



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN NIÑOS
HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER**

Tesis que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

ARELI ALEJO ARELLANOS

Directora de Tesis:

Dra. María Emilia Lucio Gómez–Maqueo

Revisora de Tesis:

Mtra. Rocio Nuricumbo Ramírez

Asesor Metodológico:

Mtra. María del Consuelo Durán Patiño

Sinodales:

Dra. Paulina Arenas Landgrave

Mtra. Blanca Girón Hidalgo

Mtra. Laura Somarriba Rocha

México, D.F., 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMENTOS

Agradezco a la **Universidad Nacional Autónoma de México**, institución en donde me he formado, de donde tengo el honor y el profundo orgullo de pertenecer, la máxima casa de estudios.

¡¡¡Gooooooya.... Goooooooya...Universidad!!!

Al proyecto **PAPIIT IN 305613-3**

"Promoción de la salud emocional en niños y adolescentes desde la perspectiva del desarrollo"
por el apoyo recibido, el cual permitió la ejecución de este trabajo.

A la **Dra. Emilia Lucio Gómez -Maqueo** por todo el apoyo brindado, por la dirección en la realización de este trabajo, por que a través de sus consejos logre adquirir una experiencia invaluable que me permitió formarme académicamente. Admiro su dedicación, respeto y ética a la profesión, gracias por permitirme formar parte de este equipo, por ser una fuente de inspiración.

Mtra. Consuelo Durán Patiño por compartir sus conocimientos, por ayuda siempre incondicional recibida y especialmente por sus sabias palabras que siempre llegaron en el momento indicado para llenarme de la paz necesaria.

Mtra. Rocio Nuricumbo Ramírez por el tiempo brindando para la revisión, por su amabilidad, compromiso y retroalimentación hacia este trabajo los cuales fueron indispensables.

Dra. Paulina Arenas Landgrave, Mtra. Blanca Girón Hidalgo, Mtra. Laura Somarriba Rocha, por concederme el tiempo y compartir su valiosa experiencia y sobre todo por aceptar ser parte de este trabajo.

A cada uno de los niños que participaron en este trabajo, solo me resta agradecerles por la experiencia de vida que aprendí y por el ejemplo de fortaleza que me dieron.

A Dios:



Por brindarme la vida que hoy tengo, y que por nada cambiaría
Él es como un árbol plantado al borde de las aguas, que produce fruto a su debido tiempo y cuyas hojas
nunca se marchitan: todo lo que haga le saldrá bien. Salmo 1:3

A mis padres:

Mamá a ti por brindarme el tesoro más grande que se pueda poseer.... la vida, por tu interminable
amor, por tu comprensión, por tu ayuda.

Papá por tu perseverancia para lograr las cosas, por apoyarme hasta el día de hoy.

A mis hermanas:

Abigail por ser mi compañera de vida, por compartir juegos, travesuras y los momentos más gratos, por
ser siempre mi cómplice, confidente y que juntas sigamos aprendiendo de las lecciones de la vida.

Andrea que la vida te permita entender que uno de los regalos más grandes es la familia y que son ellos
quienes brindan el amor más puro.

Mi compañero de vida:

A **Alberto** (mi príncipe) por su increíble inteligencia para afrontar siempre los problemas, por
impulsarme siempre a continuar, por alentarme a crecer cada día y porque sé que a tú lado podría
soportar la más fuerte de las tormentas. Te amo hasta la eternidad.

A **Zoé** quien me enseñó lo que implica la inocencia, por ser una chispa de alegría e iluminar mi
existencia.

A mis tías **Mayra, Nadia**, quienes fueron un ejemplo de perseverancia y quienes me impulsaron a
superarme.

Adilene nena hermosa gracias a ti también por ser parte de mi vida, espero siempre poder estar a tu
lado para acompañarte.

A mis **Abuelitos y primos**, quienes hicieron de mi niñez la etapa más feliz hasta ahora recorrida.

A **Ruth y Miguel** con quienes siempre estaré agradecida por todo el apoyo brindado ya que sin ustedes,
este camino se hubiese tornado más adverso.

Gracias por ser un ejemplo de superación y dedicación.

A mi amiga **Danny** por estar siempre a mi lado a pesar de compartir opiniones distintas, por tu compañía en las buenas y en las malas, te amo Danny la hermosa.

Yayis, Andyly y **Cecylu** por ser mis compañeras de proyecto, de espacio pero más importante aún por su maravillosa amistad, por escucharme, por sus palabras de aliento en los momentos difíciles, por su comprensión, por cada momento que he pasado a su lado le estaré agradecida a la vida por encontrarme a esas magnificas mujeres que hoy forman parte de mi vida.

Edith, Laura, Paola quienes son mis compañeras y quienes comparten su experiencia que enriquece mi vida académica.

A mis **Orniz** por su amistad, porque siempre hemos estado apoyándonos, a pesar del paso del tiempo los quiero y deseo siempre lo mejor.

A todos aquellos seres quienes de alguna manera contribuyeron en que este sueño se convirtiera en una realidad, quedaré siempre agradecida.



ÍNDICE

I. Introducción.....1

II. Resumen.....4

Capítulo 1. Cáncer

1.1 Cáncer en niños.....5

1.2 Incidencia mundial.....5

1.3 Epidemiología del cáncer pediátrico en México.....7

1.4 Tipos de cáncer en la población infantil.....10

1.5 Características del cáncer.....13

1.6 Medios de diagnóstico.....16

1.7 Medios de tratamiento.....17

1.8 Epidemiología en México.....21

1.9 Mortalidad general y por cáncer en México.....22

1.10 Psicooncología.....22

1.11 Estado psicológico de los niños con cáncer23

Capítulo 2. Estrés

2.1 Antecedentes25

2.2 Modelos básicos de estrés29

2.3 Biología del estrés34

2.4 Estrés infantil.....36

2.5 Estrés y salud.....43

2.6 Estrés y hospitalización.....47

2.7 Estrés y cáncer49

Capítulo 3. Afrontamiento

3.1 Antecedentes.....52

3.2 Enfoques en el afrontamiento.....	57
3.3 Estilos y estrategias	59
3.4 Clasificación de estrategias.....	60
3.5 Afrontamiento y emoción.....	62
3.6 Afrontamiento infantil.....	63
3.7 Afrontamiento y género	70
3.8 Afrontamiento en salud.....	71
3.9 Afrontamiento y cáncer.....	76

Capítulo 4. Metodología

4.1 Justificación.....	80
4.2 Planteamiento del problema	80
4.3 Objetivos.....	81
4.3.1 Objetivo general	81
4.3.2 Objetivo específico	81
4.4 Preguntas de investigación	81
4.5 Hipótesis	81
4.6 Variable.....	81
4.7 Tipo de estudio	82
4.8 Muestreo	82
4.9 Participantes	82
4.10 Criterios de selección.....	84
<i>Criterios de exclusión.....</i>	85
<i>Criterios de inclusión</i>	85
4.11 Escenario	85
4.12 Materiales	85

4.13 Descripción del instrumento.....	85
<i>Ficha sociodemográfica</i>	85
<i>Cuestionario de Afrontamiento para Niños CAN</i>	85
4.14 Procedimiento	93
4.15 Análisis de datos	95

Capítulo 5. Resultados

5.1 Datos sociodemográficos.....	96
5.2 Estrategias de afrontamiento	99
5.3 Análisis de casos.....	102

Capítulo 6. Discusión, conclusiones y limitaciones

6.1 Discusión	108
6.2 Conclusiones	114
6.3 Limitaciones.....	115
6.4 Sugerencias.....	116
Referencias	117
Anexos	124

INTRODUCCIÓN

Hace algunos años en nuestro país, cuando las personas escuchaban la palabra cáncer, lo asociaban con una enfermedad que irremediablemente conducía a la muerte; sin embargo esta condición se ha ido transformando con el paso de los años gracias a la tecnología y a los avances médicos. Un hecho que ha influido de manera positiva es el índice de sobrevivencia de la enfermedad, el cual ha ido en aumento gracias a la promoción de conductas preventivas, así como la difusión de información que permite el diagnóstico y tratamiento temprano, sin embargo aún existe mucho por hacer para combatir la enfermedad.

Cuando a una persona se le da un diagnóstico de cáncer enfrenta una serie de eventos; de acuerdo con la literatura, los pacientes con enfermedades oncológicas sufren pérdidas físicas, cognoscitivas y familiares entre otras que son difíciles de afrontar debido a su edad y la etapa de desarrollo en que se encuentran. La salud es la primera pérdida a la que se enfrenta un enfermo con cáncer, pasando por el desgaste emocional ante el diagnóstico, así como el doloroso tratamiento y del cual se presentan secuelas a largo plazo, debido a los procesos de quimioterapia, radioterapia, cirugías y trasplante de médula ósea. Se ha observado que estas etapas siempre van acompañadas de alteraciones psicológicas a causa de la dificultad en la comprensión o asimilación de la información, así como la presencia de efectos secundarios (somáticos y cognoscitivos) y a cambios del desarrollo.

Los tipos de cáncer que se presentan en los niños, no son iguales a los que se producen en los adultos, además de que las características de la población son diferentes ya que por su temprana edad están aún muy íntimamente ligados a sus padres y a su familia; por lo cual, todas las intervenciones que se realicen en los niños, incluyendo las psicológicas deberán de tener en cuenta que son sujetos que se encuentran en desarrollo, así mismo es fundamental considerar que sus necesidades como pacientes difieren de las necesidades de los adultos.

Por ello se considera que el cáncer y sus tratamientos son experiencias adversas y traumáticas, para los niños como para sus familias, debido a las

numerosas situaciones potencialmente estresantes a las que deben enfrentarse en el curso de la enfermedad, como por ejemplo: representa una amenaza para la vida o la integridad física, los pacientes se someten a procedimientos médicos invasivos y dolorosos, enfrentan importantes efectos secundarios derivados de los tratamientos, cambios físicos y funcionales, frecuentes hospitalizaciones, alteración de la rutina cotidiana y de la dinámica familiar, social y escolar, etcétera. Además, los supervivientes deben aprender a convivir con la incertidumbre de una recaída y las secuelas del tratamiento. Todas estas condiciones colocan a esta población en riesgo de experimentar dificultades psicológicas a corto y largo plazo.

En los últimos años existe un interés cada vez más creciente por el estudio del proceso de afrontamiento y el estado de salud de los niños quienes padecen cáncer, debido a que existen diversos estudios que señalan que el papel del estrés y su afrontamiento resulta central para conocer el progreso de la enfermedad, el afrontamiento necesariamente ha de estar presente ante los continuos retos y desafíos que enfrentan este tipo de pacientes.

Debido a estos sentimientos el paciente pone en marcha estrategias de afrontamiento que le ayuden a mantener una armonía con el medio en el que se desenvuelve. Las estrategias de afrontamiento, son comportamientos intencionales dirigidos al logro de objetivos, que ponen en juego recursos personales, ajustándose la selección que realiza el sujeto, según las demandas y exigencias del contexto, por lo cual, cambian de acuerdo a las situaciones y al paso del tiempo (Trianes, 1999). El término estilo de afrontamiento, se refiere al empleo de un grupo de estrategias aprendido en función de las experiencias pasadas, las estrategias utilizadas dependen de la situación o del ambiente al que se deba hacer frente. Al respecto Verduzco (2004) propone 3 tipos de control que puede emplear una persona para afrontar las fuentes de estrés, los estilos son: control directo, control indirecto y abandono de control, el utilizar determinado estilo va a depender de cada individuo, de sus experiencias previas, las estrategias utilizadas a lo largo de su vida, la edad, el género y el apoyo social con el que cuenta el paciente.

El objetivo principal de este trabajo fue identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con cáncer pediátrico, al compararlos con la norma general, la cual fue establecida por un grupo de niños escolares, así como conocer las diferencias en las estrategias utilizadas por los niños y por las niñas quienes padecen cáncer.

Utilizar estrategias de afrontamiento adaptativas o desadaptativas va a depender de las características del individuo, del contexto y de la situación en particular. Si el niño que padece cáncer logra implementar estrategias adaptativas esto puede ayudar a mantener una armonía con el ambiente y el equilibrio psicológico.

Este trabajo está conformado por 6 capítulos: el primero de ellos ofrece un panorama acerca del tema de cáncer, los tipos de cáncer en niños, la epidemiología mundial y nacional, se incluye un breve apartado sobre la labor del psiconcólogo. Posteriormente, el capítulo dos trata los aspectos más relevantes acerca del tema de estrés, como lo son: los antecedentes, estrés infantil, el estrés y la salud, el estrés y el cáncer. En el tercer capítulo se habla del afrontamiento, antecedentes, enfoques, estilos y estrategias, afrontamiento infantil, afrontamiento y cáncer. En el capítulo cuarto se plantea la metodología utilizada y se describe la manera en que se trabajó con los niños que padecen cáncer. En el quinto capítulo se presenta las tablas con los resultados obtenidos además se incluye el análisis de dos casos que de acuerdo con sus características resultaron interesantes para conocer la manera en la que los niños hacen frente a las situaciones que ellos conciben como fuentes de estrés considerables, además de conocer el papel de las emociones que ellos experimentan ante la situación que viven. Finalmente en el último capítulo se lleva a cabo la discusión de resultados, por último se encuentran las conclusiones y limitaciones de la presente investigación.

En nuestro país existe poca investigación en este tipo de población que cada vez va en aumento y que tiene un amplio rango de necesidades médicas y psicológicas es por ello que este trabajo pretende contribuir para la realización de futuras investigaciones.

RESUMEN

De manera general, se considera que el cáncer y sus tratamientos son una experiencia estresante, traumática para los niños así como para sus familias, debido a las numerosas situaciones potencialmente estresantes a las que deben enfrentarse en el curso de la enfermedad, entre las que se encuentran amenaza para la vida o la integridad física, procedimientos médicos invasivos y dolorosos, importantes efectos secundarios derivados de los tratamientos, como son: cambios físicos y funcionales, frecuentes hospitalizaciones, alteración de la rutina cotidiana así como de la dinámica familiar, social y escolar, etcétera. Es por ello que la forma en la que los niños manejen el estrés experimentado y afronten la situación resulta importante ya que esto puede influir de manera considerable en el curso de la enfermedad (Torres, 2007).

El presente trabajo tuvo como objetivo principal identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas en niños y niñas que se encuentran hospitalizados con diagnóstico de cáncer al compararlos con la norma general, la cual fue establecida por un grupo de niños escolares de entre 8 a 12 años de edad. La muestra para el presente estudio fue conformada por 22 niños y niñas que se encontraban hospitalizadas como parte del tratamiento al cáncer que padecen, 12 hombres (54.54 %) y 10 mujeres (45.45 %) de entre 8 a 12 años, la media de edad fue de 10.31, cada uno de los participantes se encontraban hospitalizados en el área correspondiente a oncología dentro del edificio de pediatría de un hospital ubicado en el Distrito Federal.

El estudio que se llevó a cabo fue descriptivo; como resultado se observó, de manera general, que el grupo de niños con cáncer no utilizó en mayor medida ninguna estrategia de afrontamiento en comparación con el grupo general. Sin embargo, al realizar los análisis de manera separada en cuanto al género tanto los niños como las niñas que padecen cáncer utilizan más las estrategias de abandono de control en comparación con el grupo general con el que se trabajó.

Palabras clave: Afrontamiento, estrategias, cáncer, hospitalización, niños.

CAPÍTULO 1

CÁNCER

1.1 Cáncer en niños

Las peculiaridades de la infancia, hacen que los tipos de cáncer que surgen en esta etapa de la vida no sean iguales a los que se producen en los adultos, además de que existen características particulares como lo es el alto índice de supervivencia de estos pacientes, que puede ser de un 75% (Rivera, 2002). Otra singularidad es que los tratamientos en el cáncer infantil, a diferencia del adulto, deben enfocarse fundamentalmente en el aspecto curativo, preocupándose en que éste tenga el menor número de efectos colaterales para asegurar una buena calidad de vida (Rubio, 2009).

Gracias a los avances de la medicina, el cáncer pediátrico ha dejado de ser una enfermedad terminal como en los años 50 donde el promedio de vida de los niños se encontraba en diecinueve semanas después de ser dado el diagnóstico y solo existía un 2% de supervivientes después del año. Hoy en día es uno de los principales problemas de salud y una de las prioridades mejor definidas en el campo de la salud pública, aunque se trata de un padecimiento que puede llegar a ser letal, la mejoría con su tratamiento y sobre todo con su detección temprana han permitido una mayor supervivencia (González et al., 2007). Los avances conseguidos se deben no sólo a tratamientos muy agresivos, sino a la creación de unidades especializadas, al funcionamiento de comités Oncológicos Pediátricos y al tratamiento multidisciplinar de la enfermedad (Grau, 2002).

1.2 Incidencia mundial

La presencia del cáncer infantil muestra una marcada variación en la prevalencia, de acuerdo con la región geográfica en que habita el enfermo, esto debido a los recursos destinados por cada país al sector salud, a la predisposición genética así como a las características ambientales a las que se encuentre expuesto

cada niño. Cada una de estas características tendrá un importante papel en el origen de este padecimiento.

Tabla 1. Tendencia epidemiológica del cáncer infantil por continente

Continente	Epidemiología
América	En Estados Unidos se reporta una alta incidencia en leucemias, 40 casos por millón por año, con predominio en el género masculino, así como una mayor predisposición en la raza blanca e hispanos con respecto a la raza negra. En cuanto a la edad, el pico de incidencia es de 1 a 4 años en leucemia aguda linfoblástica, constituyen alrededor del 85% de los casos. En Costa Rica se observó la incidencia más elevada en leucemias durante el periodo de 1981 a 1991, representando 59 casos por millón por año.
Europa	Las leucemias linfoblásticas continúan siendo las más frecuentes de las neoplasias, con una incidencia en promedio de 38.2 casos por millón por año, seguidas de los tumores cerebrales con una incidencia de 27 casos por millón.
Asia	La incidencia anual de leucemias es 15 a 20 por millón, representando la neoplasia más frecuente, mientras que la leucemia linfoblástica es responsable de un 80% de los casos en la población de infantil 1 a 14 años. En este continente los linfomas son los tumores más frecuentes en los adolescentes.
Australia	Las leucemias representan la neoplasia más frecuente en la población de 0 a 14 años de edad, con una incidencia anual de 49.9 casos por millón y de estas, la linfoblástica es la más abundante con incidencia de 39.9 casos por millón. Mientras que los tumores cerebrales ocupan el segundo lugar en cuanto a su presencia con un total de 29 casos por millón.
África	La incidencia de linfomas es la más elevada de 7 casos por millón, particularmente el linfoma de Burkitt (BL) entre los niños de 5 a 9 años. Las leucemias representan la más baja incidencia en este continente.

Nota. Adaptado de Epidemiología de cáncer pediátrico en el Hospital Juárez de México. Cubría, 2009.

De acuerdo con los anteriores datos observamos que en América, Europa, Asia y Australia, la leucemia es el tipo de cáncer más común entre la población infantil, mientras que en África los linfomas tienen la incidencia más elevada y las leucemias tienen la menor incidencia. En Estados Unidos de Norteamérica se reporta una mayor incidencia en los hombres además de una mayor prevalencia en la raza blanca e hispanos, con respecto a la raza negra.

