado oportuno y pronto en la familia durante el curso del tratamiento, se podrán minimizar factores psicosociales de riesgo tanto en el

paciente como en la familia y también por lo tanto en el equipo de asistencia sanitaria (Kazak y cols., 2003).

Los profesionales de la salud emplean diversas estrategias para ayudar a los niños a enfrentar una enfermedad crónica tal como lo es el cáncer, esas estrategias incluye: permitir que el niño acepte cierta responsabilidad para su propia atención, siempre que esto sea posible; permitir al niño control sobre su medio, especialmente en la forma de permitir la autoatención en procedimientos y tratamiento; propiciar que el niño haga preguntas y proporcionarle respuestas adecuadas; ofrecer al niño la posibilidad de una educación lo más normal posible (Griffiths, Murray y Russo, 1998); fomentar la motivación en el niño, mostrándole lo que puede hacer; incrementar las expectativas de eficacia personal que implica una sensación de control y enseñarle a entender y manejar sus emociones, explicándole que la aparición de respuestas de ansiedad o depresión son normales y adaptativas (Barón y Ordóñez, 1998); al atender por lo tanto a un niño enfermo es imprescindible incluir a su familia en el proceso, puesto que ésta influye en gran medida en la evolución u obstaculización de la enfermedad (Attie-Aceves, 1995).

Un ejemplo de intervención, especialmente en padres es el estudio de Hoekstra-Weebers (1998), se compararon padres de niños que acababan de ser diagnosticados con cáncer que recibían cuidado común y atención del equipo de oncología pediátrica con padres a los que se les ofreció un programa de intervención estructurada durante los primeros seis meses que siguieron al diagnóstico. Durante ocho sesiones con las parejas de padres, se utilizaron técnicas cognitivo conductuales para identificar y combatir los pensamientos negativos automáticos, expresión de emociones, entrenamiento en habilidades de afrontamiento enfocadas al problema, entrenamiento en habilidades de comunicación y asertividad, valorar la necesidad de apoyo y como obtenerlo y para informar sobre posibles consecuencias de la enfermedad y el tratamiento para la familia entera. Los padres que recibieron la intervención experimentaron

menos emociones negativas en ese momento y las madres estuvieron menos ansiosas, en comparación con los padres que tuvieron el cuidado común del equipo de oncología; la evaluación clínica de la intervención mostró que estos padres percibieron las sesiones como un apoyo y fueron significativas.

Otro ejemplo de esto, es el Programa de Apoyo Psicosocial para Niños con Cáncer y sus Familias, realizado con población mexicana (Valencia, 2007), el cual se enfoca en brindar información sobre la enfermedad, lograr una reestructuración cognitiva, desarrollar habilidades en solución de problemas y en habilidades sociales, entre otras y no solo en los niños con cáncer sino también en sus padres y familiares más cercanos. Encontrando cambios significativos en los estilos explicativos, calidad de vida percibida y adherencia al tratamiento médico.

## **1.5 IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA: IMPLICACIONES Y REPERCUSIONES**

Con frecuencia se requiere que el niño se enfrente a verdaderas amenazas en su estabilidad mental ya que las incapacidades físicas casi siempre provocan una mala autoimagen, el niño con cáncer debe luchar contra el concepto de ser diferente (Barón y Ordóñez, 1998). Los cambios en la apariencia física como consecuencia de la enfermedad y su tratamiento pueden llegar a ser extremadamente estresantes. Los niños de todas las edades son muy sensibles a las reacciones de sus amigos y familia y necesitan la oportunidad de sentirse “normales” (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003); muchas veces se enfrentan a un crecimiento retardado, mientras más joven sea el niño más difícil resulta esto (Barón y Ordóñez, 1998).

El niño tiene normalmente periodos relativamente cortos para dominar determinadas habilidades, cuando se pierden estas oportunidades, el desarrollo puede verse afectado (Griffiths, Murray y Russo, 1998). Uno de los efectos más

devastadores del cáncer es una profunda sensación de poco autocontrol, es decir, una planeación limitada de actividades dirigidas a mejorar la salud. Las investigaciones conductuales muestran claramente que altos niveles de autoeficacia generalmente son buenos y funcionan para generar y aumentar el locus de control en una situación (Brown, et al., 2001).

En cuanto al impacto que el cáncer genera en los padres, generalmente estos van cambiando de emociones según se ajustan a la realidad de la enfermedad del niño; la adaptación al cáncer, es un proceso de afrontamiento con un número de características estresantes y secuenciales del tratamiento que se sobreponen y traslapan en el ambiente social del individuo. Si la adaptación a estos estresores no brinda mejorías, el estrés puede afectar el ajuste que se tenga a los estresores subsiguientes que se presentan como parte del tratamiento (Baum y Fleming, 1993). El efecto del estrés crónico sugiere que la magnitud y duración de la respuesta se ven afectados (Gump y Matthews, 1999), diversos estudios mencionan que el estrés crónico se asocia a una recuperación lenta (Fleming, Baum, Davidson, Reitan y McArdle, 1987), por lo tanto si se brinda una atención integral desde el prediagnóstico, se desarrollarán mejores habilidades durante todo el proceso.

Como se ha mencionado, las enfermedades crónicas están acompañadas por consecuencias psicológicas y sociales importantes que demandan un ajuste psicológico significativo, así que diversos investigadores consideran que existen indicadores positivos para el ajuste, como mantener un estado de ánimo positivo y mantener un propósito de vida, estas conceptualizaciones revelan que el ajuste implica múltiples componentes interpersonales, cognitivos, emocionales, físicos y conductuales; además diversos estudios longitudinales revelan una caracterización convincente de factores de riesgo y factores protectores para un ajuste favorable a una enfermedad crónica, como serían las relaciones interpersonales, los atributos de la personalidad, las variables cognitivas y los procesos de afrontamiento (Stanton, Revenson y Tennen, 2007).

Los padres pueden experimentar: shock, negación, enfado, desesperación y aceptación (Kupst y Schulman, 1988, Kupst, 1992, Sloper, 2000); también la ansiedad, la pena, la ira, la hostilidad, la culpa y la incredulidad están entre las respuestas emocionales observadas más a menudo en los padres (Lascari y Stehbens, 1973); pueden sentir que sus sentimientos cambian de momento a momento. Desde el punto de vista cognitivo, los padres reaccionan a menudo, con aislamiento inicial, incredulidad y perplejidad (Stehbens y Lascari, 1974).

Las emociones que los padres reportan parecen ser comunes a lo que todos los padres experimentan, lo que varía, es la forma en la que manejan sus emociones que usualmente refleja las diferencias en las experiencias de vida, las diferencias culturales y otras normas, su estilo individual de afrontar la situación estresante (Bleyer, 1990; Christ, 1983), como se mencionaba las emociones más comunes son:

*Shock*, los padres nunca están preparados para oír que su hijo tiene una enfermedad que amenaza su vida, inicialmente depende de su conocimiento o su experiencia con el cáncer, pueden pensar que el diagnóstico es una sentencia de muerte, presienten que su hijo sufrirá y que la familia experimentará un trastorno prolongado. Describen a menudo sentirse como si estuvieran entumecidos o sentirse como golpeados, también reportan sentirse confundidos o ser incapaces de oír, recordar o pensar claramente cuando se les da la información acerca del diagnóstico de su hijo o del plan de tratamiento. Tal entumecimiento puede servir para amortiguar los sentimientos dolorosos que el diagnóstico trae y para dar a los padres tiempo para encarar gradualmente esas difíciles emociones (Bleyer, 1990; Christ, 1983).

*Incredulidad o negación*, en el periodo inicial después del diagnóstico, los padres a veces dudan acerca de la veracidad de lo que se les ha dicho, su hijo no parece estar lo suficientemente enfermo para tener un problema tan terrible; se cuestionan si es un error que pudo haber cometido el laboratorio o si los resultados de las pruebas realmente pueden ser de otro niño, querrán revisar la

credibilidad de los encargados o hasta del centro médico, si el diagnóstico es difícil de determinar, se preguntarán si el personal médico está bien informado como deberían estarlo, tal vez decidan buscar una segunda opinión. La *incredulidad o negación* inicial, como el *shock*, pueden generar sentimientos muy dolorosos, es una forma en que los padres ganan tiempo para ajustarse a la perturbadora realidad del diagnóstico de su hijo y confirmar que recibirá el tratamiento necesario y apropiado. Solo cuando la negación de los padres retrasa el tratamiento oportuno, se genera un problema (Bleyer, 1990; Christ, 1983).

*Temor y ansiedad*, estar ansioso y temeroso cuando los eventos y los resultados no son familiares y están fuera de control es una reacción humana normal, el miedo al cáncer parece ser universal. Las primeras experiencias cercanas a la familia con el cáncer suelen ser con un miembro de la familia de mayor edad, es posible que haya historias sobre las dificultades que han tenido algunos miembros de la familia con la quimioterapia o la radiación, o creencias sobre que el diagnóstico del cáncer es siempre una sentencia de muerte. Si un niño es diagnosticado en un centro médico mayor, los padres pueden llegar a creer rumores que han oído sobre que los médicos en hospitales grandes "experimentan" con los pacientes. Como los médicos no pueden garantizar el resultado del tratamiento para ningún paciente en particular, el miedo a la posible muerte del niño o del adolescente es irrazonable, tener que depender del conocimiento y la habilidad de otros para proteger la vida de un hijo genera mucho miedo. Los padres se trastornan al enfrentar grandes cambios en la vida cotidiana y se preocupan al pensar si serán capaces de manejar todo lo que se les pida o pregunte, también estarán preocupados al pensar que tal vez su hijo no sea capaz de enfrentarse con el tratamiento necesario. Estarán muy preocupados acerca del impacto del tratamiento en el cuerpo del niño y de su autoestima; el miedo al tratamiento intensivo, a un futuro incierto y a lo desconocido, es muy comprensible en ese momento (Bleyer, 1990; Christ, 1983).

*Culpa*, los cuestionamientos de culpa surgen pronto, después de que los padres han aceptado que su hijo en verdad tiene cáncer, tienen la gran responsabilidad de proteger al niño del peligro y de cualquier daño. Al inicio, se cuestionarán que conducta o acción suya, ha contribuido a que el niño sea diagnosticado con una enfermedad que amenaza su vida, piensan si podría ser una pena merecida por acciones del pasado o consecuencia del abuso de drogas o de alcohol o si fumar le ha causado el cáncer al niño; las madres a veces se preguntan si algo que hicieron o algo en lo que fallaron durante el embarazo pudieran haber hecho la diferencia, una historia familiar de cáncer puede llevar a sentimientos sobre que uno mismo o el otro padre tiene "malos" genes o también estarán preocupados acerca de si algo relacionado a su ocupación pueda ser responsable de la causa del cáncer. Los padres también sentirán culpa por creer que no pusieron la suficiente atención a los síntomas de sus hijos, la preocupación de no haber buscado atención médica a tiempo o no haber pedido a un especialista que viera a su hijo cuando los síntomas persistieron. Los sentimientos de culpa parecen universales y normales cuando se trata de entender las causas del problema, actualmente sin embargo, no se sabe cuáles son las causas de la mayoría de los cánceres, los padres no son responsables por causar el cáncer en su hijo. Muchos niños son diagnosticados y empiezan el tratamiento de una manera oportuna, los sentimientos de culpa necesitan ser aliviados contestando las preguntas de los padres, es importante no permitir que los sentimientos de culpa los distraigan de la gran cantidad de situaciones que tienen que enfrentar cuando un hijo tiene cáncer (Bleyer, 1990; Christ, 1983).

La *tristeza* y los *sentimientos de depresión*, son reacciones normales y comprensibles en los padres ante el diagnóstico de cáncer de su hijo; todo padre tiene la esperanza y sueña con que la vida de su hijo sea saludable, feliz y despreocupada, el cáncer y su tratamiento difieren de ese sueño, por lo tanto los padres sufren la pena de perder esas esperanzas, en esa pena pueden experimentar sentimientos de desesperanza acerca de la recuperación de su hijo, también se sienten tristes cuando piensan en los días difíciles de tratamiento que

les esperan. La intensidad de sus emociones generalmente responde al pronóstico del niño, pero también pueden reflejar el temperamento y personalidad individual, un padre puede ser más optimista, mientras que el otro puede reaccionar más pesimistamente a cualquier problema en la vida. Los padres pueden encontrar dificultad en comer o en dormir bien, pueden tener falta de energía que necesitan para las tareas de la rutina diaria o para encarar todo lo que se necesita hacer ahora que su hijo tiene cáncer, a menudo reportan que se sienten agobiados por lo difícil del diagnóstico de su hijo, estos sentimientos dolorosos y desagradables los experimentarán en varios periodos durante la enfermedad del niño (Bleyer, 1990; Christ, 1983).

*Enojo*, el hecho de que el cáncer amenace la vida de un niño inocente hace que los padres sientan enojo ante la cruel injusticia de la vida. Cuando alguien a quien amamos es atacado, incluso por una enfermedad, es natural y normal defenderse y buscar alguien a quien culpar, el enojo de los padres a veces está dirigido a los médicos que les han dado el diagnóstico y explicado el complicado tratamiento, también sienten enojo ante las experiencias que saben que sus hijos tendrán que enfrentar: las pruebas de diagnóstico y los procedimientos invasivos; las frustraciones diarias de luchar con el complejo sistema de salud, las situaciones familiares y algunas veces el equipo médico causarán enojo periódicamente. Los padres pueden sentirse enojados uno con el otro por eventos pasados o actuales que ahora complican el tratamiento del niño, el enojo también puede estar dirigido a la familia o a los amigos que hacen observaciones desconsideradas o que están demasiado ocupados para proporcionar apoyo, sufren por darse cuenta también que incluso están enojados a veces con el mismo niño, cuya enfermedad causa tantos problemas para la familia o que no coopera con los médicos y las enfermeras. Algunos padres ocultan su enojo o incluso niegan sentirlo ya que consideran que la expresión de dicho sentimiento “no es agradable” o es destructivo, otros expresan su enojo en una forma explosiva y hostil, concentrando la culpa en algunos individuos en particular. Ya que los padres y el equipo médico deben trabajar juntos para ayudar al niño a enfrentar el cáncer y su tratamiento, es



importante encontrar maneras apropiadas para expresar el enojo y resolver los problemas (Bleyer, 1990; Christ, 1983).

La mayoría de las familias no están preparadas para el diagnóstico del cáncer de un niño, además es una crisis para el niño y la familia (Martinson y Cohen, 1988), la familia como unidad es alterada y cada individuo en ella encara una nueva realidad, cada uno tiene que reubicarse y reexaminarse, así como sus relaciones con los otros miembros de la familia.

A pesar de los avances de la clínica oncológica, la mayoría de los padres ponen de manifiesto respuestas al diagnóstico de cáncer prácticamente idénticas (Kupst y Schulman, 1988), implicando que para la mayoría de ellos el diagnóstico de cáncer en el niño está todavía conectado inseparablemente con la muerte, por lo tanto, tienen que ser reeducados en el cáncer y su tratamiento para darles una esperanza real de futuro; en cuanto a la crianza del niño, se aconseja comúnmente que sea tratado de forma tan normal como sea posible, pero muchos autores subrayan que los padres sobreprotegen y miman demasiado a su hijo; criar un niño con una enfermedad que amenaza la vida produce demandas extras, por ejemplo, hablar con el niño de la enfermedad, apoyarlo, tener cuidado de su condición física y prepararlo para la muerte como también para vivir, por consiguiente, se subraya la necesidad de reforzar a los padres en su papel como educadores.

Se pueden encontrar diferentes acontecimientos autobiográficos que ponen de relieve las dificultades de los padres para enfrentarse al diagnóstico del niño, el cuidado diario, los contactos con el sistema de servicios sociales, el dolor crónico e intenso, el aislamiento, los cuidados físicos agregados que el niño necesita, los trastornos del sueño y los problemas del comportamiento (Quine y Pahl, 1985).

Con el inicio del plan de tratamiento muchos padres deben tomar decisiones críticas sobre el cuidado de su hijo, sienten miedo e incertidumbre sobre su

habilidad para elegir correctamente. Estar al tanto de las necesidades de la enfermedad del niño y las necesidades de los hermanos y el cónyuge puede ejercer una presión tremenda (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

La familia extensa y los amigos pueden ser fuente de mucho apoyo y ayuda, o pueden añadir estrés a través de consejos bien intencionados. Muchos padres experimentan soledad en las relaciones con amigos debido a que tienen dificultades para incluirlos en sus actividades diarias debido a problemas de agenda o incomodidad en hablar sobre la enfermedad del niño (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

Además, se encuentran los aspectos socioeconómicos que tienden a causar un verdadero estrago, sobre todo si partimos de la base que la mayoría de los padres de los niños con estos padecimientos se encuentran en una edad promedio de entre 20 y 29 años de edad y de ingresos socioeconómicos medio bajo (Rivera, 1994).

Estas circunstancias inciden sobre la estructura familiar con repercusiones muy negativas en la relación de pareja con una tasa alta de divorcios, pero también en el rompimiento de la estructura familiar con un cierto grado de “abandono” de las relaciones con los otros hijos (Rivera, 1994). Se ve amenazada la estabilidad del matrimonio, el futuro de la familia es incierto y los padres han de encontrar fortaleza no sólo para salir adelante ellos mismos, sino para salvar el matrimonio y la familia. No existe evidencia de que un cáncer en la familia, sea causa de ruptura conyugal en una pareja previamente estable. Aunque puede facilitar la separación de los padres, en casos de discordia matrimonial previa al diagnóstico, también puede unirles más. En el caso de las madres solteras han de enfrentarse a la soledad, falta de apoyo íntimo y de responsabilidad compartida en momentos de una angustia emocional, además de los problemas que conlleva el cáncer (Die Trill, 1989).

Diversos estudios han encontrado una creciente incidencia de estrés marital debido a la enfermedad del niño (Grootenhuis y Last, 1997; Dahlquist et al., 1993; Lansky, Cairns, Hassanein, Wehr y Owman, 1978); mientras exista gran diferencia entre los niveles de estrés de los padres, será más grande el estrés marital (Dahlquist et al., 1993). El estatus de la estabilidad marital se reflejará en el adecuado afrontamiento de la familia (Sawyer, Streiner, Antoniou, Toogood y Rice, 2000), las familias con fuertes relaciones probablemente se harán más fuertes como resultado de la enfermedad, en contraste con las familias que han tenido disputas maritales previas que reportan malas relaciones (Grootenhuis y Last, 1997; Sloper, 2000).

Las reacciones de los padres y de las madres no son en todos los puntos idénticas, lo que probablemente se debe a la influencia de los estereotipos culturales concernientes a los roles masculinos y femeninos. Las madres, que juegan un papel clave para la adaptación del resto de la familia, están más centradas en el niño con el cual ellas mantienen relaciones estrechas, como de sobreprotección, manifiestan más ansiedad y peligro psicológico que los padres y a veces que el paciente mismo (Kupst y Schulman, 1988); los problemas de sueño y del apetito aparecen en su mayoría en las madres.

Como refiere Cook (1984), la diferencia entre padres y madres puede deberse a los roles sociales y a un problema de orientación, las madres están más intensamente involucradas en el cuidado del niño enfermo, mientras que los padres se orientan más a asuntos que puedan garantizar la continuidad de la economía para la familia.

Los padres sufren al ver a su hijo padecer la enfermedad y sienten impotencia e incompetencia en su rol de “protectores” (Cook, 1984; Van Dongen-Melman y Sanders-Woudstra, 1986a), muchos padres también reportan que vivir con la constante incertidumbre es la repercusión de mayor dificultad del cáncer infantil en la familia (Sourkes, 1987; Enskär, 1997); sin embargo, los padres luchan para dar

a su hijo enfermo una experiencia de vida normal (Van Dongen-Melman y Sanders-Woudstra, 1986b; Canam, 1993; Sourkes 1995, 1998).

En general, los padres presentan un buen ajuste psicológico con el tiempo (Brown et al., 1992, 1993; Fife, Norton y Groom, 1987; Kupst et al., 1995); las estrategias de afrontamiento o los determinantes que pueden estar asociados a un mejor ajuste son una comunicación abierta (Brown et al., 1992; Shapiro y Shumaker, 1987; Van Veldhuizen y Last, 1991), el apoyo social (Morrow, Carpenter y Hoagland, 1984; Magni, Silvestro, Carli y De Leo, 1986; Speechley y Noh, 1992), una buena relación matrimonial (Dahlquist et al., 1993), el apego familiar (Fife et al., 1987) o la relación satisfactoria con el grupo médico encargado del cuidado del niño (Barbarin y Chesler, 1986); por otra parte, aunque el estrés al que están sujetos los padres parece incrementar a un año después del diagnóstico y gradualmente disminuye; es importante hablar sobre *salud y estilos de vida*, ya que son aspectos que necesitan ser tomados en cuenta para mejorar o crear intervenciones eficaces tanto para los niños como para los padres.

## CAPÍTULO II. ESTILOS DE VIDA

Tal como expone Gil Roales-Nieto (1998), el *estilo de vida* se puede conceptualizar como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y la administración pública, según el ámbito cultural. En esta conceptualización podrían incluirse las definiciones de Singer (1982) y Ardell (1979). El primero dice que es “una forma de vivir o la manera en la que la gente se conduce con sus actividades día a día”, mientras que segundo, al aplicarlo a la salud, lo delimita como “aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud” (Oblitas, 2004).

Desde esta misma perspectiva, algunos autores han propuesto la idea de dos *estilos de vida*. Uno sería el *estilo de vida saludable*, con dos dimensiones que califican como: a) sobriedad, definida por comportamientos que implican no fumar, consumir alimentos saludables, abstinencia del alcohol, etc., y b) actividad o dimensión definida por la participación en deportes y ejercicio regular, mantenimiento de un bajo índice de masa corporal, etc., y el otro sería el *estilo de vida libre*, caracterizado por comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física (Oblitas, 2004).

Una tendencia alternativa de conceptualización se caracteriza por socializar el concepto (Gil Roales-Nieto, 1998), por lo que hablaríamos de un *estilo de vida socializado*. Desde esta perspectiva, no se refiere únicamente a una cuestión de hábitos personales, sino que también está relacionado con la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información, a la cultura y a la educación (Oblitas, 2004); desde esta perspectiva, se pretende cambiar los estilos de vida a través del cambio de las condiciones de vida. En este enfoque se destaca la

definición de estilo de vida propuesta por Abel (1991), quien establece que “los estilos de vida en salud comprenden patrones de conducta relacionados con la salud, valores y actitudes adoptados por los individuos y los grupos, en respuesta a su ambiente social y económico”, esto estará relacionado con la prevención, en la que se promueva el cambio de patrones de comportamiento para mejorar la salud.

## **2.1 PATÓGENO E INMUNÓGENO CONDUCTUAL**

La conducta, el estado psicológico y el contexto en el que vivimos impacta la salud, la cual depende en gran medida, de comportamientos tales como tener hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de éstos, etc. (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller y Weiss, 1984).

Asimismo, numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que los estados psicológicos desempeñan un papel destacado en nuestra salud. Los sentimientos y emociones pueden repercutir de modo positivo o negativo en el bienestar del individuo. Por ejemplo, sentimiento de ser amados y apoyados por otras personas adquiere un enorme valor cuando se tiene que afrontar situaciones estresantes (Wallston, Alagna, DeVellis y DeVellis, 1983). Precisamente el estrés es el estado psicológico que más influye negativamente sobre nuestra salud, pues se le asocia con una gran variedad de efectos negativos (Cohen y Williamson, 1991; Labrador, 1992).

Como ya se ha comentado, las enfermedades crónicas han sobrepasado a las infecciosas, como causas principales de muerte. La peculiaridad de tales padecimientos es que se encuentran asociados estrechamente con la conducta humana y el estilo de vida de los sujetos. Por ello, en la actualidad es más adecuado hablar de patógenos y de inmunógenos conductuales (Oblitas, 2004).

Los patógenos conductuales son aquellas conductas que incrementan el riesgo de un individuo a enfermar, por ejemplo, fumar, beber alcohol, etc., son causas de muerte y factores de riesgo asociados. Al contrario, los inmunógenos conductuales son todos aquellos comportamientos que lo hacen menos susceptible a contraer enfermedades (Matarazzo, 1984a; 1984b).

Se han realizado varias investigaciones (Belloc, 1973, Belloc y Breslow, 1972) para enlistar los inmunógenos conductuales más importantes. El estudio más relevante en este aspecto ha sido el que se realizó en Estados Unidos, con una muestra de siete mil personas. En los seguimientos llevados a cabo a los cinco y nueve años y medio, se observó una clara relación entre la longevidad y las siguientes conductas de salud: dormir de 7 a 8 horas cada día, desayunar casi todos los días, realizar tres comidas al día (sin “picar” entre comidas), mantener el peso corporal dentro de los límites normales, practicar ejercicio físico de manera regular, uso moderado del alcohol o no beberlo y no fumar

Por otro parte, algunos factores de riesgo conductuales están asociados a las cinco grandes causas de muerte, que son (Sarafino, 2002): enfermedades coronarias [fumar, dieta alta en colesterol y falta de ejercicio], Cáncer [fumar, alto uso de alcohol y la dieta], infarto [fumar, dieta alta en colesterol y falta de ejercicio], enfermedad crónica de pulmón [fumar] y accidentes (incluyendo vehículos de motor) [uso de alcohol o drogas, manejar vehículos demasiado rápido y no usar cinturón de seguridad].

El problema con las conductas poco saludables es que ofrecen placer inmediato; las consecuencias negativas a largo plazo parecen remotas, en tiempo y en probabilidad. Además, a veces la gente siente presiones sociales para encajar en una conducta no saludable. También, algunas conductas pueden convertirse en hábitos muy fuertes, incluyendo adicción física o dependencia psicológica, dejarlos puede ser muy difícil (Sarafino, 2002).

## **2.2 CONDUCTAS DE SALUD**

Las conductas de salud son aquellas que lleva a cabo un individuo, cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad (Kasl y Cobb, 1966). El concepto de conducta de salud contempla esfuerzos para reducir los patógenos conductuales y practicar conductas que actúan como inmunógenos conductuales (Oblitas, 2004).

Las conductas de salud no ocurren en el vacío. Para comprenderlas es necesario analizar los contextos en que tienen lugar, los cuales comprenden una constelación de factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales, que implican aspectos como política pública, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales (Winett, King y Atman, 1989). Estas dimensiones o factores no son homogéneos para todas las conductas de salud (Oblitas, 2004); por tanto, parece más que justificado pensar que estos comportamientos difieren en el número de dimensiones y tipo de factores que las elicitan, aunque puedan compartir algunas características específicas o determinantes. Estos determinantes de la conducta de salud se pueden agrupar en cuatro grandes categorías (Bishop, 1994): determinantes demográficos y sociales, situacionales, percepción del síntoma y psicológicos (Oblitas, 2004).

## **2.3 ESTILOS DE VIDA EN PADRES DE NIÑOS CON CÁNCER**

Existen evidencias que sugieren que altos niveles de apoyo social pueden alentar a las personas a llevar estilos de vida saludables; las personas que cuentan con apoyo social deben sentirse, por ejemplo, que por los otros que cuidan de ellos y los necesitan, intentan ejercitarse, comer bien y no fumar o tomar mucho (Sarafino, 2002); como podría ser el caso de los padres de niños con cáncer, que por sus hijos intentarán llevar una vida saludable para poder brindarles el mejor cuidado posible.