1.3 Epidemiología del cáncer pediátrico en México

En México, desde 1990 los tumores malignos representan la segunda causa de muerte en la población general, en cuanto a la población infantil existe un menor índice de mortalidad gracias a los avances de la tecnología así como la mejor atención médica sin embargo, pese a los esfuerzos el cáncer en niños ocupa los primeros lugares de mortalidad (segunda causa de muerte en el grupo de 5 a 14 años) en la República Mexicana (González et al.,2007). En lo que se refiere a las cifras del cáncer en los niños, en nuestro país se estima que la frecuencia es de 122 casos por millón por año, con prevalencia en el sexo masculino. De los datos reportados de los casos de cáncer registrados en el 2001, el 36.3% fueron dados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) mientras en el sector privado fue del 26.7%.

De acuerdo con el último informe realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2010, 36.5% de los niños y jóvenes con leucemia hospitalizados, tienen entre 5 y 9 años. El 86.3% de las defunciones por tumores en la población menor de 20 años durante el 2011, fue debida a tumores malignos; en este último informe también se reporta que del total de egresos hospitalarios por tumores malignos (33 mil 019 casos) las mayoría de los casos se presentan en los órganos hematopoyéticos (56.7 %) en tejido linfático afines (7.9%) en el encéfalo y otras partes del sistema nervioso central (6.3%) en hueso y de los cartílagos articulares (6.3%) en las células germinales (testículos u ovario) (3.7%) y en vías urinarias (2.9%).

La morbilidad hospitalaria de cáncer en los órganos hematopoyéticos (relacionado con la producción de células sanguíneas) se presenta en proporciones similares en hombres y mujeres en la población menor a 20 años (56.2 y 57.5%, respectivamente). La segunda causa es diferente para cada sexo, pues mientras en los varones son los tumores de tejido linfático y afines (9.5%), en las mujeres son huesos y de los cartílagos articulares (7 de cada 100 niñas y jóvenes); los tumores de encéfalo y otras partes del sistema nervioso central son la tercera causa de morbilidad hospitalaria en niños y niñas afectando a 6 de cada 100.

Por grupo de edad y sexo, la tasa de morbilidad hospitalaria más alta en la población menor de 20 años se localiza en cáncer de los órganos hematopoyéticos, los niños de 5 a 9 años presentan la tasa más alta (65 de cada 100 mil niños y 58 de cada 100 mil niñas), seguidos de los niños de entre 0 y 4 años (51 hombres y 42 mujeres). Entre los niños menores de 5 años, la segunda causa de morbilidad hospitalaria en varones es debida a tumores malignos en el encéfalo y otras partes del sistema nervioso central (6 de cada 100 mil niños) y en las mujeres de vías urinarias (5 de cada 100 mil mujeres) invirtiéndose éstos para cada sexo en la tercera causa de egreso hospitalario (6 varones de vías urinarias y 5 mujeres de encéfalo). De igual manera de acuerdo con este reporte, en la población de 5 a 9 años, después del cáncer en órganos hematopoyéticos, el segundo lugar en los varones se ubica en tumores malignos del tejido linfático (10 de cada 100 mil niños) y en las mujeres de encéfalo y otras partes del sistema nervioso central (6 de cada 100 mil mujeres). En los adolescentes (10 a 14 años) la segunda causa entre los hombres la ocupan las neoplasias malignas en el tejido linfático (9 de cada 100 mil) y en las mujeres de hueso y de los cartílagos articulares (10 de cada 100 mil).

Finalmente, entre la población joven (15 a 19 años) después de los tumores malignos en los órganos hematopoyéticos, en los varones el cáncer de células germinales (testículo) (9 de cada 100 mil hombres jóvenes) y las mujeres en el tejido linfático y afines (5 de cada 100 mil mujeres) ocupan el segundo lugar, mientras que

el tercero lo conforma el cáncer de hueso y de los cartílagos articulares (8 en hombres y 5 en mujeres, respectivamente).

Considerando que el principal tumor maligno que padece la población menor de 20 años es en órganos hematopoyéticos, seguido en los hombres, por el de tejido linfático y en mujeres de hueso y cartílagos articulares, se observa que su tendencia varía con la edad, con un comportamiento similar tanto en hombres como en mujeres; el cáncer en órganos hematopoyéticos afecta principalmente a la población de 5 a 9 años, 35 de cada 100 niños y 38 de cada 100 niñas.

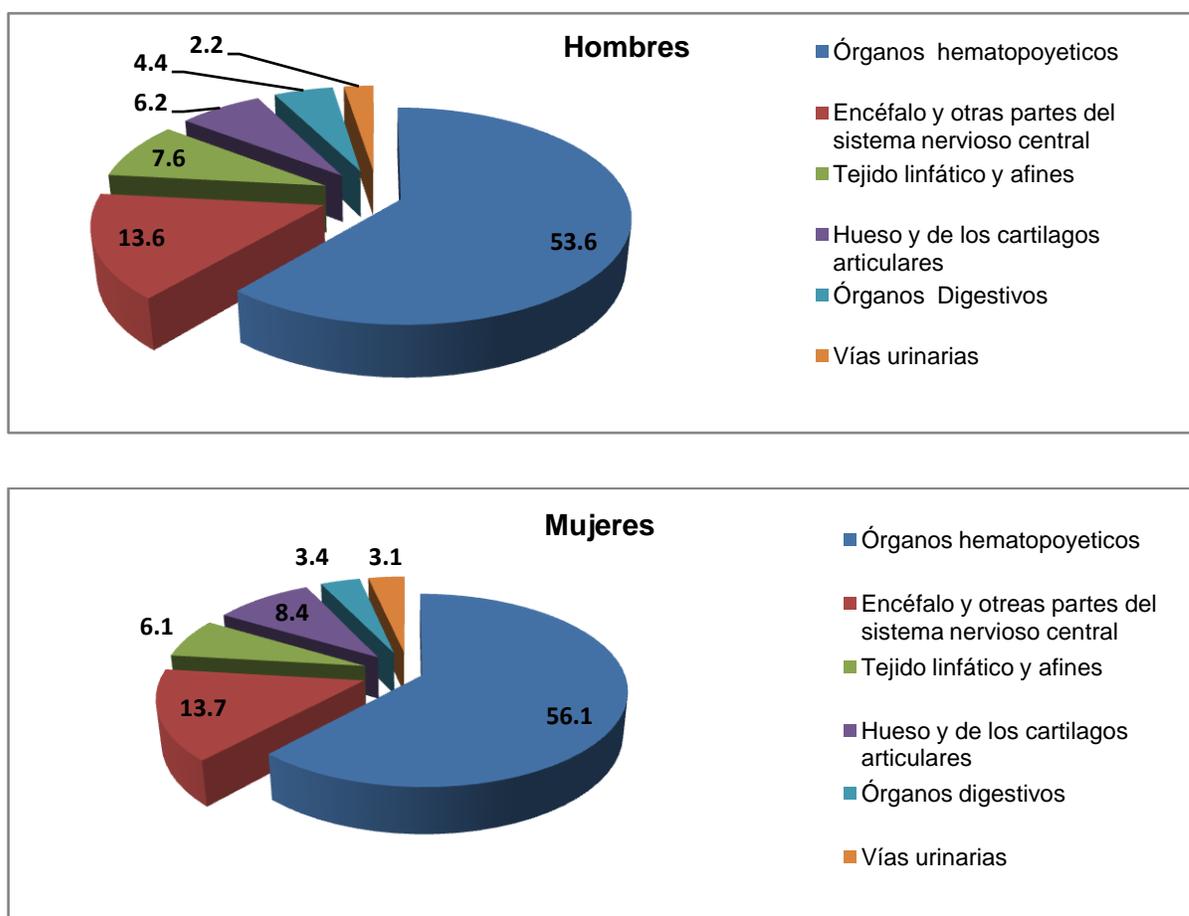
Por otro lado, los tumores del tejido linfático y afines, en el caso de los hombres menores de 20 años, se concentran en el caso de los varones en el grupo de 5 a 9 años (33 de cada 100) para después disminuir hasta llegar a 26 de cada 100 varones en el grupo de 15 a 19 años. En las mujeres adolescentes de 10a 14m años, los tumores de hueso y cartílagos articulares, tienen la incidencia más alta (54.1%) de igual manera que en las jóvenes (15 a 29 años, 27.3%) esto es relevante, pues generalmente este tipo de tumores requieren de cirugías radicales, que pueden generar discapacidad o limitación en la población que la padece, por lo que es importante, que tengan acceso a servicios integrales de salud para apoyar los cambios en su imagen corporal.

En 2010 se reportó que en México de cada 100 niños y jóvenes menores de 20 años con leucemia que fueron hospitalizados, 26 tienen menos de 5 años, 36 entre 5 a 9 años, 23 de 10 a 14 años y 15 entre 15 a 19 años. En general, los hombres son más afectados por este padecimiento en relación con las mujeres, excepto entre los hombres de 5 a 9 años, en donde las mujeres los superan en casi 3 puntos porcentuales (35.3% en hombres y 38% en mujeres) (INEGI, 2013).

Los datos en el 2011 revelan que del total de defunciones de la población menor de 20 años por tumores malignos, 54.7% de los casos fueron por cáncer en órganos hematopoyéticos, principalmente leucemia; seguido por las neoplasias malignas de encéfalo y otras partes del sistema nervioso central (13.5%); en tercer lugar por cáncer en hueso, cartílago articular (7.2%) y en tejido linfático, afines (7 %).

Por sexo se observa que es mayor la proporción de mujeres que fallecen por tumores malignos en órganos hematopoyéticos (56.1% mujeres y 53.6% hombres) seguidas por cáncer de encéfalo y otras partes del sistema nervioso central (13.7% niñas y 13.3% niños). Y la tercera causa de muerte varía para ambos sexos, siendo los tumores de tejido linfático y afines en los hombres (7.6%) y de hueso y cartílagos articulares para las mujeres (8.4%).

Figura 1 y 2. Porcentaje de defunciones en la población menor de 20 años, ocurridos por la presencia de tumores malignos, acontecidos durante el año 2011.



Nota: Adaptado de Estadísticas a propósito del día Mundial contra el cáncer. INEGI, 2013.

1.4 Tipos de cáncer en población infantil

Una vez descrita la estadística del padecimiento, ahora se describirán los principales tipos de cáncer que se presentan en la población infantil:

Leucemia

Es el cáncer que afecta la médula y los tejidos que fabrican las células de la sangre. Cuando aparece la leucemia, el cuerpo fabrica una gran cantidad de glóbulos blancos (linfocitos) anormales que no realizan sus funciones en forma adecuada. Por el contrario, esas células anormales invaden la médula y destruyen las células sanas de la sangre, haciendo que el paciente sufra de anemia, infecciones o moretones generalizados. Como resultado de esto, la médula cuenta con pocas células que le proporcionen inmunidad o protección biológica, lo que afecta también la producción de glóbulos rojos (eritrocitos) y plaquetas. La forma más frecuente de Leucemia en los niños es la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) la cual tiene una mayor prevalencia en niños que en niñas. La mayoría de los casos se cura gracias a los tratamientos de quimioterapia y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (INCan, 2013).

Linfomas

Un linfoma es una proliferación maligna de linfocitos (células defensivas del sistema inmunitario) generalmente dentro de los nódulos o ganglios linfáticos, pero que a veces afecta también a otros tejidos como el hígado y el bazo (Fundación Natalí Dafne Flexer [FNDF], 1995).

Dicho de otra forma, es un cáncer que se inicia en el tejido linfático. Durante el desarrollo de esta enfermedad se producen problemas en el funcionamiento del sistema inmunitario (las células encargadas de la defensa del organismo) que puede ser más severa cuanto más se haya diseminado la enfermedad. Además, si la médula ósea se ha visto afectada puede producirse anemia u otros cambios en las células de la sangre (FNDF, 1995).

Linfoma Hodking

Es uno de los tumores pediátricos con más índice de sobrevivencia. Los síntomas que presentan los niños que padecen este tipo de cáncer son hinchazón sin dolor de los ganglios linfáticos ya sea en el cuello o en el área debajo del brazo, fiebre que no cede ante medicamentos regulares, sudor nocturno y pérdida de peso (INCan, 2013).

Este tipo de cáncer se origina en el denominado tejido linfático dicho tejido comprende los ganglios linfáticos y los órganos relacionados que forman parte del sistema inmunológico y del sistema productor de sangre del cuerpo. Los ganglios linfáticos son órganos pequeños en forma de frijol que se encuentran debajo de la piel en el cuello, las axilas y la ingle. También se encuentran en muchas otras partes del cuerpo, por ejemplo dentro del tórax, el abdomen y la pelvis (INCan, 2013).

Linfoma No Hodgkin

Los linfomas no Hodgkin son tumores de los ganglios linfáticos periféricos, el timo o los órganos abdominales, como los intestinos, aunque también pueden presentarse en otros sitios. Este tipo de cáncer puede comprometer la médula ósea, la sangre, la piel y el sistema nervioso central (INCan, 2013).

Tumores del Sistema Nervioso Central

Los tumores que afectan al SNC con mayor frecuencia son las metástasis (cerebrales o intra-raquídeas) la forma en la que afecta este tipo de cáncer es por la obstrucción en la circulación del líquido cefalorraquídeo, los síntomas que presentan los niños son cefalea matutina, vómitos, convulsiones, somnolencia (FNDF, 1995).

Neuroblastoma

Es un tipo de cáncer que sólo se da en niños. Aparece a edades tempranas, un cuarto de los niños afectados presenta síntomas en el primer año de vida. El neuroblastoma se disemina rápidamente y en general es diagnosticado una vez que se ha esparcido. En este tipo de cáncer las células anormales se encuentran en el sistema nervioso del feto (FNDF, 1995).

Retinoblastoma

Es un tumor ocular que aparece en la retina, puede afectar un ojo u ambos. Se presenta en la infancia temprana y muestra un patrón hereditario en gran parte de los casos (FNDF, 1995).

Tumor de Wilms

Es un tumor que se desarrolla rápidamente en el hígado y aparece más frecuentemente en niños de entre 2 y 4 años de edad. El Tumor de Wilms en niños

se comporta de manera distinta que el cáncer de hígado en adultos, en niños la enfermedad hace metástasis en los pulmones. En el pasado la mortalidad por este tumor era muy alta. Actualmente con la combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia se ha avanzado en el control de la enfermedad (FNDF, 1995).

Tumores Óseos

Los huesos pueden ser el sitio donde otros tumores se diseminan, pero algunos tipos de cáncer se originan en el esqueleto, el más frecuente es el osteosarcoma. El cáncer de huesos pediátrico, ocurre a menudo durante el salto de crecimiento de la adolescencia y el 85 % de los adolescentes que lo padecen tienen el tumor en sus brazos o piernas, la mitad de ellos alrededor de la rodilla. Otro tipo de tumor óseo es el Sarcoma de Ewing, que a diferencia del anterior, no se le encuentra generalmente en los huesos largos, sino en las costillas (FNDF, 1995).

Rabdomiosarcoma

Es el sarcoma de tejidos blandos más frecuente en niños. Esta neoplasia extremadamente maligna se origina en el tejido músculo-esquelético. A pesar de que puede darse en cualquier lugar de este tejido, generalmente se encuentra en la cabeza y el cuello, en el tracto genito-urinario o en las extremidades (FNDF, 1995).

1.5 Características del cáncer

El cáncer es una de las enfermedades que causa mayor número de muertes en todo el mundo. En países desarrollados la principal causa son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer se ubica en la segunda posición; mientras que en los países en desarrollo figura entre las tres principales causas por debajo de las enfermedades pulmonares crónicas y las enfermedades cardiovasculares. La Organización Mundial de la Salud calcula que en 2005 murieron de cáncer 7,6 millones de personas y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones. En los países con ingresos económicos bajos y medios se producen más del 70% de todas las muertes por cáncer, esto debido a que en estos países no se cuenta con los recursos disponibles para implementar medidas que podrían aumentar el índice de sobrevivencia, mientras que los países más desarrollados emplean medidas como la prevención, el diagnóstico oportuno y

tratamiento lo que disminuye de manera considerable la tasa de mortandad en estos países (OMS, 2007).

Un 12.5% del total de causas de muerte se atribuye al cáncer, porcentaje que supera al total de muertes debidas al SIDA, la tuberculosis y la malaria consideradas conjuntamente. El cáncer es un problema de salud pública en todo el mundo y afecta a personas de todas las edades y condiciones: niños, jóvenes y ancianos; ricos y pobres; hombres y mujeres (OMS, 2007).

El cáncer comienza en las células que forman los tejidos del cuerpo, normalmente se forman nuevas células a medida que se necesitan para remplazar las células viejas que mueren. El comportamiento normal de las células que conforman el cuerpo es el siguiente: crecer, dividirse y morir de una manera ordenada. Sin embargo en ocasiones este proceso no sucede de esta manera y se forman células nuevas que no son necesarias además de que las células viejas no mueren (Cooper, 1986) es decir existe un crecimiento incontrolado de las células que además poseen la capacidad de invadir, destruir y reemplazar progresivamente los órganos y tejidos vecinos, así como de esparcirse al ser arrastradas por la sangre o corriente linfática y anidar en lugares lejanos al foco de origen. Este proceso es el que es conocido como metástasis; aunque existen mucho tipos de cáncer todos se originan debido a este descontrol que existe en las células (Grau, 2002).

Como anteriormente se mencionó el cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, aunque no se conoce cuál es el agente determinante para que este padecimiento se presente, de acuerdo con las investigaciones realizadas se tiene conocimiento de que la interacción de factores genéticos y externos (físicos, químicos y biológicos) son los responsables en la génesis de las células cancerosas, la cual comienza con daños en el ADN (Acido Desoxirribonucleico) que posee cada célula. Esta sustancia se encuentra en todas las células que conforman el cuerpo humano, y su tarea es dirigir sus funciones. Lo que ocurre en las células cancerosas es que el ADN no se repara, es decir no puede volver a regenerarse y funcionar de manera optima. Las personas pueden heredar ADN dañado, que es responsable de los tipos de cáncer hereditarios. Sin embargo,

en muchas ocasiones el ADN de las personas se daña como consecuencia de los estilos y hábitos que tienen las personas (OMS, 2007).

Las células que se comienzan a presentar en exceso dan origen a la formación a lesiones precancerosas y posteriormente a masas tumorales, aunque existen dos tipos de tumores, los tumores benignos y los malignos, sin embargo son estos últimos los que conforman el cáncer (OMS, 2007).

Tumores Benignos

Este tipo de tumor no crece en forma desproporcionada ni agresiva, no invade tejidos adyacentes y no hace metástasis a tejidos u órganos distantes. Las células de tumores benignos permanecen juntas y a menudo son rodeadas por una membrana de contención o cápsula. Los tumores benignos no constituyen generalmente una amenaza para la vida. Generalmente pueden retirarse o extirparse y, en la mayoría de los casos no reaparecen (OMS, 2007).

Tumores Malignos

Los tumores malignos son cancerosos. Las células cancerosas pueden invadir y dañar tejidos y órganos cercanos al tumor. Las células cancerosas pueden separarse del tumor maligno y entrar al sistema linfático o al flujo sanguíneo, que es la manera en que el cáncer alcanza otras partes del cuerpo. Según lo reportado por el INCan (2013) existen alrededor de 100 diferentes tipos de cáncer, los cuales son nombrados de acuerdo al órgano que se ve afectado y en donde comienza la desorganización de las células.

De acuerdo con las características y el origen de cada tipo de cáncer pueden ser agrupados en categorías más amplias, como lo son:

Leucemia: Cáncer cuyo origen es la medula ósea que provoca un aumento incontrolado de Leucocitos (glóbulos blancos) estas células se distribuyen a través del torrente sanguíneo.

Linfoma: es el tipo de cáncer que se origina en el sistema linfático, existen dos tipos, el de Hodking y el no Hodking.

Carcinoma: cáncer que se origina en las capas que conforman la piel o en células que la pigmentan, así como en tejidos que revisten o cubren los órganos internos.

Sarcoma: cáncer que comienza en un tejido conjuntivo como puede ser en hueso, cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos.

Mieloma: cáncer de las células plasmáticas, que son un tipo de glóbulos blancos, el tumor que se produce por el exceso de las células se ubica en la médula ósea.

Cáncer del sistema nervioso central: se originan en los tejidos como el cerebro y la médula espinal.

1.6 Medios de diagnóstico

Cuando se presentan una serie de síntomas en el paciente que alerta al médico sobre una posible presencia de cáncer este deberá de confirmarlo mediante las siguientes formas de diagnóstico:

❖ Aspirado de Médula:

El médico limpia la piel y aplica un medicamento anestésico (anestesia local) al área y superficie del hueso después se inserta una aguja en la cavidad del hueso para extraer una pequeña cantidad de líquido de la médula ósea y poder examinarlo bajo el microscopio (Díaz, Cortés, Gascón y Guillem, 2007).

❖ Biopsia:

Es un procedimiento que puede realizarse de tres maneras de acuerdo con las características del paciente (Díaz et al., 2007):

- a) Biopsia por punción (percutánea) se extrae tejido utilizando un tubo hueco llamado jeringa. Se pasa una aguja varias veces a través del tejido que se va a examinar. El cirujano utiliza la aguja para extraer la muestra de tejido. Las biopsias por punción a menudo se llevan a cabo utilizando rayos X.
- b) Una biopsia abierta es un procedimiento quirúrgico en el que se utiliza anestesia general. Esto significa que uno permanece relajado (sedado) o dormido y sin sentir dolor durante el procedimiento, el cual se lleva a

cabo en el quirófano de un hospital. El cirujano hace una incisión en el área afectada y extrae el tejido.

c) En una biopsia cerrada, se utiliza una incisión quirúrgica mucho más pequeña que en la biopsia abierta. Se hace una pequeña incisión de manera que se puede introducir un instrumento similar a una cámara, el cual ayuda a guiar al cirujano al lugar apropiado para tomar la muestra.

❖ Exámenes de química sanguínea:

Se realizan para conocer el nivel de proteínas, así como conocer la función hepática y la función renal (Díaz et al., 2007).

❖ Conteo sanguíneo completo:

A través de una toma de sangre del paciente, se obtiene el número tanto de glóbulos rojos (eritrocitos) como de glóbulos blancos, así como el nivel de hemoglobina en la sangre (Díaz y García, 2000).

❖ Tomografía axial computarizada (TAC):

Técnica radiológica que mediante el cálculo matricial, permite visualizar el interior del cuerpo como los órganos internos, huesos, tejidos blandos o vasos sanguíneos, las imágenes son vistas en tres dimensiones; favoreciendo la localización del órgano afectado y las metástasis posibles.

❖ Resonancia Magnética:

Es un examen imagenológico que utiliza imanes y ondas de radio potentes para crear imágenes del cuerpo. Se utiliza un medio de contraste las imágenes por resonancia magnética solas se denominan cortes. Este examen permite ver la extensión tumoral principalmente en neoplasias óseas y del Sistema Nervioso Central (Díaz y García, 2000).

1.7 Medios de tratamiento

Después de confirmado el diagnóstico, considerando las características del paciente y del cáncer que esté presente, se deberá establecer el plan terapéutico a seguir. Los medios de tratamiento más utilizados son los siguientes:

❖ Quimioterapia:

Es el uso de medicamentos que se aplican de manera regular ya sea por vía oral o bien intravenosa. La finalidad de este medio de tratamiento es atacar a las células cancerosas o bien impedir que el cáncer se propague, así como tratar la metástasis que pueda existir. El médico responsable es quien debe de determinar la duración del intervalo ya que debe ser una administración cíclica, esto deberá realizarse de acuerdo con las características del paciente (Díaz et al., 2007).

La quimioterapia actúa en las células que se dividen rápidamente, esta es una característica de las células cancerosas, sin embargo existen otras células sanas en el cuerpo que funcionan de esta manera, como lo son las células de la sangre, las que revisten el tubo digestivo y las del cabello, por lo que la quimioterapia también puede afectarlas cuando esto ocurre se presenta una serie de efectos secundarios en el paciente, estos efectos dependerán del tipo de medicamentos administrados, la cantidad utilizada, así como la duración que haya tenido el tratamiento. Los efectos secundarios más comunes son:

- Mayor tendencia a tener infecciones
- Cansancio
- Sangrado, incluso durante actividades cotidianas
- Dolor debido al daño a los nervios
- Boca seca, úlceras bucales o hinchazón en la boca
- Inapetencia y decremento notablemente de peso
- Malestar estomacal, vómitos y diarrea

❖ Radioterapia:

Esta técnica se basa en radiaciones de alta energía hacia las células cancerosas. Dado que la radiación es más dañina para las células que se reproducen rápidamente, la radioterapia causa más daño a las células cancerosas que a las células normales. Esto impide que las células cancerosas crezcan y se dividan, esto lleva a que se presente muerte celular (Díaz et al., 2007).

La radioterapia se usa para combatir muchos tipos de cáncer y algunas veces, es el único tratamiento necesario. Igualmente, se puede utilizar para:

- Reducir el tamaño de un tumor, lo más que se pueda, antes de una cirugía.
- Ayudar a evitar que el cáncer reaparezca después de la cirugía o la quimioterapia.
- Aliviar los síntomas causados por un tumor.
- Tratar cánceres que no se pueden extirpar con cirugía.

Los efectos secundarios que sufren los pacientes que se someten a este tipo de tratamiento dependerán del tipo de radiación recibida así como de la duración de ésta. Algunos de los efectos secundarios son:

- Adelgazamiento del tejido cutáneo
- Desprendimiento de epidermis
- Reacciones en la piel
- Caída de pelo en la zona que es radiada
- Cansancio

❖ Cirugía:

La cirugía sigue siendo un arma terapéutica esencial en muchos tumores sólidos, por ejemplo: Wilms, sarcoma de partes blandas, neuroblastoma, osteosarcoma, retinoblastoma, tumores testiculares, del ovario, cerebrales, sarcoma de Ewing. Para que la cirugía sea completamente eficaz se precisa extirpar parte del tejido que rodea al tumor para asegurarse de eliminar todas las células cancerosas, si de acuerdo con el estudio clínico e imagenológico realizado los tumores se consideran inoperables, se realiza quimioterapia previa para reducir el tamaño tumoral (Díaz et al., 2007).

❖ Inmunoterapia:

La inmunoterapia (también llamada terapia biológica o bioterapia) es un tipo de tratamiento para el cáncer que utiliza el sistema inmunológico (glóbulos blancos) del cuerpo para combatir el cáncer. Se pueden estimular a los glóbulos blancos de diferentes formas para así incentivar la respuesta inmune del cuerpo al cáncer con poco o con ningún efecto en los tejidos sanos (Díaz et al., 2007).

Se debe destacar que para que un tratamiento sea exitoso y se logre la sobrevivencia del paciente, deben considerarse diversos factores, como son

los individuales, los propios del tumor y los institucionales. Dentro de los factores individuales es sumamente importante reducir el tiempo que tarda una persona en buscar atención médica, así bien, es necesario considerarlos síntomas, la edad del paciente, el sexo, el estado inmunitario, estado psicológico así como el económico y el estado de salud en general. En lo que refiere a las características del tumor están, la localización en el cuerpo que este tenga, el estadio (o nivel de diseminación), grado de diferenciación histológica, su agresividad y si presenta metástasis. Finalmente entre los institucionales se encuentran la accesibilidad a los servicios de salud, la capacidad del personal para otorgar un diagnóstico, así como para seguir un tratamiento idóneo, los estudios de gabinete realizados al paciente (humanos, capacidad y recursos físicos)(Díaz y García, 2000).

Si el tratamiento tiene éxito logrará erradicar la presencia del cáncer, sin embargo podría tener efectos a largo plazo, entre los que están:

- Disfunciones neurológicas y dificultades en el aprendizaje: estas disfunciones se presentan como consecuencia de la radioterapia o la quimioterapia ya que intervienen en el sistema nervioso.
- Cambios físicos: estos cambios pueden ser de manera permanente como puede ser cicatrices derivadas de una cirugía, pérdidas de piezas dentales; o bien cambios temporales como la pérdida de cabello o de peso, estos cambios pueden producir cambios en la autoestima.
- Disfunción de los sistemas: gonadal, endócrino, hepático, pulmonar, cardiaco y genitourinario.
- Retraso en el desarrollo sexual.
- Deficiencias inmunológicas.
- Desarrollo de nuevos tumores (Miller y Haupt, 1984; Couselo, 1999; Barahona, 1999; citados en Grau, 2002).

1.8 Epidemiología en México

Nuestro país tiene un sistema de salud que de acuerdo con los datos encontrados resulta deficiente ya que las enfermedades que pueden tener un nivel de prevención, siguen presentándose con un alto índice como lo son las enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes mellitus (INEGI, 2013).

Según lo que se encontró a través del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el año 2010 se reportó un total de 74 685 muertes por cáncer. Las principales causas de muerte por cáncer en el año 2010 fueron: cáncer de pulmón 6 795 casos (6 225 en el año 1998) cáncer de estómago 5 599 casos (4 697 en el año 1998) cáncer de próstata 5 508 casos (3 542 en el año 1998) cáncer de hígado, cáncer de mama 5 094 casos (3 405 en el año 1998) cáncer de colon y recto 4 056 casos (2 386 en el año 1998) y cáncer cervicouterino (CaCu) 3 959 casos (4 545 en el año 1998). Pese a los datos encontrados donde se ve un incremento en la incidencia de casos por tipo de cáncer, existe una única disminución notable de mortalidad por cáncer que ocurre en pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino, donde se observa una reducción cercana al 13%. Estos datos determinan que cada día mueren en México 204 personas por cáncer o el equivalente a “8.5 personas” cada hora (Aldaco, Pérez, Cervantes, Torrecillas y Erazo, 2012).

Los tipos de cáncer que se presentan en hombres y en mujeres son diferentes, las principales causas de muerte por cáncer en la población femenina son: cáncer de mama (13.3%) cervicouterino (CaCu) (10.4%) hígado (7.3%) y estómago (6.8%). Por otro lado, en los varones el primer lugar lo ocupa el cáncer de próstata (15%) seguido por el de pulmón (12%) estómago (8.1%) e hígado (7%). El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en México, sin embargo, la tasa de mortalidad disminuyó 0.4 (6.4 en 2000 y 6 en 2010).

En México, la primera causa de muerte en mujeres entre los 30 a 59 años de edad es el cáncer, mientras que entre los 15 y 29 años es la segunda causa. En los hombres de 30 años y mayores, los tumores malignos son la tercera causa de

muerte. En la actualidad existe poca información y de difícil acceso para poder determinar de forma clara el impacto del cáncer en México.

1.9 Mortalidad general y por cáncer en México 2000-2010

En el año 2010 fallecieron un total de 592 018 personas en el país por diversas causas, de las cuales 74 685 fueron por cáncer, lo que equivale al 12.6 del total de eventos. En el año 2000 se reportaron 437 667 fallecimientos, de los cuales 57 784 fueron por cáncer, lo que representó el 13.2% del total (Aldaco et al., 2012).

1.10 Psicooncología

La labor del psicólogo en el área oncológica resulta imprescindible, existen numerosos estudios que nos confirman la imposibilidad de afrontar el cáncer pediátrico desde un abordaje exclusivamente médico debido a que las dificultades que presentan los pacientes con enfermedades oncológicas afectan su estado anímico, así también genera condiciones difíciles de afrontar debido al desarrollo cognitivo y emocional con el que el niño cuenta (Celma, 2009).

La salud es la primera pérdida a la que se enfrenta un enfermo con cáncer, pasando por el desgaste emocional ante el diagnóstico, así como el doloroso tratamiento, para finalizar con los problemas físicos y emocionales al reintegrarse social y familiarmente. Se ha observado que estas etapas siempre van acompañadas de alteraciones psicológicas a causa de la dificultad para comprender y asimilar la información. Los niños que padecen cáncer deberán enfrentar diversas situaciones como por ejemplo: efectos secundarios (somáticos y cognoscitivos) como lo son cambios en el ciclo normal del desarrollo, interrupción escolar y diversas situaciones, además si el paciente pediátrico logra curarse, existe el miedo a la recaída, así como la incertidumbre al recibir informes de su médico, todas estas situaciones representan fuentes de estrés significativas para el niño (Rubio, 2009).

El trabajo interdisciplinario en la oncología pediátrica permite que la psicooncología se ocupe de los aspectos físicos, emocionales, conductuales y sociales referentes a la enfermedad. Debido a su temprana edad, los niños se encuentran íntimamente ligados a sus padres y a su familia, la intervención

psicológica en las distintas fases de tratamiento del niño y del adolescente oncológico debe tener siempre en cuenta que se trata de adolescentes en desarrollo (Celma, 2009).

El apoyo psicológico que debe recibir un paciente con cáncer es primordial desde que ingresa al ambiente hospitalario, al informarle su diagnóstico, durante el tratamiento y la vigilancia o como parte integral del cuidado paliativo al final de la vida si no se logra la curación; cada vez que se inicia una de estas etapas los pacientes, así como sus familias se enfrentan a una serie de circunstancias complejas y difíciles de comprender o aceptar, las cuales producen cambios emocionales que repercutirán en el futuro. Por lo tanto, la atención psicológica servirá de apoyo a los médicos y familiares al momento de tomar decisiones que favorezcan la calidad de vida del paciente, en el caso particular de los niños que padecen cáncer este apoyo resulta primordial debido a que son los padres quienes deberán contar con habilidades que faciliten la trasmisión de actitudes positivas frente al padecimiento (Celma, 2009).

En términos generales podemos decir que la intervención psicológica en este campo está orientada a favorecer la adaptación del niño y su familia a los tratamientos largos y agresivos, a ayudar a recuperar el funcionamiento cotidiano y en términos generales a mejorar la calidad de vida del paciente (Grau, 2002).

1.11 Estado psicológico de los niños con cáncer

Gracias a la labor del psicólogo y a los avances médicos cada día se logra que el índice de sobrevivencia de los pacientes pediátricos aumente, sin embargo lamentablemente, este progreso no está exento de costos para los supervivientes. Los niños deben aprender a convivir con la incertidumbre de una recaída, las secuelas del tratamiento y revisiones periódicas que se prolongan en el tiempo y que a menudo implican el uso de procedimientos médicos aversivos (Bragado y Fernández, 1996).

Debido a esta nueva condición crónica del cáncer, el campo actual en psicooncología pediátrica se interesa, entre otros aspectos, por el estudio de las consecuencias psicológicas derivadas de la enfermedad y su tratamiento.

El padecer cáncer implica para un niño una serie de cambios a su habitual ritmo de vida, enfrentarse a procedimientos médicos dolorosos, ser hospitalizado, etcétera. Además de que por su edad no tiene la madurez cognitiva y emocional para poder comprender lo que está sucediendo, los hallazgos teóricos indican que estas condiciones colocan a la población pediátrica en riesgo de experimentar dificultades psicológicas a corto mediano e incluso largo plazo (Bragado, 2009).

CAPÍTULO 2

ESTRÉS

2.1 Antecedentes

Al igual que muchas otras palabras el término estrés es anterior al uso que conocemos en la actualidad. La palabra estrés deriva del griego “Stringere” que significa provocar tensión, esta palabra se utilizó por primera vez en el siglo XIV para expresar dureza, adversidad aflicción, desde entonces se empleó en diferentes textos de inglés como stress, stret, stresse, straise. El concepto de estrés continuó siendo utilizado en la medicina del siglo XIX, donde fue concebido como la pérdida de la salud (Lazarus y Folkman, 1991).

En el mundo que vivimos hoy el estrés es un constructo que ha impactado de manera muy importante en los diferentes ámbitos en donde cada una de las personas se desenvuelve, como pueden ser: el ambiente familiar, en la pareja, en la relación padres e hijos, en el desempeño académico, en el ámbito laboral etcétera.

Como bien lo señala Trianes (1999) es importante tomar en cuenta que todo el mundo ha experimentado y en cierto modo se aprecia de estar soportándolo o haber soportado estrés, alguna vez a lo largo de su desarrollo. En la actualidad es un concepto ampliamente utilizado por médicos, sociólogos, psiquiatras, psicólogos y por la gente en general con respecto a esta idea Hans Seyle (en Galán y Camacho 2012) quien sin duda es una de las personas que más ha contribuido al conocimiento del estrés señalaba lo siguiente:

"Hoy día todo mundo habla de estrés. Usted puede oírlo no solo en las conversaciones diarias, sino también a través de la televisión, la radio, el diario y el elevado número de fuentes de estrés, cursos dedicados a este tópico. Todavía muy poca gente define el concepto con el mismo sentido o se preocupa de intentar una clara definición. La palabra estrés, como éxito, fracaso o felicidad, significa cosas distintas para diferentes personas ...¿es el estrés esfuerzo, fatiga, dolor, miedo, necesidad de concentración, humillación por censura,

pérdida de sangre, e incluso un suceso inesperado que requiere una completa reestructuración de la propia vida? el hombre de negocios piensa de él como si se tratara de una frustración o tensión emocional, el controlador aéreo como un problema de concentración, el bioquímico y el endocrinólogo como un fenómeno puramente químico, el atleta como una tensión muscular" (Selye, 1983; en Galán y Camacho 2012 p.5).

Múltiples han sido las definiciones propuestas para el concepto de estrés, pero fue en 1936 cuando el médico austro-canadiense ya antes mencionado Selye, quien a partir de la experimentación con animales, define por primera vez el estrés como una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y siempre igual al factor estresante mediante cambios en los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico. Esta respuesta se presenta ante distintos estímulos tanto internos como externos (en los que se encuentran los de origen psicológico). Una reacción que él llamó Síndrome General de Adaptación (SGA) en efecto para Selye, el estrés no era una demanda ambiental, si no un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda (Jiménez, 2012).

Para este médico, la respuesta del organismo fue concebida como un proceso en tres fases distintas, las fases del SGA ante una situación estresante son las siguientes:

1. Reactivación de alarma: es la primera reacción del organismo, donde se activa el sistema simpático, la cual conlleva la movilización por parte del organismo, en este proceso se presentan una serie de síntomas fisiológicos entre los que está el aceleramiento del ritmo cardiaco, la elevación de la tensión arterial y la tensión en los músculos, en una contra respuesta a estas reacciones se activan los recursos posibles para hacer frente al desafío que se le plantea.

2. Fase de resistencia: el organismo mantiene hiperactivados los sistemas sanguíneo, respiratorio y hormonal, mientras siga estando presente el estímulo causante de la amenaza y se encuentra dispuesto para hacerle frente. Si el agente

persiste durante un período de tiempo largo, se iniciará la fase de agotamiento.