No hay mucha información sobre los estilos de vida en padres de niños con cáncer; aunque respecto a esto hay un estudio (Grootenhuis, Last, De Graaf-Nijkerk y Van Der Wel, 1996) que utilizó el Modelo de Rothbaum et al. (1982) que se refiere a las estrategias de control ante diversas situaciones, dentro de este modelo las estrategias de control primario son esfuerzos dirigidos a modificar condiciones objetivas, como en el caso de una enfermedad que amenaza la vida, como podría ser cambiar y probar otros tratamientos, cambiar la conducta de los demás o hacer cambios en el estilo de vida, por otra parte las estrategias de control secundario se refieren a influir directamente modificándose a uno mismo, como por ejemplo, cambiar las propias esperanzas, expectativas o interpretaciones. El estudio se enfoca más en las estrategias secundarias de control, pero respecto al estilo de vida, dentro de las estrategias primarias, menciona que al tener la oportunidad de influir en determinados resultados sobre la enfermedad, los padres tienden a cambiar su estilo de vida, modifican además sus hábitos alimenticios o buscan otras alternativas de asistencia médica, además esto les ofrece la posibilidad de hacer algo activamente por ellos mismos, mientras que el profesional de la salud independientemente decide acerca de las modalidades del tratamiento.

También como se menciona en Alfaro-Ramírez, et al. (2008), se ha confirmado que ser un cuidador primario tiene un impacto en la vida y en la salud (Gaugler, Anderson, Leach, Smith y Menciondo, 2004; Waelde, Thompson y Gallagher-Thompson, 2004; Deví y Almazán, 2002; Tolson, Swan y Knussen, 2002), las actividades del cuidador pueden ser muy estresantes porque se da un involucramiento emocional directo con un miembro de la familia que sufre; mientras más tiempo se invierte en el cuidado, el cuidador sacrifica sus propios recursos y actividades (Lopes-Monteiro da Cruz, De Mattos-Pimenta, Kurita y Oliveira, 2004).

En cuanto a los cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico, existen relativamente pocos estudios (Juárez y Ferrel, 1996), en general reportan que los

cuidadores comprometen sus vidas privadas y se encuentran sobrecargados, debido a que suelen administrar los analgésicos y decidir si debe o no buscarse ayuda profesional; además, ser testigo que una persona querida está sufriendo trae consigo angustia, sentimientos de abandono, ansiedad y dudas acerca del cuidado que se le está proporcionando al paciente (Alfaro-Ramírez, et al., 2008).

En México no existen estudios sobre características psicoafectivas de la persona que asume voluntariamente el papel de responsable de un paciente, sin embargo por ejemplo, Alfaro-Ramírez, et al. (2008), concluyen en su estudio que los cuidadores tienen sintomatología afectiva que necesita atención, sobre todo si cuidan pacientes terminales, también que el tipo de paciente influye en la sintomatología depresiva, estudios como este pueden ayudar a sustentar programas de intervención dirigidos a esta población en el tratamiento de los pacientes.

Finalmente, la salud de los padres de niños con cáncer se ve amenazada por muchos factores, uno de los más importantes es que la enfermedad representa una fuente de estrés extremo para ellos (Granowetter, 1994), por esto es muy importante hablar sobre el estrés.

## **CAPÍTULO III. ESTRÉS**

A pesar de la gran cantidad de investigaciones científicas realizadas respecto al estrés y al uso extendido del término en las conversaciones cotidianas, ha sido definido de tres maneras: cómo estímulo, como respuesta y como interacción. Estas tres perspectivas del estrés también aparecen reflejadas en las diversas teorías del estrés. La idea del estrés como un acontecimiento externo fue la primera aproximación realizada por los primeros investigadores sobre el estrés, entre los cuales destacó Hans Selye. Durante su investigación, Selye modificó su perspectiva, centrándose en los aspectos biológicos de la respuesta del estrés. La perspectiva del estrés de mayor influencia entre los psicólogos ha sido el enfoque interaccionista propuesto por Richard Lazarus (1984) (Brannon y Feist, 2001).

### **3.1 TEORÍAS DEL ESTRÉS**

Hans Selye investigó y popularizó el concepto del estrés, destacando su relación con las enfermedades físicas, concientizando a la opinión pública acerca de la importancia del estrés. Si bien Selye no acuñó el concepto de estrés, investigó sus efectos en las respuestas fisiológicas e intentó vincular estas reacciones con el desarrollo de la enfermedad; empezó a usar los términos estresor para referirse al estímulo, y estrés para designar la respuesta (Brannon y Feist, 2001).

Entre las contribuciones de Selye a la investigación del estrés se incluye el concepto de estrés y un modelo (síndrome general de adaptación) que explica de qué manera se defiende el cuerpo en situaciones estresantes (Brannon y Feist, 2001).

De acuerdo con la perspectiva de Lazarus, la interpretación de los acontecimientos estresantes es más importante que experimentar dichos acontecimientos. No es el suceso medioambiental ni la respuesta de la persona lo que definen el estrés, sino la percepción que tiene el individuo de la situación psicológica. Esta percepción incluye peligros potenciales, amenazas y desafíos, así como la capacidad percibida del individuo de afrontar dichas situaciones (Brannon y Feist, 2001).

Según Lazarus, un acontecimiento vital no es lo que produce el estrés, sino que es la visión que tiene de éste la persona afectada lo que finalmente hace que dicha situación resulte estresante. Lazarus y Susan Folkman (1984) definieron el estrés psicológico como “una relación particular entre la persona y el entorno valorada por la persona como una situación que le sobrepasa y pone en peligro su bienestar”; adoptaron una posición basada en la interacción o transacción, afirmando que el estrés hace referencia a una relación existente entre la persona y el entorno. Consideran que la clave de esta transacción es la valoración personal de la situación psicológica y creen que esta situación debe considerarse como una condición amenazante, desafiante o peligrosa (Brannon y Feist, 2001).

### **3.2 EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN**

Lazarus y Folkman (1984a) reconocieron que las personas utilizaban tres clases de valoración para evaluar las situaciones: la valoración primaria, la valoración secundaria y la reevaluación. La valoración primaria no es necesariamente la más importante, pero sí la primera en aparecer. Una persona que se enfrenta por primera vez a una situación, evalúa los efectos de dicha situación sobre su propio bienestar; una valoración estresante puede indicar que la situación se considera peligrosa, amenazante o desafiante, cada una de estas tres posibilidades -peligro, amenaza y desafío- puede generar una emoción. (Brannon y Feist, 2001).

Después de que una persona ha valorado inicialmente una situación, ésta se forma una idea de su capacidad de controlar o afrontar el peligro, la amenaza o el desafío, impresión que se denomina valoración secundaria. Cuando las personas consideran que son capaces de efectuar algo que cambie las cosas, es decir, cuando creen que pueden manejar una situación con éxito, se reduce el estrés (Brannon y Feist, 2001).

La tercera clase de apreciación es la reevaluación. Las apreciaciones cambian constantemente a medida que se dispone de nueva información. Asimismo, la reevaluación puede producirse gracias al efecto de un factor medio ambiental; no siempre produce un menor estrés, sino que, por el contrario, puede incrementarlo. Una situación anteriormente valorada como benigna o irrelevante puede adquirir un carácter amenazador, peligroso o desafiante si el entorno cambia o la persona empieza a considerar la situación de forma distinta (Brannon y Feist, 2001).

El estrés puede aumentar cuando la persona es vulnerable, es decir, cuando carece de recursos en una situación de cierta importancia personal. Estos recursos pueden ser físicos o sociales, pero su importancia puede estar determinada por factores psicológicos, como la percepción o la evaluación de la situación (Brannon y Feist, 2001).

### **3.3 FACTORES RELACIONADOS CON EL ESTRÉS**

La búsqueda de las fuentes de estrés en el entorno coincide con la conceptualización del estrés como estímulo (Kasl, 1996). Esta visión conduce a los investigadores a indagar sobre los factores que producen estrés, cuantificar estas fuentes y relacionarlas con los efectos sobre la salud (Brannon y Feist, 2001).

Muchas personas relacionan las fuentes medioambientales del estrés con la vida urbana. De esta manera, consideran que el ruido, la contaminación, las aglomeraciones y el temor a la violencia están relacionadas con la vida en la ciudad; no obstante, la vida rural también puede ser ruidosa, presentar altos niveles de contaminación, calor, frío, humedad o incluso situaciones de aglomeración (Brannon y Feist, 2001).

Las relaciones personales son otra fuente potencial de estrés, pero también pueden servir para mitigarlo. En otras palabras, las personas que disfrutan de pocas relaciones personales presentan un mayor riesgo de contraer enfermedades que aquellas que gozan de un mayor número de relaciones (Berkman y Syme, 1979; Hobfoll y Vaux, 1993); aunque las relaciones no producen beneficios de forma automática (Brannon y Feist, 2001). En el caso de las parejas casadas o las relaciones familiares son fuente de estrés que interactúan con otras circunstancias de la vida cotidiana; este estrés resulta distinto en hombres y mujeres, ya que ambos desempeñan papeles distintos y deben satisfacer expectativas diferentes en el seno familiar (Brannon y Feist, 2001).

El sueño y el estrés se influyen mutuamente: el estrés es una causa habitual de los problemas de sueño, a la vez que las dificultades para dormir son una fuente de estrés para muchas personas (Rosch, 1996). El problema más habitual relacionado con el sueño es el insomnio, que consiste en la incapacidad de conciliar el sueño o de permanecer dormido, si bien existen algunas personas que duermen poco de forma intencionada para tener más tiempo para hacer otras cosas. Tanto si es voluntaria como si no, la privación del sueño se asocia con una serie de problemas conductuales y de salud. Las personas que no duermen lo suficiente suelen experimentar cansancio, ansiedad, mareo, aflicción y fatiga (Brannon y Feist, 2001).

### **3.4 ESTRÉS EN PADRES DE NIÑOS CON CÁNCER**

El cáncer infantil representa una fuente de estrés extremo para los padres. Los avances médicos en el tratamiento para diferentes malignidades pediátricas ha resultado en un 60% de supervivencia en total (Granowetter, 1994), pero esto significa que el 40% de los niños de todas maneras morirá por esta enfermedad; los padres tienen que lidiar con un número de estresores concurrentes, algunos ligados a la enfermedad otros independientes de esta (Kalnins, Churchill y Terry, 1980).

La creencia de que un niño pueda morir predice síntomas de estrés post traumático en los padres de niños sobrevivientes del cáncer (Kazak et al., 1998); también es reconocido que los múltiples estresores durante el tratamiento, como las repetidas estancias en el hospital, los procedimientos invasivos, los efectos secundarios, la disrupción de la rutina usual familiar y los cambios en los roles de la familia y de las responsabilidades, el tener o no una pareja y la prolongada incertidumbre acerca de la supervivencia, tiene implicaciones para ambos padres y el niño enfermo (Kazak, 1994).

Se ha demostrado también, que las familias que muestran más dificultad durante el diagnóstico de la enfermedad en sus hijos, continúan experimentando altos niveles de estrés, aún después que el tratamiento finalizó (Kupst, et al., 1995); también se ha encontrado que la variación en la sintomatología del estrés en los padres, puede afectar a ambos y al niño (Streisand, Braniecki, Tercyak y Kazak, 2001).

En primer lugar, los padres que están al cuidado del niño con una limitación física, están en riesgo de experimentar como resultado una pobre salud mental (Wallander et al., 1989); en segundo lugar, se ha mostrado que el estrés juega un rol en el aprendizaje, el procesamiento y en el poder recordar la información (Gillis, 1993), que puede comprometer la comprensión de los padres y la adherencia al

tratamiento prescrito del niño; en tercer lugar, el estrés en los padres puede estar directamente relacionado con la experiencia subsecuente de estrés en los niños que enfrentan las dificultades de salud (Johnson y Tercyak, 1995; Melamed y Ridley-Johnson, 1988), posiblemente esto sugiere que el sistema de la familia modela el estrés; finalmente, niveles elevados de estrés entre los cuidadores del niño pueden influir negativamente en las conductas de adherencia al régimen médico de éste (Auslander, Thompson, Dreitzer y Santiago, 1997; Hanson, DeGuire, Schinkel y Kolterman, 1995).

Todas las fuentes de estrés actúan como factores de riesgo, incrementando la probabilidad de generar altos niveles de estrés en los padres durante el tratamiento; aún cuando este ha sido completado, tienen que enfrentar las dificultades de vivir con la incertidumbre y la posibilidad de recurrencia después de un largo tiempo (Koocher y O'Malley, 1981); algunos estudios han sugerido que algunos padres y niños muestran síntomas de estrés postraumático que dura varios años después de que ceso el tratamiento (Kazak y Barakat, 1997; Stuber et al., 1994), pero otros encuentran poca evidencia del estrés después del tratamiento (e.g., Brown et al., 1992).

La evidencia de la diferencia entre madres y padres es inconclusa, algunos estudios reportan que las madres están en más riesgo de un resultado negativo que los padres (e.g. Dahlquist, Czyzewski y Jones, 1996; Sawyer, Antoniou, Toogood, Rice y Baghurst, 1993), pero otros no han encontrado diferencias (e.g., Speechley y Noh, 1992); en un número de estudios, las diferencias significativas aparentes suelen no ser reportadas (e.g., Kazak y Barakat, 1997; Stuber et al., 1994). Claramente se necesita aún más investigación para identificar variables asociadas con varios niveles de estrés en los padres; para ambos, madres y padres; como para identificar el rol de factores de riesgo y de factores potencialmente modificables (Varni, Katz, Colegrove y Dolgin, 1996; Wallander y Varni, 1998).



También como se menciona en Alfaro-Ramírez, et al. (2008), otra forma de estrés es la sobrecarga del cuidador, las investigaciones sobre las consecuencias del papel del cuidador se ha centrado en la “sobrecarga” o *burden*, que describe las consecuencias negativas del cuidado sobre la familia y las posibles variables que pueden influir en ella (Jerrom, Main y Rukanyke, 1993).

En el estudio de Alfaro-Ramírez, et al. (2008) se toman como base las investigaciones donde se plantean dos tipos de sobrecarga: la subjetiva y la objetiva. La subjetiva se define como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar; y la objetiva como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. Además de esta diferenciación, la literatura reporta que bajo el término de sobrecarga existen distintas dimensiones o aspectos relativos a la carga (costos económicos del cuidado, carga física asociada al cuidado, limitación del tiempo del cuidador, impacto sobre las relaciones interpersonales, etcétera) (Grunfeld, et al., 2004; Hyunsook, 2003; Zarit y Zarit, 1982).

Se necesita de mucho trabajo de investigación para estudiar el rol de los factores en el estrés de los padres, en diferentes etapas de la enfermedad y del tratamiento, para así poder informar y crear intervenciones para prevenir o reducir el estrés. Además, se necesitan más claridad en la especificación de los modelos al medir el estrés (Holmbeck, 1997).

Al enfrentar la enfermedad del cáncer en sus hijos, los padres utilizarán diferentes formas de afrontar la situación como veremos en el siguiente capítulo sobre estilos de afrontamiento.

## CAPÍTULO IV. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Es sabido que, frente a eventos amenazantes y/o estresantes de la vida cotidiana, las personas responden de diferentes maneras. Estas diferentes respuestas cognitivas y comportamentales que los sujetos emplean para manejar y tolerar el estrés se conocen en el ámbito de la psicología comportamental como estrategias o *estilos de afrontamiento* (coping). La habilidad para manejar situaciones estresantes depende de los recursos disponibles de afrontamiento del sujeto. Estos recursos desempeñan un rol crucial en la relación estrés-salud-enfermedad y constituyen características estables del sujeto y del medio ambiente donde el sujeto funciona. El afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y comportamentales que los sujetos usan para manejar y tolerar el estrés (Omar, 1995).

Lazarus y Folkman definen el 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 independientemente de su eficacia o de cuál sea su valor intrínseco* (Lazarus y Folkman, 1991).

Esta definición destaca numerosas características importantes del afrontamiento. En primer lugar, se trata de un proceso que cambia constantemente a medida que los propios esfuerzos son valorados como actos de mayor o menor éxito; en segundo lugar, no es automático, se trata de un patrón de respuesta aprendido frente a las situaciones estresantes; en tercer lugar, requiere de un esfuerzo, una persona no tiene que ser totalmente consciente de su respuesta de afrontamiento y los resultados pueden ser exitosos o no, pero el esfuerzo tiene que haberse realizado (Brannon y Feist, 2001).

En 1978, Lazarus y Launier presentan una pionera definición del afrontamiento como el “conjunto de esfuerzos, conductas o pensamientos, tendientes a manejar, tolerar, reducir o minimizar las demandas y conflictos sean internos o externos”. Algo más tarde, en 1980, Lazarus y Folkman desarrollan un modelo explicativo a partir del que proveen las bases teóricas para verificar relaciones entre estresores, estrés y efectos adaptativos (Omar, 1995).

El modelo fenomenológico cognitivo de Lazarus y Folkman incluye aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales del proceso de afrontamiento. Los estresores son definidos como transacciones o intercambios entre la persona y los particulares contextos ambientales que la persona percibe o evalúa como amenazantes. Se concibe a la persona como un formador activo de sus relaciones con el medio, en tanto que el afrontamiento es conceptualizado como los cambios conductuales de la persona en respuesta a las demandas transaccionales.

En este modelo, el afrontamiento no es considerado necesariamente como un reductor apropiado del estrés ya que se refiere a cualquier intento que hace la persona para manejar una situación estresante. Lazarus y Folkman identifican dos métodos de afrontamiento: conductual y cognitivo, y dos grandes categorías de estrategias de afrontamiento: enfocadas en el problema (o de aproximación) y enfocadas a la emoción (o de evitación) (Omar, 1995). Dentro de las estrategias enfocadas en el problema se encuentran: la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones. En las estrategias enfocadas en la emoción están: el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape o evitación (Oblitas, 2004).

La evaluación cognitiva es el proceso mediante el cual una persona evalúa la importancia del encuentro con el medio ambiente y su bienestar (evaluación primaria) y considera las posibles respuestas de afrontamiento (evaluación secundaria) para orientar las demandas psicológicas y ambientales de tal encuentro. A través de la evaluación primar, una persona determina si un evento

es relevante o no a su bienestar y si las señales la benefician, amenazan, cambian o perjudican. En la evaluación secundaria, la persona determina qué opciones y recursos de afrontamiento tiene disponibles en ese momento para manejar la situación. El afrontamiento es el proceso que mediatiza las relaciones entre estrés y adaptación somática y psicológica, y el tipo de afrontamiento usado a menudo depende de la evaluación primaria (Omar, 1995).

El modelo enfatiza que el estrés no está solamente determinado por la naturaleza de un estímulo ambiental ni por las características de una persona sino por la interacción entre la evaluación que del estímulo hace la persona y las demandas de ese estímulo sobre el individuo (Omar, 1995).

El planteamiento de afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales: primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo *realmente* piensa o hace, en contraposición con lo que éste generalmente hace o haría en determinadas condiciones (lo cual pertenece al planteamiento de rasgo); segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace es analizado dentro de un *contexto específico*, los pensamientos y acciones de afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares, para entender el afrontamiento y evaluarlo, necesitamos conocer aquello que el individuo afronta; tercero, hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un *cambio* en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose (Lazarus y Folkman, 1991).

#### **4.1 FUNCIONES DEL AFRONTAMIENTO**

La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia (Lazarus y Folkman, 1991). De acuerdo con Lazarus y cols. el afrontamiento puede tener diversas funciones (Cohen y Lazarus, 1979; Lazarus y

Folkman, 1984b; Lazarus y Launier, 1978). Puede cambiar el problema que origina el estrés o puede regular la respuesta emocional ante el problema.

En general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio (Lazarus y Folkman, 1991).

Encontramos en la literatura una amplia gama de formas de afrontamiento dirigidas a la emoción. Un considerable grupo está constituido por los procesos cognitivos 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. Otro grupo más pequeño de estrategias cognitivas incluye aquellas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional; algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor y para encontrar consuelo necesitan experimentar primero un trastorno intenso para pasar luego al autorreproche o a cualquier otra forma de autocastigo. Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente; estas estrategias equivalen a la reevaluación (Lazarus y Folkman, 1991).

Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de éste; como ellas, generalmente están enfocadas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación; sin embargo, el afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplio: la resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno mientras que el

afrontamiento dirigido al problema también se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto (Lazarus y Folkman, 1991).

Este punto viene señalado por Kahn y cols. (1964), que hablan de dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema: las que hacen referencia al entorno y las que se refieren al sujeto. En el primer grupo se encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc., y en el segundo grupo se incluyen las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos (Lazarus y Folkman, 1991).

#### **4.2 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

No existe una forma de afrontamiento correcta para cualquier situación, sino que se requieren diferentes estrategias de afrontamiento para las diferentes situaciones de la vida, cuya selección depende no solo de las características estables del individuo, sino también de las características situacionales. Además, las estrategias que son efectivas en una situación pueden no serlo en otra (Moos, 1986).

Cuando un individuo evalúa la posibilidad de utilizar determinada estrategia ante una situación que puede representar un problema, no quiere decir que siempre la pueda utilizar, un estilo de afrontamiento es una actividad consciente e implica un esfuerzo (Moos, 1986).

Los estilos de afrontamiento se pueden categorizar en nueve tipos según Moos (1984, 1986), como se observa en la Tabla 1:

Tabla 1. Estilos de Afrontamiento y sus características (Moos, 1984 y 1986).

ESTILO DE AFRONTAMIENTO	CARACTERÍSTICAS
<b>AFRONTAMIENTO ENFOCADO A LA EVALUACIÓN</b>	
<b>Análisis lógico y preparación mental</b>	Grupo de habilidades que consiste en poner atención en cada aspecto de la crisis en el momento, cambiando los grandes problemas en pequeños, utilizando experiencias pasadas y pensando acciones alternativas y sus probables consecuencias.
<b>Redefinición cognitiva</b>	Estrategias cognitivas en las que el individuo acepta la realidad básica de su situación pero la reestructura para encontrar algo favorable, estas estrategias incluyen recordar que las cosas pueden ser peores, hacer comparaciones con otras personas, alternar valores y prioridades que puedan cambiar la realidad y concentrarse en que algo bueno puede surgir de la crisis.
<b>Evitar la cognición o negación</b>	Las habilidades consisten en negar o minimizar la seriedad de la crisis, se dirigen en el momento de la crisis. También puede incluir las consecuencias inmediatas de un evento. Estas habilidades tienden a ser definidas como “mecanismos de defensa” porque son respuestas al estrés de autoprotección, rescatan temporalmente al individuo o proveen del tiempo necesario para empezar a utilizar otras fuentes personales de afrontamiento.
<b>AFRONTAMIENTO ENFOCADO AL PROBLEMA</b>	
<b>Buscar información y apoyo</b>	Estas habilidades consisten en obtener información a cerca de la crisis o el problema y los cursos alternativos de las acciones que se tomen y los probables resultados. Estas habilidades suelen usarse junto al <i>análisis lógico</i> mientras que el individuo restaura su sentido del control.
<b>Realizar acciones para resolver el problema</b>	Estas habilidades envuelven acciones concretas para luchar directamente con la crisis o sus repercusiones, al lograr ciertas metas se restablece el sentido de la competencia y de la autoestima, en el momento en que las oportunidades para una acción efectiva son escasas.
<b>Buscar resultados alternos</b>	Incluye habilidades intentan reemplazar las pérdidas implicadas en ciertas transiciones y crisis, cambiando las actividades y creando nuevas fuentes de satisfacción, hacer cambios a corto plazo para enfrentar la realidad y fijando metas concretas limitadas.
<b>AFRONTAMIENTO ENFOCADO A LA EMOCIÓN</b>	
<b>Regulación afectiva</b>	Se realiza un esfuerzo para mantener la esperanza y el control de las emociones cuando se lucha en una situación difícil.
<b>Descarga emocional</b>	Existen diversas series de respuestas que incluyen expresar los sentimientos de enojo y de desesperación, llorando o gritando en protesta en situaciones como la muerte de un ser amado, utilizando chistes y el humor para ayudar a aliviar el esfuerzo constante, también incluyen comportamientos impulsivos al no cumplir con las normas sociales como una conducta que temporalmente reduce la tensión.
<b>Aceptación-resignación</b>	Abarca todos los términos de una situación y poder aceptar lo que es, decidir que las circunstancias básicas no pueden ser alteradas y someterse a un cierto destino, cuando la muerte de un individuo parece ser inevitable, una decisión con conciencia sirve para aceptar la situación, ayuda a promover que uno pueda desprenderse de la situación y mitiga el estrés. Incluye concluir que nada se puede hacer para cambiar las cosas y tratar de evitar la situación.

### 4.3 RECURSOS PARA EL AFRONTAMIENTO

La forma en que el individuo realmente afronte la situación dependerá principalmente de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada. Decir que una persona tiene muchos recursos no solo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos antes las distintas demandas del entorno (Lazarus y Folkman, 1991).

Entre las principales categorías de recursos se encuentran, aquellos que se consideran principalmente propiedades del individuo, como la salud y la energía (recursos físicos), las creencias positivas (recursos psicológicos) y las técnicas sociales (aptitudes) y de resolución de problemas; el resto de las categorías son más ambientales e incluyen los recursos sociales y materiales (Lazarus y Folkman, 1991).

#### *Salud y energía*

Se hallan entre los recursos más generalizados de los relevantes en el afrontamiento de muchas, si no de todas, las situaciones estresantes. Una persona frágil, enferma, cansada o débil tiene menos energía que aportar al proceso de afrontamiento que otra saludable y robusta. El importante papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante (Lazarus y Folkman, 1991).

#### *Creencias positivas*

Verse a uno mismo positivamente puede considerarse también un importante recurso psicológico de afrontamiento. Incluimos en esta categoría aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la enseñanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas (Lazarus y Folkman, 1991). Respecto a las *creencias positivas*, están los *estilos explicativos* de Seligman, que se refiere a que cada uno de nosotros posee hábitos al pensar



sobre las causas de una situación, un rasgo personal al que denomina “estilo explicativo” (Seligman, Reivich, Jaycox y Gillham, 2005); las personas con un estilo atribucional o explicativo negativo, tienen una probabilidad mayor de desarrollar depresión cuando se enfrentan con situaciones de carácter negativo o estresante y consideradas importantes para ellas; aunque los estilos explicativos se definen como tendencias relativamente estables, no significa por ello, que sean totalmente resistentes al cambio, existe alguna evidencia que muestra que, mediante técnicas de terapia cognitiva, el estilo explicativo negativo se puede modificar y sustituir por otras formas de pensar más beneficiosas para la personas. Por otra parte, Seligman también se refiere al *optimismo aprendido* como una disposición a la interpretación constructiva de los acontecimientos externos, incluidos los conflictos y las pérdidas, una virtud que nos ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, a descubrir posibilidades y a diseñar nuevas soluciones. Son muchos los estudios que muestran que el optimismo tiene valor predictivo sobre la salud y el bienestar, además de actuar como modulador sobre los eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de aquellos que sufren, tienen estrés o enfermedades graves (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988), el optimismo también puede actuar como potenciador del bienestar y la salud en aquellas personas que, sin presentar trastornos quieren mejorar su calidad de vida (Seligman, 2002). El pesimismo de los niños no es innato, los niños aprenden esta teoría de sus padres, profesores y entrenadores, así como de los medios de comunicación, y a su vez la transmiten a sus hijos, por lo tanto los padres pueden enseñar confianza, iniciativa, entusiasmo, amabilidad y orgullo, esto sería el *optimismo aprendido*.

#### *Técnicas para la resolución del problema*

Las técnicas para la resolución de problemas incluyen habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado (Janis, 1974; Janis y Mann, 1977).

### *Habilidades sociales*

Las habilidades sociales constituyen un importante recurso de afrontamiento debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar como los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Este tipo de habilidades facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y, en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales (Lazarus y Folkman, 1991).

### *Apoyo social*

El hecho de tener alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible ha recabado mucha atención como recurso de afrontamiento en las experimentaciones realizadas sobre estrés, tanto en la medicina conductual como en la epidemiología social (p. e., Antonovsky, 1972, 1979; Berkman y Syme, 1979; Cassel, 1976; Cobb, 1976; Kaplan, Cassel y Gore, 1977; Nuckolls, Cassel y Kaplan, 1972).

### *Recursos materiales*

Hacen referencia al dinero y a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. Este recurso obvio se menciona raramente en las discusiones sobre afrontamiento, aunque su importancia queda implicada en las discusiones sobre las fuertes relaciones que existen entre el estatus económico, el estrés y la adaptación (cf. Antonovsky, 1979; Syme y Berkman, 1976).

## **4.4 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PADRES DE NIÑOS CON CÁNCER**

Mientras algunos investigadores han encontrado que los padres se ajustan bien durante los años que le siguen al diagnóstico (Kupst y Schulman, 1988; Kupst et al., 1995), otros han indicado que una cantidad substancial de estrés queda

después que el tratamiento finaliza como se mencionaba anteriormente (Kazak et al., 1997); existe una variabilidad individual considerable en el ajuste que ha sido reportada por los padres de niños con una enfermedad crónica (Wallander et al., 1998); estos descubrimientos señalan la necesidad de identificar factores que puedan facilitar o dificultar la adaptación de los padres.

El cáncer infantil es visto como un estresor progresivo al que los padres tienen que enfrentarse; la fase de diagnóstico es considerada un estresor traumático agudo, cuando la fase inicial de tratamiento lleva al niño a remisión, los padres entran en una fase que puede ser caracterizada por un estrés crónico; factores estables, como las variables demográficas y las características de la personalidad, se distinguen de variables que son probables de cambiar en un función del curso de la enfermedad (afrentamiento, apoyo social, satisfacción marital); un número de estudios transversales, que investigan el funcionamiento psicológico de los padres, variando de 2 a 6 años después del diagnóstico, concluyen que las madres están en mayor riesgo de estrés que los padres (Speechley and Noh, 1992; Brown et al., 1993; Brown, Doepke y Kaslow, 1993; Van Dongen-Melman et al., 1995).

Otros factores demográficos de riesgo en los padres mencionado en la literatura son: edad joven, baja educación o bajo nivel ocupacional; bajo estrato socio económico, bajos ingresos y una no afiliación religiosa (Barbarin y Chesler, 1986; Van Dongen-Melman et al., 1995; Kupst y Schulman, 1988; Morrow, Carpenter y Hoagland, 1984; Sawyer, Antoniou, Toogood, Rice y Baghurst, 1993; Specheley y Noh, 1992; Van Veldhuizen y Last, 1991). Hoekstra-Weebers y cols, (1999) muestran que la edad de los padres, la edad y el género del niño enfermo, el nivel de educación, número de hijos en la familia y la afiliación religiosa no son predictores significativos del ajuste de los padres a un año después del diagnóstico.

Se ha sugerido que la habilidad de la familia para cambiar esta asociada con su ajuste psicológico (Kupst y Schulman, 1988), otros indican la rigidez de algunas familias en el manejo de demandas de cambio de la enfermedad, incluso cuando ellos afrontan en una manera disfuncional (Ostroff y Steinglass, 1996).

En general, los padres disminuyen el uso de diferentes tipos de solución de problemas y el uso de estrategias de regulación emocional con el tiempo, como la demanda del tratamiento de cáncer del niño cambie. Por ejemplo, los padres que inicialmente usan el afrontamiento enfocado al problema necesitan aprender acerca del diagnóstico y del tratamiento y encontrar el apoyo que necesitan, será menos útil después cuando ya lo hayan entendido que pueden o no controlar a cerca del cáncer y cuando la vida tiene que volver un patrón más estable (Hoeskstra-Weebers, Jaspers, Kamps y Klip, 2001).

El asunto sobre qué estrategia de afrontamiento puede promover más la adaptación, aún no es claro, Dahlquist y cols. (1993) sugieren que la sensibilización o estímulos enfocados al afrontamiento de acción para ambos padres están relacionados con gran estrés marital en los primeros meses después del diagnóstico, y en ese momento, se utilizan más estrategias de evitación que resultan más adaptativas. Sin embargo, no hubo una relación significativa a los 20 meses después del diagnóstico (Dahlquist, Czyzewski y Jones, 1996). En otras áreas de enfermedades crónicas en los niños, se ha encontrado que en un largo término, se utilizan más como paliativo, estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción y están relacionadas a un pobre ajuste materno (Thompson, Gil, Burbach, Keith y Kinney, 1993).

Como se ha demostrado los estilos de afrontamiento están relacionados con el apoyo social, por lo que es importante ampliar el tema en el último capítulo.

## **CAPÍTULO V. APOYO SOCIAL**

El apoyo social se refiere al confort percibido, cuidado, estima o ayuda que una persona recibe de otras personas o grupo (Cobb, 1976; Gentry y Kobasa, 1984; Walltson, Alagna, DeVellis y DeVellis, 1983; Wills, 1984), al amor y al valor de pertenecer a un grupo de comunicación y obligación mutua (Cobb, 1976). Este apoyo puede venir de diferentes fuentes (Sarafino, 2002), sin embargo esta definición es muy específica y se limita al apoyo percibido, pero incorpora la noción de que existen diferentes tipos de apoyo, como el apoyo emocional, el apoyo instrumental y las redes sociales.

Otra definición más general de apoyo social fue propuesta por Kaplan, Cassel y Gore, (1977) quienes definieron el apoyo social como el grado en el que un individuo necesita afecto, aprobación, sentimiento de pertenencia y seguridad encontrada en personas significativas.

### **5.1 TIPOS DE APOYO SOCIAL**

Diversos investigadores han tratado de clasificar varios tipos de apoyo (Cohen y McKay, 1984; Cutrona y Russell, 1990; House, 1984; Sarafino, 2002), estas clasificaciones sugieren que hay cinco tipos básicos de apoyo social:

#### *1) Apoyo Emocional*

Implica la expresión de empatía, cuidado y preocupación por la otra persona. Provee a la persona una sensación de confort, tranquilidad, pertenencia y ser amado en tiempos de estrés.

## *2) Apoyo a través del Aprecio*

Ocurre a través de la expresión positiva para la otra persona, la aprobación y el acuerdo con las ideas del individuo o sentimientos y la comparación positiva de la persona con otros, por ejemplo con personas que sean menos capaces o que estén en una peor situación. Este tipo de apoyo sirve para construir en el individuo sentimientos de autoconcepto, capacidad de competencia y el poder ser valorado. El apoyo a través del aprecio es especialmente útil durante el afrontamiento del estrés, tal como cuando la persona valora si las demandas exceden sus recursos personales.

## *3) Apoyo Tangible o Instrumental*

Implica asistencia directa, como cuando la gente da o presta a otra persona dinero o le ayuda en alguna tarea en tiempos de estrés.

## *4) Apoyo a través de la Información*

Incluye dar consejos, dar dirección, sugerencias o retroalimentación acerca de cómo lo está haciendo la otra persona. Por ejemplo, una persona que está enferma podría obtener información de su familia o del médico para saber cómo tratar la enfermedad. O alguien que está enfrentando una decisión difícil en el trabajo puede recibir sugerencias o retroalimentación de parte de sus compañeros de trabajo a cerca de sus ideas.

## *5) Apoyo a través de las Redes Sociales*

Este tipo de apoyo provee un sentimiento de asociación o pertenencia a un grupo de personas que comparten los mismos intereses y las mismas actividades sociales.

El tipo de apoyo que una persona recibe y necesita depende de las circunstancias estresantes (Wortman y Dunkel-Schetter, 1987); el apoyo tangible ocurre muy pocas veces, pero el apoyo emocional, el informativo y el de estima, ocurren muy seguido (Sarafino, 2002).

## 5.2 OBTENCIÓN DE APOYO SOCIAL

No todos obtienen el apoyo social que necesitan. Muchos factores determinan si las personas reciben apoyo social (Broadhead, et al., 1983; Conell y D'Augelli, 1990; Wortman y Dunkel-Schetter, 1987); algunos factores están relacionados con los potenciales receptores potenciales de apoyo. La gente que es poco sociable, que no ayuda a los demás y que no hace saber a los demás que necesita ayuda es poco probable de recibir apoyo. Algunas personas no son lo suficientemente asertivas para solicitar ayuda, o sienten que deberían ser independientes o no molestar a los otros; o se sienten incómodos confiando en otros o no saben a quién acudir. Otros factores están relacionados a los potenciales proveedores potenciales de apoyo. Por ejemplo, tal vez no tengan los recursos necesarios, o tal vez estén bajo estrés y en necesidad de ayudarse a sí mismos o simplemente, no se dan cuenta de las necesidades de los demás (Sarafino, 2002; Sarason, Shearin, Pierce y Sarason, 1987; Sarason, Sarason y Shearin, 1986).

Si la gente recibe apoyo social, también depende de la composición y la estructura de su red social, esto es, las uniones que tienen con la gente, con su familia y con su comunidad (Mitchell, 1969; Schaefer, Coyne y Lazarus, 1981). Las redes que tenemos varían en *tamaño* –el número de personas con las que tenemos contacto regular; en la *frecuencia de contacto* –que tan seguido vemos a estas personas, en *composición* –si estas personas son familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc., y en *intimidad* –la cercanía de las relaciones individuales y el mutuo bienestar para confiar el uno en el otro (Sarafino, 2002; Sarason, Shearin, Pierce y Sarason, 1987; Sarason, Sarason y Shearin, 1986).

## 5.3 SATISFACCIÓN DEL APOYO SOCIAL

El apoyo social no siempre reduce el estrés y beneficia la salud. Aunque el apoyo puede ofrecer o estar disponible para nosotros, tal vez no lo percibamos como

apoyo (Dunkel-Shetter y Bennett, 1990; Wilcox, Kasl y Berkman, 1994). Esto puede pasar porque la ayuda es insuficiente o tal vez nosotros no queramos ayuda o por un instante estamos demasiado devastados emocionalmente para percibirlo. Cuando no percibimos la ayuda como apoyo, es menos probable reducir el estrés (Sarafino, 2002; Sarason, Shearin, Pierce y Sarason, 1987; Sarason, Sarason y Shearin, 1986).

Otra razón por la que el apoyo social no siempre ayuda es porque, el tipo de apoyo que recibimos puede no coincidir con las necesidades que el estresor produjo (Sarafino, 2002; Sarason, Shearin, Pierce y Sarason, 1987; Sarason, Sarason y Shearin, 1986).

Carolyn Cutrona y Daniel Russel (1990) han resumido un patrón para coincidir el apoyo con la necesidad. El apoyo instrumental es particularmente valioso para eventos estresantes que son controlables –esto es, que podemos hacer algo para alcanzar la meta o prevenir la situación en que se convierta, como cuando nos sentimos enfermos. El apoyo emocional es especialmente importante para eventos estresantes incontrolables, como cuando alguien a quien amamos muere. Pero otros tipos de apoyo pueden ser también necesitados –en un instante, si el evento incontrolable incluye perder el trabajo, la estima y el apoyo tangible pueden ayudar también (Sarafino, 2002; Sarason, Shearin, Pierce y Sarason, 1987; Sarason, Sarason y Shearin, 1986).

#### **5.4 TEORÍA SOBRE EL APOYO SOCIAL Y LA SALUD**

Tener apoyo social también parece beneficiar la salud de las personas (Berkman, 1995). Para explicar cómo el apoyo social puede influenciar la salud y el bienestar, diversos investigadores han propuesto dos teorías: la Hipótesis de la Amortiguación y la Hipótesis del Efecto Directo. Diferentes estudios han



encontrado evidencia consistente con ambas teorías (Cohen y Wills, 1985; Payne y Jones, 1987; Thoits, 1982; Wortman y Dunkel-Schetter, 1987).

Se ha visto que la exposición prolongada a altos niveles de estrés puede llevar a la enfermedad. De acuerdo con la Hipótesis de la Amortiguación, el apoyo social afecta la salud protegiendo a la persona contra los efectos negativos de un alto estrés. La función protectora es efectiva solo o principalmente cuando la persona encuentra un fuerte estresor (Sarafino, 2002).

La Hipótesis de Efectos Directos mantiene que los beneficios del apoyo social en la salud y el bienestar son efectivos pese a la cantidad de estrés que las personas experimentan. De acuerdo con esta hipótesis, los efectos benéficos del apoyo social son similares en una baja y en una alta intensidad del estresor. Hay muchas maneras en que el efecto directo puede trabajar (Cohen y Wills, 1985; Wortman y Dunkel-Schetter, 1987). Por ejemplo, personas con alto nivel de apoyo social deben tener fuertes sentimientos de pertenencia y autoestima.

Por otra parte, en la relación del apoyo social con la salud, diversas investigaciones mencionan que las personas que cuentan con una pareja, en particular las personas casadas, están más protegidas ante situaciones de estrés y complicaciones de salud. Una explicación es, que esto se debe a que las personas que cuentan con el apoyo de sus parejas logran tener mejores habilidades para solucionar problemas y una mejor actitud ante la enfermedad o situaciones de estrés (Berkman & Syme, 1979; House, Landis, & Umberson, 1988; House, Robbins & Metzner, 1982; Sarason, Sarason, Shearin & Pierce, 1987; Valencia, 2001).

## **5.5 APOYO SOCIAL EN PADRES DE NIÑOS CON CÁNCER**

Speechley y Noh (1992) evalúan si la tensión emocional continua de padres de niños supervivientes de cáncer, se asocia con niveles elevados de conflicto

psicológico (ansiedad y depresión), también evalúan el papel del apoyo social en moderar esta relación; cuando los padres experimentan un nivel bajo de apoyo social es cuando se manifiestan más deprimidos y ansiosos que el grupo control de padres de niños sanos; el apoyo social parece ser más importante para las madres.

Morrow y cols. (1984) encontraron correlaciones positivas entre las diversas fuentes de apoyo social y la adaptación psicológica para los padres con niños en tratamiento y para los que han terminado el tratamiento, sólo el apoyo de familiares, se correlacionaba significativamente con la adaptación de los padres.

Kupst y Schulman (1988) encontraron en un estudio de veintisiete familias, con niños de seis a ocho años diagnosticados de leucemia y en remisión, que los padres definidos como "buenos afrontadores" tendían a tener mejores apoyos de los miembros familiares; los resultados del estudio sugieren que, el apoyo social parece jugar un papel clave en determinar el alcance de las consecuencias psicológicas adversas que conlleva el ser un padre de un niño superviviente de cáncer. La falta de apoyo social se relaciona con un riesgo de conflicto entre los padres, por lo tanto parece importante la provisión de apoyo después del cese del tratamiento, sobre todo en los padres que tienen nivel bajo de apoyo, el matrimonio es más protector para los padres que para las madres; entre padres casados, la satisfacción matrimonial es también más importante para la salud mental de los padres que de las madres. Así parece que, para los padres tanto el apoyo específico ofrecido por el matrimonio como la percepción generalizada de apoyo social, son importantes para el bienestar psicológico, mientras que para las madres es más importante la percepción generalizada de apoyo.

Por otra parte, en un estudio sobre los cambios en la relación matrimonial entre padres de niños con cáncer (Lavee y Mey-Dan, 2003), donde la muestra estuvo conformada por ambos padres de 35 niños tratados por cáncer por al menos un año o más de cinco años, se muestran cambios en la relación marital en diez dimensiones de la relación; los resultados indican que algunos aspectos de la

relación, como por ejemplo la comunicación y la confianza tienden a ser reforzadas, mientras que otras áreas estuvieron propensas a deteriorarse, especialmente la sexualidad. También, los cambios en la relación marital fueron examinados en relación con la duración de la enfermedad, los resultados muestran una disminución leve en la satisfacción marital de la relación dentro del primer año siguiente al diagnóstico, un aumento en el refuerzo marital en casos de niños que habían estado enfermos por dos o tres años y un empeoramiento en la relación marital después de más de cuatro años de la enfermedad de los niños.

La asociación entre el apoyo social y el ajuste psicológico está bien establecido (Cohen and Wills, 1985); existe evidencia de que, entre padres de niños tratados por leucemia, el apoyo social a través del tratamiento del cáncer está ligado al ajuste de los padres (Kupst y Schulman, 1988); por ejemplo, padres de niños sobrevivientes del cáncer y especialmente los papas, que experimentaron bajos niveles de apoyo estuvieron más en riesgo de estrés psicológico (Speechley y Noh, 1992); menos síntomas postraumáticos fueron también encontrados en padres de sobrevivientes del cáncer que reportaron altos niveles de apoyo percibido (Kazak et al., 1997).

El apoyo social y las relaciones en la familia han mostrado una relación significativa con el ajuste de los padres en una número de estudios (e.g., Kupst y Schulman, 1988; Morrow, Carpenter y Hoagland, 1984; Speechely y Noh, 1992). Y con más descubrimientos generales del apoyo social y el estrés (Wethington y Kessler, 1986), el apoyo percibido parece ser más fuerte que la influencia de las características de la red social. Algunos estudios han incluido medidas de afrontamiento, pero percepciones del estrés relacionado con la enfermedad han mostrado estar relacionados con problemas de ajuste (Kazak y Barakat, 1997).

Finalmente, como se ha mencionado, el cáncer genera un gran impacto psicológico en los padres por lo que es de gran importancia conocer las

necesidades de estos para poder crear intervenciones psicológicas eficaces tanto para ellos como para sus hijos.

El objetivo de este estudio es describir los indicadores relacionados con el funcionamiento de la salud física, los indicadores de los eventos de cambio de vida, los indicadores de las respuestas de afrontamiento y los indicadores del funcionamiento y recursos sociales en padres de pacientes oncológicos pediátricos, utilizando la Escala de salud y vida cotidiana (HDL) (Moss, Cronkite, y Finney, 1984; adaptado por Ayala, 1992), así como describir las correlaciones entre estos mismos indicadores.

## MÉTODO

### PARTICIPANTES

60 padres de pacientes oncológicos pediátricos que son atendidos en el Hospital Infantil de México, 53 mujeres y 7 hombres, cuyas edades varían de entre 22 y 56 años; con una media de 34.48 años.

- **Criterio de inclusión:** tener un hijo diagnosticado con cáncer de cualquier tipo, que el niño tenga una edad entre 5 y 18 años.
- **Criterios de exclusión:** tener un hijo diagnosticado con cáncer de cualquier tipo, que el niño se menor de 5 años o mayor de 18 años. Presentar algún padecimiento de salud física o mental incapacitante.

### ESCENARIO

Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”, área de oncología y quimioterapia.

### INSTRUMENTO

*Escala de Salud y Vida Cotidiana, HDL “The Health and Daily Living Form, HDLF”* de Moss, Cronkite, y Finney en 1984 (adaptado por Ayala, 1992). Forma A. R.

Es un instrumento estructurado para evaluar de manera individual y grupal factores relacionados con la salud; además incluye, índices del funcionamiento social, estresores agudos y crónicos, estrategias de afrontamiento y nivel de los recursos de apoyo social; las normas originales están basadas en 424 pacientes deprimidos y 424 comunidades de adultos; puede administrarse tanto en forma de

entrevista como de cuestionario; es de utilidad para los investigadores interesados en el proceso de adaptación psicosocial entre poblaciones médicas, psiquiátricas y comunitarias.

Se han utilizado los indicadores del HDL para evaluar la influencia de factores ajenos al tratamiento en intervenciones de consulta externa, así como para analizar los recursos sociales y los procesos de afrontamiento que utilizan las personas en su adaptación y evitar los procesos estresantes de la vida diaria; basándose en un marco conceptual general que considera que los factores ambientales y personales determinan las circunstancias estresantes de la vida diaria y que son los recursos sociales y de afrontamiento lo que moderan adaptativamente dichas circunstancias estresantes (Moos y Mitchell, 1982).

Cuenta con las siguientes subescalas:

- **Indicadores relacionados con el funcionamiento de la salud física:** estos indicadores evalúan los síntomas físicos, los síntomas relacionados con el estado de ánimo, auto confianza en el individuo, y el uso de medicamentos (*condición médica, síntomas físicos, humor depresivo, síntomas por fumar, autoconfianza, uso de medicamentos*).
- **Indicadores de los eventos de cambio de vida:** se tienen tres indicadores de cambio de vida, sondeando los eventos cotidianos en relación con su empleo o el funcionamiento individual (*eventos negativos de cambio de vida, eventos de salida, eventos positivos de cambio de vida*).
- **Indicadores de las respuestas de afrontamiento:** reportando la ocurrencia reciente (en los últimos doce meses) de un evento estresante y se registran las respuestas de afrontamiento (*afrontamiento cognitivo-activo, afrontamiento conductual-activo, afrontamiento de evitación, análisis lógico, búsqueda de información, resolución de problemas, regulación*

*afectiva, descarga emocional, profesionales de la salud mental –recibir o pedir ayuda de un profesional-, no profesionales de la salud mental –recibir o pedir ayuda de un no profesional).*

- **Indicadores del funcionamiento y recursos sociales:** número de relaciones estrechas (*actividades sociales con los amigos, actividades sociales con la familia, redes sociales, tareas familiares conjuntas, argumentos familiares, ambiente negativo en el hogar*).

## **PROCEDIMIENTO**

La propuesta de investigación se presentó al comité de ética del Hospital y se espero su respuesta (aproximadamente 6 meses de espera). Una vez aprobada la propuesta se realizó una *plática de sensibilización* dirigida a los participantes del estudio, en esta se les dio la bienvenida a los padres y se brindo información relacionada con el procedimiento, explicando de manera general cual era el objetivo de nuestra aplicación, siguiendo los lineamientos éticos del trabajo de investigación. Después de esto se les pidió su consentimiento para responder el instrumento de evaluación.

Se aplico la *Escala de salud y vida cotidiana* de manera individual, así como una ficha de identificación y datos generales sobre la historia médica de su hijo. Al finalizar, se les agradeció su participación y se les dio la despedida.

Con los datos obtenidos se realizó una base de datos para poder realizar correlaciones entre las subescalas que integran la Escala de salud y vida cotidiana (HDL).

## **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Diseño cuasiexperimental, transversal, descriptivo.

Diseño cuasiexperimental, transversal, correlacional.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

- Análisis descriptivo (frecuencias y porcentajes) de los indicadores del funcionamiento de la salud física, los indicadores de los eventos de cambio de vida, los indicadores de las respuestas de afrontamiento y los indicadores del funcionamiento y recursos sociales.
- Coeficiente de correlación  $r$  de Pearson en los indicadores del funcionamiento de la salud física, los indicadores de los eventos de cambio de vida, los indicadores de las respuestas de afrontamiento y los indicadores del funcionamiento y recursos sociales.



## RESULTADOS

Primero se presentan los datos sociodemográficos de los participantes, después se presenta el análisis descriptivo de las subescalas de la Escala de salud y vida cotidiana, las subescalas son las siguientes: indicadores del funcionamiento de la salud física, los indicadores de los eventos de cambio de vida, los indicadores de las respuestas de afrontamiento y los indicadores del funcionamiento y recursos sociales y por último se presenta el análisis de correlación entre las subescalas antes mencionadas.

En cuanto a los datos sociodemográficos de los participantes, en este estudio participaron 60 personas, el 88% (53 personas) de la muestra está conformada por mujeres y el 12% (siete personas) por hombres, cuyas edades varían de los 22 a los 56 años; con una media de edad de 34.48 años (ver figura 1).

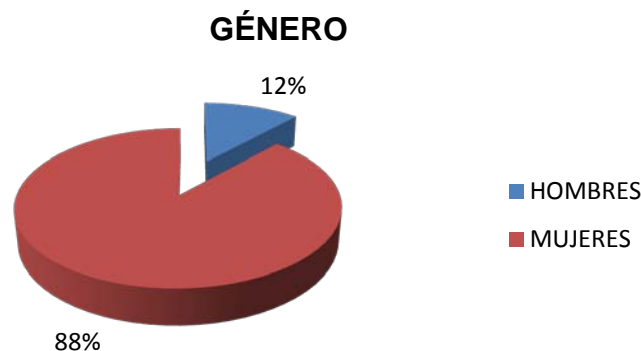


Figura 1. Porcentajes de participantes por género

Por otra parte con respecto al estado civil de los participantes, 68% (41 personas) de la muestra están casados, 13% (ocho personas) viven en unión libre, 5% (tres personas) están separados, 12% (siete personas) son madres solteras y un 2% (una persona) son viudos (ver figura 2).

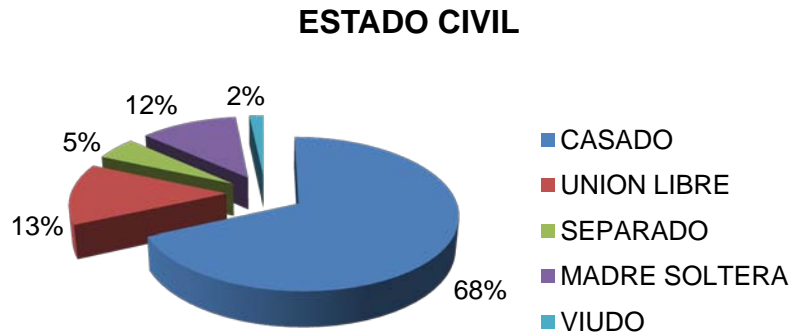


Figura 2. Porcentaje de participantes por estado civil.

En cuanto al nivel de estudios de los participantes, 39% (23 personas) cuentan con la primaria, 33% (20 personas) con estudios de secundaria, 23% (14 personas) con estudios a nivel bachillerato, 2% (una persona) con nivel de licenciatura y un 3% (dos personas) reportan no tener estudios (ver figura 3).

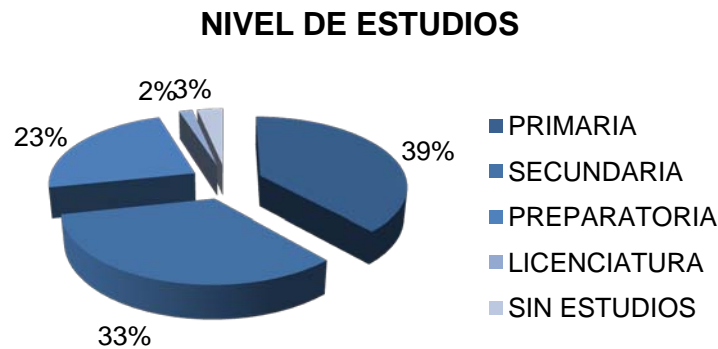


Figura 3. Porcentaje de participantes por nivel de estudios.