3. Fase de agotamiento: Tras un período de agotamiento originado a causa de una tensión excesiva, el organismo sólo puede restablecer su capacidad de resistencia a nuevos acontecimientos, tras un período más o menos prolongado de descanso; pero aún entonces la capacidad de adaptación del organismo estaría en un nivel inferior al inicial, por lo cual no se podría hablar de un completo restablecimiento.

Desde su uso inicial el concepto estrés se ha ligado al término de homeostasis. En 1932, Cannon (citado en Galán y Camacho, 2012) lo definió como la capacidad que tiene todo organismo para mantener constante un equilibrio, en ella intervienen los mecanismos que reaccionan ante situaciones donde es probable recibir agresión, para este autor el estrés sería una homeostasis fisiológica o normal, en cambio el distrés sería la adaptación patológica, es decir, que se debería hablar de distrés, cuando vulgarmente hablamos de estrés. Al respecto, Belloch, Sandín y Ramos (1995) definieron el estrés como una reacción de lucha o huida ante estímulos amenazantes externos o internos.

De la propuesta hecha por Selye (citado en Jiménez, 2012) surgieron una serie de trabajos experimentales con animales que tenían por objetivo dilucidar la manera en que interactuarían determinadas contingencias ambientales y diferentes estructuras, así como sus correspondientes funciones biológicas, en estos experimentos se expuso a organismos no humanos y humanos a situaciones potencialmente estresantes y se observaron las respuestas en el sistema endocrino, cardiovascular e inmune. En ese momento el estrés se conceptualizó como un fenómeno biológico que podía ser estudiado en cuanto a las reacciones desencadenadas, a partir de la noción de relaciones de contingencias (Greenber, Carr y Summers, 2002; en Galán y Camacho, 2012).

En cuanto a la psicología el término fue ampliamente utilizado como una estructura organizadora para pensar en psicopatología, como lo es la teoría de Freud en donde uno de sus planteamientos es que la ansiedad secundaria a conflictos

sirve como señal de peligro para poner en marcha mecanismos de defensa, entendidas como formas insatisfactorias de afrontamiento que producían modelos de sintomatología cuyas características dependerían del tipo de defensa que empleara la persona (Lazarus y Folkman, 1991).

Durante la segunda guerra mundial nuevamente el término estrés continuó siendo utilizado debido a que a los militares les interesaba saber el efecto que producía el estrés sobre el rendimiento de los soldados en combate, puesto que este podía aumentar los riesgos a los que se encontraban expuestos, que iban desde lesiones hasta la muerte, lo que afectaba de manera automática al grupo. Los militares observaron que dentro del grupo había soldados que quedaban inmovilizados, paralizados en momentos muy críticos en los que se necesitaba de su reacción inmediata es por ello que se pensó que los soldados que reaccionaban de esta manera sufrían de mayores niveles de estrés que aquellos que tenían una reacción más efectiva en los momentos de guerra.

Lazarus en 1966 (citado en Galán y Camacho, 2012) añadió el componente psicológico al estudio del estrés, ya que para él la percepción individual de amenaza podía determinar si un estímulo nocivo era capaz de producir los efectos que surgían ante la reacción de estrés. Lazarus, señaló que diferentes estímulos psicológicos podían desencadenar las mismas reacciones de estrés.

Lazarus y Folkman (1984) consideraron insuficientes las teorías que trataban de explicar el concepto de estrés, por lo que propusieron una conceptualización donde se tomaba en cuenta dos aspectos para que se presente el estrés **1)** debe existir la presencia de un factor estresor. **2)** el cual actúe sobre un sujeto susceptible.

Estos autores definieron el estrés como un proceso con dos fases: en la primera, llamada valoración primaria, la persona percibe un acontecimiento de naturaleza impactante. En la segunda, llamada valoración cognitiva, la persona se da cuenta de que no tienen recursos suficientes para afrontar la fuente de estrés. De aquí surge el estrés, dependiendo pues de la valoración subjetiva que hace la

persona, estrictamente individual y no generalizable. De modo que ante condiciones ambientales que puedan ser una importante fuente de estrés, la respuesta que daría cada persona mostraría siempre un amplio abanico de diferencias individuales.

2.2 Modelos básicos de estrés

De acuerdo con los estudios realizados por diversos autores sobre el estrés, existen tres modelos básicos (Barcelata, 2011):

- Un modelo que considera al estrés como respuesta o desenlace
- Segundo modelo que refiere al estrés como un estímulo
- Tercer modelo el estrés visto como un proceso

El primer modelo que concibe al estrés como respuesta está asociado a la respuesta emitida por el sujeto, Selye se refiere a este tipo de estrés como la reacción del organismo ya sea psicológica, sociológica o comportamental. Mientras el modelo que asume al estrés como estímulo focaliza la atención sobre los estresores (que puede ser cualquier evento) que requieren de cualquier respuesta adaptativa, en este contexto estrés es cualquier situación o experiencia externa que actúa sobre un objeto o sobre una persona. Finalmente el estrés puede ser definido como la relación estímulo - respuesta, esto quiere decir que se hace referencia a la interacción entre los estímulos del ambiente y las respuestas dadas por el individuo. Para este modelo el término estresor es a menudo usado para referirse a las condiciones ambientales y organizacionales, mientras el término estrés serán las series de respuestas del individuo ante el estresor (Omar, 1995).

En la actualidad el tercer modelo, es el de mayor aceptación por lo que ha sido utilizado por varios investigadores. Lazarus y Folkman (1991) integraron en su modelo las concepciones anteriores de respuesta, estímulo y lo consideran *"una relación particular entre el individuo y su entorno que es evaluado por aquel como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar"* (pag.43). Esta perspectiva, considera el estrés como un proceso de negociación entre el medio ambiente y los recursos del individuo, ya que aún cuando el estímulo represente de forma clara una amenaza de tal magnitud que casi todo el mundo lo considere inminentemente un gran peligro, existen variaciones individuales en el

grado que tal acontecimiento sea evaluado como estresante, así como en sus efectos cuantitativos y cualitativos sobre la respuesta.

Es decir, los grandes pioneros del estrés lo conciben como un proceso, resultado de una evaluación de daño/pérdida, de amenaza o desafío. Daño/pérdida, se refiere cuando un hecho ya ha ocurrido, es decir el hecho está consumado y la persona deberá enfrentarse a las consecuencias, en el segundo caso aún no ha ocurrido sin embargo podría ser inminente y en el tercero, una demanda estresante nos pone en el juego de ganar o perder al hacerle frente (Lazarus y Lazarus, 2006).

Lazarus (1991) señala que para llevar a cabo esta evaluación influyen diversos factores personales como lo son:

- Compromisos
- Motivaciones
- Creencias
- Expectativas

Aunque se reserve el término "estrés" para la experiencia del sujeto, tal experiencia, desde luego tiene un origen que se refiere a situaciones. A partir de ahí se abre el tema de las fuentes del estrés, de las cualidades de los acontecimientos que los constituyen en generadores de la experiencia de estrés (Fierro,1997).

Con respecto a lo anterior, existen tres factores que permite definir a los estresores como: pérdida, amenaza o daño. Alguno de estos elementos parece subyacer a las distintas descripciones y taxonomías de los eventos potencialmente creadores de estrés. Pero también hay otros elementos, no fácilmente reducibles a esa tríada y que suscitan estrés: los "desafíos" del entorno, la novedad o la ambigüedad de los eventos, el exceso de información y/o estimulación (Fierro,1997).

Como lo plantea el modelo de Lazarus y Folkman (1991) el estrés es producto de la interacción entre el individuo y su entorno, parte del trabajo de Lazarus fue identificar las características que hacen que los acontecimientos se vuelvan situaciones estresantes, por lo que habla de la novedad, la inminencia, la predictibilidad, la duración, la incertidumbre, la ambigüedad, la cronología además de que considera los acontecimientos ocultos y la suma de acontecimientos menores.

Lazarus plantea que existen propiedades formales, que ocasionan que en una situación se encuentre la posibilidad de amenaza, daño o desafío. En cuanto a estas características menciona lo siguiente:

- Una situación completamente nueva será capaz de provocar amenaza solo si ciertos aspectos de ella se han relacionado psicológicamente alguna vez con daño.
- Hay una preferencia de los sujetos por los estímulos predecibles.
- La incertidumbre máxima suele ser estresante, puede tener un efecto inmovilizador sobre los procesos anticipatorios de afrontamiento y también puede provocar confusión mental.
- Generalmente, cuanto más inminente es un acontecimiento más urgente e intensa es su evaluación, cuanto menos inminente resulta, más complejo es el proceso de evaluación correspondiente.
- Aunque el tiempo puede aumentar la sensación de amenaza, también puede permitir al individuo dominarla mediante el afrontamiento cognitivo de las demandas de la situación, en cuyo caso el aumento del tiempo de anticipación puede producir una reducción en las reacciones desarrolladas ante el estrés.
- En cuanto a la incertidumbre, ésta genera una actividad de afrontamiento que reduce las reacciones al estrés.
- La ambigüedad puede aumentar la amenaza si existe la predisposición a ella o bien si existen otras señales que indican daño, también puede reducir esta sensación permitiendo interpretaciones alternativas del significado de la situación.
- Y finalmente la cronología de los acontecimientos estresantes dentro del ciclo vital puede afectar también su evaluación ya que los acontecimientos a destiempo son más amenazantes porque no son esperados y, por tanto, privan al individuo del apoyo del grupo, de la sensación de satisfacción plena que acompañaría al mismo acontecimiento de haber ocurrido en su momento, o de la oportunidad de preparar o establecer un afrontamiento anticipatorio.

Debemos tener siempre en mente que de acuerdo con el modelo abordado, los factores individuales, situacionales son siempre interdependientes y su importancia en el estrés y en el afrontamiento deriva de los procesos cognitivos que lo soportan (Lazarus y Folkman, 1991).

Dentro del fenómeno de estrés, se lleva a cabo una evaluación cognitiva,

que es definida como un proceso evaluativo, que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno puede llegar a ser estresante.

Para Lazarus y Folkman (1991) existen tres clases de evaluación cognitiva que se llevan a cabo ante la presencia de estrés las cuales son: primaria, secundaria y reevaluación.

- Evaluación primaria, en ella se evalúa una situación como irrelevante, positiva o negativa, amenazante, o estresante así como la consecuencias presentes y las futuras del mismo. Las valoraciones estresantes pueden tomar tres formas: de daño/pérdida, de amenaza y de desafío. El daño/pérdida se refiere al perjuicio que el individuo ha sufrido ya, la amenaza se refiere a la anticipación de daños o pérdida, y el desafío hace referencia a aquellos acontecimientos que significan la posibilidad de perder o de ganar. La amenaza y el desafío no son polos opuestos de un mismo eje: pueden ocurrir de forma simultánea y deben considerarse por separado, aunque con frecuencia se hayan relacionados en la interpretación del acontecimiento.
- La evaluación secundaria es una valoración relativa a lo que debe y puede hacerse, es decir, se analizan las capacidades y recursos del organismo para hacer frente a la situación. Incluye la valoración de la posible eficacia de las estrategias de afrontamiento, de la posibilidad de que una estrategia determinada pueda aplicarse de forma efectiva y la evaluación de las consecuencias de utilizar una estrategia determinada en el contexto de otras interpretaciones y demandas internas y/o externas.
- La reevaluación se refiere a un cambio efectuado en una evaluación previa a partir de nueva información recibida del propio individuo y/o del entorno. Una reevaluación difiere de una evaluación tan solo en que la primera sigue a una evaluación previa. Algunas veces, las reevaluaciones son resultado de esfuerzos cognitivos de afrontamiento: estos son llamados reevaluaciones defensivas.

Un hecho importante de la evaluación cognitiva es que ésta, así como los procesos que ocurren en ella, no son necesariamente conscientes, como tampoco son siempre accesibles los datos que la configuran. La evaluación cognitiva también

puede estar determinada por datos de los que el individuo no tiene consciencia.

De acuerdo con los datos arrojados en estudios actuales, se conoce que las fuentes de estrés cambian a medida que el individuo envejece y como consecuencia de ello, el afrontamiento también ha de variar para poder atender las nuevas demandas. Existen diferentes clasificaciones de los sucesos que provocan estrés. Una de las clasificaciones es hecha por Lazarus y Folkman (1991) quienes consideran dos tipos de eventos: eventos mayores y eventos menores, los que ocurren en función de la naturaleza e impacto en el individuo. Otra clasificación es la de Belloch et al. (1995) quienes consideran los sucesos vitales (eventos intensos y extraordinarios) los sucesos menores o estresores diarios (más frecuentes pero menos intensos) y las situaciones de estrés o tensión crónica.

En relación con diversas investigaciones con respecto a las clasificaciones de los eventos capaces de provocar estrés (Dohrenwend y Dohrenwend, 1984; Sandler y Guenther, 1985; en Belloch et al., 1995) se han definido los sucesos vitales mayores como por ejemplo, un cambio o aquellos acontecimientos que implican una variación en las actividades usuales de los individuos que los experimentan (el potencial estresante de un suceso vital está en función de la cantidad de cambio que conlleva). Tales sucesos vitales pueden ser extraordinarios y extremadamente traumáticos, pero a veces son eventos más o menos normativos, tales como el matrimonio, el divorcio, la pérdida de trabajo o las pequeñas violaciones de la ley.

Cinco fueron las situaciones que estimularon el interés por estudiar el estrés y su afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1991):

- La preocupación por las diferencias individuales.
- El surgimiento del interés en materia psicosomática.
- El desarrollo de una terapia conductual dirigida al tratamiento y prevención de la enfermedad.
- Estilos de vida con elevados riesgos para la salud.
- Conocer cuál es el papel del entorno en la vida de los individuos.

2.3 Biología del estrés

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción; cuando una persona se enfrenta a una situación, que representa una novedad, amenaza o un desafío, el organismo se activa dando una serie de respuestas para poder enfrentar el suceso estresante.

Entre las respuestas emitidas por el cuerpo está la activación del sistema eje hipotálamo hipófisis suprarrenal, este sistema es el primero en responder a las señales de alarma, su misión es preparar al organismo para lo que se avecina.

Ante la presencia de estrés, la hipófisis así como un área del hipotálamo (núcleo hipotalámico paraventricular) liberan vasopresina y la hormona liberadora de corticotropina (CRH); la función de la vasopresina es actuar en la regulación de agua, sal y glucosa en la sangre; mientras la segunda hormona afecta a la hipófisis, estimulando la producción y liberación de varias sustancias, entre ellas la hormona adrenocorticotrópica, la cual llega a las glándulas suprarrenales y estimula la producción de corticoides, como el cortisol y la corticosterona, las cuales se encuentran relacionadas con la metabolización de las grasas, proteínas y carbohidratos (Galán y Camacho, 2012).

Los parámetros biológicos se preparan para aumentar la vigilancia y su agudeza sensorial con la finalidad de captar estímulos, la exposición al estrés también afecta la liberación de otras sustancias: adrenalina, acetilcolina, noradrenalina y dopamina; como resultado de una mayor secreción de adrenalina en las glándulas suprarrenales, se incrementa la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, el tono muscular (en preparación para la acción) dilata los bronquios (para captar más oxígeno) se libera glucógeno a la sangre, para aumentar la producción de glucosa (que es la fuente de energía neuronal) mientras que la noradrenalina y la dopamina son neurotransmisores que regulan la transmisión química del impulso entre las células del sistema nervioso y afectan numerosas funciones del sistema nervioso central todo este proceso biológico, implica un alto costo metabólico y energético.

El aumento en la liberación de cortisol, que es la hormona que se libera cuando el organismo está en peligro puede ser peligrosa, puesto que una de sus repercusiones es que inhibe el sistema inmunitario, dejando al sujeto expuesto, ya que el sistema inmune es un complejo de células, proteínas y procesos presentes en el organismo que actúan en la identificación y destrucción de posibles agentes nocivos no reconocidos como parte del mismo.

Un dato importante es que en sujetos que experimentan estrés postraumático se aprecia una disminución del volumen del hipocampo (implicado en los procesos de memoria) este efecto se le atribuye a esta hormona. Por los hechos antes mencionados la activación del sistema simpático adrenal, la activación neuroendocrina y la inhibición inmunitaria colocan al organismo en un estado biológicamente crítico, que además es experimentado por el sujeto con emociones negativas (Galán y Camacho, 2012).

Todas las respuestas que se suscitan ante el estrés tienen el objetivo fundamental de preservar la integridad del individuo, por lo que se debe mantener la homeostasis, sin embargo este proceso puede ser dual ya que las respuestas pueden ser adaptativas o perjudiciales; una respuesta adaptativa mantendrá el equilibrio mientras la perjudicial no tiene el mismo éxito y aparece la enfermedad, por lo que esta se vuelve una fuente de estrés y se desencadenan una serie de eventos físicos perjudiciales para la salud.

Tabla 2. Respuestas adaptativas y perjudiciales que ocurren en los sistemas ante el estrés.

Sistema	Adaptativa	Perjudicial
Cardiovascular	El sistema nervioso autónomo, mediante las catecolaminas, promueve la adaptación gracias a la modulación de ritmo cardiaco y presión arterial durante la vigilia, sueño y esfuerzo físico.	Frecuencias repetidas de presión arterial o fallas en los mecanismos inhibitorios de control en la presión arterial aceleran la arterioesclerosis y hacen sinergia con las hormonas que provocan la diabetes tipo II.
Metabólico	Las hormonas adrenales esteroideas promueven la ingesta de sólidos y la reposición del reservorio energético.	Niveles elevados de cortisol y la hiperactividad del eje hipotalámico-hipófisis-glándulas adrenales promueven la resistencia a la insulina y

aceleran la progresión de la diabetes tipo II, incluyendo obesidad, hipertensión y arterioesclerosis.

Nervioso	Las hormonas adrenales esteroideas, junto con las catecolaminas, promueven la formación de memoria con etiquetas emocionales, tanto positivas como negativa.	Las hormonas adrenales esteroideas, actuando junto con el glutamato, promueven déficits cognitivos mediante una gran variedad de mecanismos que involucran la atrofia y muerte celular, particularmente en el hipocampo.
Inmune	Las hormonas adrenales esteroideas, junto con las catecolaminas, promueven el tránsito o transporte de células inmunes hacia los órganos y tejidos diana, donde la infección se lleva a cabo, mejorando la respuesta inmunológica. A su vez modulan la expresión de hormonas del sistema inmune, como las citoquinas y quimiocinas.	Las hormonas adrenales esteroideas y las catecolaminas, tienen efectos inmunosupresivos cuando son secretadas crónicamente o sin un control inhibitorio adecuado. Por otra parte la ausencia de niveles adecuados de estos mediadores facilitan que otros se sobreexpresen, incrementando el riesgo de enfermedades autoinmunes e inflamatorias.

(McEwen y Lupien, 2002; en Galán y Camacho, 2012)

2.4 Estrés infantil

Se comenzó por hablar de estrés en los adultos por lo que se pensó que lo generaban situaciones propias de esta edad como la preocupación por el éxito, por el dinero, por una mejor calidad de vida, las múltiples ocupaciones, prisas, encuentros, etcétera (Trianes, 1999).