Respecto a las actividades laborales de los participantes, el 82% (49 personas) son amas de casa, 3% (dos personas) reportan ser empleados, 8% (cinco personas) se dedican al comercio, 5% (tres personas) trabajan en el campo y un 2% (una persona) están desempleados (ver figura 4).

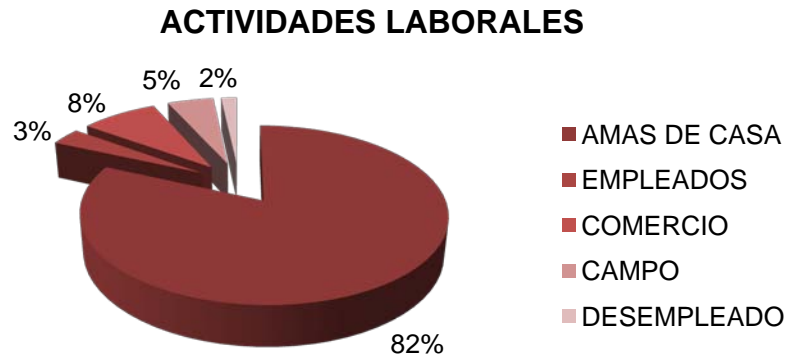


Figura 4. Porcentaje de participantes por actividades laborales.

Al preguntarles a los padres en qué fase del tratamiento se encontraban sus hijos, el 81% (49 personas) respondieron que en tratamiento, 2% (una persona) en remisión, 2% (una persona) en recurrencia y 15% (nueve personas) en vigilancia (ver figura 5).

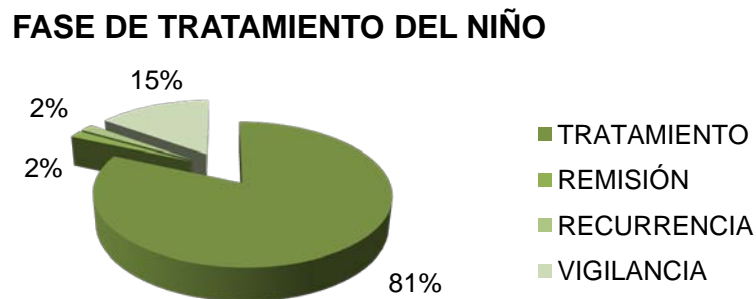


Figura 5. Porcentaje de los hijos de los participantes por fase de tratamiento.

También encontramos respecto al género y al estado civil, que dentro del grupo de casado, 85% (35 personas) son mujeres y 15% (seis personas) son hombres; para el grupo de unión libre, 87.5% (siete personas) son mujeres y 12.5% (una persona) son hombres; en el grupo de viudo, 100% (una persona) son mujeres; para el grupo de madre soltera 100% (siete personas) son mujeres y por último para el grupo de separado, el 100% (tres personas) son mujeres (ver tabla 2).

Tabla 2. Relación de participantes por género y estado civil.

		<b>ESTADO CIVIL</b>					
		Casado	Unión libre	Viudo	Madre soltera	Separado	TOTAL
<b>GÉNERO</b>	Femenino	35	7	1	7	3	53
	Masculino	6	1	0	0	0	7
	TOTAL	41	8	1	7	3	60

Por otra parte, en cuanto al estado civil y la escolaridad, encontramos que dentro del grupo de primaria, 65.2% (15 personas) están casadas, 13.1% (tres personas) viven en unión libre, 4.3% (una persona) son viudos y 17.4 % (cuatro personas) son madres solteras; para el grupo de secundaria, 70% (14 personas) están casadas, 10% (dos personas) viven en unión libre, 10% (dos personas) son madres solteras y 10% (dos personas) están separadas; para el grupo de bachillerato, 85.7% (12 personas) están casadas y 14.3% (dos personas) viven en unión libre; para el grupo de licenciatura, el 100% (una persona) son madres solteras y por último, para el grupo de sin estudios, 50% (una persona) viven en unión libre y 50% (una persona) están separados (ver tabla 3).

Tabla 3. Relación de participantes por estado civil y escolaridad.

		<b>ESCOLARIDAD</b>					
		Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	Sin estudios	TOTAL
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casado	15	14	12	0	0	41
	Unión libre	3	2	2	0	1	8
	Viudo	1	0	0	0	0	1
	Madre soltera	4	2	0	1	0	7
	Separado	0	2	0	0	1	3
	TOTAL	23	20	14	1	2	60

En cuanto a la relación entre escolaridad y la ocupación, encontramos que para el grupo de ama de casa, 41% (20 personas) cuentan con la primaria, 31% (15 personas) con la secundaria, 22% (11 personas) con el bachillerato, 2% (una persona) con licenciatura y 4% (dos personas) sin estudios; para el grupo de empleado el 100% (dos personas) cuentan con el bachillerato; para el grupo de

desempleado el 100% (una persona) cuenta con la primaria; para el grupo que se dedica al comercio, el 80% (cuatro personas) cuenta con la secundaria y el 20% (una persona) cuenta con el bachillerato y para el grupo que se dedica al campo, el 67% (dos personas) cuentan con la primaria y el 33% (una persona) cuenta con la secundaria (ver tabla 4).

Tabla 4. Relación de participantes por escolaridad y ocupación.

ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN						TOTAL
	Ama de casa	Empleado	Desempleado	Comercio	Campo		
Primaria	20	0	1	0	2	23	
Secundaria	15	0	0	4	1	20	
Bachillerato	11	2	0	1	0	14	
Licenciatura	1	0	0	0	0	1	
Sin estudios	2	0	0	0	0	2	
TOTAL	49	2	1	5	3	60	

Además encontramos que para la relación entre género y escolaridad, en el grupo de primaria, el 87% (20 personas) son mujeres y el 13% (tres personas) son hombres; para el grupo de secundaria, el 85% (17 personas) son mujeres y el 15% (tres personas) son hombres; para el grupo de bachillerato, el 93% (13 personas) son mujeres y el 7% (una persona) son hombres; para el grupo de licenciatura, el 100% (una persona) son mujeres y para el grupo sin estudios, el 100% (dos personas) son mujeres también (ver tabla 5).

Tabla 5. Relación de participantes por género y escolaridad.

GÉNERO	ESCOLARIDAD						TOTAL
	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	Sin estudios		
Femenino	20	17	13	1	2	53	
Masculino	3	3	1	0	0	7	
TOTAL	23	20	14	1	2	60	

También, en cuanto a la relación entre género y ocupación, encontramos para el grupo de ama de casa, el 98% (48 personas) son mujeres y el 2% (una persona) son hombres; para el grupo de empleado, el 50% (una persona) son mujeres y el

50% (una persona) son hombres; para el grupo de desempleado, el 100% (una persona) son hombres; para el grupo que se dedica al comercio, el 80% (cuatro personas) son mujeres y el 20% (una persona) son hombres y para el grupo que se dedica al campo, el 100% (tres personas) son hombres (ver tabla 6).

Tabla 6. Relación de participantes por género y ocupación.

		OCUPACIÓN					TOTAL
		Ama de casa	Empleado	Desempleado	Comercio	Campo	
GÉNERO	Femenino	48	1	0	4	0	53
	Masculino	1	1	1	1	3	7
	TOTAL	49	2	1	5	3	60

Finalmente, en la relación entre estado civil y ocupación encontramos que para el grupo de ama de casa, el 69.3% (34 personas) están casadas, 14.2% (siete personas) viven en unión libre, el 2.1% (una persona) es viudo, el 13.3% (seis personas) son madres solteras y el 2.1% (una persona) está separado; para el grupo de empleado, el 50% (una persona) está casado y el 50% (una persona) vive en unión libre; para el grupo de desempleado el 100% (una persona) está casado; para el grupo que se dedica al comercio, el 40% (dos personas) está casado, el 20% (una persona) es madre soltera y el 40% (dos personas) está separado y para el grupo que se dedica al campo, el 100% (tres personas) está casado (ver tabla 7).

Tabla 7. Relación de participantes por estado civil y ocupación.

		OCUPACIÓN					TOTAL
		Ama de casa	Empleado	Desempleado	Comercio	Campo	
ESTADO CIVIL	Casado	34	1	1	2	3	41
	Unión libre	7	1	0	0	0	8
	Viudo	1	0	0	0	0	1
	Madre soltera	6	0	0	1	0	7
	Separado	1	0	0	2	0	3
	TOTAL	49	2	1	5	3	60

En cuanto al análisis descriptivo de las subescalas de la Escala de salud y vida cotidiana, se encontró que en los *indicadores relacionados con el funcionamiento de la salud física*, que son eventos que han sucedido en los últimos 12 meses; 42% (25 personas) reportan no tener ninguna *condición médica* y 58% (35 personas) si las presentan, esto se refiera a si padecen o han padecido alguna enfermedad, como diabetes o problemas de corazón; por otra parte, el 5% (tres personas) reportan no presentar ningún *síntoma físico*; mientras que el resto, 95% (57 personas) si los presentan, estos *síntomas físicos* van desde manos temblorosas, problemas digestivos hasta insomnio; en cuanto a la subescala de *humor depresivo*, el 98% (59 personas) presentan por lo menos algún síntoma, como sentirse demasiado preocupado o sentir que no se puede empezar ninguna actividad y solo el 2% (una persona) reporta no presentar ninguno (ver figura 6).

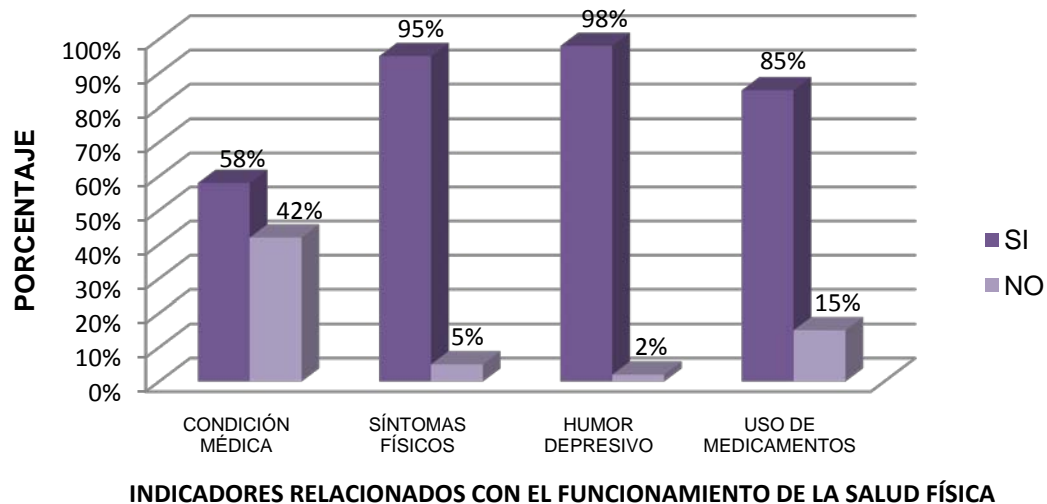


Figura 6. Porcentaje de participantes por indicadores relacionados con el funcionamiento de la salud física.

En este punto es importante resaltar que, 58% (35 personas) de los participantes reportan sentirse inquietos y 42% (25 personas) reportan que no (ver Figura.7). Además, el 90% (54 personas) afirma que se preocupa demasiado y solo el 10% (seis personas) reporta que siente que no se preocupa demasiado (ver figura 7).

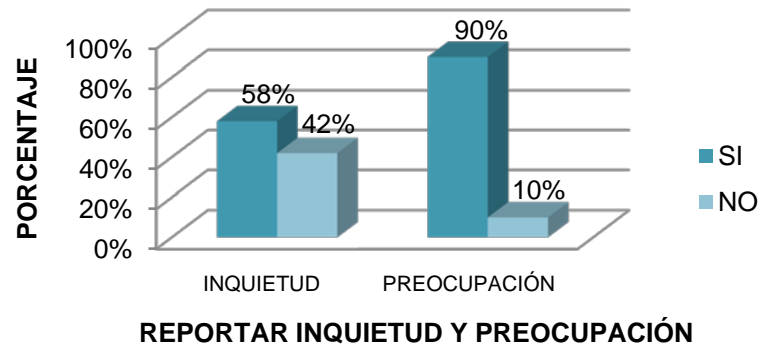


Figura 7. Porcentaje de participantes por reportar inquietud y preocupación.

Con respecto a *síntomas por fumar*, el 80% (48 personas) reporta no fumar y el 20% (12 personas) reportan si hacerlo de manera constante (ver figura 8).

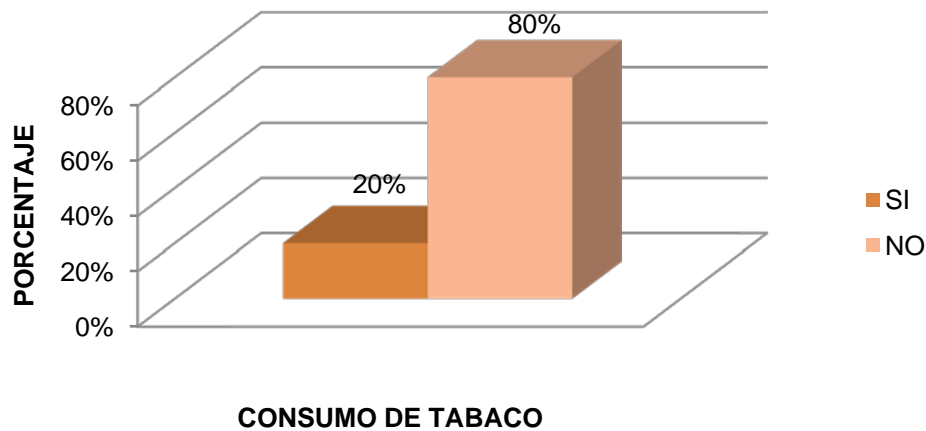


Figura 8. Porcentaje de participantes por consumo de tabaco

Dentro de este grupo de 12 personas que consumen tabaco, 67% (ocho personas) presentan por lo menos algún síntoma por fumar como garganta irritada, falta de aire o tos; mientras que el resto, 33% (cuatro personas) no presentan ningún síntoma por fumar (ver figura 9).



### SÍNTOMAS POR FUMAR

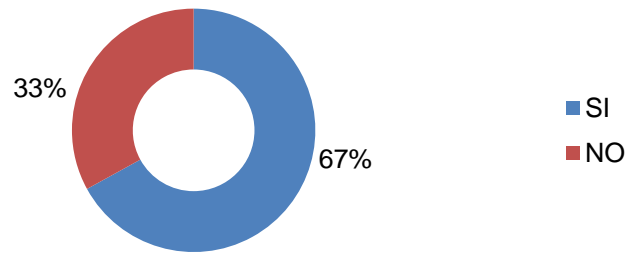


Figura 9. Porcentaje de participantes del grupo de consumidores de tabaco, por presentar o no síntomas por fumar.

En el *uso de medicamentos*, que se refiere a utilizar por ejemplo antidepresivos, tranquilizantes o antibióticos, el 15% (nueve personas) reporta no haber usado ningún medicamento y el 85% (51 personas) reporta si hacerlo (ver figura 6).

Para los *indicadores de los eventos de cambio de vida*, durante los últimos 12 meses; el 11.7% (siete personas) reporta no haber pasado por un *evento negativo de cambio de vida*, mientras que el 88.3% (93 personas) reporta si haber tenido por lo menos un *evento negativo*, como la enfermedad seria o accidente de algún miembro de la familia; para los *eventos de salida*, 38.3% (23 personas) afirma haber tenido por lo menos uno y el 61.7% (37 personas) afirma no haber tenido ningún *evento de salida*, como un divorcio o la muerte de un miembro de la familia cercana y para los *eventos positivos de cambio de vida*, 38.3% (23 personas) reportan no haber tenido ningún *evento positivo* y el resto, 61.7% (37 personas) por lo menos experimentaron un *evento positivo*, como el nacimiento de un niño en la familia inmediata, comprometerse sentimentalmente o conseguir un mejor trabajo (ver tabla 8).

Tabla 8. Porcentaje de participantes por indicadores de eventos de cambio de vida.

Indicadores de los eventos de cambio de vida	SI	NO
Evento negativo de cambio de vida	88.3%	11.7%
Evento de salida	38.3%	61.7%
Evento positivo de cambio de vida	61.7%	38.3%

Respecto a los *indicadores de las respuestas de afrontamiento*, 96.7% (58 personas) de los participantes reportan usar el *afrontamiento cognitivo-activo*, solo 3.3% (dos personas) reporta no utilizarlo. Para el *afrontamiento conductual-activo*, 98.3% (59 personas) afirman utilizar este tipo de afrontamiento, solo el 1.7% (una persona) no. En el caso del *afrontamiento de evitación*, 81.7% (49 personas) reporta afrontar negativamente, mientras que 18.3% (11 personas), no lo hacen así. Respecto al *análisis lógico*, 95% (57 personas) si lo utilizan, 5% (tres personas) no. Para la *búsqueda de información*, solo el 1.7% (una persona) reporta no buscar información, el resto, 98.3% (59 personas) si lo hacen. En el caso de afrontar la situación mediante la *resolución de problemas*, 95% (57 personas) si lo hacen así, 5% (tres personas) reporta que no. El 95% (57 personas) reporta utilizar la *regulación afectiva* como una forma de afrontar, solo 5% (tres personas) dicen que no. Por último, para la *descarga emocional* el 50% (30 personas) reporta utilizarla y el otro 50% (30 personas) que no (ver tabla 9).

Tabla 9. Porcentaje de participantes por indicadores de las respuestas de afrontamiento.

<b>Indicadores de las respuestas de afrontamiento</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Afrontamiento cognitivo-activo</b>	96.7%	3.3%
<b>Afrontamiento conductual-activo</b>	98.3%	1.7%
<b>Afrontamiento de evitación</b>	81.7%	18.3%
<b>Análisis lógico</b>	95%	5%
<b>Búsqueda de información</b>	98.3%	1.7%
<b>Resolución de problemas</b>	95%	5%
<b>Regulación afectiva</b>	95%	5%
<b>Descarga emocional</b>	50%	50%

En cuanto a recibir o pedir ayuda de un *profesional*, 28% (17 personas) reporta no haberlo hecho y 72% (43 personas) que si, puede ser ayuda de un médico, psicólogo, consejero matrimonial o abogado, durante los últimos 12 meses. Por otra parte en recibir o pedir ayuda de un *no profesional*, el 38% (23 personas) reporta no haberlo hecho y 62% (37 personas) que si, en esta categoría se toma a en cuenta personas como amigos o curas (ver figura 10).

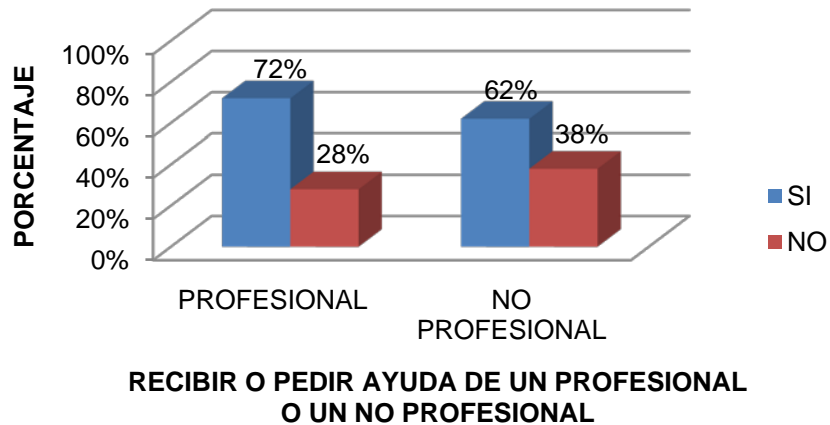


Figura 10. Porcentaje de participantes por recibir o pedir ayuda de un profesional o un no profesional.

En los *indicadores del funcionamiento y recursos sociales*, 17% (diez personas) reporta no tener ninguna *relación estrecha*, que se refiere a con cuántos amigos cercanos se cuenta y de cuántas personas se puede recibir ayuda real en tiempos difíciles, 83% (50 personas) reporta que si tienen relaciones estrechas. En cuanto a realizar *actividades sociales con amigos*, 40% (24 personas) reporta no realizar ninguna actividad, mientras que el 60% (36 personas) si realizan por lo menos una actividad. Por otra parte, en realizar *actividades sociales con la familia*, 82% (49 personas) realiza por lo menos una actividad con la familia mientras que el resto, 18% (11 personas) no realiza ninguna actividad. En el aspecto de las *redes sociales*, 87% (52 personas) reporta tener por lo menos una red social importante mientras que el 13% (ocho personas) afirman no tener ninguna. Para *argumentos familiares*, que se refiere a si existe algún tema que cause desacuerdo en la familia, 7% (cuatro personas) reporta que ningún tema les causa desacuerdo, el 93% (56 personas) afirma que si existe por lo menos un tema que causa conflicto en la familia (ver figura 11).

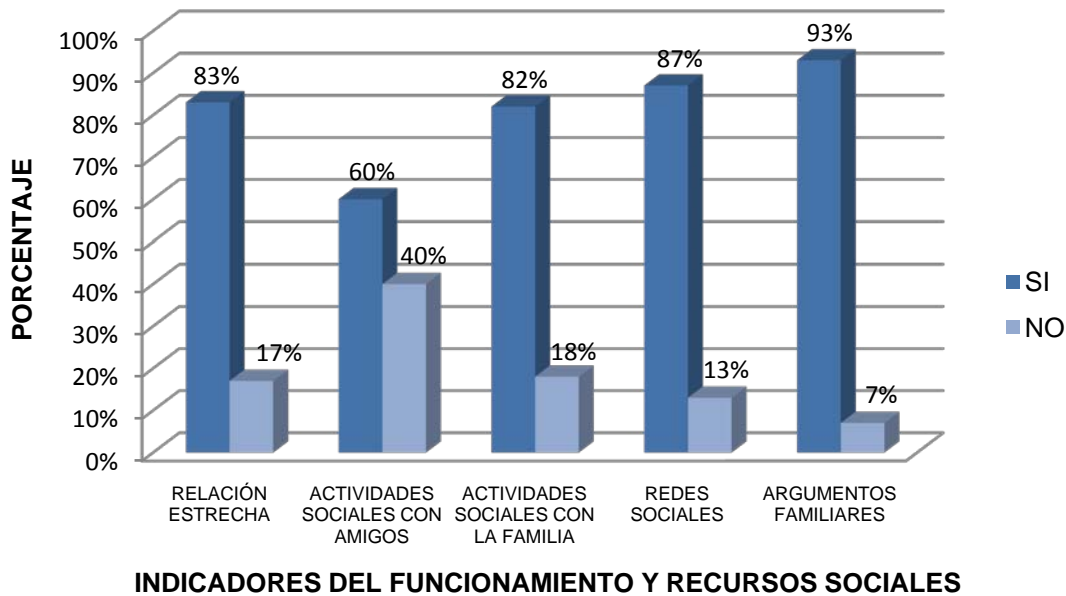


Figura 11. Porcentaje de participantes por indicadores del funcionamiento y recursos sociales.

Respecto al análisis de correlación de las subescalas de la Escala de salud y vida cotidiana, se encontró que existe una correlación estadísticamente significativa entre *condición médica* con *síntomas físicos* ( $r = .481$ ,  $p = 0.01$ ), *humor depresivo* ( $r = .362$ ,  $p = 0.01$ ) y con evento *negativo de cambio de vida* ( $r = .424$ ,  $p = 0.01$ ). A su vez existe correlación estadísticamente significativa entre *síntomas físicos* con *humor depresivo* ( $r = .563$ ,  $p = 0.01$ ), *uso de medicamentos* ( $r = .287$ ,  $p = 0.05$ ), *evento negativo de cambio en la vida* ( $r = .311$ ,  $p = 0.05$ ), *evento positivo* ( $r = .275$ ,  $p = 0.05$ ) y con *argumentos familiares* ( $r = .289$ ,  $p = 0.05$ ) y también existe una correlación estadísticamente significativa entre *humor depresivo* con *evento negativo* ( $r = .294$ ,  $p = 0.05$ ) y con *argumentos familiares* ( $r = .360$ ,  $p = 0.01$ ) (ver figura 12).

Encontramos una correlación negativa entre *síntomas por fumar* con *tareas familiares* ( $r = -.414$ ,  $p = 0.01$ ).

Con lo que respecta al *uso de medicamentos*, se encontró una correlación estadísticamente significativa con *recibir o pedir ayuda a un profesional* ( $r = .374$ ,  $p$

= 0.01), *recibir o pedir ayuda a un no profesional* ( $r = .268$ ,  $p = 0.05$ ) y con *argumentos familiares* ( $r = .333$ ,  $p = 0.01$ ). A su vez se encontró una correlación estadísticamente significativa entre *recibir o pedir ayuda de un profesional* con *afrontamiento cognitivo-activo* ( $r = .356$ ,  $p = 0.01$ ), *afrontamiento conductual-activo* ( $r = .282$ ,  $p = 0.05$ ), *análisis lógico* ( $r = .363$ ,  $p = 0.01$ ), *resolución de problemas* ( $r = .318$ ,  $p = 0.05$ ), *regulación afectiva* ( $r = .350$ ,  $p = 0.01$ ) y con *relaciones estrechas* ( $r = .378$ ,  $p = 0.01$ ). También en cuanto a recibir o pedir ayuda de un *no profesional*, se encontró una correlación estadísticamente significativa con *eventos negativos* ( $r = .380$ ,  $p = 0.01$ ), *eventos de salida* ( $r = .347$ ,  $p = 0.01$ ), *relaciones estrechas* ( $r = .316$ ,  $p = 0.05$ ) y con *redes sociales* ( $r = .354$ ,  $p = 0.01$ ) (ver figura 13).

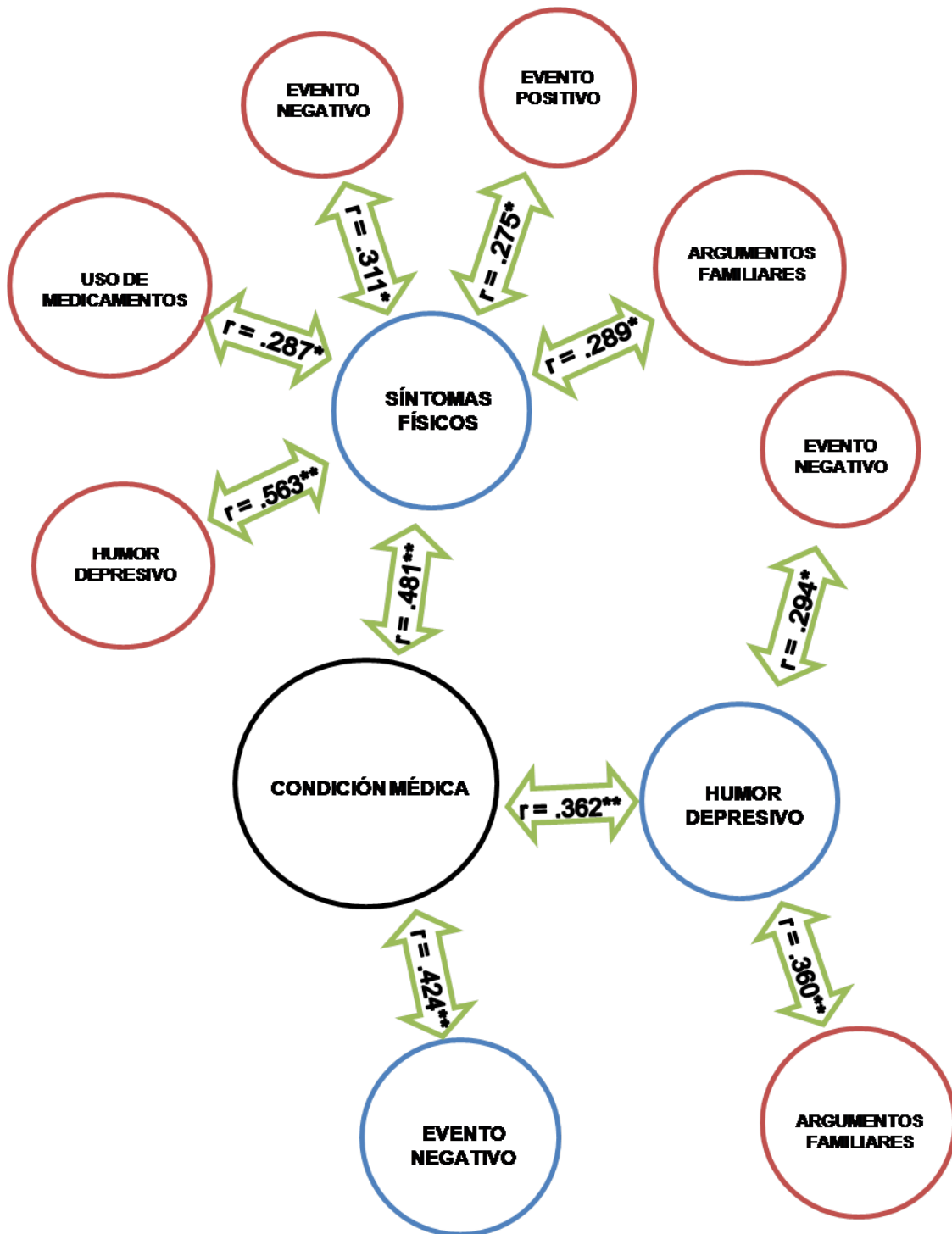


Figura 12. Correlación estadísticamente significativa entre condición médica con síntomas físicos, humor depresivo y con evento negativo de cambio de vida; también correlación estadísticamente significativa entre síntomas físicos con humor depresivo, uso de medicamentos, evento negativo, eventos positivo y con argumentos familiares y correlación estadísticamente significativa entre humor depresivo con eventos negativo y con argumentos familiares.

\*  $p < 0.05$   
\*\*  $p < 0.01$

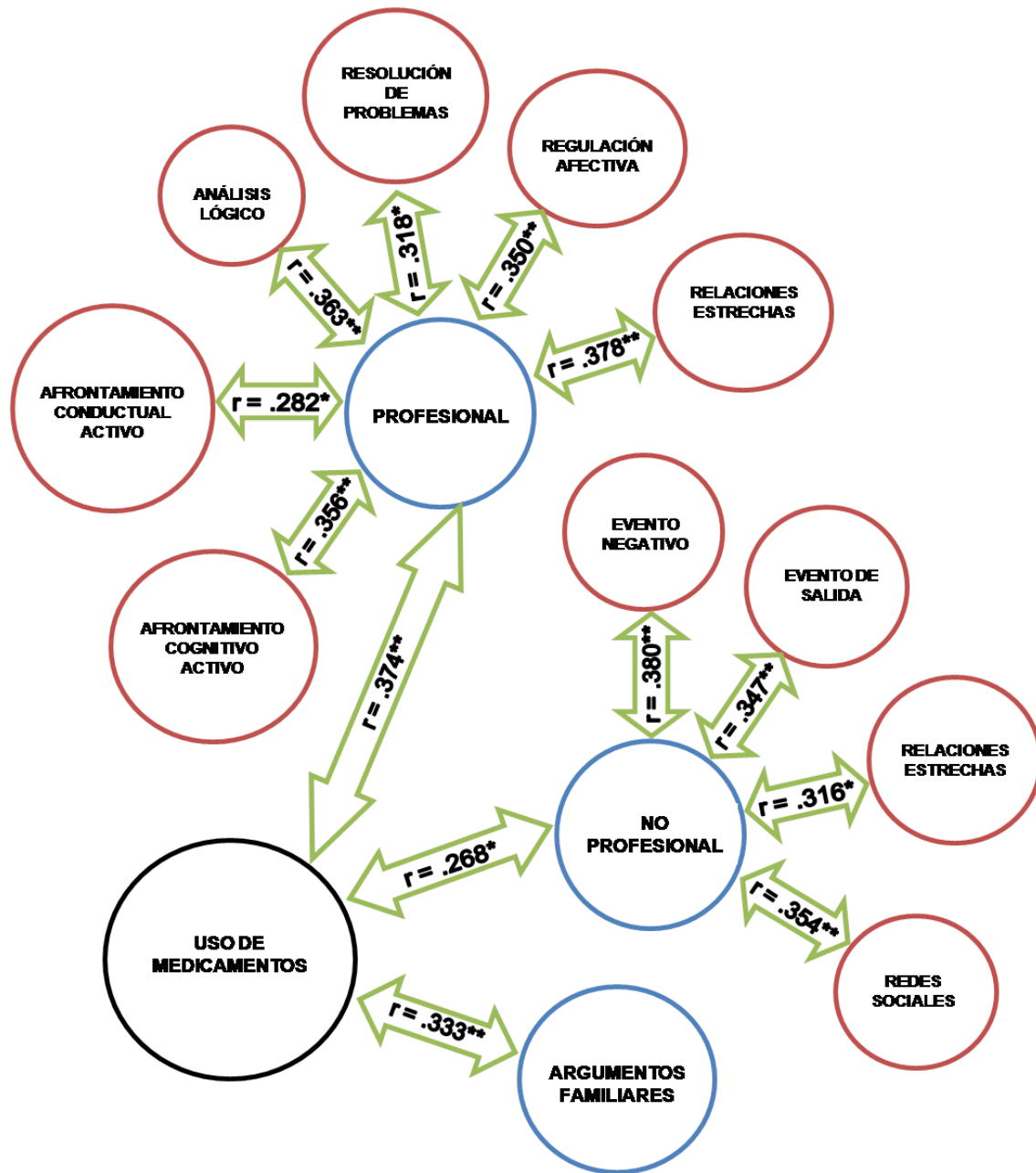


Figura 13. Correlación estadísticamente significativa entre uso de medicamentos con recibir o pedir ayuda de un profesional, recibir o pedir ayuda de un no profesional y con argumentos familiares; también correlación estadísticamente significativa entre recibir o pedir ayuda de un profesional con afrontamiento cognitivo-activo, afrontamiento conductual-activo, análisis lógico, resolución de problemas, regulación afectiva y con relaciones estrechas y correlación estadísticamente significativa entre recibir o pedir ayuda de un no profesional con evento negativo, evento de salida, relaciones estrechas y con redes sociales.

\*  $p < 0.05$   
 \*\*  $p < 0.01$

En cuanto a la *autoconfianza*, se encontró una correlación estadísticamente significativa con *afrentamiento cognitivo-activo* ( $r = .324$ ,  $p = 0.05$ ), *afrentamiento conductual-activo* ( $r = .495$ ,  $p = 0.01$ ), *análisis lógico* ( $r = .285$ ,  $p = 0.05$ ), *búsqueda de información* ( $r = .441$ ,  $p = 0.01$ ), *resolución de problemas* ( $r = .474$ ,  $p = 0.01$ ), *regulación afectiva* ( $r = .288$ ,  $p = 0.05$ ) y con *actividades sociales con la familia* ( $r = .344$ ,  $p = 0.01$ ) (ver figura 14).

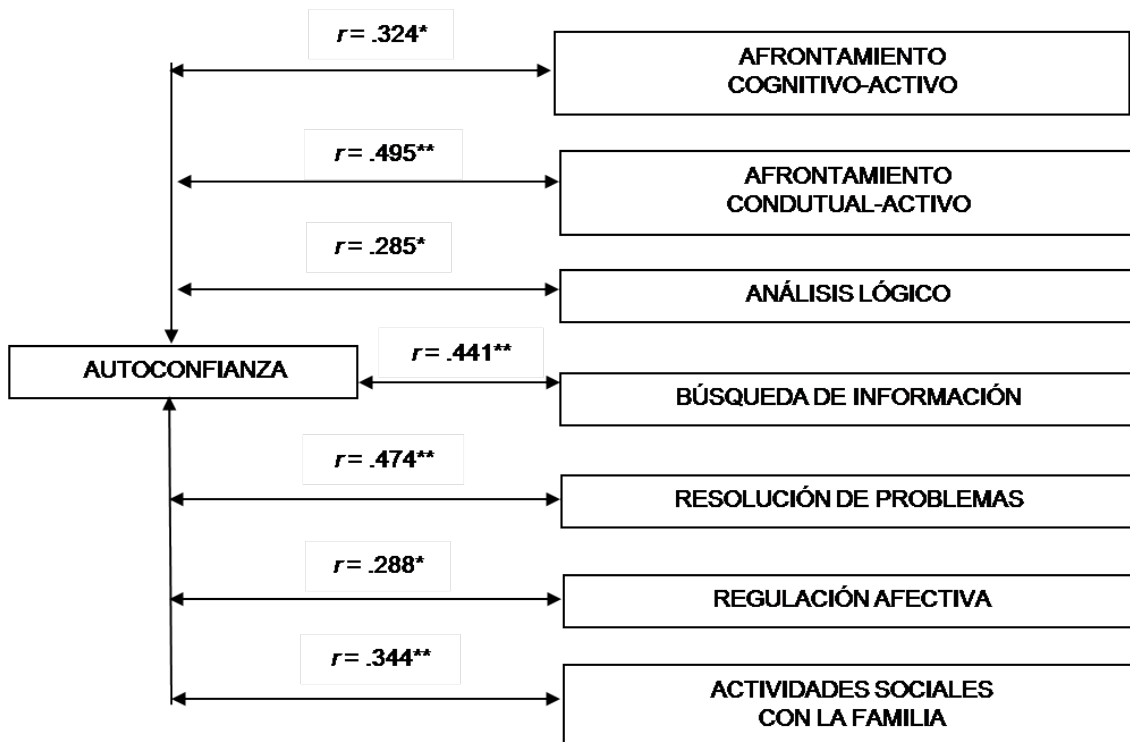


Figura 14. Correlación estadísticamente significativa entre autoconfianza con afrontamiento cognitivo-activo, afrontamiento conductual-activo, análisis lógico, búsqueda de información, resolución de problemas, regulación afectiva y con actividades sociales con la familia.

\*  $p < 0.05$   
\*\*  $p < 0.01$

También se encontró una correlación estadísticamente significativa entre *evento negativo de cambio de vida* con *eventos de salida* ( $r = .570$ ,  $p = 0.01$ ), *afrontamiento cognitivo-activo* ( $r = .270$ ,  $p = 0.05$ ), *regulación afectiva* ( $r = .335$ ,  $p = 0.01$ ) y con *redes sociales* ( $r = .333$ ,  $p = 0.01$ ). A su vez se encontró que los



eventos de salida tienen una correlación estadísticamente con las redes sociales ( $r = .344$ ,  $p = 0.01$ ) (ver figura 15).

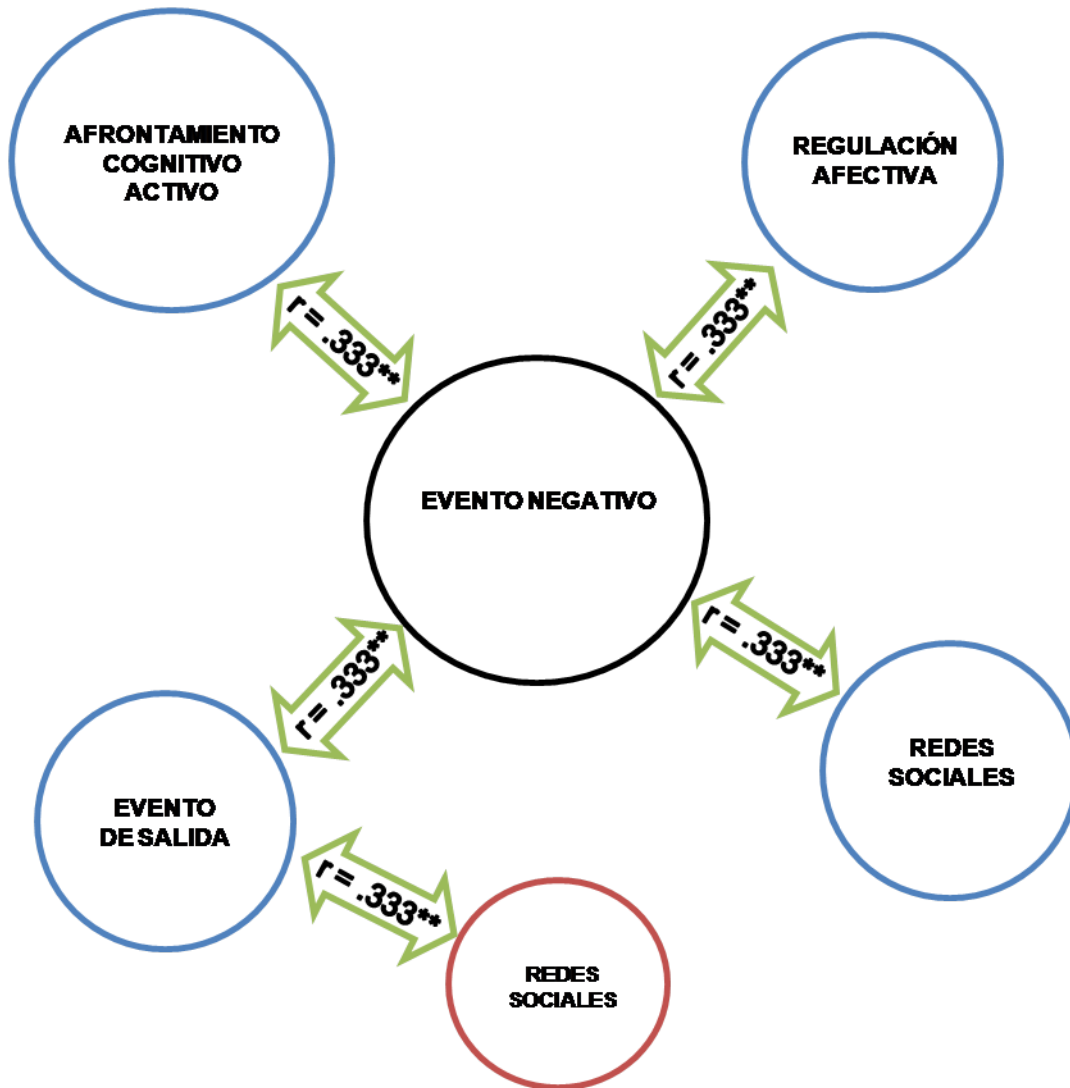


Figura 15. Correlación estadísticamente significativa entre evento negativo de cambio de vida con evento de salida, afrontamiento cognitivo-activo, regulación afectiva y con redes sociales y correlación estadísticamente significativa entre evento de salida con redes sociales.

\*  $p < 0.05$   
\*\*  $p < 0.01$

Para el *afrontamiento cognitivo-activo*, se encontró una correlación estadísticamente significativa con *afrontamiento conductual-activo* ( $r = .744$ ,  $p = 0.01$ ), *análisis lógico* ( $r = .919$ ,  $p = 0.01$ ), *búsqueda de información* ( $r = .628$ ,  $p =$

0.01), *resolución de problemas* ( $r = .771$ ,  $p = 0.01$ ), *regulación afectiva* ( $r = .767$ ,  $p = 0.01$ ), *relaciones estrechas* ( $r = .448$ ,  $p = 0.01$ ), *actividades sociales con amigos* ( $r = .428$ ,  $p = 0.01$ ) y con *redes sociales* ( $r = .294$ ,  $p = 0.05$ ) (ver figura 16).

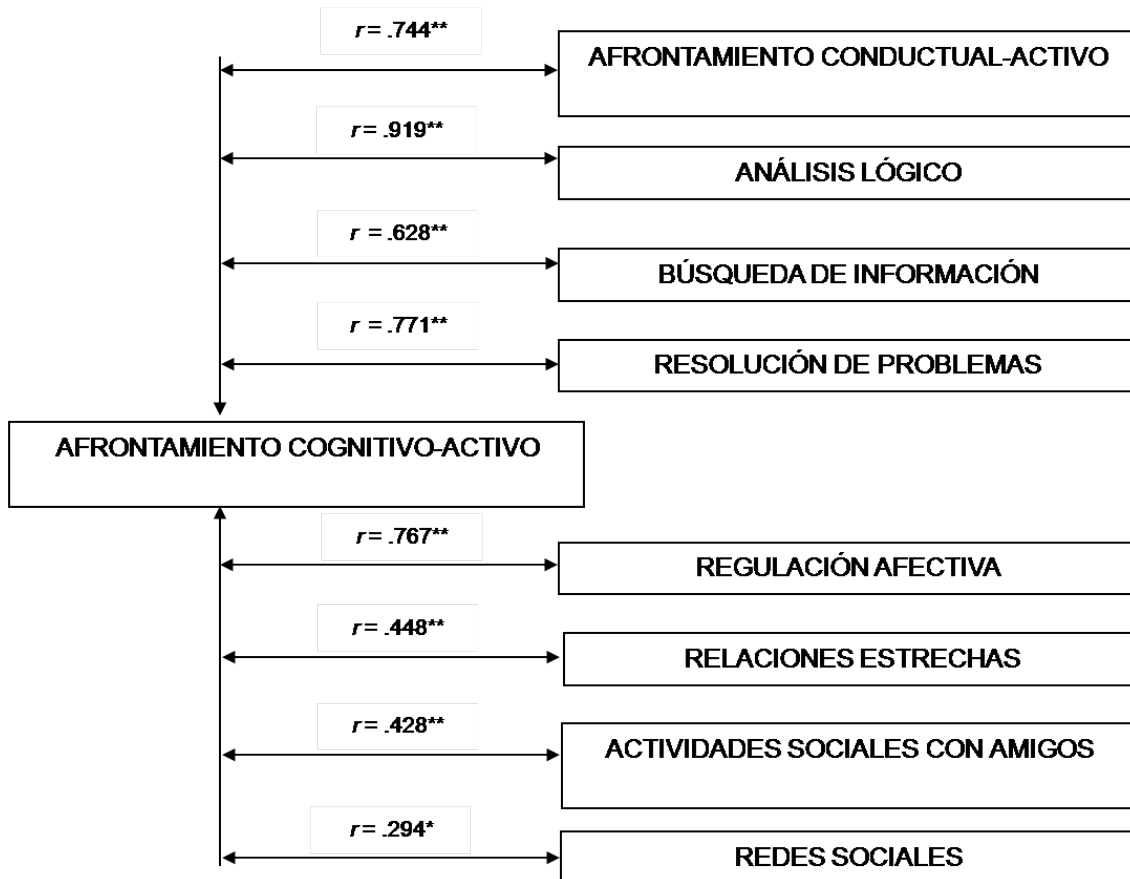


Figura 16. Correlación estadísticamente significativa entre afrontamiento cognitivo-activo con afrontamiento conductual-activo, análisis lógico, búsqueda de información, resolución de problemas, regulación afectiva, relaciones estrechas, actividades sociales con amigos y con redes sociales.

\*  $p < 0.05$   
\*\*  $p < 0.01$

Por otra parte, para el *afrontamiento conductual-activo*, se encontró una correlación estadísticamente significativa con *análisis lógico* ( $r = .658$ ,  $p = 0.01$ ), *búsqueda de información* ( $r = .835$ ,  $p = 0.01$ ), *resolución de problemas* ( $r = .899$ ,  $p = 0.01$ ), *regulación afectiva* ( $r = .649$ ,  $p = 0.01$ ), *relaciones estrechas* ( $r = .264$ ,  $p = 0.05$ ), *actividades sociales con amigos* ( $r = .460$ ,  $p = 0.01$ ) y con *actividades sociales con la familia* ( $r = .406$ ,  $p = 0.01$ ) (ver figura 17).

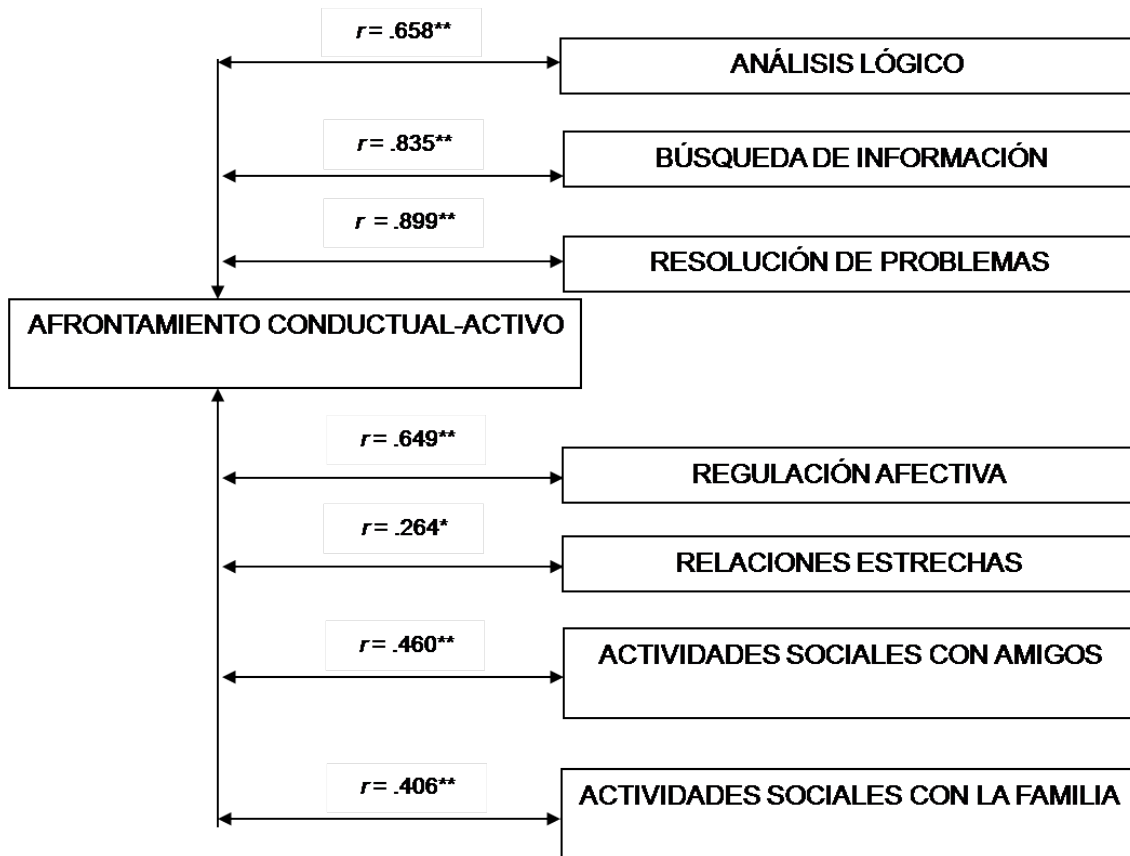


Figura 17. Correlación estadísticamente significativa entre afrontamiento conductual-activo con análisis lógico, búsqueda de información, resolución de problemas, regulación afectiva, relaciones estrechas, actividades sociales con amigos y con actividades sociales con la familia.

\*  $p < 0.05$   
\*\*  $p < 0.01$

Para el *afrontamiento de evitación* se encontró una correlación estadísticamente significativa con *descarga emocional* ( $r = .745$ ,  $p = 0.01$ ) (ver figura 18).

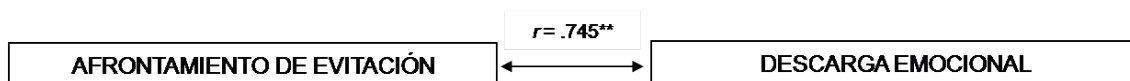


Figura 18. Correlación estadísticamente significativa entre afrontamiento de evitación con descarga emocional.

\*  $p < 0.05$   
\*\*  $p < 0.01$

También encontramos una correlación negativa entre *afrontamiento de evitación* con *tareas familiares* ( $r = -.275$ ,  $p = 0.05$ ).

En cuanto al *análisis lógico* se encontró una correlación estadísticamente significativa con *búsqueda de información* ( $r = .522$ ,  $p = 0.01$ ), *resolución de problemas* ( $r = .683$ ,  $p = 0.01$ ), *regulación afectiva* ( $r = .656$ ,  $p = 0.01$ ), *relaciones estrechas* ( $r = .452$ ,  $p = 0.01$ ) y *actividades sociales con amigos* ( $r = .503$ ,  $p = 0.01$ ). A su vez para la *búsqueda de información* se encontró una correlación estadísticamente significativa con *resolución de problemas* ( $r = .669$ ,  $p = 0.01$ ), *regulación afectiva* ( $r = .382$ ,  $p = 0.01$ ), *actividades sociales con amigos* ( $r = .322$ ,  $p = 0.05$ ), *actividades sociales con la familia* ( $r = .337$ ,  $p = 0.01$ ) y con *tareas familiares conjuntas* ( $r = .297$ ,  $p = 0.05$ ) (ver figura 19).

Respecto a la resolución de problemas se encontró una correlación estadísticamente significativa con *regulación afectiva* ( $r = .658$ ,  $p = 0.01$ ), *relaciones estrechas* ( $r = .272$ ,  $p = 0.05$ ), *actividades sociales con amigos* ( $r = .490$ ,  $p = 0.01$ ) y con *actividades sociales con la familia* ( $r = .447$ ,  $p = 0.01$ ). A su vez se encontró que para las *relaciones estrechas* ( $r = .315$ ,  $p = 0.05$ ) y las *actividades sociales con amigos* ( $r = .315$ ,  $p = 0.05$ ) existe una correlación estadísticamente significativa con la *regulación afectiva* (ver figura 20).

Para las *relaciones estrechas*, se encontró una correlación estadísticamente significativa con *actividades sociales con amigos* ( $r = .534$ ,  $p = 0.01$ ) y con *redes sociales* ( $r = .295$ ,  $p = 0.05$ ), además se encontró una correlación estadísticamente significativa entre *actividades sociales con amigos* con *actividades sociales con la familia* ( $r = .433$ ,  $p = 0.01$ ) (ver figura 21).

También encontramos una correlación negativa entre *relaciones sociales* con *tareas familiares* ( $r = -.269$ ,  $p = 0.05$ ).