Sin embargo, después de estudiarse en adultos las causas, el tratamiento y las consecuencias del estrés, al igual que sucedió con otros padecimientos como la depresión o la ansiedad, se comenzó a observar la existencia de estrés infantil. Pero con respecto a esta idea algunos autores consideran que la infancia es una etapa de gozo, libre de preocupaciones y separada de las responsabilidades de un adulto, mientras que para otros autores existe la duda de que en esta etapa de la vida existan las condiciones necesarias, debido a que no se han desarrollado diversas habilidades emocionales y cognitivas para experimentar estrés (Trianes, 2002).

Lo que es una realidad es que los individuos se vuelven más vulnerables y propensos al estrés durante periodos de transición biológica, social y psicológica. Durante la infancia ocurren un gran número de cambios comparados con otras etapas del desarrollo, este período de desarrollo continuo trae consigo diversas cantidades de estrés lo que puede tener consecuencias para la posterior adaptación (Seiffge-Krenke, 2000).

En nuestra sociedad puede pensarse que sólo los acontecimientos negativos producen estrés, sin embargo se ha comprobado que mientras existan cambios en el ambiente, el ser humano está expuesto a padecer índices de estrés. Los acontecimientos son estresantes hasta el punto de ser percibidos como agotadores. Las respuestas al estrés son múltiples e incluyen cambios fisiológicos, reacciones cognitivas, reacciones emocionales y respuestas conductuales (Verduzco, 2004) es por ello que se asume la idea de que en la infancia existen las condiciones necesarias para padecer de estrés.

Lo que complementa esta idea es que muchos padres, educadores, personal de salud y adultos en general, se han encontrado con niños angustiados y con reacciones emocionales negativas por las situaciones duras, catastróficas o tensas que viven o han experimentado en el área familiar (nacimiento de un hermano, relaciones con los padres, fallecimiento de algún miembro de la familia, etc.) escolar (cambio de colegio, repetición de curso, cambio de profesor, suspensión) o social (pérdida de un amigo, rechazo de compañeros, comienzo de actividades deportivas, desastres naturales o provocados). Lo que es claro es que los niños se enfrentan a cambios, transiciones de una etapa a otra y estos retos que han de experimentar, pueden en determinados casos, convertirse en acontecimientos estresantes que pongan en peligro el proceso normal de su desarrollo (Trianes, 2002).

Las primeras etapas de desarrollo del niño, en las cuales no puede valerse por sí mismo, transcurren habitualmente en el seno de la familia, la cual cubre sus necesidades físicas y psicológicas, para ello es necesario un ambiente nutricional, que responda a las necesidades a lo largo de toda la infancia del individuo. Las necesidades físicas, emocionales, sociales e intelectuales de los niños deben

satisfacerse en su totalidad, idealmente ellos han de ser capaces de disfrutar la vida, desarrollar todo su potencial y llegar a ser adultos que participen y contribuyan (Cruz, Morales y Ramírez, 1996).

Rutter (1996) define al estrés en los niños como una reacción ante los eventos frente a los cuales los niños se sienten amenazados, por lo tanto es una reacción que implica una interacción de los individuos con su entorno, donde ellos interactúan activamente puesto que no son receptores pasivos de las fuerzas ambientales en los que se imprimen los sucesos.

Cuando el concepto de estrés es aplicado a los niños implica la existencia de al menos cuatro factores que resultan de gran importancia para su estudio (Trianes, 1999):

- Presencia de una situación o acontecimiento identificable.
- Dicho acontecimiento es capaz de alterar el equilibrio fisiológico y psicológico del organismo.
- Este desequilibrio refleja un estado de activación marcado por una serie de consecuencias para la persona de tipo neurofisiológico, cognitivo y emocional.
- Estos cambios, a su vez, perturban la adaptación de la persona.

La infancia es un período que se caracteriza por el constante cambio, los niños y las niñas durante ese periodo de la vida deberán de enfrentarse a los retos que suponen la superación de la transición de una etapa a otra. Los desafíos, con los que se enfrentan inevitablemente, pueden en algunos casos, convertirse en acontecimientos estresantes que pongan en peligro el proceso normal de su desarrollo. A las transiciones que cada niño o niña deberá enfrentarse puede caracterizarse como tareas del desarrollo, las que se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Tareas del desarrollo infantil (Trianes, 2002).

Edad	Tareas del desarrollo
0-1	Regulación biológica; interacción armoniosa con la madre y con el padre formación de una buena relación de apego.
1 - 2 1/2	Exploración, experimentación y dominio del mundo del objeto (el cuidador como base segura) individuación y autonomía;

responder al control interno de los impulsos.

- 3-5** Autocontrol flexible, autoresistencia, iniciativa, identificación y adquisición de características de género; interacción con niños de la misma edad (empatía).
- 6-12** Comprensión social, (equidad, justicia); constancia de género; compañerismo; sentimiento de ser competente; adaptación escolar.
- 13** Operaciones formales: toma de perspectiva flexible, pensamiento amistad (mismo sexo); comienzo de las relaciones con el otro sexo; emancipación, identidad.
-

Además de estos momentos por los que pasan todos los niños, ya que son parte del proceso de desarrollo, existen otras situaciones que son propias de cada una de las etapas de la vida que plantean tareas evolutivas importantes como la entrada a la escuela o aprender a leer y escribir. Se presentan además, sucesos vitales en nuestra sociedad actual, que acontecen para bastantes niños pero no para todos (divorcio de los padres) y otros que tienen lugar para unos pocos o son claramente excepcionales (muerte de uno de los padres, secuestro) (Trianes, 2002).

Existe un acuerdo entre diversos autores en cuanto a las áreas que provocan estrés en los niños estos ámbitos también han sido tomados en cuenta para desarrollar diferentes instrumentos de medición del estrés en niños:

Escolar: se consideran fuentes de estrés, las calificaciones obtenidas, exámenes, cambios de colegio, cambios de ciclo escolar, repetición de curso, demandas excesivas, regaños del profesor, burlas de los compañeros.

Familiar: conflictos en la relación con los padres o con los hermanos, enfermedad de un miembro de la familia, estar solo por mucho tiempo.

Social: pérdida de un amigo, ruptura con un chico o chica, rechazo de grupo.

El estrés en su aspecto negativo, entre otros muchos efectos, deja sin capacidad de reacción al niño que lo padece e imposibilita su desarrollo normal. El área de trabajo del estudio tanto del estrés como del afrontamiento infantil, son dos áreas muy investigadas, dado que desgraciadamente los niños y las niñas son

vulnerables ante el entorno que les ha tocado vivir. Las prisas, la soledad, la competitividad, las exigencias educativas y sociales, irremisiblemente dejan sus huellas en los niños y niñas y se convierte en algo a lo que deben prestar atención padres y docentes para lo que es necesario aunar recursos, estrategias y habilidades (Morales, 2008).

Según Arnold (1990) durante los primeros años de vida se distinguen los eventos o experiencias del niño como:

- Acontecimientos vitales estresantes en la infancia: eventos que despiertan una respuesta de estrés importante, generando temor, tensión o ansiedad y son percibidos como indeseables, es decir, cambios, amenazas o pérdidas en sus vidas. Por ejemplo, la pérdida de sus progenitores.
- Estrés postraumático infantil: identificado por la aparición de una serie de síntomas característicos tras la exposición directa e indirecta del niño o niña a un acontecimiento puntual altamente estresante o traumático (actos terroristas, etc.) en el que se haya puesto en peligro su vida o integridad física o la de otras personas muy cercanas. Estos síntomas incluyen temor, desesperanza, horror intenso, sensación de desapego, hipervigilancia, restricción de sus manifestaciones afectivas y, entre otros, juegos repetitivos, sueños terroríficos. Los síntomas descritos han de estar presentes al menos durante un mes para establecer este diagnóstico.
- Estrés cotidiano o acontecimientos estresantes de intensidad media, referido a cuestiones/problemas de la vida diaria, es decir permanentes o crónicas, por ejemplo, relacionados con la salud y nutrición, escuela y familia. El estrés cotidiano es de menor intensidad pero mayor frecuencia que el estrés por acontecimientos vitales o postraumático.

Arnold (1990) señala que cualquier intrusión en las experiencias físicas o psicológicas del niño, ya sean de forma aguda o crónica, producen el desequilibrio físico y además de amenazar la seguridad, pueden distorsionar el desarrollo físico o psicológico así como tener consecuencias psicopatológicas.

Para considerar que un niño o niña experimenta estrés se toman en cuenta diversos elementos que componen la experiencia en los menores, algunos de ellos son (Trianes, 2002):

1) Variables antecedentes: estímulos y situaciones estresantes que son percibidos como tales por el niño.

2) Variables mediadoras: estas pueden ser de diversa naturaleza

-Moduladoras: estas variables influyen en la calidad e intensidad de la vivencia que hace el niño ante el estresor.

-Variables amortiguadoras o protectoras: condiciones personales y ambientales que disminuyen el impacto del estímulo estresante y por tanto, la intensidad de la respuesta de estrés.

-Factores de riesgo: factores biológicos, psicológicos y sociales que aumentan la probabilidad de experimentar estrés con mayor facilidad e intensidad. Aumentan la probabilidad de que un niño experimente las consecuencias físicas y psicológicas del estrés.

-Habilidades de Afrontamiento: recursos personales, cognitivos y conductuales, que le ayudan al niño a manejar y superar el estrés.

3) Consecuencias del estrés: las reacciones o respuestas del niño ante el estrés.

Los acontecimientos externos potencialmente estresantes para muchos niños son las pérdidas, amenazas o daños, los desafíos o retos tales como las tareas evolutivas, ambigüedad e incertidumbre de los acontecimientos, el exceso de información y exceso de estimulación. Como parte de los estresores también se encuentran los factores de tipo físico y psicológico que hacen a la persona vulnerable a manifestar reacciones de estrés (Trianes, 2002).

Algunas de las situaciones y experiencias que pueden ser estímulos estresores para los niños y niñas, algunos de ellos son ordinarios y comunes para todos, mientras otros son menos habituales (Buendía y Mira, 1993):

- Tareas rutinarias de la vida cotidiana que provocan tensión emocional menor, excitación o malestar. Se incluyen aquí toda la gama de acontecimientos que denominamos pequeñas contrariedades de la vida.

- Actividades o transiciones normales del desarrollo, generalmente de corta o larga duración, asociadas a las etapas del desarrollo.
- Acontecimientos convencionales, generalmente de corta duración, que suelen ser considerados positivos, pero que pueden ser estresantes para los niños (nacimiento de un hermano, cambios de residencia, cambio de escuela).
- Acontecimientos negativos que producen dolor o daño pero no amenazan la vida (fractura de un brazo, ser golpeado por otro niño, intervención quirúrgica menor).
- Alteraciones familiares graves, como la separación de los padres.
- Desgracias familiares, fallecimiento, accidentes, suicidio, homicidios o enfermedades graves de miembros de la familia.
- Desgracias personales como violencia o maltrato físico, abuso sexual, presenciar actos violentos, rechazo de los iguales, enfermedades que ponen en peligro la propia vida, lesiones permanentes.
- Desgracias catastróficas debidas a desastres naturales (inundaciones o sismos) o causados por humanos (atentados terroristas, guerras, secuestro de uno de los padres).

De acuerdo con las consecuencias de éstos eventos, estos pueden ser adaptativos y tener un efecto fortalecedor que los prepara para posteriores problemas o adversidades, o bien por el contrario la percepción de los eventos puede ser debilitadora y de esta manera aumentar la sensibilidad y vulnerabilidad de las personas para encarar nuevos retos y desafíos, en este sentido resulta primordial dotar al niños a lo largo de su desarrollo de recursos y herramientas que le permita manejar cada vez mayores niveles de estrés (Buendía y Mira, 1993).

A pesar de los avances tecnológicos en nuestras ciudades y los beneficios del estilo de vida que se derivan de ellos, pueden acarrear una serie de problemas como la depresión, o bien otros problemas de salud mental, que se están presentando en proporciones como una "epidemia" en muchas ciudades, comunidades, y en

particular en la población de los jóvenes y los niños. La búsqueda de formas efectivas para revertir esta tendencia ha dado lugar a un cambio significativo en el enfoque psicológico, pasando así de un enfoque de desamparo y patología a una orientación más positiva que hace hincapié en las habilidades de cada niño, y de este modo procurar su salud y bienestar (Frydenberg y Deans, 2011).

La investigación del estrés y su afrontamiento en niños tiene un gran sentido ya que como mencionan Fryderberg y Deans (2011) a medida que las habilidades cognitivas y lingüísticas maduran, los niños también se vuelven progresivamente capaces de controlar sus emociones, así como de tolerar la frustración y con ello manejar de una forma más efectiva el fenómeno de estrés.

De acuerdo con lo mencionado por Verduzco (2004) algunos autores encontraron que existían tres factores protectores que poseen los niños resistentes al estrés.

- Características personales como autonomía, autoestima positiva y una orientación social positiva.
- Existe una unión familiar cálida.
- Tienen apoyos externos los cuales los motiva y complementan los esfuerzos de afrontamiento.

La realidad es que en el mundo en el que vivimos hoy existen un sin fin de estímulos que pueden provocar estrés tanto en los adultos como en los niños, esto debido a las excesivas demandas actuales, el equilibrio mental de las personas puede verse afectado si el estrés al que se deberá hacer frente es constante y no se cuenta con los recursos suficientes para manejarlo, es por ello que las habilidades desarrolladas por las personas para hacer frente a las exigencias, ayudará a mantener el equilibrio biológico, emocional y mental de cada individuo.

2.5 Estrés y salud

Para la Real Academia de la Lengua (1985) el término estrés en la actualidad es definido como, *tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves*; mientras que el adjetivo estresante se refiere a una situación que produce estrés, es claro que de

acuerdo con esta conceptualización este término tan ampliamente utilizado hoy en día, tiene un importante papel dentro del campo de la salud, puesto que es el constructo más utilizado para explicar la relación entre acontecimientos ambientales, respuestas fisiológicas y el posible riesgo de padecer alguna enfermedad (Pulgar, Garrido, Muela y Reyes del Paso, 2009).

Dentro de la literatura, desde los mismos trabajos del médico Selye (citado en Galán y Camacho, 2012) existen diversos ejemplos de cómo las diferentes fuentes de estrés a las que nos enfrentamos ya sea de manera directa o bien mediante la generación de diferentes estados emocionales negativos afectan a parámetros cardiovasculares, neuroendocrinos e inmunológicos es por esto que el estrés puede considerarse como un relevante factor predisponente y precipitante de un amplio conjunto de trastornos somáticos (Aguayo, 2007; citado en Pulgar et al.2009).

En el caso del estrés crónico, éste es una de las principales causas de problemas de salud física y psicosocial en la sociedad en la que vivimos, al ser excesivamente intenso o duradero, puede ser negativo y dañar el funcionamiento del cuerpo humano y de esta manera ser el precedente a una enfermedad (Galán y Camacho, 2012).

Como anteriormente se mencionó el estrés produce una serie de reacciones biológicas, las cuales repercuten de manera directa sobre la salud, ya que una estimulación crónica y excesiva del eje hipotálamo hipófisis suprarrenal (HHS) hace que los glucocorticoides aumenten, alterando la actividad inmunoendocrina ocasionando la disminución de los glóbulos blancos los cuales tiene la capacidad de diferenciar las células infectadas por un virus o las células tumorales que han sufrido transformaciones malignas de manera de esta manera se afecta de manera directa la salud de las personas (Galán y Camacho, 2012).

Debemos tomar en cuenta que el estrés por sí solo no es suficiente para causar cualquier enfermedad sino que, para que se dé una enfermedad relacionada con éste, han de darse también otras condiciones: tejidos vulnerables o procesos de afrontamiento inadecuados, puesto que es un hecho ampliamente corroborado que

ante un mismo suceso estresante, como puede ser la aparición de una enfermedad se pueden presentar reacciones muy diversas (Lazarus y Folkman, 1991).

A pesar de que existe evidencia convincente de que los diferentes tipos de estrés están asociados con resultados negativos de la salud, los diversos vínculos entre los diferentes tipos de estrés y sintomatología siguen sin estar claros, esto debido a que los efectos de un evento estresante importante no pueden ser vistos inmediatamente, o pueden verse disminuidos debido al apoyo social recibido. Mientras que los eventos menores son comunes y muestran una mayor variación interindividual en cada persona (Seiffe-Krenke, 2000).

El estrés tiene tanto impacto en la salud que dentro de las instituciones de salud existen diferentes instrumentos psicométricos empleados para medir el nivel de estrés, para conocer el impacto en cada uno de los pacientes, algunos de los instrumentos han sido adaptados de acuerdo con la población con la que se trabaja.

De acuerdo como lo dice la definición anteriormente mencionada de Lazarus y Folkman (1991) para que el fenómeno de estrés, tenga una aparición y consecuencias en la salud es necesaria la existencia de diversos factores en el individuo y en el entorno, así como una determinada combinación entre ellos. La respuesta que el sujeto pueda emitir ante la presencia de estrés, así como la posible repercusión en su salud, se encuentra modulada por una multitud de factores, algunos de estos factores son sin duda los mecanismos de afrontamiento que pone en marcha el individuo para hacer frente al estrés, estos mecanismos son disposiciones que median entre los agentes estresantes y las respuestas emitidas por el organismo.

La enfermedad infantil no es un estresor simple, pues se acompaña de hospitalización temporal, dolor, exploraciones médicas, restricción de actividades, cambios de dieta, ausencia al colegio, crisis por la enfermedad, temor y ansiedad. Particularmente, la enfermedad crónica es un poderoso estresor, el niño que la experimenta está en riesgo de sufrir un desajuste psicosocial. La mejor manera de

entender la enfermedad quizás sea como una crisis, un cambio que crea una serie de tareas de adaptación (Trianes, 2002).

En el caso de los niños, la naturaleza de enfermedades específicas parece generar poca influencia para que ellos tengan una adaptación adecuada, estos factores pueden afectar el nivel de desarrollo y las estrategias de afrontamiento disponibles, la calidad de las relaciones de los niños con sus padres y la aceptación de la familia del miembro enfermo. Esto también ilustra que el estrés no puede ser inherente a la enfermedad, pero esto es en función de la percepción del niño, de las respuestas y de la gravedad de la enfermedad. Es por ello que la enfermedad es considerada como una crisis, un desafío para la creación de sistemas de tareas de adaptación (Torres, 2007).

En conclusión, los estudios prospectivos sobre los vínculos entre los diferentes tipos de estresores y la sintomatología que ocurren en un corto tiempo, han proporcionado resultados mixtos. En algunos estudios, los efectos de los factores de estrés leves o molestias cotidianas sobre la sintomatología fueron más fuertes que los efectos de los grandes eventos o eventos críticos de la vida (Seiffe-Krenke, 2000).

Tanto en los niños como en los adultos, si los mecanismos de afrontamiento implementados por las personas ante la enfermedad resultan exitosos pueden reducir de manera significativa las respuestas ante la presencia de estrés y de esta manera reducir el riesgo de trastornos psíquicos y físicos (Pulgar et al., 2009).

Un importante dato reportado en diversos estudios es la adaptación a la enfermedad crónica, la rehabilitación y recuperación de los pacientes tras intervenciones o enfermedades graves, pueden depender más de las estrategias de afrontamiento ante el estrés implementadas por el sujeto, que de una serie de variables médicas.