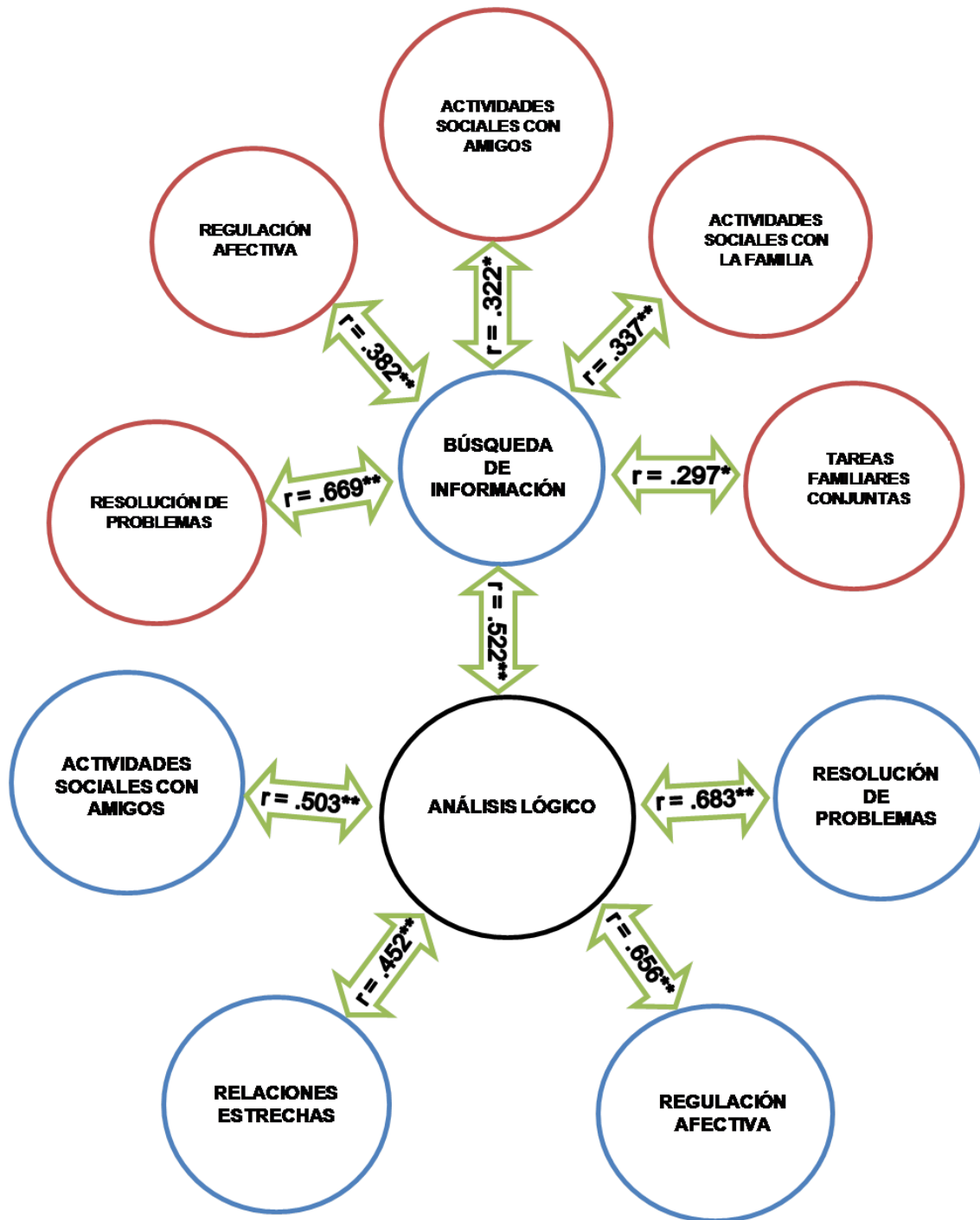


Figura 19. Correlación estadísticamente significativa entre análisis lógico con búsqueda de información, resolución de problemas, regulación afectiva, relaciones estrechas y con actividades sociales con amigos; también correlación estadísticamente significativa entre búsqueda de información con resolución de problemas, regulación afectiva, actividades sociales con amigos, actividades sociales con la familia y con tareas familiares conjuntas.

\*  $p < 0.05$   
\*\*  $p < 0.01$

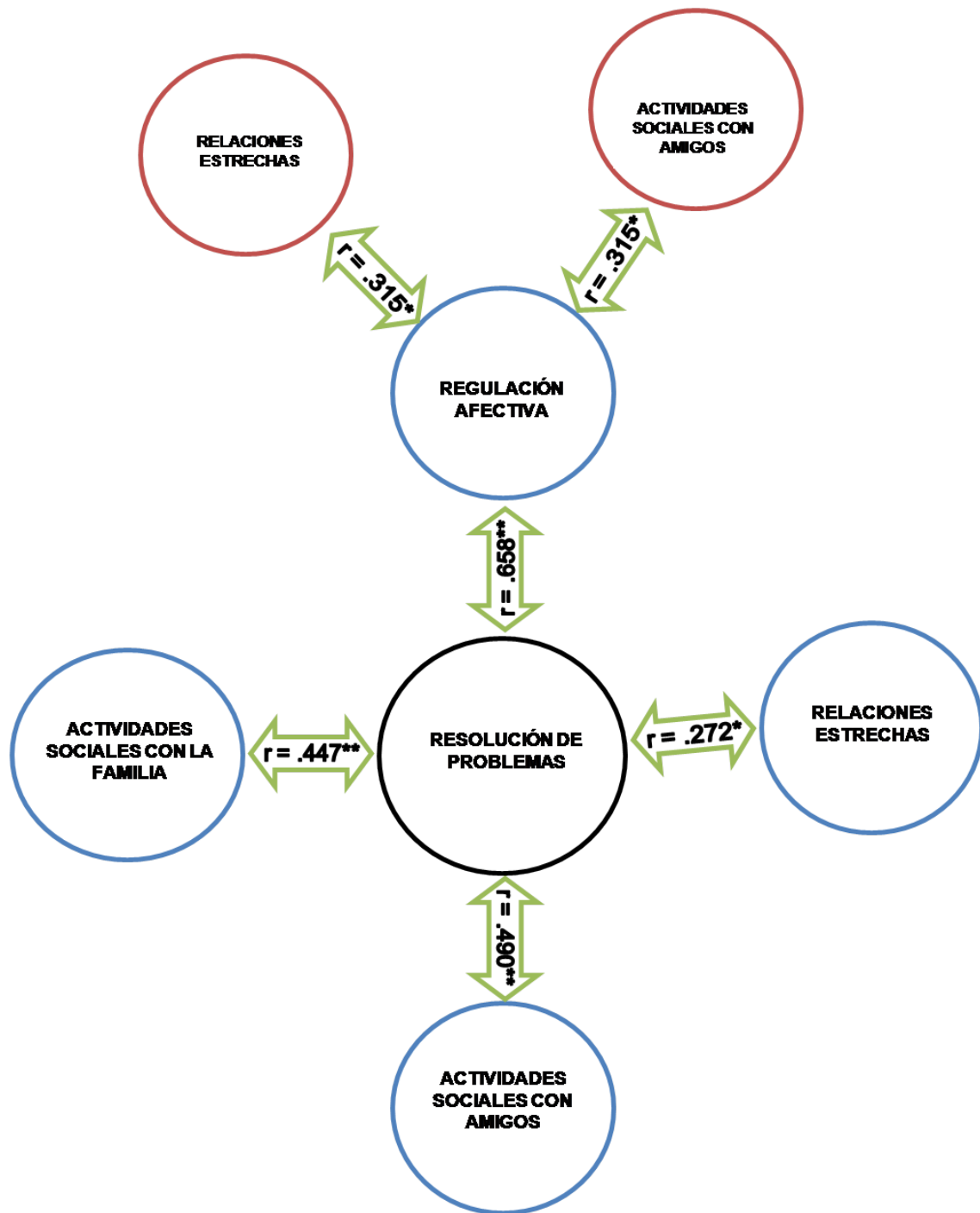


Figura 20. Correlación estadísticamente significativa entre resolución de problemas con regulación afectiva, relaciones estrechas, actividades sociales con amigos y con actividades sociales con la familia; también correlación estadísticamente significativa entre regulación afectiva con relaciones estrechas y con actividades con los amigos.

\*  $p < 0.05$   
\*\*  $p < 0.01$

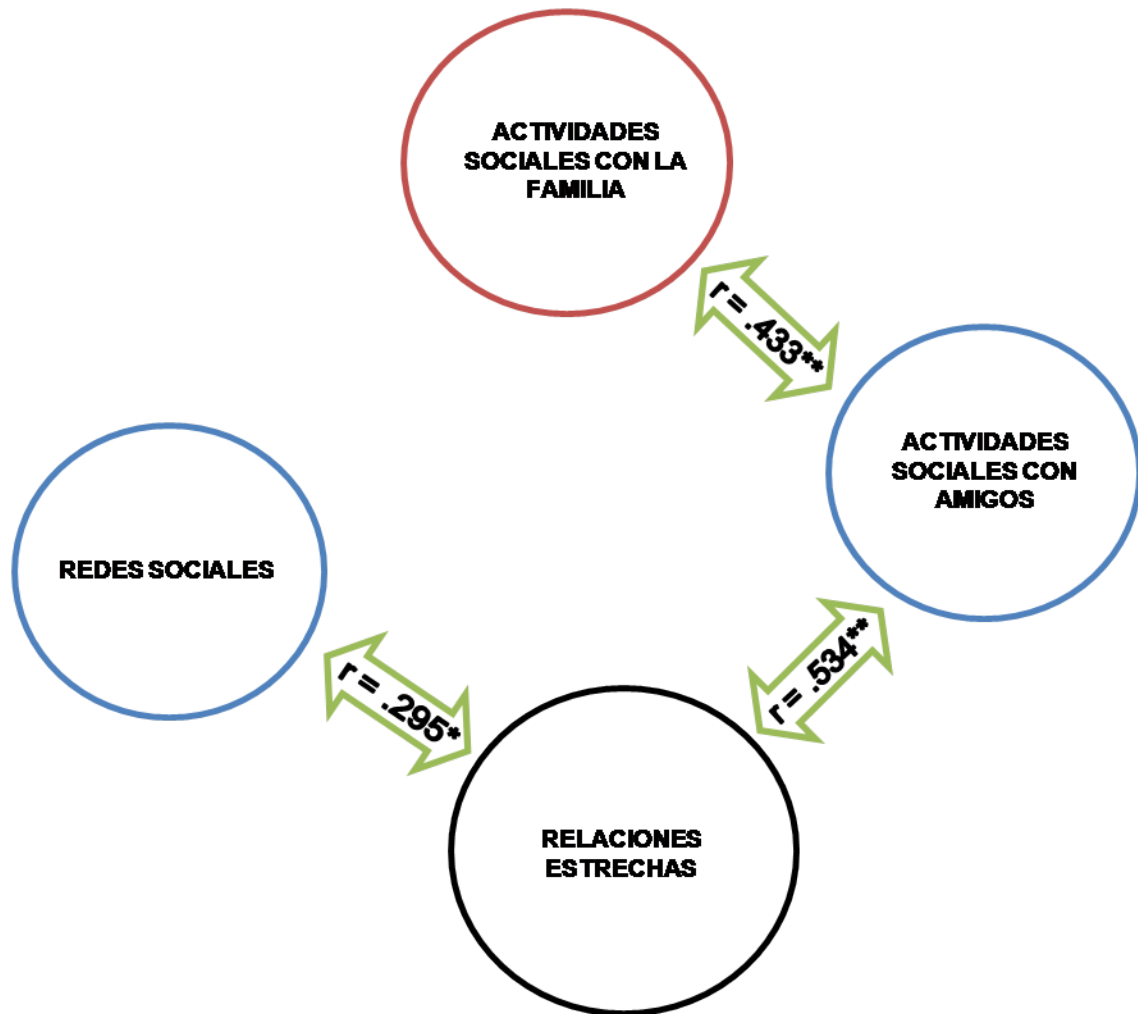


Figura 21. Correlación estadísticamente significativa entre relaciones estrechas con actividades sociales con amigos y con redes sociales; también correlación estadísticamente significativa entre actividades sociales con amigos con actividades sociales con la familia.

\*  $p < 0.05$   
\*\*  $p < 0.01$

En la siguiente tabla, podemos observar todas las correlaciones entre las subescalas de la Escala de salud y vida cotidiana (ver tabla 10):

Tabla 10. Correlaciones de Pearson de las subescalas de la Escala de salud y vida cotidiana.

	CM	SF	HD	SFU	AC	UM	P	NOP	EN	ES	EP	ACO	ACD	AE	AL	BI	RP	RA	DE	RE	AA	AF	RS	TF	AFM	AN	
CM	1.000	.481**	.362**	.230	.091	-.046	-.111	.142	.424**	.141	.051	-.045	-.090	.064	-.097	-.174	-.036	.000	.030	-.189	-.254	.124	.071	-.247	.113	.078	
Sig. (2-tailed)		.000	.004	.077	.490	.728	.396	.278	.001	.284	.697	.730	.494	.627	.462	.185	.787	.998	.819	.149	.050	.345	.592	.057	.388	.552	
SF		1.000	.563**	-.095	.081	.287*	.155	.168	.311*	.019	.275*	.113	.143	.250	.038	.031	.201	.199	.202	-.185	-.151	.032	.026	-.035	.289*	.152	
Sig. (2-tailed)			.000	.471	.538	.026	.238	.200	.016	.887	.033	.389	.275	.055	.774	.812	.124	.128	.122	.156	.250	.811	.844	.789	.025	.245	
HD			1.000	-.016	-.073	.131	.060	.168	.294*	-.070	.185	.012	.026	.243	-.002	-.021	.056	.179	.103	-.167	-.064	-.114	-.099	-.134	.360**	.147	
Sig. (2-tailed)				.902	.578	.317	.647	.199	.023	.597	.156	.925	.844	.062	.990	.875	.670	.170	.433	.203	.625	.387	.450	.306	.005	.263	
SFU				1.000	-.121	-.086	.129	-.154	.134	.010	.192	-.005	-.019	.026	.013	.014	-.049	-.056	.083	.020	.007	-.125	.010	.414**	-.084	.159	
Sig. (2-tailed)					.357	.515	.326	.239	.308	.937	.142	.968	.886	.844	.924	.913	.709	.672	.530	.877	.958	.340	.942	.001	.523	.226	
AC					1.000	.003	.111	.025	.211	.008	-.057	.324*	.495**	-.055	.285	.441**	.474**	.288*	.138	.116	.239	.344**	.060	.180	.130	-.223	
Sig. (2-tailed)						.979	.398	.847	.105	.949	.665	.012	.000	.676	.027	.000	.000	.026	.291	.378	.066	.007	.651	.169	.321	.086	
UM						1.000	.374**	.268*	.030	-.053	.069	.108	.047	.113	.161	-.002	.128	.093	.105	.088	-.022	-.068	-.042	-.101	.333**	.223	
Sig. (2-tailed)							.003	.039	.818	.686	.601	.413	.719	.391	.219	.988	.330	.478	.426	.503	.866	.600	.747	.443	.009	.087	
P							1.000	.242	.239	.230	-.029	.356**	.282*	.087	.363**	.196	.318*	.350**	.177	.378**	.136	-.019	.049	-.155	.149	-.065	
Sig. (2-tailed)								.063	.066	.077	.829	.005	.029	.510	.004	.133	.013	.006	.176	.003	.298	.887	.712	.237	.255	.620	
NOP								1.000	.380**	.347**	.079	.134	.028	.067	.071	.098	.054	.126	-.043	.316*	.059	.105	.354**	-.003	.144	.112	
Sig. (2-tailed)									.003	.007	.549	.307	.830	.609	.590	.457	.684	.338	.743	.014	.654	.424	.006	.979	.271	.396	
EN									1.000	.570**	.092	.270*	.222	-.056	.191	.146	.229	.335**	-.060	.167	.175	.118	.333**	-.234	.095	-.116	
Sig. (2-tailed)										.000	.484	.037	.088	.672	.144	.267	.079	.009	.650	.201	.182	.369	.009	.072	.469	.378	
ES										1.000	.069	.208	.121	.019	.115	.104	.180	.207	.017	.079	.129	.133	.344**	-.064	-.071	-.121	
Sig. (2-tailed)											.599	.111	.358	.886	.381	.428	.169	.113	.896	.546	.325	.311	.007	.628	.592	.357	
EP											1.000	.068	.175	.064	.157	.114	.145	.061	-.017	.032	.165	.166	.166	-.022	.197	.199	
Sig. (2-tailed)												.607	.180	.628	.230	.384	.269	.641	.899	.808	.207	.205	.205	.865	.131	.127	
ACO												1.000	.744**	-.027	.919**	.628**	.771**	.767**	-.076	.448**	.428**	.251	.294*	.013	-.127	-.105	
Sig. (2-tailed)													.000	.836	.000	.000	.000	.000	.566	.000	.001	.053	.023	.922	.334	.426	
ACD													1.000	.070	.658**	.835**	.899**	.649**	.122	.264*	.460**	.406**	.044	.171	.039	-.221	
Sig. (2-tailed)														.596	.000	.000	.000	.000	.355	.042	.000	.001	.740	.191	.769	.090	
AE														1.000	-.085	-.049	.008	.126	.745**	-.158	-.033	-.110	-.007	-.275*	.183	.153	
Sig. (2-tailed)															.520	.709	.953	.336	.000	.228	.800	.403	.956	.034	.162	.244	
AL															1.000	.522**	.683**	.656**	-.139	.452**	.503**	.235	.252	.073	-.055	-.053	
Sig. (2-tailed)																.000	.000	.000	.288	.000	.000	.071	.052	.578	.675	.686	
BI																1.000	.669**	.382**	.040	.164	.322**	.337**	.016	.297*	-.035	-.185	
Sig. (2-tailed)																	.000	.003	.761	.209	.012	.008	.901	.021	.792	.156	
RP																	1.000	.658**	.047	.272*	.490**	.447**	.129	.109	.069	-.196	
Sig. (2-tailed)																		.000	.719	.036	.000	.000	.326	.408	.602	.133	
RA																		1.000	.143	.315*	.315*	.010	.230	-.100	-.029	-.119	
Sig. (2-tailed)																			.276	.014	.014	.937	.077	.446	.827	.364	
DE																			1.000	-.233	-.106	-.017	-.163	-.186	.238	.131	
Sig. (2-tailed)																				.074	.418	.896	.212	.155	.067	.317	
RE																				1.000	.534**	.195	.295*	-.108	-.122	-.080	
Sig. (2-tailed)																					.000	.136	.022	.414	.355	.543	
AA																					1.000	.433**	.147	.086	.108	-.065	
Sig. (2-tailed)																						.001	.264	.513	.410	.622	
AF																						1.000	.145	.210	.060	-.153	
Sig. (2-tailed)																							.271	.108	.650	.245	
RS																							1.000	-.269*	-.157	-.120	
Sig. (2-tailed)																									.038	.232	.362
TF																								1.000	-.126	-.114	
Sig. (2-tailed)																										.338	.384
AFM																									1.000	.036	
Sig. (2-tailed)																											.784
AN																										1.000	
Sig. (2-tailed)																											

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01

\* La correlación es significativa al nivel 0.05

C P = Correlación de Pearson

Sig. (2-tailed) = Significancia bilateral

N= 60

NOTA: CM = condición médica, SF = síntomas físicos, HD = humor depresivo, SFU = síntomas por fumar, AC = autoconfianza, UM = uso de medicamentos, P = recibir o pedir ayuda a un profesional, NOP = recibir o pedir ayuda a un no profesional, EN = evento negativo de cambio de vida, ES = evento de salida, EP = evento positivo de cambio de vida, ACO = afrontamiento cognitivo-activo, ACD = afrontamiento conductual-activo, AE = afrontamiento de evitación, AL = análisis lógico, BI = búsqueda de información, RP = resolución de problemas, RA = regulación afectiva, DE = descarga emocional, RE = relaciones estrechas, AA = actividades con los amigos, AF = actividades con la familia, RS = relaciones sociales, TF = tareas familiares, AFM= argumentos familiares, AN = ambiente negativo en el hogar.



Finalmente, para reportar resultados más específicos, se realizaron dos análisis más, se seleccionó una muestra igualada en cantidad de hombres y mujeres (7 mujeres y 7 hombres), ya que tenemos más mujeres que hombres y también se seleccionó una muestra igualada también en cantidad, pero en este caso de personas casadas y no casadas (7 personas casadas y 7 personas no casadas).

En general los resultados son muy similares al correlacionar las subescalas (indicadores del funcionamiento de la salud física, indicadores de los eventos de cambio de vida, indicadores de las respuestas de afrontamiento e indicadores del funcionamiento y recursos sociales) de la Escala de salud y vida cotidiana, con estas dos submuestras, sin embargo si existieron algunas diferencias significativas.

Para la muestra igualada de hombres y mujeres la diferencia más importante es que la condición médica, no se correlacionó con ningún otro indicador a diferencia de la muestra principal en la que se correlacionaba con síntomas físicos, humor depresivo y evento negativo.

Encontramos que existe una correlación estadísticamente significativa entre síntomas físicos con humor depresivo ( $r = .606$ ,  $p = 0.05$ ) y con tareas familiares ( $r = .574$ ,  $p = 0.05$ ), comparado con la muestra principal, esta vez síntomas físicos se relaciona con menos indicadores.

Otra diferencia, es que en esta muestra igualada de hombres y mujeres si existe una correlación estadísticamente significativa entre *síntomas por fumar* con *evento negativo de cambio de vida* ( $r = .552$ ,  $p = 0.05$ ) y de manera negativa con *tareas familiares* ( $r = -.650$ ,  $p = 0.05$ ).

A diferencia de la muestra principal, existe una correlación estadísticamente significativa en entre *evento negativo de cambio de vida* y *descarga emocional* ( $r = .656$ ,  $p = 0.05$ ).

En la siguiente tabla podemos observar las correlaciones entre las subescalas de la Escala de salud y vida cotidiana, de esta muestra igualada en cantidad de hombres y mujeres (ver tabla 11):

Tabla 11. Correlaciones de Pearson de las subescalas de la Escala de salud y vida cotidiana de la muestra igualada en cantidad de hombres y mujeres.

	CM	SF	HD	SFU	AC	UM	P	NOP	EN	ES	EP	ACO	ACD	AE	AL	BI	RP	RA	DE	RE	AA	AF	RS	TF	AFM	AN	
CM	1.000																										
SF	.481	1.000																									
HD	.318	.483	1.000																								
SFU	-.001	-.001	-.347	1.000																							
AC	-.286	-.240	-.287	-.107	1.000																						
UM	-.139	-.382	-.193	.212	-.525	1.000																					
P	.139	-.382	-.193	.212	-.525	.002	1.000																				
NOP	-.107	.139	-.382	-.193	.212	-.525	-.290	1.000																			
EN	-.107	.139	-.382	-.193	.212	-.525	-.290	-.309	1.000																		
ES	.107	-.139	.382	.193	-.212	.525	-.290	-.309	.004	1.000																	
EP	-.107	.139	-.382	-.193	.212	-.525	-.290	-.309	.004	-.521	1.000																
ACO	-.178	.509	.467	-.054	.994	.315	.282	.989	.056	.121	.904	1.000															
ACD	-.178	.509	.467	-.054	.994	.315	.282	.989	.056	.121	.904	.395	1.000														
AE	-.031	.049	-.051	-.142	-.068	.154	.266	-.166	-.425	.018	-.016	-.282	.574	1.000													
AL	-.031	.049	-.051	-.142	-.068	.154	.266	-.166	-.425	.018	-.016	-.282	.574	.359	1.000												
BI	.049	-.051	-.142	-.068	.154	.266	-.166	-.425	.018	-.016	-.282	.574	.359	.359	.359	1.000											
RP	-.049	.051	.142	.068	-.154	-.266	.166	.425	-.018	.016	.282	-.574	-.359	-.359	-.359	-.359	1.000										
RA	.049	-.051	-.142	-.068	.154	.266	-.166	-.425	.018	-.016	-.282	.574	.359	.359	.359	.359	.359	1.000									
DE	-.049	.051	.142	.068	-.154	-.266	.166	.425	-.018	.016	.282	-.574	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	1.000								
RE	.049	-.051	-.142	-.068	.154	.266	-.166	-.425	.018	-.016	-.282	.574	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	1.000							
AA	-.049	.051	.142	.068	-.154	-.266	.166	.425	-.018	.016	.282	-.574	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	1.000						
AF	.049	-.051	-.142	-.068	.154	.266	-.166	-.425	.018	-.016	-.282	.574	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	1.000					
RS	-.049	.051	.142	.068	-.154	-.266	.166	.425	-.018	.016	.282	-.574	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	1.000				
TF	.049	-.051	-.142	-.068	.154	.266	-.166	-.425	.018	-.016	-.282	.574	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	1.000			
AFM	-.049	.051	.142	.068	-.154	-.266	.166	.425	-.018	.016	.282	-.574	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	-.359	1.000		
AN	.049	-.051	-.142	-.068	.154	.266	-.166	-.425	.018	-.016	-.282	.574	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	.359	1.000	
Sig. (2-tailed)																											

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01

\* La correlación es significativa al nivel 0.05

C P = Correlación de Pearson

Sig. (2-tailed) = Significancia bilateral

N= 14

NOTA: CM = condición médica, SF = síntomas físicos, HD = humor depresivo, SFU = síntomas por fumar, AC = autoconfianza, UM = uso de medicamentos, P = recibir o pedir ayuda a un profesional, NOP = recibir o pedir ayuda a un no profesional, EN = evento negativo de cambio de vida, ES = evento de salida, EP = evento positivo de cambio de vida, ACO = afrontamiento cognitivo-activo, ACD = afrontamiento conductual-activo, AE = afrontamiento de evitación, AL = análisis lógico, BI = búsqueda de información, RP = resolución de problemas, RA = regulación afectiva, DE = descarga emocional, RE = relaciones estrechas, AA = actividades con los amigos, AF = actividades con la familia, RS = relaciones sociales, TF = tareas familiares, AFM= argumentos familiares, AN = ambiente negativo en el hogar.

Para la muestra igualada de casados y no casados encontramos una correlación estadísticamente significativa entre *síntomas físicos* con *humor depresivo* ( $r = .631$ ,  $p = 0.05$ ), *afrontamiento de evitación* ( $r = .739$ ,  $p = 0.01$ ), *descarga emocional* ( $r = .701$ ,  $p = 0.01$ ) y con *argumentos familiares* ( $r = .718$ ,  $p = 0.01$ ), a diferencia de la muestra principal, síntomas físicos se correlacionó con diferentes indicadores.

Otra diferencia, es que se encontró una correlación estadísticamente significativa entre *recibir o pedir ayuda de un profesional* con *descarga emocional* ( $r = .563$ ,  $p = 0.01$ ), en la muestra principal *descarga emocional* solo se había correlacionado con *afrontamiento de evitación*.

También se encontró que tanto *evento negativo de cambio de vida* como *evento de salida* se correlacionaron con más indicadores que en la muestra principal, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre *evento negativo de cambio de vida* con *evento de salida* ( $r = .753$ ,  $p = 0.01$ ), *afrontamiento cognitivo-activo* ( $r = .770$ ,  $p = 0.01$ ), *afrontamiento conductual-activo* ( $r = .655$ ,  $p = 0.05$ ), *análisis lógico* ( $r = .670$ ,  $p = 0.01$ ), *resolución de problemas* ( $r = .690$ ,  $p = 0.01$ ) y con *regulación afectiva* ( $r = .782$ ,  $p = 0.01$ ); también se encontró una correlación estadísticamente significativa entre *evento de salida* con *afrontamiento cognitivo-activo* ( $r = .67$ ,  $p = 0.01$ ), *afrontamiento conductual-activo* ( $r = .594$ ,  $p = 0.05$ ), *análisis lógico* ( $r = .577$ ,  $p = 0.05$ ), *resolución de problemas* ( $r = .630$ ,  $p = 0.05$ ), *regulación afectiva* ( $r = .726$ ,  $p = 0.01$ ) y con *argumentos familiares* ( $r = .615$ ,  $p = 0.05$ ).

En la siguiente tabla podemos observar las correlaciones entre las subescalas de la Escala de salud y vida cotidiana, de esta muestra igualada en cantidad de casados y de no casados (ver tabla 12):

Tabla 11. Correlaciones de Pearson de las subescalas de la Escala de salud y vida cotidiana de la muestra igualada en cantidad de casados y de no casados.

	CM	SF	HD	SFU	AC	UM	P	NOP	EN	ES	EP	ACO	ACD	AE	AL	BI	RP	RA	DE	RE	AA	AF	RS	TF	AFM	AN	
CM	1.000	.623*	.137	.462	.433	.081	.349	-.019	.666**	.525	.310	.440	.515	.172	.312	.323	.487	.396	.190	-.175	-.161	.154	-.251	-.106	.164	.069	
Sig. (2-tailed)		.017	.641	.097	.122	.782	.221	.950	.009	.054	.281	.116	.060	.557	.278	.260	.077	.161	.515	.549	.583	.598	.387	.718	.575	.814	
SF		1.000	.631*	.037	.212	.336	.450	.154	.425	.228	.198	.243	.334	.739**	.187	.128	.362	.202	.701**	-.263	-.159	.066	-.367	.014	.718**	.325	
Sig. (2-tailed)			.016	.901	.467	.241	.107	.599	.130	.433	.498	.403	.244	.003	.522	.663	.203	.488	.005	.364	.586	.822	.197	.963	.004	.257	
HD			1.000	-.383	.121	.186	.293	.668**	.341	.085	.138	.208	.216	.509	.180	.253	.145	.161	.356	.049	-.027	.145	-.085	.492	.533*	.315	
Sig. (2-tailed)				.176	.680	.525	.309	.009	.233	.773	.638	.475	.458	.063	.538	.382	.620	.583	.211	.867	.927	.620	.773	.074	.050	.273	
SFU				1.000	.415	-.140	.261	-.419	-.009	-.147	.018	.157	.368	.151	.056	.417	.245	.019	.093	-.148	-.176	-.173	-.133	-.490	-.135	-.147	
Sig. (2-tailed)					.140	.633	.368	.136	.976	.617	.950	.593	.195	.607	.848	.138	.399	.948	.752	.614	.547	.554	.650	.076	.644	.617	
AC					1.000	.003	.512	.096	.625*	.471	.092	.828**	.898**	.223	.772**	.682**	.891**	.781**	.276	.333	.563*	.529	.566*	-.237	.242	.111	
Sig. (2-tailed)						.991	.061	.743	.017	.089	.756	.000	.444	.001	.007	.000	.001	.340	.245	.036	.052	.035	.415	.404	.704		
UM						1.000	.412	.200	.008	-.042	-.046	.238	-.116	.203	.367	-.186	.017	.204	.273	.079	-.144	-.168	-.234	.186	.407	.731**	
Sig. (2-tailed)							.143	.493	.978	.887	.876	.413	.694	.486	.197	.524	.954	.484	.344	.789	.623	.566	.421	.523	.149	.003	
P							1.000	.178	.279	.213	-.130	.485	.352	.342	.455	.218	.381	.368	.563*	.445	.090	.136	.009	-.337	.338	.183	
Sig. (2-tailed)								.542	.335	.464	.657	.079	.218	.232	.102	.454	.179	.195	.036	.111	.759	.643	.977	.238	.237	.531	
NOP								1.000	.098	.130	.325	.185	.138	.026	.233	.188	.070	.118	-.184	.480	.136	.327	.204	.693**	.206	.323	
Sig. (2-tailed)									.740	.658	.258	.527	.638	.930	.423	.521	.813	.687	.529	.082	.644	.254	.484	.006	.480	.261	
EN									1.000	.753**	.079	.770**	.855*	.026	.670**	.365	.690**	.782**	.102	.090	.376	.518	.266	-.070	.173	.022	
Sig. (2-tailed)										.002	.788	.001	.011	.930	.009	.200	.006	.001	.729	.760	.185	.057	.358	.811	.554	.942	
ES										1.000	-.125	.667**	.594*	-.092	.577**	.361	.630*	.726**	.062	.346	.500	.615*	.242	.000	.178	-.167	
Sig. (2-tailed)											.670	.009	.025	.755	.031	.204	.016	.003	.833	.226	.069	.019	.405	1.000	.544	.569	
EP											1.000	-.105	.050	-.083	-.096	-.090	-.121	-.022	-.149	-.214	-.267	.091	.121	.371	-.053	.379	
Sig. (2-tailed)												.721	.865	.777	.744	.759	.681	.941	.611	.462	.357	.758	.680	.192	.856	.182	
ACO												1.000	.793**	.109	.951**	.534*	.821**	.950**	.125	.497	.638*	.586*	.468	-.320	.253	.109	
Sig. (2-tailed)													.001	.710	.000	.049	.000	.000	.670	.070	.014	.028	.092	.264	.383	.710	
ACD													1.000	.298	.657*	.826**	.944**	.730**	.279	.215	.532	.680**	.462	-.127	.426	.024	
Sig. (2-tailed)														.300	.011	.000	.000	.003	.335	.461	.050	.007	.096	.666	.129	.934	
AE														1.000	.135	.235	.239	.035	.787**	-.215	.014	-.152	-.318	-.104	.758**	.285	
Sig. (2-tailed)															.646	.418	.410	.905	.001	.460	.961	.603	.268	.723	.002	.323	
AL															1.000	.362	.712**	.909**	.086	.544*	.692**	.465	.468	-.302	.228	.233	
Sig. (2-tailed)																.203	.004	.000	.770	.044	.006	.094	.091	.295	.434	.423	
BI																1.000	.643**	.460	.195	.118	.223	.404	.243	.080	.308	-.008	
Sig. (2-tailed)																	.013	.098	.504	.687	.444	.152	.402	.785	.284	.978	
RP																	1.000	.812**	.339	.225	.588*	.752**	.560*	-.221	.455	.101	
Sig. (2-tailed)																		.000	.236	.440	.027	.002	.037	.448	.102	.731	
RA																		1.000	.145	.441	.627*	.569*	.505	-.265	.196	.103	
Sig. (2-tailed)																			.622	.114	.016	.034	.066	.360	.501	.727	
DE																			1.000	-.196	-.059	-.050	-.221	-.243	.724**	.236	
Sig. (2-tailed)																				.502	.842	.864	.448	.402	.003	.417	
RE																				1.000	.618*	.428	.516	-.035	-.153	-.218	
Sig. (2-tailed)																					.018	.127	.059	.906	.600	.455	
AA																					1.000	.667**	.766**	-.158	.108	-.221	
Sig. (2-tailed)																						.009	.001	.589	.713	.447	
AF																						1.000	.735**	.072	.287	-.116	
Sig. (2-tailed)																							.003	.807	.320	.692	
RS																							1.000	.027	-.112	-.135	
Sig. (2-tailed)																								.927	.704	.646	
TF																								1.000	-.021	.074	
Sig. (2-tailed)																									.943	.801	
AFM																									1.000	.517	
Sig. (2-tailed)																										.059	
AN																										1.000	
Sig. (2-tailed)																											.000

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01

\* La correlación es significativa al nivel 0.05

C P = Correlación de Pearson

Sig. (2-tailed) = Significancia bilateral

N = 14

NOTA: CM = condición médica, SF = síntomas físicos, HD = humor depresivo, SFU = síntomas por fumar, AC = autoconfianza, UM = uso de medicamentos, P = recibir o pedir ayuda a un profesional, NOP = recibir o pedir ayuda a un no profesional, EN = evento negativo de cambio de vida, ES = evento de salida, EP = evento positivo de cambio de vida, ACO = afrontamiento cognitivo-activo, ACD = afrontamiento conductual-activo, AE = afrontamiento de evitación, AL = análisis lógico, BI = búsqueda de información, RP = resolución de problemas, RA = regulación afectiva, DE = descarga emocional, RE = relaciones estrechas, AA = actividades con los amigos, AF = actividades con la familia, RS = relaciones sociales, TF = tareas familiares, AFM = argumentos familiares, AN = ambiente negativo en el hogar.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del estudio es describir los indicadores relacionados con el funcionamiento de la salud física, los indicadores de los eventos de cambio de vida, los indicadores de las respuestas de afrontamiento y los indicadores del funcionamiento y recursos sociales en padres de pacientes oncológicos pediátricos, utilizando la Escala de salud y vida cotidiana (HDL), así como describir las correlaciones entre estos mismos indicadores.

El 80% de nuestra población está conformada por mujeres, esto se debe a que frecuentemente son las madres las que se encargan de cuidar a los niños, de llevarlos al hospital, de sus tratamientos médicos y de los cuidados en casa; como lo afirman Kupst y Schulman (1988) al decir que las madres juegan un papel clave para la adaptación del resto de la familia y están más centradas en el niño. Por esto mismo, dejan de trabajar o alteran sus actividades cotidianas y se dedican por completo al cuidado del hijo con padecimiento oncológico, esto también lo podemos observar en las actividades laborales, la mayor parte de las madres se dedican al hogar.

Al respecto, los padres asumen el rol de proveedores económicos, por lo que tienen que seguir trabajando, muchas veces el doble, para poder dar respuesta a la presión económica que se presenta con los gastos durante el tratamiento oncológico; como lo refiere Cook (1984) las madres están más involucradas en cuidar al niño enfermo y los padres se orientan a las situaciones que garanticen la economía de la familia; este dato permite considerar el factor de género de los padres, para brindar apoyo psicológico más específico.

Además de considerar el factor de género en los padres, también es importante considerar las diferencias culturales, como mencionaban Kupst y Schulman (1988)

sobre que las reacciones de los padres y de las madres no son en todos los puntos idénticas, lo que probablemente se debe a la influencia de los estereotipos culturales concernientes a los roles masculinos y femeninos; debido a esto es importante realizar investigación en población mexicana para poder aportar información significativa.

Una variable sociodemográfica de gran importancia es el estado civil, ya que diversas investigaciones mencionan que las personas que cuentan con una pareja, en particular las personas casadas, están más protegidas ante situaciones de estrés y complicaciones de la salud; una explicación es que esto se debe a que las personas que cuentan con el apoyo de sus parejas logran tener mejores habilidades para solucionar problemas y una mejor actitud ante la enfermedad o situaciones de estrés (Berkman y Syme, 1979; House, Landis, y Umberson, 1988; House, Robbins y Metzner, 1982; Sarason, Sarason, Shearin y Pierce, 1987; Valencia, 2001).

Los aspectos socioeconómicos tienden a causar un verdadero estrago, sobre todo si partimos de la base de que la mayoría de los padres de los niños con estos padecimientos tienen un ingreso socioeconómico medio bajo (Rivera, 1994), la ventaja es que cuentan con seguridad social; nuestra población presenta esta característica ya que son usuarios que solicitan un servicio de salud público; además, el nivel educativo bajo, es otro factor socioeducativo de riesgo en los padres, ya que la mayoría de los participantes cuenta con tan solo la educación primaria.

El 81% de los padres entrevistados afirmaron que sus hijos se encuentran en tratamiento, esto es un factor de riesgo ya genera en ellos altos niveles de estrés, aún cuando este ha sido completado, tienen que enfrentar las dificultades de vivir con la incertidumbre y la posibilidad de recurrencia después de un largo tiempo (Koocher y O'Malley, 1981).

Los resultados encontrados nos sugieren, que la condición médica de los participantes está relacionada con los síntomas físicos, el humor depresivo y los eventos negativos de cambio de vida; estos datos nos permiten identificar la necesidad de desarrollar en el tratamiento psicológico para los padres estrategias para el cuidado de la salud, ya que la presencia de estas variables están relacionadas con indicadores de riesgo, como síntomas cognitivos, físicos y conductuales de la depresión, que de acuerdo a diversos estudios están estrechamente relacionados con el funcionamiento del sistema inmunológico (Glaser y Kielcolt-Glaser, 1985). Por lo tanto, los padres de niños con cáncer tienen mayor probabilidad de estar en riesgo de presentar alteraciones importantes en su salud (física y mental), ya que también encontramos una relación entre el humor depresivo con los eventos negativos y los argumentos familiares.

También encontramos que los síntomas físicos se relacionan con el humor depresivo, el uso de medicamentos, un evento negativo y positivo de cambio en la vida y argumentos familiares, lo cual puede estar relacionado con la intensidad del estrés percibido ante el diagnóstico, la enfermedad y la posible pérdida de un hijo, considerada una de las situaciones más amenazantes para la integridad emocional de una persona y que se potencializa cuando la experiencia se presenta en un hijo durante la infancia y es relacionada con sufrimiento durante un largo periodo de tiempo, como en el caso de las enfermedades crónicas degenerativas (Goldbeck, 2006; Harvey, 2001; Rando, 1993).

Respecto a la salud y el estilo de vida, los padres intentarán mantener una buena salud, tenderán a cambiar sus estilos de vida, hábitos alimenticios o como podría ser el uso de medicamentos, como lo afirmaban Grootenhuis y cols. (1996) en su estudio, ya que encontramos una relación del uso de medicamentos con recibir o pedir ayuda a un profesional, recibir o pedir ayuda a un no profesional y argumentos familiares, como se mencionaba, esto les ofrece la posibilidad de hacer algo por ellos mismos de manera activa.

Sin embargo, la motivación de las personas es complicada, estar motivado o listo para cambiar significa que los pacientes están lo suficientemente preocupados acerca de la conducta para considerar cambiar, creer que el cambio es de gran interés y estar comprometidos, tener un plan de acción que sea realista y efectivo y seguirlo para tomar acción sustentable a través del tiempo (Prochaska y DiClemente, 1983).

Los elementos claves de las etapas del proceso de cambio descritas por Prochaska y Diclemente, son de gran utilidad para entender el cambio, los pacientes estarán en diferentes etapas o estadios para cada conducta y necesitarán diferentes elementos claves conforme vayan avanzando en el proceso de cambio (Prochaska y DiClemente, 1983).

Las etapas de cambio y sus tareas son las siguientes: la *precontemplación* (ignorar el problema o no estar interesado), la tarea es crear conciencia acerca de las conductas actuales, crear un interés emergente en una nueva conducta; la *contemplación* (pensar acerca del cambio), la tarea es analizar el riesgo y las consecuencias de la conducta anterior y el potencial de la nueva conducta; la *preparación* (estar listo para el cambio), la tarea es crear y comprometerse a un plan para cambiar la conducta; la *acción* (tomar acción para cambiar), la tarea es implementar, seguir, revisar y modificar el plan de cambio y el *mantenimiento* (mantener las ganancias positivas), la tarea es integrar la nueva conducta al estilo de vida (Prochaska y DiClemente, 1983), estas etapas han sido usadas para describir en donde se encuentra la gente en términos de dejar de fumar, cambio en las conductas del consumo de alcohol, ejercicio y actividad física y conductas de alimentación.

Encontramos una relación entre recibir o pedir ayuda de un profesional con el afrontamiento cognitivo-activo, el afrontamiento conductual-activo, el análisis lógico, la resolución de problemas, la regulación afectiva y las relaciones estrechas, esto nos muestra como los padres toman acción ante la situación y en



la mayoría de las veces consultan a un profesional; por otra parte en la relación que encontramos entre recibir o pedir ayuda de un no profesional con un evento negativo, un evento de salida, las relaciones estrechas y las redes sociales, nos muestra como el apoyo social en situaciones difíciles ayudará a enfrentar el problema, la familia y los amigos juegan un papel fundamental, como se ha mencionado contar con apoyo social parece beneficiar la salud de las personas (Berkman, 1995).

Como mencionábamos anteriormente la enfermedad que amenaza la vida de un hijo, es una situación difícil por la que atraviesan algunos padres (Goldbeck, 2006; Harvey, 2001; Rando, 1993) que pone en riesgo su integridad personal, por lo que ante esto tendrán que luchar para sobrellevar la situación; como en la relación que encontramos entre evento negativo de cambio de vida con eventos de salida, el afrontamiento cognitivo-activo, la regulación afectiva y las redes sociales.

Por otra parte, el afrontamiento cognitivo-activo se relaciona con el afrontamiento conductual-activo, el análisis lógico, la búsqueda de información, la resolución de problemas, la regulación afectiva, las relaciones estrechas, las actividades sociales con amigos y con las redes sociales. Los padres de los niños con cáncer piensan mucho sobre la problemática y empiezan a idear la manera de ir solucionando sus problemáticas, en algunos casos recurriendo a personas cercanas para la familia; además encontramos que la relación entre el estilo de afrontamiento cognitivo-activo con las relaciones estrechas, es consistente con otros estudios donde se menciona que la asociación entre el apoyo social y el ajuste psicológico está bien establecido (Cohen and Wills, 1985); con respecto a los estilos de afrontamiento existe una variabilidad individual considerable en el ajuste, reportada por los padres de niños con una enfermedad crónica (Wallander et al., 1998).

En cuanto al afrontamiento conductual-activo, se relaciona con variables como el análisis lógico, la búsqueda de información, la resolución de problemas, la

regulación afectiva, las relaciones estrechas y las actividades sociales con amigos y con la familia; al respecto se identifica que muchos padres intentan informarse adecuadamente y tomar acción ante la enfermedad de sus hijos (Hoeskstra-Weebers et al., 2001), sin embargo factores como el nivel educativo, la calidad en los servicios de salud pública, la disponibilidad de tiempo ante el cuidado del menor o la falta de apoyo, son factores que pueden estar presentes como factores de riesgo a pesar de contar con estas estrategias de afrontamiento.

Encontramos una relación entre el afrontamiento de evitación con la descarga emocional, las respuestas de evitación funcionan como una opción para afrontar la situación estresante que supera los recursos emocionales de los padres, además resultan ser más adaptativas (Dahlquist y cols., 1993), los padres se ajustan a la realidad de la enfermedad del niño, mostrando entre otras emociones evitación, enfado, desesperación o en ocasiones aceptación y la necesidad de buscar una solución ante el problema, además de sentir miedo e incertidumbre sobre su habilidad para elegir correctamente (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

Es necesario el estudio de las diferencias de afrontamiento entre padres y madres que tienen hijos con enfermedades oncológicas y que participan como cuidadores primarios, con el objetivo de potencializar en el tratamiento los recursos psicológicos con los que cuentan, ya que existe una variabilidad individual considerable (Wallander et al., 1998).

La relación entre el análisis lógico con la búsqueda de información, la resolución de problemas, la regulación afectiva, las relaciones estrechas y las actividades sociales con amigos, que forma parte del afrontamiento cognitivo-activo y conductual-activo, nos muestra una vez más como los padres pensarán sobre el problema de la enfermedad de sus hijos, aunque se sabe que los padres disminuyen el uso de diferentes tipos de solución de problemas y el uso de estrategias de regulación emocional con el tiempo, conforme la demanda del tratamiento del niño cambie (Hoeskstra-Weebers et al., 2001), otro ejemplo de

esto es la relación que encontramos entre la búsqueda de información con la resolución de problemas, la regulación afectiva, las actividades sociales con amigos, las actividades sociales con la familia y las tareas familiares conjuntas.

Al solucionar problemas como un estilo de afrontamiento, los padres contarán muchas veces con el apoyo de la familia y de amigos que les favorecerá en gran medida (Berkman, 1995), relacionado a esto encontramos una relación entre la resolución de problemas con la regulación afectiva, las relaciones estrechas, las actividades sociales con amigos y las actividades sociales con la familia.

Una de las desventajas que puede llegar a tener un programa de apoyo psicológico para pacientes oncológicos, es el centrarse sólo en los aspectos de adaptación a los procedimientos médicos o al manejo del estrés hospitalario, dejando fuera el dotar al paciente y su familia de habilidades sociales de integración y búsqueda o mantenimiento fortalecimiento de redes sociales. En este sentido, los resultados encontrados muestran que existe una relación muy importante entre la presencia de redes sociales significativas (la familia y los amigos) y el estilo de afrontamiento cognitivo-activo y el análisis lógico, el cual está relacionado con respuestas más adaptativas para el sujeto.

Las relaciones estrechas y las actividades con amigos también se relacionan con la regulación afectiva y su ausencia se presenta como un factor de riesgo ya que como se mencionó, muchos padres experimentan soledad en las relaciones con amigos debido a que tienen dificultades para incluirlos en sus actividades diarias debido a la falta de tiempo o a la incomodidad en hablar sobre la enfermedad del niño (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003), también encontramos una relación entre relaciones estrechas con actividades sociales con amigos y redes sociales, aunque los padres (82%) informan realizar más actividades sociales con la familia.

Al igualar una submuestra de hombres y mujeres en cantidad, encontramos que en comparación con la muestra principal, condición médica no se correlacionó con

ningún otro indicador, lo que nos podría mostrar que no hay relación con la condición médica de los participantes y otros indicadores como los síntomas físicos, humor depresivo y evento negativo de cambio de vida, como se mostró en la muestra principal.

También encontramos que existe una correlación de síntomas físicos con humor depresivo y con tareas familiares, comparado con la muestra principal, esta vez síntomas físicos se relaciona con menos indicadores, por lo tanto los padres no solo están sometidos al estrés de la enfermedad del niño, sino al estrés que significa seguir manteniendo en todos los sentidos a la familia y encargándose del hogar.

Por otra parte, se encontró otra diferencia, se reportó una correlación entre síntomas por fumar con los eventos negativos y las tareas familiares, puede ser que ante situaciones estresantes se aumenta el consumo de tabaco para intentar reducir el estrés, por lo que se llega a presentar síntomas por fumar, aunque muchas veces los padres se sienten culpables por consumir tabaco cuando su hijo tiene cáncer (Bleyer, 1990; Christ, 1983), en la muestra principal síntomas por fumar no se correlacionó con ningún indicador.

Además se correlacionó evento negativo de cambio de vida con descarga emocional, que como lo dice, ante una situación negativa o estresante, utilizarán esta forma de afrontamiento, la descarga emocional, en ocasiones los padres tratarán de buscar alguien o algo en quien depositar la culpa de la enfermedad del niño (Bleyer, 1990; Christ, 1983); en la muestra principal descarga emocional solo se correlacionó con afrontamiento de evitación.

Al igualar una submuestra de casados y no casados encontramos que los síntomas físicos se correlacionan con humor depresivo, afrontamiento de evitación, descarga emocional y argumentos familiares, puede estar relacionado a que muchas veces los síntomas físicos se niegan para no causar preocupaciones

y también que puede estar relacionado con las dificultades que surgen en la familia; a diferencia de la muestra principal síntomas físicos se correlacionó con otros indicadores.

También encontramos que recibir o pedir ayuda de un profesional se correlaciona con descarga emocional, aún cuando muchas veces los participantes no identificaban al médico como un profesional que puede ayudarlos, es a él al que le exponen todas sus dudas para encontrar un poco de calma (Bleyer, 1990; Christ, 1983).

Por último encontramos, que evento negativo de cambio de vida y eventos de salida se correlacionaron con más indicadores que en la muestra principal, por ejemplo evento negativo de cambio de vida se correlacionó con eventos de salida, afrontamiento cognitivo-activo, afrontamiento conductual-activo, análisis lógico, resolución de problemas y regulación afectiva, ante la situación estresante los padres utilizarán diferentes estrategias de afrontamiento para lidiar con la situación negativa, como lo es la enfermedad del niño.

Por otra parte, evento de salida se correlaciono con afrontamiento cognitivo-activo, afrontamiento conductual-activo, análisis lógico, resolución de problemas, regulación afectiva y argumentos familiares, podría ser que ante algún evento de salida, como un divorcio o la muerte de algún miembro de la familia, se siguen utilizando diversas estrategias de afrontamiento para poder solucionar la situación y que también se relaciona con que debido a esto se generan dificultades en la familia.

Es importante señalar que aún cuando las correlaciones encontradas son significativas, muchas de ellas son correlaciones bajas; pero las que son altas nos sugieren ciertos datos que en investigaciones posteriores podrían corroborar estos resultados.

Existieron algunas limitaciones para este estudio; en primer lugar, hasta cierto punto la muestra es pequeña, por lo que todavía no podríamos generalizar los resultados, pero si son datos suficientes para futuras investigaciones; segundo, es difícil mantener contacto con los padres de los niños con cáncer debido a todo lo que implica la enfermedad, gran parte del tiempo se encuentran en el hospital, entre consultas, tratamientos y estudios, por lo que muchas veces es difícil encontrarlos; tercero, por eso mismo se encuentran la mayor parte del tiempo hartos o cansados, por lo que fue difícil con algunas personas a que accedieran a participar en el estudio; por último, en nuestro país todavía es complicado obtener el acceso a los hospitales o instituciones de salud para poder hacer investigaciones.

Podríamos sugerir que si se planea una investigación, en medida de lo posible, se empiece lo más pronto a realizar la solicitud de entrada a los centros de salud, para poder anticiparse y el tiempo que tarda la respuesta de entrada, se aproveche en otros puntos de la investigación. También podríamos sugerir que al invitar a los participantes al estudio, se les ofrezca, por ejemplo, una plática o taller con temas que les sean de utilidad y estén relacionados con la enfermedad de los niños, para así poder motivarlos, ya que es muy difícil poder ofrecerles otro tipo de incentivo, como monetario.

Con este estudio, encontramos que en el contexto de las variables del estilo de vida existen muchas áreas que pueden ser investigadas para el beneficio, en este caso, de los padres de niños con cáncer. Por ejemplo, es importante poder seguir generando intervenciones psicológicas integrales que acompañen al niño y a la familia desde el prediagnóstico, para que así puedan lograr el mejor ajuste posible hacia la enfermedad y desarrollen habilidades que les serán de utilidad durante todo el proceso. También sería útil evaluar las intervenciones para los niños con cáncer y sus familias que ya se realizan en diferentes lugares, como hospitales, albergues y centros comunitarios, para revisar su contenido, efectividad y poder seguir mejorándolas.

También se puede investigar sobre los estilos de vida, como viven los padres su salud y como se modifica ésta ante la enfermedad de sus hijos, así como la sobrecarga que experimentan como cuidadores principales de los niños, al seguir estudiando esto, se pueden seguir identificado los factores protectores y de riesgo para los padres en cuanto a su salud física y mental.

Otra área importante es seguir investigando sobre como los padres experimentan el estrés a través de todo el proceso de la enfermedad de los niños para así poder generar intervenciones específicas, sería importante estudiar el estrés de los padres cuando el tratamiento del niño ha finalizado y se encuentra en vigilancia.

También sería muy interesante investigar más sobre los diferentes estilos de afrontamiento utilizados por los padres y claro por los niños al enfrentar la enfermedad, además de poder investigar las diferencias en cuanto al género en la manera de afrontar la situación entre madres y padres y poder seguir identificando cuáles son los estilos de afrontamiento con los que cuentan los padres y cuáles son los que utilizan con más frecuencia durante las diferentes fases de la enfermedad.