2.6 Estrés y hospitalización

Durante su desarrollo el niño se enfrenta a eventos que plantean demandas difíciles de satisfacer, algunos propios del proceso evolutivo y otros referidos a situaciones específicas; una de estas situaciones puede ser la presencia de una enfermedad en algunos de los casos esta requerirá de hospitalización para su tratamiento, cuando esto ocurre las fuentes de estrés aumentan de manera considerable, ya que la hospitalización representa una situación donde el sujeto percibe un incremento de su propia vulnerabilidad, al tiempo que se da la presencia de una gran cantidad de estímulos estresantes e incluso amenazantes de la propia integridad física, parte de las repercusiones negativas más importantes son alteraciones emocionales y comportamientos disruptivos a corto mediano e incluso a largo plazo (Fernández y López, 2006). Los hallazgos teóricos indican que entre los estresores derivados de la permanencia dentro de un hospital se encuentra los siguientes (Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996):

- Enfermedad
- Dolor
- Entorno hospitalario (ambiente no familiar, presencia de extraños)
- Exposición a instrumentos médicos
- Anestesia: temor a no despertar
- Separación de los padres, familiares y amigos
- Estrés de las personas
- Ruptura de la rutina habitual
- Pérdida de autonomía
- Incertidumbre sobre la conducta apropiada
- Muerte

Existen numerosos estudios que señalan que la hospitalización (que incluye el estrés asociado a los procedimientos médicos y la cirugía) independientemente del estrés asociado a la enfermedad, puede presentar consecuencias inmediatas en ciertos niños durante el tiempo que dura la estancia en el hospital. Algunos de estos síntomas son: pesadillas, trastornos del sueño, cambios de conducta, temores y miedos a ser separados de los padres (Trianes, 2002).

En el caso de los niños al considerar el estrés producido por la hospitalización, hay que tomar en cuenta tres variables principales que determinan su impacto en el niño hospitalizado: la edad, las experiencias pasadas y los procedimientos hospitalarios (Buen Día y Mira, 1993).

Con respecto a la edad, Trianes (2002) menciona que parece que éste es el factor más influyente en el empleo de determinadas estrategias ya que las diferencias en función de la edad afectaran sobre todo dos aspectos: la valoración del estresor, así como el afrontamiento del mismo; los niños mayores se adaptan pronto al medio hospitalario mientras los que son más pequeños muestran una serie de perturbaciones comportamentales al ingreso y después de ser dados de alta y en ocasiones pueden mostrar terrores nocturnos, miedo, dependencia, negativismo y más problemas emocionales (Shaffer y Callendar, 1959; en Buen Día y Mira, 1993). Estos fenómenos pueden deberse aparentemente a que los recursos adaptativos en la infancia se encuentran limitados por su desarrollo cognitivo y de esta manera sus respuestas son más intensas al dolor, así como que existe una mayor dependencia y debido a su temprano desarrollo son limitadas las experiencias fuera del hogar.

En lo que respecta a la personalidad y experiencia previa de los niños los estudios antes mencionados sugieren reacciones más intensas a la hospitalización en niños que habían experimentado sucesos traumáticos y cuyas relaciones con los padres eran poco satisfactorias, finalmente la reacción emocional también depende de varios factores, como los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos específicos, el tipo de enfermedad, el órgano, o sistema orgánico, particular implicado y la experiencia anterior del niño con el dolor o enfermedad. Se ha observado que los niños pequeños entre 2 a 4 años reaccionan a los procedimientos médicos como si se tratara de ataques hostiles y los interpretan como castigo; los niños mayores de esta edad controlan su agresividad y muestran miedos más realistas (Buen Día y Mira, 1993).

La hospitalización infantil no solo es estresante para el niño, sino que también lo es para los padres y esto afectará de manera directa la respuesta del niño ya que si los padres se encuentran muy estresados, los niveles de estrés se incrementarán

en el niño, además de que este se sentirá agobiado por la preocupación de sus cuidadores. Ansiedad, temores, indefensión, alteración del ritmo del trabajo normal y otras consecuencias tiene la hospitalización de los hijos, es por esto que los programas con pacientes pediátricos deben dirigirse también a los padres y a otras personas significativas del entorno del niño (Méndez et al., 1996).

2.7 Estrés y cáncer

La presencia de alguna enfermedad, puede ser considerada un suceso estresante que no solo afectará a la persona si no al entorno familiar y social que lo rodea, en el caso de un padecimiento como es el cáncer el mismo diagnóstico representará una situación con un alto índice estresante ésto debido a que tanto para el paciente como para la familia la idea de muerte se encuentra presente, cuando se trata de un niño el impacto es mucho mayor debido a su nivel temprano de desarrollo (Torres, 2007).

En la enfermedad del cáncer, existe un mayor número de variables psicológicas que se ligan al curso de la enfermedad, el estrés es una de estas variables ya que se ha relacionado con la evolución del padecimiento, esto debido a los cambios biológicos y conductuales que predisponen a la enfermedad (Galán y Camacho, 2012).

Ante el diagnóstico de cáncer existen una serie de eventos que contribuyen a aumentar el estrés como lo son la planificación de un futuro, mantenimiento de un trabajo, obtención de los recursos económicos que permitan costear el tratamiento, la asignación de un cuidador para el paciente y de esta manera el habitual ritmo de vida se ve mermado, además de que debido a la presencia del padecimiento se pueden presentar conductas que favorezcan de manera negativa la salud como pueden ser disminución del apetito, alteraciones del sueño, abuso de sustancias (Vera y Buela, 1999).

En el caso de los niños, se considera que el cáncer y sus tratamientos son una experiencia estresante y traumática, tanto para los niños como para sus familias, debido a las numerosas situaciones potencialmente estresantes a las que deben

enfrentarse en el curso de la enfermedad: amenaza para la vida o la integridad física, procedimientos médicos invasivos y dolorosos, importantes efectos secundarios derivados de los tratamientos, cambios físicos y funcionales, frecuentes hospitalizaciones, alteración de la rutina cotidiana y de la dinámica familiar, social y escolar, etcétera. Además, los supervivientes deben aprender a convivir con la incertidumbre de una recaída y las secuelas del tratamiento. Todas estas condiciones colocan a esta población en riesgo de experimentar dificultades psicológicas a corto y largo plazo (López, 2013).

La manera de abordar la enfermedad del cáncer ha cambiado ya que en los años 50 y 60 se pensaba que no decir nada al niño sobre lo que estaba ocurriendo, era la mejor manera de manejar el padecimiento, suponiendo que así se evitaba el sufrimiento del niño. En la actualidad se enfatiza una comunicación abierta con el niño respecto al diagnóstico, pronóstico y procedimientos médicos a los que deberá enfrentarse en el curso de la enfermedad, ya que la capacidad intelectual y cognitiva es diferente a la de un adulto, se recomiendan adecuar el lenguaje al nivel de desarrollo del niño (Bragado, 2009).

Uno de los hallazgos más sorprendentes de los últimos años es que los niños y adolescentes con cáncer muestran un buen funcionamiento psicológico y que, en contra de lo esperado, las alteraciones emocionales o las disfunciones sociales son más la excepción que la regla y sólo afectan a un grupo reducido de niños (Patenaude, 2005, Phipps, 2005 Phipps, 2007; citados en Bragado, 2009).

De acuerdo con diversos estudios se concluye que los niños que han sido diagnosticados con cáncer, están bien adaptados psicológicamente, así mismo se aprecian también cambios positivos en relación con el foco de las prioridades de la vida, comportamientos resilientes, más aprecio por la vida y las relaciones sociales y menos conductas de riesgo que sus iguales, es decir, que pese al estrés provocado por el cáncer y sus tratamientos, los niños afrontan la situación con una gran resiliencia y parecen adaptarse especialmente bien a todas las circunstancias que rodean a la enfermedad (Bragado, 2009).

Ante la enfermedad la actitud de los padres puede ser distinta, algunos padres sospechaban la enfermedad en su hijo antes de que esta fuera diagnosticada, mientras, otros se sorprenden de la rapidez con la que ha crecido el tumor y quienes nunca se habían planteado la posibilidad de que su hijo pudiera padecer esta enfermedad. Sin embargo, en cualquier caso la presencia del cáncer es un elemento desestabilizador para cualquier familia independientemente de la capacidad de adaptación a situaciones de crisis (Die- Trill, 1993; en Grau, 2002).

Como parte del tratamiento oncológico, los padres permanecerán por periodos en el hospital, o bien se desplazarán frecuentemente a un centro de salud que en algunas de las ocasiones puede hallarse lejos de su casa esto implica dificultades para organizar los viajes, así como contactar a las personas que cuiden de sus demás hijos y obtener permisos para ausentarse en el trabajo, lo que lleva a que los padres realicen un esfuerzo por armonizar el cuidado de su hijo con la atención de sus propias necesidades y las de su familia (Grau, 2002).

Debido a todos los cambios que surgen ante la presencia del cáncer se origina un brusco cambio en la organización y clima emocional, ante ellos los hermanos del niño enfermo son los grandes olvidados, ya que mientras los padres se encuentran sometidos a una gran tensión emocional así como a las exigencias del tratamiento descuidan las necesidades del niño sano, estos niños deben lidiar con el miedo y preocupación por lo que sucede a su hermano enfermo, la situación de los padres así como lo que le ocurre a el mismo (Grau, 1993).

Además del estrés, existen otras variables psicológicas que se han relacionado con el cáncer pero éstas con un efecto inverso, es decir mejorando la salud del paciente, ya que actúan como factores de protección psicológica y se relacionan positivamente con el bienestar del paciente, asimismo aumentan la resistencia a la adversidad, facilitando de esta manera la evaluación, afrontamiento de los cambios y dificultades que son parte de los sucesos de la vida. Algunas de éstas variables son el optimismo y el apoyo social (Remor, Amorós y Carrobles, 2006; en Galán y Camacho, 2012).

CAPÍTULO 3

AFRONTAMIENTO

3.1 Antecedentes

Cuando se experimenta estrés, suceden una serie de mecanismos que favorecen la elaboración e integración que nos permite dar respuesta a la situación; estas habilidades han sido llamadas afrontamiento, ya que no solo la cantidad de estrés es importante para la adaptación de las personas, sino también la manera en la cual se hace frente a éste, puesto que un afrontamiento eficaz permite a las personas mantener los niveles de estrés moderado y vivir con él sin daño psíquico y fisiológico significativo (Lazarus y Folkman, 1991).

Los orígenes de la palabra afrontamiento se remontan a los siglos XV y XVI, su significado es golpe, un fuerte golpe o el choque de combate. Otras definiciones dadas por el diccionario de Oxford, incluyen golpear, llegar a las manos con, encontrarse. La palabra afrontamiento tiene fines de combate, más tarde fue utilizada por los psicólogos para referirse a la lucha por la superación, la derrota ó manejar el estrés de la vida y de la adaptación. El concepto de afrontamiento en una u otra forma ha estado con nosotros por mucho tiempo, a pesar de que comenzó a ser utilizado psicológicamente de esta manera en los años 1960 y 1970 junto con el creciente interés por estudiar el estrés (Lazarus y Lazarus, 2006).

En la actualidad existen diferentes definiciones sobre afrontamiento, algunas de ellas son las siguientes (Soriano, 2002):

- Compas, Connor, Osowiecki, y Welch (1997) definieron al afrontamiento como esfuerzos conscientes y volitivos para regular aspectos emocionales, cognitivos, conductuales, fisiológicos y del medio ambiente en respuesta a eventos o circunstancias estresantes.
- Eisenberg (1997) conceptualizó al afrontamiento como aquellos procesos de regulación en un subconjunto de contextos que involucren estrés.
- Skinner (1999); citado en Skinner y Zimmer-Gembeck (2007) define al afrontamiento como “acción reguladora bajo estrés”, esto se refiere a las formas de movilización, guía, manejo y dirección de la conducta, emoción y orientación o la forma en que no lo hacen bajo condiciones estresantes.

- White (1974); en Soriano (2002) señaló que el afrontamiento es la adaptación ante cualquier tipo de dificultad
- Weissman y Worden (1977); en Soriano (2002) lo definieron como lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema percibido para conseguir alivio, recompensa o equilibrio
- Mechanic (1978); citado en Soriano (2002) lo conceptualizaron como conductas instrumentales y capacidad de solución de problemas que tienen las personas para enfrentar las demandas de la vida y las metas; para lograrlo se requiere de la habilidad de técnicas y conocimientos que una persona ha adquirido.
- Pearlin y Schooler (1971); citados en Soriano (2002) mencionaron que afrontamiento es cualquier respuesta ante las tensiones externas que sirve para prevenir, evitar o controlar el distrés emocional.
- Costa, Somerfield y McCrae (1996) afirman que el afrontamiento es la respuesta adaptativa al estrés.
- Para Frydenberg y Deans (2011) establecen que el afrontamiento son los pensamientos, sentimientos y acciones que se producen y se utilizan para hacer frente a situaciones.

A pesar de que existen diversas definiciones e investigaciones realizadas en torno al concepto de afrontamiento, los máximos exponentes son Lazarus y Folkman (1991) quienes desde la década de 1960, realizaron los primeros intentos por definirlo, como *“Aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas y/o internas evaluadas como excedentes y desbordantes de los recursos del individuo”* (pag.164). La definición se puede simplificar, aunque con una pérdida de información evidente, al decir simplemente que el afrontamiento consiste en esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico. El trabajo de estos autores ha sido utilizado como punto de partida de muchos trabajos posteriores.

De acuerdo con la definición, dada por Lazarus y Folkman (1991) el concepto de afrontamiento se analiza de la siguiente manera:

- No es un rasgo, entendido como algo permanente en el individuo;
- No es un tipo de conducta automática;
- No se identifica con el resultado que de él se derive;
- No se puede identificar con el dominio del entorno

Según lo expuesto en el segundo punto hemos de considerar que sólo se considera una acción bajo el rótulo del afrontamiento cuando supone un esfuerzo, con lo que parece claro que afrontamiento, no es todo lo que hace un individuo para resolver un problema. Además hay que destacar que el afrontamiento no es algo permanente en el individuo, como si formase parte de su personalidad. Por ello se matiza que es algo cambiante, con lo que es preferible hablar de estrategias en lugar de hablar de estilos, entendidos como algo permanente en los individuos (Soriano, 2002).

Esta idea se complementa por lo mencionado por Lazarus (1993) para quien desde el punto de vista de la medición y de la investigación, el esfuerzo por afrontar los problemas, es independiente de los resultados, de manera que su influencia en los resultados adaptativos puede evaluarse de manera independiente. Se utiliza el término de afrontamiento si el proceso es adaptativo o no adaptativo, con o sin éxito, consolidado o fluido, inestable. Adaptativo se refiere a las habilidades, sociales y prácticas, que las personas han aprendido, para funcionar en su vida diaria y que permiten responder a las circunstancias cambiantes de la vida y a las exigencias contextuales. El éxito se refiere a la medida en la que a través de la reevaluación de afrontamiento la persona considera que las consecuencias y efectos son acertados. Consolidado significa que la persona ha alcanzado una forma estable de afrontamiento, bajo una variedad de circunstancias; los procesos de afrontamiento, incluyendo defensas, son probablemente el resultado de una lucha fluida, dentro de un contexto para evaluar lo que está sucediendo de una manera en la que la persona debe responder a las realidades de la situación pero también tiene la esperanza o incluso una idea optimista sobre cómo van las cosas.

Dentro del campo de investigación del afrontamiento, existieron dos modelos uno relacionado con el modelo animal y el otro relacionado con la teoría psicoanalítica del yo. La teoría del modelo animal está basada en los pensamientos Darwinistas, en el que se lucha por la supervivencia, por lo que se dice que el animal descubre lo que es predecible y puede controlar el medio ambiente con el objetivo de evitar o escapar de lo que ponga en riesgo su existencia. De acuerdo con este

modelo tanto la adaptación como la supervivencia al medio ambiente, resultan indispensables para las personas (Lazarus y Lazarus, 2006).

El interés moderno por el concepto de afrontamiento comenzó con las ideas de Freud, quien estudió los mecanismos de defensa, que son estrategias psicológicas inconscientes puestas en juego por diversas entidades para hacer frente a la realidad y mantener la integridad psicológica. Freud conmocionó al mundo al sugerir que los niños desde muy pequeños tienen impulsos sexuales, los cuales están basados en el placer derivado de acariciar sus zonas erógenas. Los padres del niño suelen reaccionar de manera negativa ante estos impulsos lo que obliga al niño a implementar los dispositivos de autoprotección, que son referidos por los psicoanalistas como defensas del yo, que es el organismo rector de la mente y controla los impulsos deseados del niño, lo protege contra las sanciones sociales que resultan potencialmente punitivas (Lazarus y Lazarus, 2006).

Existen diferentes tipos de mecanismos de defensa, a pesar de que existe una gran polémica sobre como estas funcionan, por lo general se considera que son formas de engañar a todos y en especialmente a uno mismo. Si pensamos en el afrontamiento como un concepto donde se incluye las defensas del yo, que se ocupan de las amenazas a la integridad psicológica de uno, entonces el interés psicoanalítico en los mecanismos de defensa era claramente su precursor (Lazarus, 1993).

Sin embargo debemos hacer una distinción entre los mecanismos de defensa y el afrontamiento, debido a que las defensas constituyen el indicio de de ajustes implementados por el inconsciente para reducir la ansiedad y proceden de un modo automático; mientras que las estrategias de afrontamiento tienen un sentido adaptativo, además de que éstas funcionan de manera consciente y requieren de la puesta en marcha de respuestas esforzadas para poder hacer frente a las problemáticas que se presenten en la vida de cada una de las personas (Buendía y Mira, 1993).

Lazarus y Folkman (1984) analizan el modelo de la psicología psicoanalítica del yo, en el cual el yo permite la producción de aquellos pensamientos realistas y flexibles, así como también de los actos que resuelven problemas y por lo tanto reducen el estrés. A partir de esto hacen un análisis de las diferencias entre este modelo y el modelo animal, mencionan que la principal diferencia es que el modelo psicoanalítico del yo está centrado en las formas de percibir y pensar acerca de las relaciones entre la persona y el medio ambiente, en este modelo se toma en cuenta la conducta más que los procesos cognitivos, además de que el modelo psicoanalítico del yo, diferencia entre un número de procesos que las personas usan para afrontar la relación entre persona y ambiente, por lo que en este modelo se puede notar la relevancia que se le da a más procesos psicológicos en relación con las respuestas de afrontamiento.

Una de las aportaciones de Lazarus en la investigación del afrontamiento fue ampliar los límites en ese momento conocidos, debido a que dio inicio a un campo distinto en la investigación, en el cual presentó un enfoque contextual del estrés y del afrontamiento que ayudó a establecer el nuevo curso, a partir de esto desarrolló una orientación cognitiva que se produjo en el contexto de la revolución cognitiva lo cual ayudó mucho a crear el ambiente propicio en el que la teoría de Lazarus acerca del estrés y del afrontamiento comenzaran a ser vistos como en la actualidad (Folkman y Moskowitz, 2004).

El gran número de estudios sobre el afrontamiento en los últimos 35 años, así como del aumento en la investigación por parte de las ciencias sociales, de las ciencias de la conducta, la medicina, la salud pública y la enfermería, se debe a que el conocimiento del funcionamiento del afrontamiento nos ayude a explicar la razón por la cual a algunas personas les va mejor que a otras cuando se enfrentan a situaciones de estrés a lo largo de sus vidas; otra de las razones por la cual existe el interés, es explicar la variabilidad de respuestas ante el estrés, ya que ello, puede ser de gran utilidad para realizar intervenciones (Folkman y Moskowitz, 2004).