Por otra parte, sería de gran importancia seguir estudiando el apoyo social en los padres en cuanto al género, por ejemplo como influye el apoyo social respecto al estado civil, relacionado con tener o no el apoyo de una pareja, también se podría investigar sobre el apoyo social percibido, ya que en ocasiones los padres no identifican las fuentes de apoyo social que tienen a su alcance.

Toda esta información todavía no queda del todo clara, además es muy necesario hacerla en nuestro país y como se mencionaba anteriormente, investigaciones futuras podrán corroborar los resultados encontrados, para así generar intervenciones específicas y eficaces para la población mexicana.

Para concluir, la relevancia de conocer aspectos de salud y vida cotidiana en cuidadores primarios de niños con padecimientos oncológicos, abre la posibilidad de enfocar nuestros esfuerzos al desarrollo de programas de tratamiento psicológico más integrales y efectivos, al señalar la necesidad de identificar factores que puedan facilitar o dificultar la adaptación de los padres y por tanto, para el manejo del cáncer pediátrico, así como para la creación de intervenciones empíricamente válidas y sustentadas en necesidades reales de servicio.



## REFERENCIAS

Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis. Theoretical issues and empirical findings. *Soc Sci Med* 32:899-908.

Alfaro-Ramírez, O., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-del Río, B. y Guevara-López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*; 46 (5): 485-494.

Antonovsky, A. (1972). Breakdown: a needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine. *Social Science and Medicine*, Vol. 6 pp. 537-44.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Ardell, D. B. (1979). The Nature and Implications of High Level Wellness, or Why "Normal Health" is in a Rather Sorry State of Existence. *Health Values*, 3 (1), 17-24.

Argilés, J. y López, F. (1998). *El Cáncer y su Prevención: La Importancia de la alimentación*. Barcelona: Ediciones Universitat de Barcelona.

Attie-Aceves, C. (1995). La familia del niño cardiópata. *Archivo del Instituto de Cardiología de México*, Vol. 65: 159-167.

Auslander, W. F., Thompson, S. J., Dreitzer, D. y Santiago, J. V. (1997). Mother's satisfaction with medical care: Perceptions of racism, family stress, and medical outcomes in children with diabetes. *Health and Social Work*, 22, 190-199.

Barbarin, O. A. y Chesler, M. A. (1986). The medical context of parental coping with childhood cancer. *American Journal of Community Psychology* 14: 221-235.

Barón, G. y Ordóñez, A. (1998). *Oncología Clínica 1: Fundamentos y Patología General*. España: McGraw-Hill.

Baum, A. y Fleming, I. (1993). Implications of psychological research on stress and technological accidents. *American Psychologist*, 48: 665-672.

Belloc, N. B. y Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, pp. 409-421.

Belloc, N. B. (1973). Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine*, 2, pp. 67-81.

Berkman, L. y Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109:186-204.

Berkman, I. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57 (3), 245-254.

Binger, C. M., Albin, A. R. y Feurstein, R. C. (1969). Childhood leukaemia: emotional impact on patient and family. *New England Journal of Medicine*. 280, 414-418.

Bishop, G. D. (1994). *Health Psychology: Integrating mind and body*. Singapur: Allyn y Bacon.

Bleyer, W. A. (1990). The impact of childhood cancer in the United States and the world. *CA-Cancer Journal for Clinicians*; 40: 355-367.

Bonadonna, G. y Robustelli Della Cuna, G. (1983). *Manual de Oncología Médica*. España: Editorial Masson.

Brannon, L y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo Thomson Learning.

Broadhead, W., Kaplan, B., James, S., Wagner, E., Schoenbach, V., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G. y Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between Social Support and Health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.

Brown, R. T., Kaslow, N. J., Hazzard, A. P., Madan-Swain, A., Sexson, S. B., Lambert, R. y Baldwin, K. (1992). Psychiatric and family functioning in children with leukemia and their parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31(3): 495-502.

Brown, R. T., Doepke, K. G. y Kaslow, N. J. (1993). Risk-Resistance Adaptation Model for Pediatric Chronic Illness Sickle Cell Syndrome as an example. *Clinical Psychology Review* 13: 133-167.

Brown, R. T., Kaslow, N. L., Madn-Swain, A., Doepke, K. J., Sexson, S. B. y Hill, L. J. (1993). Parental psychology and children's adjustment to leukemia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32: 554-561.

Brown, J., Byers, T., Thompson, K., Eldridge, B., Collen, D., Williams, A. y American Cancer Society Workgroup on Nutrition and Physical Activity for Cancer Survivors. (2001). Nutrition During and After Cancer Treatment: A Guide for Informed Choices by Cancer Survivors. *CA Cancer J Clin*; 51:153-181.

Canam, C. (1993). Common adaptive task facing parents of children with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing* 18: 46-53.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

Cobb, S. (1976). *Social Support as a Moderator of Stress*. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

Cohen, F. y Lazarus, R. (1979). *Coping with the stress of illness*. In G. C. Stone, F. Cohen, y N. E. Adler (Eds.), *Health Psychology*. Jossey-Bass. San Francisco.

Cohen, S. y McKay, G. (1984). *Social Support, Stress and the Buffering Hypothesis: A theoretical analysis*. In A. Baum, S., Taylor y Singer, J. (Eds.) *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.

Cohen, S. y Williamson, G. M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109, 1991, pp. 5-24.

Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 98: 310-357.

Connel, C. y D'Augelli, A. (1990). The contribution of personality characteristic to the relationship between social support and perceived physical health. *Health Psychology*, 9, 192-207.

Cook, J. A. (1984). Influence of gender on the problems of parents of fatally ill children. *Journal of Psychosocial Oncology* 2(1): 71-91.

Couselo, J. M. (1999). Efectos secundarios del cáncer y su tratamiento. *Libro de Ponencias y Comunicaciones de las III Jornadas Internacionales de Atención Integral al Niño con Cáncer*. Sevilla, 6-7 marzo.

Christ, G. H. (1983). A psychosocial assessment framework for cancer patients and their families. *Health and Social Work*, 7(1): 57-64.

Cutrona, C. y Rusell, D. (1990). *Type of Social Support and Specific Stress: Toward a theory of optimal matching*. In Sarason, Sarason, I y Pierce, G. (Eds.) *Social Support: an Interactional View*. New York: Wiley.

Dahlquist, L. M., Czyzewski, D. I., Copeland, K. G., Jones, C. L., Taub, E. y Vaughan, J. K. (1993). Parents of children newly diagnosed with cancer: Anxiety, coping and marital distress. *Journal of Pediatric Psychology*, 18, 365-376.

Dahlquist, L. M., Czyzewski, D. I., y Jones, C. L. (1996). Parents of children with cancer: A longitudinal study of emotional distress, coping style, and marital adjustment two and twenty months after diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 541-554.

Deví, J. y Almazán, I. (2002). Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Rev Gerontol*;12(1):31-37.

Die Trill, M. (1989). Efectos Psicosociales del Cáncer en el Enfermo Pediátrico y su Familia. *Libro de Ponencias y Comunicaciones de las Primeras Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar al Niño con Cáncer*, pp. 97-112. Valencia.

Dunkel-Schetter, C. y Bennett, T. (1990). *Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support*. En B. R. Saranson, I. G. Saranson y G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An international view* (pp. 320-352). New York: Wiley.

Enskär, K., Carlsson, M., Golsäter, M., Hamrin, E. y Kreuger, A. (1997). Parental reports of changes and challenges that result from parenting a child with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 14(3): 156-163.

Fife, B., Norton, J. y Groom, G. (1987). The family's adaptation to childhood leukemia. *Soc. Sci. Med.*, 24, 159-168.

Fleming, I., Baum, A., Davidson, L. M., Reckman, E. y McArdle, S. (1987). Chronic stress as factor in physiologic reactivity to challenge. *Health Psychology*, 6 (3), 221-237.

Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Gaugler, J. E., Anderson, K. A., Leach, C. D., Smith, F. A., Mendiola, M. (2004). The emotional ramifications of unmet need in dementia caregiving. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2004; 19: 369-380.

Gentry, W. y Kobasa, S. (1984). *Social and Psychological resources mediating stress-illness relationships in humans*. In W. D. Gentry (Ed.) *Handbook of Behavioral Medicine*. New York. Guilford.

Gil Roales-Nieto, J. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Vol. I. Aproximación histórica y conceptual. 2ª edición. Granada: Ediciones Némesis.

Gillis, J. S. (1993). Effects of life stress and dysphoria on complex judgements. *Psychological Reports*, 72, 1355-1363.

Glaser y Kielcolt-Glaser. (1985) Relatively mild stress: depressed celular immunity in the healthy adults. *Behavioral Brain and Science*, 8: 401-402.

Goldbeck, L., (2006). The impact of newly diagnosed chronic pediatric conditions on parental quality of life. *Quality of life Research*. Sep 15: 7, 1121-1131.

Granowetter, L. (1994). *Pediatric oncology: a medical overview*. In D. J. Bearson y R. K. Mulhern (Eds), *Pediatric Psychooncology: Psychological Perspectives on Children with Cancer* (pp.9-34). New York: Oxford University Press.

Griffiths, M., Murray, K. y Russo, P. (1998). *Oncología Básica Fisiopatología. Evaluación y Tratamiento*. México: Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana S. A. de C. V.

Grootenhuis, M., Last, B., De Graaf-Nijkerk, J. y Van Der Wel, M. (1996). Secondary control strategies used by parents of children with cáncer. *Psycho-Oncology*, Vol. 5: 91-102.

Grootenhuis, M. A. y Last, B. F. (1997). Adjustment and coping by parents of children with cancer: a review of the literature. *Support Care Cancer* 5, 466-484.

Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C., et al. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ*;170(12): 1795-1801.

Gump, B. y Matthews, K. (1999). Do background stressors influence reactivity to and recovery from acute stressors?. *Journal of Applied Social Psychology*, 15, 135-148.

Hanson, C. K., DeGuire, M. J., Schnikel, A. M. y Kolterman, O. G. (1995). Empirical validation for a family centered model care. *Diabetes care*, 18, 1347-1356.

Harvey, J. (2001). *Perpectives on lost and trauma: assaults on the self*. USA: Sage Publications.

Hobfoll, S. E., y Vaux, A. (1993). *Social support: Social resources and social context*. In L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (pp. 685-705). New York: The Free Press.

Hoekstra-Weebers, J. (1998). Marital dissatisfaction, psychological distress and the coping of parents of pediatric patients. *Journal of Marriage and the Family*. 60: 1012-1021.

Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Jaspers, J. P. C., Kamps, W. A. y Klip, E. C. (1999). Risk factor for psychological maladjustment of parents of children with cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38: 1526-1535.

Hoekstra-Weebers, J. E., Jaspers, J. P., Kamps, W. A. y Klip, E. C. (2001). Coping and Psychological Adjustment of Parents of Pediatric Cancer Patients a longitudinal study. *Medical and Pediatric Oncology*, 37: 393-399.

Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599-610.

House, J. S., Robbins, C. y Metzner, H. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116: 123-140.

House, J. (1984). *Barriers to work stress: Social Support*. In Gentry, W., Benson, H y Wolff, C. (Eds.) *Behavioral Medicine: Work, stress and health*. The Hague: Martinus Nijhoff.

House, J. S, Landis, K. R. y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*; 241: 540-545.

Hyunsook, Y. (2003). *Factors associated with family caregivers' burden and depression in Korea*. *J Aging Human Dev*;57(4):291-311.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. "Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer". (2007). Datos Nacionales. Recuperado el 24 de Mayo de 2008, de <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2007/cancer07.pdf>

Janis, I.L. (1974). *Identificación de grupo en condiciones de peligro externo*. En CARTWRIGHT, D.; ZANDER, A. *Dinámica de grupos. Investigación y teoría*. México: Trillas.

Janis, I. L. y Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New Haven: Free Pres.

Jerrom, B., Main, I., Rukanyake, N. G. (1993). Stress on relative caregivers of dementia sufferers and predictors of the breakdown of community care. *Intern J Geriatric Psychiatry*; 8:331-337.

Johnson, S. B. y Tercyak, K. P. (1995). Psychological impact of islet cell antibody screening for IDDM on children, adults, and their family members. *Diabetes Care*, 18, 1370-1372.

Juárez, G. y Ferrell, B. R. (1996). Family and caregiver involvement in pain management. *Clin Geriatr Med*; 12:531-547.

Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational Stress: studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.

Kalnins, I. V., Churchill, M. P. y Terry, G. E. (1980). Concurrent stress in families with a leukemic child. *Journal of pediatric Psychology*, 5, 81-92.

Kaplan, B. H., Cassel, J. C. y Gore, S. (1977). *Social support and health*. *Medical Care* 15(5), (Suppl.): 47-57.

Kasl, S. (1996). *Theory of stress and health*. En C. L. Cooper (ed.), *Handbook of stress, medicine, and health* (p. p. 13-26). Boca Ratón, FL: CRC Press.

Kasl, S. V. y Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 1966, pp. 246-266.

Kazak, A. E. (1994). *Implications of survival: pediatric oncology patients and their families*. In D. J. Bearison and R. K. Mulhern (Eds). *Pediatric Psychooncology: Psychological Perspectives on Children with Cancer* (pp.171-192). New York: Oxford University Press.

Kazak, A. y Barakat, L. (1997). Brief Report: Parenting stress and quality of life during treatment for childhood leukemia predicts child and parent adjustment after treatment ends. *Journal of Pediatric Psychology* 22:749-758, 1997.

Kazak, A. E., Barakat, L. M., Meeske, K., Christakis, D., Meadows, A. T., Casey, R., Penati, B., Stuber, M. L. (1997). Post traumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65: 120-129.

Kazak, A. E., Stuber, M. L., Barakat, L. P., Meeske, K., Guthrie, D., Meadows, A. T. (1998). Predicting posttraumatic stress symptoms in mothers and fathers of survivors of childhood cancers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37:823-831.

Kazak, A. E., Cant, M. C., Jensen, M. M., McSherry, M., Rourke, M. T., Hwang, W., Alderfer, M. A., Beele, D., Simms, S. y Lange, B. J. (2003). Identifying psychosocial risk indicative of subsequent resource use in families of newly diagnosed pediatric oncology patients. *Journal of Clinical Oncology*, 21:3220-3225.

Koch, C. R., Hermann, J. y Donaldson, M. H. (1974). Supportive care of the child with cancer and his family. *Semin Oncol.* Mar;1(1):81-86.

Koocher, G. P. y O'Malley, J. E. (1981). *The Damocles Syndrome: Psychological consequences of surviving childhood cancer*. New York: McGraw-Hill.

Kreitler, S. y Weyl Ben Arush, M. (eds.) (2004). *Psychosocial aspects of pediatric oncology*. USA: John Wiley & Sons, Ltd.

Kupst, M. y Schulman, J. (1988). Long-term coping with pediatric leukemia: a six-year follow-up study. *Journal of Pediatric Psychology* 13: 7-22.

Kupst, M. (1992). *Long-term family coping with acute lymphoblastic leukemia in childhood*. In: A. M. La Greca, I. J., Siegel, J. L., Wallander y C. E. Walker, (Eds.), *Stress and coping in child health* (pp. 242-261). New York: Guildford Press.

Kupst, M. J., Natta, M. B., Richardson, C. C., Schulman, J. L., Lavigne, J. V. y Das, L. (1995). Family coping with pediatric leukemia: ten years after treatment. *Journal of Pediatric Psychology* 20: 601-617.

Labrador, F. J. (1992). *El estrés*. Madrid, Temas de Hoy.

Lacasta, M. A., Calvo, C., González, M. y Ordóñez, A. (2004). Aspectos psicológicos de la astenia. *Psicooncología*. Vol. 1, Núms. 2-3, pp. 29-44.

Lansky, S. B., Cairns, N. U., Hassanein, R., Wehr, J. y Owman, J. T. (1978). Childhood cancer: Parental discord and divorce. *Pediatrics* 62, 184-188.

Lascari, A. y Stehbens, J. (1973). The reactions of families to childhood leukemia. *Clinical Pediatrics*, 12, 210-214.

Lavee, Y. y Mey-Dan, M. (2003). Patterns of change in marital relationships among parents of children with cáncer. *Health & Social Work*. 28 (4): 255-263.

Lazarus, R. y Launier, R. (1978). *Stress related transactions between person and environment*. In L. W. Pervin y M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology*. New York: Plenum.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984a). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.



Lazarus, R. y Folkman, S. (1984b). *Coping and Adaptation*. In W. D. Gentry (Ed.) *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: Guilford.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y Procesos Cognitivos*. México: Ediciones Roca.

Lopes-Monteiro da Cruz, D. A., De Mattos-Pimenta, C. A., Kurita, G. P. y De Oliveira, A. C. (2004). Caregivers of patients with chronic pain: responses to care. *Int J Nurs Termil Classif* 2004;15(1):5-13.

López, F., González, C, Santos, J. y Sanz, A. (1999). *Oncología Clínica. Valladolid: Universidad de Valladolid*.

Magni, G., Silvestro, A., Carli, M. y De Leo, D. (1986). Social support and psychological distress of parents of children with acute lymphocytic leukemia. *Br. J. Med. Psychol.*, 59, 383-385.

Martinson, I. M. y Cohen, M. H. (1988). Themes from a longitudinal study of family reactions to childhood cáncer. *J. Psychosoc. Oncol.* 6, 81-98.

Matarazzo, J. D., Weiss, S. M., Herd, J. A., Miller, N. E. y Weiss, S. M. (1984). *Behavioural health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. Nueva York: Wiley.

Matarazzo, J. D., Weiss, S. M., Herd, H. A., Miller, N. E. y Weiss, S. M. (1984a) *Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions*. Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention. Nueva York: Wiley.

Matarazzo, J. D., Hammonds, B. L. y Scheirer, C. J. (1984b). *Behavior immunogens and pathogens in health and illness*. Psychology and health: The masters lecture series (vol. 3), Washington: American Psychological Association.

Melamed, B. G. y Ridley-Johnson, R. (1988). Psychological preparation of families for hospitalization. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9, 96-102.

Mitchell, J. C. (1969). *Social Networks in Urban Settings*. Manchester, England: Manchester University Press.

Morrow, G. R., Carpenter, P. J. y Hoagland, A. C. (1984). The role of social support in parental adjustment to pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology* 9: 317-329.

Moss, R. (1984). *Coping with Physical Illness*. New York and London: Plenum Medical Book Company.

Moss, R. (1986). *Coping with Life Crises*. New York and London: Plenum Press.

Nessim, S. y Katz, E. R. (1995). *Cancerlive teacher's guide for kids with cancer*. Los Angeles: Children Hospital Los Angeles.

Nuckolls, K. B., Cassel, J. y Kaplan, B. H. (1972). Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 95, 431-41. 1972.

Oblitas, L. A. (2004) *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thomson.

Omar, A. (1995). *Stress y Coping*. Argentina: Editorial Lumen.

Ortigosa, J., Quiles, M. y Méndez, F. (2003). *Manual de Psicología de la Salud con Niños, Adolescentes y Familia*. España: Ed. Pirámide.

Ostroff, J y Steinglass, P. (1996). *Psychosocial adaptation following treatment: a family systems perspective on childhood cancer survivorship*. In L. Baider, C. L., Cooper, A., Kaplan De-Nour (Eds), *Cancer and the Family* (pp. 129-147). Chichester: Wiley.

Payne, R. y Jones, J. (1987). *Measurement and methodological issues in social support*. In Kasl, S. y Cooper, C. (Eds.). *Stress and Health: Issues in research methodology*. New York: Willey.

Pérez, R. (2003). *El Cáncer en México*. México: El Colegio Nacional.

Peterson, C., Seligman, M. y Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.

Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51:390-395.

Quine, L. y Pahl, J. (1985). Examining the causes of stress in families with severely mentally handicapped children. *British Journal of Social Work*, 15, 501-517.

Rando, T. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, Il: Research Press.

Rivera, R. (1994). *Diagnóstico del niño con cáncer*. España: Mosby Doyna Libros.

Rivera, R. (2006). *Hemato-oncología pediátrica*. México: Editores de textos mexicanos.

Rivera, R. (2007). *El niño con cáncer*. México: Editores de textos mexicanos.

Rosch, P.J. (1996). *Stress and cancer: Disorders of communication, control, and civilization*. En C.L. Cooper (Ed.), *Stress, medicine, and health* (pp. 27-60). Boca Raton, FL: CRC Press. Rozanski, A., Bairei, C.N., Krantz.

Rothbaum, F., Weisz, J. R. y Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: a two-process model of perceived control. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 42, 5-37.

Sarafino, E. P. (2002) *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*. USA: John Wiley and Sons, Inc.

Sarason, B., Shearin, E., Pierce, G. y Sarason, I. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.

Sarason, I., Sarason, B., Shearin, E. y Pierce, G. (1987) Measure of social support: practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*. Vol. 4, 497-510.

Sarason, I., Sarason, B. y Shearin, E. (1986). Social support as an individual difference variable: its stability, origins, and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 845-855.

Sawyer, M. G., Antoniou, G., Toogood, I., Rice, M. y Baghurst, P. A. (1993). A prospective study of the psychological adjustment of parents and families of children with cancer. *Journal of Pediatrics and Child Health* 29: 352-356.

Sawyer, M. G., Streiner, D. L., Antoniou, G., Toogood, I. y Rice, M. (2000). Childhood cancer: a 4-year prospective study of the psychological adjustment of children and parents. *J. Pediatr. Hematol. Oncol.* 22 (3), 214-220.

Schaefer, C., Coyne, J. y Lazarus, R. (1981). *The health-related functions of social support*. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.

Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster.

Seligman, M., Reivich, K., Jaycox, L. y Gillham, J. (2005). *Niños Optimistas*. México: Editorial Debolsillo.

Shapiro, J. y Shumaker, S. (1987). Differences in emotional well-being and communication styles between mother and fathers of pediatric cancer patients. *J. Psychosoc. Oncol.*, 5, 121-131.

Shirley, O. (1999). *Enfermería Oncológica*. Madrid: Harcourt Brace.

Sierra, L., Calvo, F. y Villa-Elizaga, I. (1992). *Oncología Pediátrica*. España: McGraw-Hill.

Singer, J. E. (1982). The Need to Measure Lifestyle. *International Review of Applied Psychology*, 31, 303-315.

Sloper, P. (2000). Predictors of Distress in Parents of Children with Cancer: A Prospective Study. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 25, No. 2, pp. 79-91.

Sourkes, B. M. (1987). *The Deepening Shade: Psychological Aspects of Life-threatening Illness*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Sourkes, B. M. (1995). *Armfuls of Time. The Psychological Experience of the Child with a Life-threatening Illness*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Sourkes, B. M. (1998). *Psychologic aspects of leukemia and other hematologic disorders*. In D. J. Nathan and S. H. Orkin (Eds). *Hematology of Infancy and Childhood*. 5<sup>th</sup> Edh. Philadelphia, PA: W. B. Saunders.

Speechley, K. N. y Noh, S. (1992). Surviving childhood cancer, social support, and parents psychological adjustment. *Journal of Pediatric Psychology* 17: 15-31.

Stanton, A. L., Revenson, T. A. y Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annu. Rev. Psychol.* 58: 13. 1-13.28.

Stehbens, J. A. y Lascari, A. D. (1974). Psychological follow-up of families with childhood leukemia. *Journal of Clinical Psychology*, 30, 394-397.

Streisand, R., Braniecki, S., Tercyak, K. y Kazak, A. (2001). Childhood Illness-Related Parenting Stress: The Pediatric Inventory for Parents. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 26, No. 3, pp. 155-162.

Stuber, M. L., Gonzalez, S., Meeske, K., Guthrie, D., Houskamp, B. M., Pynoos, R. y Kazak, A. (1994). Post-traumatic stress affected childhood cáncer II: A family model. *Psycho-Oncology*, 3, 313-319.

Syme, L. y Berkman, L. (1976). Social class, susceptibility and sickness. *Am. J. Epidemiol.* 104:1-8.

Thoits, P. (1982). Conceptual and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.

Thompson, R. J., Gil, K. M., Burbach, D. A., Keith, B. R., y Kinney, T. R. (1993). Psychological adjustment of mothers of children and adolescents with sickle cell disease: The role of stress, coping methods and familyfunctioning. *Journal of Pediatric Psychology*, 18, 549-560.

Tolson, D., Swan, I. y Knussen, C. (2002). Hearing disability: a source of distress for older people and carers. *Br J Nurs*;11(15):1021-102.

Valencia, A. (2001) *Estudio descriptivo de indicadores protectores psicosociales de la salud en una comunidad de la Ciudad de México*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Valencia, A. (2007). *Apoyo Psicosocial para Niños con Cáncer y sus Familias*. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, UNAM.

Van Dongen-Melman, J. E. W. y Sanders-Woudstra, J. A. R. (1986a). *The chronically ill child and his family*. In R. Michels and J. O. Cavenar (Eds), *Psychiatry*. Philadelphia, PA: J. B. Lippincott.

Van Dongen-Melman, J. E. W. y Sanders-Woudstra, J. A. R. (1986b). Psychosocial aspects of childhood cancer: A review of the literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 27(2), 145-180.

Van Dongen-Melman, J. E. W. M., Pruyn, J. F. A., DeGroot, A., Koot, H. M., Hählen, K. y Verhulst, F. C. (1995). Late consequences for parents of children who survived cancer. *Journal of Pediatric Psychology* 20: 567-586.

Varni, J. W., Katz, E. R., Colegrove, R., y Dolgin, M. (1996). Family functioning predictor of adjustment in children with newly diagnosed cancer: A prospective analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 321-328.

Van Veldhuizen, A. M. y Last, B. F. (1991). *Children with Cancer. Communication and Emotions*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.

Waelde, L. C., Thompson, L. y Gallagher-Thompson, D. (2004). A pilot study of a yoga and meditation intervention for dementia caregiver stress. *J Clin Psychol*; 60(6):677-87.

Wallander, J. L., Varni, J. W., Barbani, L., Banis, H. T., DeHaan, C. B. y Wilcox, K. T. (1989). Disability parameters, chronic strain, and adaptation of physically handicapped children and their mother. *Journal of Pediatric Psychology*, 14, 23-42.

Wallander, J. L. y Varni, J. W. (1998). Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 39: 29-46.

Wallston, B. S., Alagna, S. W., DeVellis, B. M. y DeVellis, R. F. (1983). Social support and physical health. *Health Psychology*, 2, pp. 367-391.

Wethington, E., y Kessler, R. c. (1986). Perceived social support, received social support and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behaviour*, 27, 78-89.

Wills, T. (1984). *Supportive functions of interpersonal relationships*. In S. Cohen y Syme (Ed.) *Social Support and Health*. New York: Academic Press.

Wilcox, V., Kasl, S. y Berkman, L. (1994). *Social Support and Physical disability in older people after hospitalization: A prospective study*. *Health Psychology*, 13, 170-179.

Witnett, R. A., King, A. L. y Altman, D. G. (1989). *Health Psychology and public health. An integrative approach*. New York: Pergamon Press, Inc.

Wortman, C. y Dunkel-Schetter, C. (1987). *Conceptual and Methodological Issues in the Study of Social Support*. In Baum, A. y Singer, J. (Eds.) *Handbook of Psychology and Health* (Vol. 5) Hillsdale, N. J.: Erlbaum.

Zarit, M. y Zarit, T. (1982). *Evaluación del medio y del cuidador del paciente con demencia*. Barcelona, España: Prous.