El ávido interés actual en el afrontamiento sugiere que la gente está teniendo diversas dificultades para hacer frente a los problemas personales y pueden ser un reflejo de las grandes convulsiones sociales de las últimas décadas. La manera general en que las personas lidian con el estrés depende en gran medida de las normas sociales que indican las formas aceptables de afrontar los problemas particulares (Aldwin, 2000).

El paso del tiempo, así como los avances tecnológicos, exigen a los individuos elaborar nuevas formas de lidiar con los problemas, lo que obliga a tratar de lograr cambios en el sistema social para reforzar esos nuevos patrones de afrontamiento. Durante los últimos 50 años, se ha producido un cambio masivo en los roles sociales, por ejemplo, la incorporación de la mujer a la fuerza laboral, la movilidad social, la integración racial y cambios en la estructura familiar, han creado nuevos problemas para los cuales no hay patrones ni rutinas socialmente prescritas de afrontamiento. La gente debe aprender nuevas formas y generar nuevas soluciones, por lo que no es de extrañar que busquen información de tantas maneras diferentes como puedan (Aldwin, 2000).

3.2 Enfoques en el afrontamiento

Existen dos enfoques en el afrontamiento, uno que enfatiza los estilos, es decir, que trata el afrontamiento como una característica de la personalidad, este enfoque surgió de un punto de vista teórico de la psicología del yo, que se centra en la psicodinámica interna y no en las fuerzas ambientales externas; el otro enfoque hace hincapié en el proceso, es decir, los esfuerzos para controlar el estrés que cambian con el tiempo y se encuentran de acuerdo con el contexto que los genera, es decir, se toma en cuenta las influencias temporales y las del ambiente así como los cambios asociados a ellos (Lazarus, 1993).

A finales de 1970, se dio un nuevo e importante desarrollo de la teoría e investigación en el afrontamiento debido a que la forma de verlo como un estilo o rasgo de la personalidad fue abandonado en favor de un enfoque de contraste en donde el afrontamiento es visto como proceso.

Algunas de las principales generalizaciones de la investigación de afrontamiento como proceso se pueden resumir de la siguiente manera:

- Las personas utilizan la mayor parte del tiempo estrategias de análisis, cuando deben utilizar sus habilidades de afrontamiento, ante un encuentro estresante.
- Algunas estrategias son más estables o consistentes que otras ante los eventos estresantes.
- El afrontamiento también cambia de un momento a otro en cualquier encuentro estresante dado.
- Cuando las condiciones estresantes son vistas por la persona como posibles cambios, el afrontamiento que predomina es centrado en la emoción; mientras si la acción se percibe como controlable prevalece el afrontamiento centrado en el problema.
- Las habilidades de afrontamiento son capaces de mediar las emociones, es decir, cambia el estado emocional de principio hasta el final del encuentro estresante.
- La investigación en afrontamiento tiende a estar dirigida a dos cuestiones diferentes, pero relacionadas:
 - a) Las variables que influyen en la elección de las estrategias de afrontamiento
 - b) Los efectos de estas estrategias sobre los resultados adaptativos.

El afrontamiento constituye un proceso en el que se deberá realizar la evaluación del estresor y el impacto en la vida de la persona; en primer lugar debemos hablar de la valoración, entendida como un proceso evaluativo en el que se establece tanto la repercusión que tiene un evento para el sujeto como las posibles formas de actuación ante el mismo. Por un lado la primera evaluación puede verse como un desafío, en las que el individuo considera sus posibilidades para hacer frente al problema la segunda se denomina amenaza, entendida como la consideración de una situación que supera claramente los recursos del individuo.

Ante la aparición de un determinado evento el individuo valora en qué le afecta y cuáles son sus posibilidades de acción. A partir de este proceso se emite una primera respuesta emocional, la cual posee determinadas características e intensidad. A continuación aparecen los recursos con los que cuenta la persona, los cuales intentan resolver el problema y reducir el malestar que se ha producido por la situación. En caso de no disponer de los recursos necesarios o de no ser estos suficientes se ponen en marcha las estrategias de afrontamiento, las cuales se

encuentran dirigidas al cambio en la situación y al cambio en la repercusión que ésta tiene en la persona. En la medida en que estas estrategias empleadas tengan el mínimo efecto, querrá decir que algo ha cambiado entre el individuo y la situación, produciéndose una reevaluación de los efectos de la situación, lo cual provoca una nueva respuesta emocional, que tendrá características específicas y también intensidad, completándose así un ciclo que finaliza con el agotamiento de la persona o con la resolución de la situación (Lazarus, 1991).

3.3 Estilos y estrategias de afrontamiento

En el estudio del afrontamiento se distingue entre estrategias y estilos de afrontamiento; las estrategias de afrontamiento, son comportamientos intencionales dirigidos al logro de objetivos, que ponen en juego recursos personales, ajustándose su selección a las demandas y exigencias de la situación; mientras el término estilo, se refiere al empleo transituacional de un grupo de estrategias, aprendido en función de las experiencias pasadas (Trianes, 1999).

Los estilos de afrontamiento no explican o predicen variaciones individuales en la forma en la cual determinadas fuentes de estrés se presentan en contextos específicos, ya que cada persona reacciona de una manera diferente frente a determinadas situaciones.

Lazarus y Folkman (1984) señalan que las estrategias de afrontamiento no son estables, dependen de las características de la situación, además de que éstas pueden cambiar a través del tiempo. El concepto de estrategias de afrontamiento es coherente con la idea que tenemos en psicología sobre las diferentes disposiciones personales, en el sentido que las respuestas del individuo suelen estar determinadas por una interacción entre las situaciones externas y las disposiciones personales, las estrategias de afrontamiento se utilizan para lidiar con el estrés pueden ser o no adaptativas (el afrontamiento se emplea independientemente de que el proceso del estrés sea adaptativo o desadaptativo) (Sandin y Chorot, 2003).

Las estrategias guardan relación con la toma de decisiones, es decir, no se afronta sin tomar decisiones, sólo que como efecto colateral, el tener que decidir

suele ser a su vez, una fuente de estrés, donde la persona debe ampliar su gama de posibles decisiones para elegir la que de acuerdo con sus pensamientos y acciones resulte más benéfica (Fierro, 1997).

Más tarde Lazarus y Lazarus (2006) señalaron que ambas perspectivas para estudiar el afrontamiento, tanto como estilo o como estrategia son válidas y útiles, estos autores realizan un análisis y explican como ambas formas pueden ser útiles en diferentes circunstancias.

3.4 Clasificación de las estrategias de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1984) propusieron una tipología de estrategias que diferenciaba entre estrategia basada en el problema y estrategia basada en la emoción.

- Centrada en la emoción: consiste en reducir, controlar o cambiar la emoción cuando no se puede cambiar el problema; la función de los aspectos centrados en la emoción es cambiar: a) la forma en que la relación, que se percibe como tensa con el medio ambiente es atendida por la persona, o b) el significado de lo que está ocurriendo, lo que mitiga la tensión a pesar de que las condiciones actuales de la relación no han modificado.
- Centrada en los problemas: a través de en esta tipología la persona maneja las demandas que ha evaluado como estresantes, la función del afrontamiento centrado en el problema es cambiar la relación persona medio ambiente, para afrontar los problemas se actúa sobre el medio ambiente o sobre uno mismo.

Una segunda clasificación muy utilizada es la de aproximación/evitación. Las estrategias de aproximación se asocian a buena adaptación y ausencia de psicopatología mientras que las estrategias de evitación se asocian a síntomas de inadaptación y desajuste (Seiffge-Krenke, 1993).

- El afrontamiento de aproximación supone una predisposición para hacer frente al estresor y superarlo, poniendo en juego comportamientos cognitivos, conductuales y emocionales en la resolución del problema.
- El afrontamiento basado en la evitación se refiere a estrategias cognitivas, emocionales y conductuales dirigidas a no enfrentarse con el problema, tales

como rehuir información, distracción del problema y resignación.

En una tercera clasificación se hace la diferencia en cuanto a la eficacia, ya que existen estrategias cuyo empleo se asocia a la salud, desarrollo y otras cuyo empleo se asocia a psicopatología y dificultades en el desarrollo de las personas (Morales, 2008):

- Estrategias adaptativas, que reducen el estrés al tiempo que promueven estados de salud (ejercicio físico, relajación, alimentación adecuada).
- Estrategias desadaptativas, que reducen el estrés a corto plazo pero con importante deterioro para la salud y el desarrollo (aislamiento social, evitación de eventos o acontecimientos saludables).

Otra clasificación más es la siguiente:

- Estrategias de afrontamiento activas, que se definen como las acciones concretas para intentar controlar el problema buscando opciones para resolverlo.
- Estrategias de afrontamiento pasivas, como las acciones de evitación de la situación que provoca estrés y por ende la persona renuncia al control de la situación y permite la afectación de otras áreas de su vida.

Una clasificación más es la realizada por Rothbaum, Weisz y Snyder (1982) quienes propusieron la siguiente categoría: afrontamiento de control directo/ control indirecto / abandono de control estos autores analizaron el afrontamiento no como una situación única de control o falta de control si no como dos procesos, lo que se llamo modelo de proceso dual, en el cual se trata la capacidad de autorregulación para alternar entre el control primario y el control secundario.

- Afrontamiento de Control directo: se da cuando una persona realiza intentos para cambiar la situación estresante.
- Afrontamiento de Control Indirecto: al igual que el primero también se realizan intentos para cambiar la situación estresante, sin embargo en vez de cambiarla lo que se hace son intentos por encajar en el mundo y fluir con la corriente, como cuando por alguna limitación para enfrentar la situación, la hace insuperable y esto ocurre cuando los intentos de control han fallado. La principal diferencia entre el primero es que la meta es cambiar el ambiente,

mientras en el segundo la meta es encajar en el ambiente.

- Afrontamiento de Abandono de Control: este ocurre cuando la persona decide que una situación que se presenta es percibida como incontrolable. Los comportamientos que pueden indicar una falta de control, son los comportamientos pasivos y de constante evasión, los cuales reflejan un abandono total de los intentos de control.

3.5 Afrontamiento y emoción

Existe una relación entre afrontamiento y regulación emocional, al respecto Kopp (1989) quien es un pionero en el trabajo en el desarrollo de la regulación emocional, argumenta que la regulación emocional es un término usado para caracterizar el proceso y las características involucradas en el afrontamiento con altos niveles de emociones negativas y positivas.

La centralidad de la emoción para el afrontamiento se ha destacado por teorías funcionalistas que tienen una visión de la emoción como “un tipo de radar y respuesta rápida del sistema” o como un proceso biológico dotado de evaluaciones que permiten responder rápidamente a las situaciones que se presenten donde las personas deben actuar, ya sea en situaciones favorable o para enfrentarse a condiciones poco favorables (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007).

Una emoción podría definirse como una experiencia efectiva en cierta medida agradable o desagradable que supone una calidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuestas cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo, fisiológico- adaptativo. Una de las cuestiones teóricas más relevantes y también más controvertidas es la existencia de emociones básicas que puedan considerar universales y de las cuales se derivan las demás reacciones afectivas. La asunción de la existencia de tales emociones básicas proviene del planteamiento realizado por Darwin, para quien éstas significarían reacciones afectivas innatas, distintas entre ellas, presentes en todos los seres humanos, las cuales se presentan de una forma característica (Tomkins, 1992, 1993; Ekman 1984; Izard; 1977; citados en Choliz, 2005).

Con respecto al papel de las emociones en el proceso de afrontamiento Folkman y Moskowitz (2003) consideran que las emociones tienen una función importante en las evaluaciones realizadas por las personas en el proceso de afrontamiento, debido a que las emociones negativas y positivas estarán presentes dependiendo de la situación y del individuo. Si el encuentro tiene una resolución exitosa las emociones positivas predominarán, si la resolución no es clara o desfavorable las emociones negativas predominarán.

La emoción es integral en todas las fases del proceso de afrontamiento, desde la vigilancia, detección y evaluación de amenaza a la disposición y a la acción así como de la coordinación de la respuesta durante el suceso estresante. A pesar de esto el afrontamiento adaptativo no es exclusivo de las emociones positivas, no como una constante dependiente de reacciones emocionales. De hecho algunas emociones tales como el enojo tienen importantes funciones adaptativas, las cuales preparan a la persona para la huida y enfrentar los obstáculos, así como en la comunicación de sus intenciones a las personas que forman parte de su ambiente (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007).

De acuerdo con el enfoque centrado en la emoción, Stanton et al. (2000) realizaron un estudio con diseño longitudinal en personas que padecían cáncer, donde se analizan las estrategias de afrontamiento y su utilidad a través del procesamiento activo de la expresión de emociones. Investigaron las relaciones del afrontamiento de acercamiento emocional con la disposición de esperanza, a partir de lo cual explican al afrontamiento por medio de la expresión emocional, es decir afrontar a través del procesamiento activo y de la expresión de las emociones.

3.6 Afrontamiento infantil

Aunque la mayoría de las investigaciones de las variables de estrés y afrontamiento se han llevado a cabo en poblaciones adultas, ha existido un incremento de estudios sobre estos temas con niños, con el fin de conocer las fuentes de estrés, así como las habilidades de afrontamiento que los niños poseen.

El estudio de estas variables posee dificultades metodológicas por las características de la población infantil (Verduzco, 2004).

Como anteriormente se mencionó Rutter (1996) define al estrés en los niños como una reacción ante los eventos frente a los cuales se sienten amenazados, por lo tanto es una reacción que implica una interacción de los individuos con su entorno, de acuerdo con esta definición los niños también pueden realizar acciones para manejar el estrés. En los estudios realizados por este autor se descubrió que algunos niños que experimentaban estrés severo a lo largo de su vida, mostraban elementos de resistencia, competencia y afrontamiento creativo que los volvía más fuertes ante situaciones en las que otros niños eran más vulnerables, por lo que el estudio de los factores causantes de patología, se enfocó principalmente a las características de resistencia de los niños más que las características de estrés. El afrontamiento que realizan los niños puede ser un elemento muy importante para estudiar el desarrollo, así como la presencia de alguna patología.

De acuerdo con la literatura existente sobre el tema del afrontamiento infantil éste se refiere a las estrategias y estilos que utiliza el niño para hacer frente a los estresores, en algunas ocasiones el concepto es utilizado como el "manejo del estrés" o bien "el grupo general de las respuestas ante las experiencias de estrés".

Sorensen (1993) describe al afrontamiento como la forma en la que los niños se enfrentan a los traumas de los grandes sucesos así como a los estresores de la vida diaria. Belloch et al. (1995) consideran que el afrontamiento desempeña un papel fundamental como mediador entre la experiencias estresantes a las que están sometidos niños y adolescentes, los recursos personales y sociales con los que cuentan para hacerles frente y las consecuencias derivadas para la salud física y psicológica de la personas.

Las vidas de los niños están llenas de retos y problemas, que representan un gran número de fuentes de estrés que van desde los estresores cotidianos como las dificultades con los hermanos o padres hasta insultos traumáticos ó la muerte de un familiar, a lo largo de su infancia también se pueden presentar estresores crónicos

como lo pueden ser la pobreza extrema, la pérdida de la salud, etcétera (Trianes, 2002).

El afrontamiento en niños se ha enfocado a las respuestas a los grandes sucesos como la enfermedad, la hospitalización o situaciones personales como la muerte de los padres, aunque también existen algunos estudios de las respuestas de los niños emitidas ante los estresores diarios. Tal como el estudio en adultos el estudio en niños y en adolescentes en gran parte se ha enfocado en las diferencias individuales, examinando la relación entre diferentes estrategias y el alcance de resultados en un intento por identificar patrones adaptativos y no adaptativos (Trianes, 1999).

Las habilidades de afrontamiento que los niños poseen pueden considerarse como capacidades adaptativas que pueden ser eficaces frente al estrés que los niños experimentan día con día y a su vez estas capacidades adaptativas pueden reducir la posibilidad de enfermedad manteniendo adecuados niveles de salud y calidad de vida (Folkman y Moskowitz, 2004; Morales, Trianes y Miranda, 2012).

Tabla 4. Retos a los que tendrán que hacer frente los niños de acuerdo con la edad (Verduzco, 2004).

Edad	Conductas de Afrontamiento
Primer año	<ul style="list-style-type: none"> • Cerrar los ojos, voltear la cabeza, dormirse y llorar fuertemente al ser sobreestimulados. • Solicitar estimulación con contacto visual. • Regular tipos de llanto. • Chupar el dedo para sentirse cómodo.
1-2 Años	<ul style="list-style-type: none"> • Distraerse tocándose los pies. • Apoyarse en alguno de los padres, se utiliza como punto de seguridad, tomándolo de la mano o haciendo contacto visual cuando el niño tiene miedo. • Chuparse el dedo • Utilizar un objeto transicional como un peluche para enfrentar el estrés

3-5 Años	<ul style="list-style-type: none"> • Llorar • Manifestar conductas regresivas que se presentan en etapas anteriores como chuparse el dedo o volver al objeto transicional • Utilizar mecanismos de defensa como represión, negación o desplazamiento.
6- 12 Años	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar apoyo social fuera de la familia sobre todo en las niñas • Utilizar medios de distracción, como la forma de evitar hacer frente a la problemática.

Skinner y Zimmer-Gembeck (2007) realizaron una investigación donde se analizaron 44 artículos sobre el afrontamiento. Como resultado de este trabajo, los autores señalan que la investigación del afrontamiento durante la infancia y la adolescencia se distingue por su enfoque en como los niños se manejan en situaciones estresantes en contextos de la vida real y como estos episodios se despliegan y se acumulan a través del tiempo.

Para estos autores el proceso de afrontamiento se trata de una acción reguladora bajo el estrés, esto se refiere a las formas de movilización, guía, manejo y dirección de la conducta, emoción y orientación para hacer frente a las situaciones que durante éstas etapas de la vida se presenten. Otra de las aportaciones de este trabajo fue señalar que existen muchas formas de afrontamiento que han sido consideradas, entre las que se incluyen, la resolución de problemas, la búsqueda de apoyo, el escape, la rumiación, la reestructuración positiva, la distracción, la negociación, la acción directa, retraimiento social y la impotencia y estas formas de afrontamiento han sido evaluadas usando un gran número de metodologías. Las formas más utilizadas para esta evaluación son la entrevista abierta, observaciones, reportes de los padres, de los maestros, de los niños mayores y adolescentes, auto-reportes o cuestionarios (Skinner y Zimmer-Gembeck , 2007).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento implementadas por los niños, se dice que cuando los niños creen que un factor de estrés es manejable y controlable, es más probable utilizar estrategias de afrontamiento activas

relacionadas con la solución de problemas, pero cuando la situación se considera fuera de su control son más propensos a usar las estrategias de afrontamiento relacionadas con las emociones o pasivas, como el llanto para liberar sentimientos (Boekaerts, 1996; Campos y Prinz, 1997; en Frydenberg y Deans, 2011).

Al igual que sucede con los adultos, en los niños no se puede considerar que existen estrategias de afrontamiento buenas o malas, lo que si podemos afirmar es que la probabilidad de que se logren los resultados deseados está determinada por la situación. Sin embargo, de acuerdo con Seiffe-Krenke (2000) mientras que algunas de las estrategias de afrontamiento pueden cumplir funciones de protección mediante la regulación de las emociones negativas asociadas con el estrés, la generación de alternativas de solución y reducir así las consecuencias negativas de los factores de estrés, otras pueden exacerbar los efectos del estrés y ellas mismas se convierten en factores de riesgo. Sin embargo, todavía no está claro si un estilo de afrontamiento más disfuncional precede a la sintomatología, es concurrente, o refleja las consecuencias de los síntomas conductuales y emocionales.

En estudios recientes como el de Aldwin (2000) las estrategias de afrontamiento en los niños se consideran como intentos para establecer una armonía entre el medio interno con el externo y estas acciones se realizan en edades muy tempranas, uno de los aspectos más importantes del afrontamiento para la adaptación es que este puede ser flexible, ya que las estrategias pueden variar y se desarrollan en el curso del tiempo al enfrentarse con el estrés cambiante del medio.

Las habilidades de afrontamiento son consideradas un elemento influyente en la promoción del desarrollo en la infancia y adolescencia ya que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los niños en una situación específica se relacionan con una mayor o menor adaptación y grado de bienestar psicológico (Bragado, 2009).

En cuanto a las clasificaciones de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los niños y adolescentes, Seiffge-Krenke (1993) señala que en la adolescencia temprana se diferencian claramente dos estilos de afrontamiento (de aproximación y de evitación) mientras que en los adolescentes mayores, dicho estilo de

aproximación al problema puede ser dividido en un componente de aproximación cognitiva y otro de aproximación conductual.

Moreno y Del Barrio (1995) quienes a través de su investigación en niños y adolescentes, utilizan la clasificación de afrontamiento centrado en el problema, a través del cual se manejan las demandas que se han evaluado como estresantes y afrontamiento dirigido a la emoción que busca reducir, controlar o cambiar la emoción cuando no se puede cambiar el problema, con ésta idea se pone de manifiesto pues que el afrontamiento es un proceso dinámico, que depende de características del niño o adolescente pero también de la situación y sus demandas.

Otra clasificación es la hecha por Frydenberg y Lewis (1997) quienes han realizado parte de su investigación en la población infantil y juvenil, consideran que existen tres categorías de estilos de afrontamiento:

- Dirigido a solucionar el problema: implica estrategias como las siguientes: resolución del problema, esfuerzo.
- Afrontamiento basado en la relación con los demás: búsqueda de apoyo social, búsqueda de pertenencia, recurrir a amigos íntimos.
- Afrontamiento improductivo: son estrategias que no llevan a la solución del problema como por ejemplo: hacerse ilusiones, evitación, conductas enfocadas en la reducción de la tensión, ignorar el problema y preocupación.

Un aspecto importante es la implementación de estrategias de afrontamiento de acuerdo con la edad de los niños, por ello Seiffge-Krenke (2000) puntualiza que la maduración sociocognitiva de niños y adolescentes trae consigo un incremento de las opciones de afrontamiento.

Para Arnold (1990) el afrontamiento en los niños está estrechamente ligado a la maduración que se da durante el desarrollo, debido a que existe una dependencia jerárquica lógica que se presenta de la siguiente manera: la habilidad para enfrentar situaciones difíciles durante las primeras etapas de la vida dependerá de la maduración neuropsicológica, la cual posibilita las habilidades cognitivas y psicomotoras, lo cual se encuentra estrechamente para lograr una madurez emocional.

Murphy y Moriarty (1976) a través de su investigación revelaron un gran número de estrategias que los infantes utilizaban para regular el medio interno y externo como manotear para quitarse las sábanas, moverse para obtener una posición más cómoda y hacer esfuerzos motores para recobrar su chupón. Por otro lado también señaló que los niños son muy sensibles a la estimulación social que reciben y que requieren, pero rápidamente se cansan y empiezan a llorar. También se encontró que, aún los niños muy pequeños, tratan de regular la cantidad de estimulación recibida, cerrando sus ojos, volteando su cabeza, quedándose dormidos y si todo eso falla, gritan fuertemente cuando son sobreestimados; con respecto a las habilidades que poseen los infantes para regular el estrés una de ellas es la existencia de alternancia de periodos de esfuerzo con descanso, uno de los ejemplos puede ser cuando los infantes quieren alcanzar algo y no pueden, hasta que lo logran. Por lo tanto se deduce que al filtrar la cantidad de estimulación que los infantes reciben pueden llevar a cabo acciones de afrontamiento.

En el caso de los niños, a medida que sus habilidades cognitivas y lingüísticas maduran, también se vuelven progresivamente capaces de controlar sus emociones y tolerar la frustración. Desde la edad de cuatro años logran cada vez más, equilibrar sus objetivos personales con los de los demás. También tienen una capacidad cada vez mayor para utilizar estrategias de afrontamiento centradas en las emociones (Kopp, 2009; en Frydenberg y Deans, 2011).

Band y Weisz (1990) encontraron que los niños pequeños presentan más fácilmente estrategias de manejo objetivo del estresor que de manejo de la emoción. Esto ocurre porque para el control de la emoción el niño o niña requiere tener recursos cognitivos para imaginar, cambiar el pensamiento y otros. Ello no es posible en niños pequeños cuyo desarrollo cognitivo no alcanza tales logros.

Diversas investigaciones sobre el afrontamiento durante la infancia han examinado sus vínculos con el temperamento de los niños muy pequeños, así como las continuas prácticas parentales, otro aspecto importante es la continuidad de las formas específicas de afrontamiento a pesar del tiempo (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007).

3.7 Afrontamiento y género

Existen variables como el sexo, que juegan un papel importante en el estudio del afrontamiento infantil. Con respecto a esta idea Morales, Trianes y Miranda (2012) señalan que existen numerosos factores que inciden en las estrategias de afrontamiento que utiliza un niño o niña así como también señalan que el sexo es un aspecto que es susceptible de influir en las relaciones entre variables de riesgo y consecuencias en psicopatología además de que este factor influye sobre la calidad del afrontamiento que se emite ante un problema o situación. De acuerdo con su estudio, las niñas obtuvieron mayores puntuaciones estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de solución activa, comunicar el problema a los otros, búsqueda de información, guía y actitud positiva, mientras que los niños puntúan más en la estrategia de conductas agresivas.

De acuerdo con diversos estudios se considera que las niñas utilizan más que los niños el afrontamiento centrado en el problema, que incluye estrategias como búsqueda del apoyo social y emocional es decir las niñas se centran en las relaciones interpersonales además de que expresan más sus sentimientos negativos (Frydenberg y Lewis, 1993; Patterson y McCubbin, 1987; Rhode, Lewinson, Tilson y Seeley, 1990; Seiffge-Krenke, 2007; citados en Morales, Trianes y Miranda, 2012).

Tanto los niños como las niñas pueden experimentar diferentes niveles de tensión psicológica originada por múltiples factores en su vida familiar, escolar, social y personal que les demandan esfuerzos de afrontamiento tanto para eliminar o reducir la situación problemática así como para manejar las emociones perturbadoras originadas en este proceso intervienen las características individuales y condiciones propias de la situación y el desarrollo cognitivo del niño o niña. Sin embargo, el análisis de estas disposiciones de afrontamiento debe hacerse considerando las variables personales y ambientales del proceso (Dávila y Guariño, 2001).

3.8 Afrontamiento y salud

Como anteriormente se mencionó, el interés por el afrontamiento ante el estrés y el interés por como repercute el afrontamiento en el proceso de enfermedad, entendida ésta como un estresor comenzó a desarrollarse sobre la década de los 60 y 70, destacando la importancia que tienen las actitudes del individuo ante un problema y por extensión las actitudes de un enfermo hacia su enfermedad (Soriano, 2002).

Cuando un individuo enferma y se percibe este hecho como una amenaza, las personas ponen en marcha mecanismos de actuación para paliar los daños producidos. Dichos mecanismos, son las estrategias de afrontamiento, que como anteriormente ya se había mencionado, según la definición dada por Lazarus y Folkman (1991) se entiende como un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, continuamente cambiantes, que son utilizados para afrontar demandas que el individuo valora como excesivas respecto a los recursos de que dispone.

En los últimos años, la investigación también ha buscado la relación entre el impacto negativo del estrés diario de menor importancia en la salud. Al igual que con los principales acontecimientos de la vida, el impacto negativo de estos factores estresantes menores en la salud está bien documentado, sin embargo, a pesar de la evidencia convincente de que los diferentes tipos de estrés están asociados con resultados negativos en la salud, los diversos vínculos entre los diferentes tipos de estrés y sintomatología siguen sin estar claros, lo mismo ocurre en los estudios acerca del afrontamiento ante la enfermedad donde poco se ha trabajado sobre los mecanismos que subyacen en la elección de las diversas estrategias del mismo (Seiffe - Krenke, 2000).

El bienestar psicológico y la salud no estarían influidos solamente por la ocurrencia de eventos estresantes, sino también por características personales que determinan la valoración de tales eventos y por la forma en que los niños y adolescentes afrontan el estrés experimentado.

El concepto de afrontamiento posee un gran interés en el ámbito de la psicología clínica y psicopatología ya que el modo en el que el individuo hace frente al estrés puede actuar como un importante mediador entre las situaciones estresantes y la salud (Pelechano, 1992; en Sandin y Chorot, 2003).

Ante un mismo suceso como puede ser la aparición de una enfermedad, se pueden presentar reacciones muy diversas, esta variación puede depender de un sin fin de elementos, pero sin duda son las estrategias de afrontamiento implementadas por las personas un elemento primordial. Muchas de las investigaciones realizadas sobre afrontamiento destacan que dichas estrategias predicen el ajuste a la enfermedad, por ejemplo en la variable del dolor, cuando una persona emplea estrategias de afrontamiento pasivo, resulta ser desadaptativa, debido a que se asocia con un incremento de la intensidad y frecuencia del dolor, mientras que las estrategias de afrontamiento activas se identificaron como más adaptativas mostrando una disminución en los parámetros sensoriales del dolor (Rodríguez, Cano y Blanco, 2004).

Si los recursos de afrontamiento son eficaces, pueden reducir de manera significativa la posibilidad de enfermedad o bien incrementan la probabilidad de alcanzar y mantener mayores niveles de salud. Estos recursos engloban dos dimensiones complementarias de la persona, como son la interna, ligada a variables disposicionales, herencia, edad y sexo y la externa, asociada a acciones relacionadas con el entorno sociocultural propiciador de un determinado estilo de vida (Rodríguez, Cano y Blanco, 2004).

Respecto a las estrategias de afrontamiento del estrés y su relación con problemas de salud, algunos estudios han encontrado que la utilización de estilos más pasivos o evitativos se asocia con peores resultados de salud que los estilos más activos o aproximativos, los estados emocionales pueden influir en la salud mediante sus efectos directos en el funcionamiento fisiológico, en el reconocimiento de síntomas y búsqueda de atención médica, en la involucración en conductas saludables y no saludables como estrategias de regulación emocional y en la percepción de apoyo social. Otro aspecto también muy importante es la existencia de

estados de ánimo negativos, especialmente si son intensos y/ o prolongados, que pueden volver al individuo más vulnerable a diversas enfermedades infecciosas, incrementan la percepción y reporte de síntomas, disminuyen la disposición a buscar atención médica oportuna, inducen conductas no saludables. Estos datos nos revelan permitiría que el pesimismo y el ánimo depresivo se asocian con un mayor efecto negativo del estrés sobre la salud (Anarte, Ramírez, López y Esteve, 2001)

Con respecto a esto, si los mecanismos de afrontamiento son exitosos pueden reducir significativamente las respuestas de estrés, siendo señalados como importantes reductores del riesgo de trastornos psíquicos y físicos. Un estilo de afrontamiento efectivo podría jugar un papel importante en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. Por ejemplo, la adaptación a la enfermedad crónica y la rehabilitación y recuperación de los pacientes luego de intervenciones o enfermedades graves, puede depender más de los mecanismos de afrontamiento del sujeto a su enfermedad que de variables médicas (Pulgar et al., 2009).

La infancia es una época en la que los niños son cuidados y protegidos por sus padres, si los niños son diagnosticados con alguna enfermedad y como resultado de ello la enfermedad requiere un tratamiento, estos procedimientos médicos (que en muchos de los casos resultan dolorosos) proporcionan una situación paradójica tanto para los niños como para sus familias; más aún en algunos de los casos se constata que los progenitores experimentan mayor grado de malestar (Méndez, 2005).

La reacción de los niños y sus padres ante un padecimiento, permite una oportunidad única para la investigación ya que muchos se preguntan cómo los niños aprenden a lidiar con experiencias que provocan ansiedad, estrés, angustia, etcétera. Algunas investigaciones sobre esta situación tanto en los niños como en las respuestas de sus familias ante un procedimiento médico, pueden y han sido meticulosamente estudiados a través de la observación, la entrevista, el autoreporte, las calificaciones de los padres y la evaluación fisiológica (Peterson, 1984; en Kliewer, 1997).

Históricamente se creía que la mayoría de los niños con enfermedades crónicas desarrollaban algún tipo de trastorno psicológico. Gran parte de los primeros trabajos en esta área eran defectuosos metodológicamente, además de presentar una mala instrumentación, la inconsistencia de definición y los grupos de control inadecuados. Investigaciones recientes han cuestionado el supuesto de que la mayoría de los niños con enfermedades crónicas también sufren déficits psicosociales, sin embargo recientemente, los profesionales de la salud y científicos de la conducta reconocen las enormes diferencias individuales que existen en respuesta a la enfermedad crónica. A pesar de la variación individual, los niños con una enfermedad crónica, en relación con los controles sanos, tienen alrededor de dos a cuatro veces más probabilidad de tener un diagnóstico psiquiátrico en algún momento durante su infancia o adolescencia (Kliewer, 1997).

Ante la enfermedad del hijo los padres ponen en marcha mecanismos de afrontamiento diferentes para cada uno de ellos, el adulto es un agente de afrontamiento ya que él ajusta el medio ambiente y su propia respuesta para adaptarse al temperamento y las etapas del niño. Cuando el cuidador no proporciona tal seguridad, el niño puede sentirse abandonado. Conforme avanzan en edad, los niños asumen más responsabilidad para hacer frente a sus propias emociones, aunque los adultos continúan en su papel protector, en cierta medida las estrategias implementadas por los niños no siempre resultan acordes a la situación que se está viviendo, si los modos de afrontamiento de ambos padres son discrepantes, trae consigo un mayor conflicto matrimonial y por lo tanto mayor alteración del clima familiar (Peterson, Oliver y Saldana, 1997).

El estudio del afrontamiento en niños ante los procedimientos médicos puede servir como laboratorio ideal para la comprensión de cómo los niños suelen afrontar los acontecimientos aterradores que se presenten a lo largo de sus vidas, es por esta razón que existe un gran número de instrumentos que han sido empleados para conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por los niños cuando han sido diagnosticados con un padecimiento (Peterson, Oliver y Saldana, 1997).

Según la categorización de estrategias de afrontamiento de Lazarus, que ha sido la más empleada por los cuestionarios de afrontamiento en instituciones de salud, la estrategia basada en la emoción ha sido analizada como la más implementada ante actos médicos invasivos, en contextos de hospitales, en niños y adolescentes (Trianes, 2002).

Existen estudios que señalan que los niños hospitalizados muestran respuestas regresivas, aumento de la ansiedad de separación, trastornos conductuales, tales como problemas de alimentación y los trastornos del sueño como insomnio y pesadillas después de la hospitalización, estos efectos varían en función de la personalidad, la edad, las experiencias previas y especialmente del repertorio de habilidades de afrontamiento que posea el niño. Cuando las habilidades que el niño emplea resultan deficitarias, el niño muestra reacciones inadecuadas antes de y durante la hospitalización, así como en el periodo poshospitalario (Trianes, 2002).

La labor de los psicólogos con los niños que se encuentren hospitalizados debe también ser dirigida a los padres con dos objetivos principales:

- Reducir el estrés así como la ansiedad de los padres, de modo que no influya negativamente en las reacciones del niño.
- Enseñarles procedimientos para que ayuden a sus hijos a afrontar la hospitalización.

Por el contrario, un afrontamiento inadecuado de la experiencia hospitalaria por parte de los padres complica el problema porque en vez de desempeñar un papel eficaz de figuras de apoyo para el niño existe el incremento de estrés infantil, es por ello que los programas de intervención psicológica en niños que se encuentran dentro de los hospitales, deben procurar incluir algunos puntos como proporcionar información al niño, alentar la expresión emocional, establecer una relación de confianza entre el niño y el personal de salud, informar a los padres, enseñar estrategias de afrontamiento a los niños y a sus padres.

3.9 Afrontamiento y cáncer

Las implicaciones psicológicas ante una enfermedad crónica varían, dependiendo del momento y/o etapa por la cual el sujeto atraviesa. Por tal razón, en este complejo proceso, el tipo de afrontamiento que se emplee ante el diagnóstico de cáncer es fundamental ya que las estrategias de afrontamiento implementadas por el paciente están relacionadas con el progreso de la enfermedad.

En los últimos años se han llevado a cabo varias investigaciones con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan más comúnmente los enfermos de cáncer, también se ha incrementado los estudios acerca de como las estrategias de afrontamiento se encuentran relacionadas con la progresión de la enfermedad (Pulgar et al., 2009).

En una enfermedad como el cáncer, el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales que implementaran los pacientes ante el cáncer: comprendiendo la valoración del significado de la palabra cáncer para el sujeto y las reacciones subsiguientes que implica lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone esta enfermedad (Watson y Greer, 1998; en Soriano, 2002).

El paciente con cáncer también deberá hacer frente a las demandas específicas o estresoras propias del padecimiento, como puede ser el impacto psicológico inicial del diagnóstico o los efectos colaterales de la quimioterapia o radioterapia o la prolongada duración de la rehabilitación. La enfermedad oncológica está asociada a una experiencia de sufrimiento y vulnerabilidad, que incide notablemente en la calidad de vida de los individuos, por lo tanto es válido afirmar que factores cognitivos, emocionales y comportamentales, producto de la experiencia individual y del contexto sociocultural de los individuos, influyen tanto en el proceso de enfermar como en la prevención y manejo de los trastornos y enfermedades físicas.

Moorey y Greer (1989) plantean un modelo de funcionamiento del enfermo ante el cáncer denominado “esquema de supervivencia” considerado como la

capacidad de adaptación, la respuesta emocional y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad. En dicho esquema se considera la visión que tiene el enfermo ante el diagnóstico, el tipo de control que considera el enfermo que ejerce sobre ella, también se toma en cuenta la visión del pronóstico que posee el enfermo. La aplicación del esquema de supervivencia supone observar y considerar las relaciones existentes entre el proceso de valoración, afrontamiento y respuestas emocionales observadas en los enfermos de cáncer.

El afrontamiento, además de considerarse un efecto restaurador puede plantearse desde un punto de vista preventivo o intermediario o con un efecto de restablecimiento en el ajuste psicosocial. La negación inicial de un diagnóstico temido o desfavorable aporta un poco de tranquilidad debido a que en el presente inmediato un paciente represivo no tendrá que afrontar las emociones displacenteras que provoca aceptar y actuar ante la enfermedad del cáncer. Otros pacientes buscarán apoyo social y atención, obteniendo de esta manera información adecuada que le permitirá valorar los riesgos posibles. El aspecto de intermediario es probablemente el más importante. Pese a que el impacto del estresor se encuentra presente en el inicio, su influencia posterior se encuentra compensada. Nuevamente la búsqueda de atención de las personas que forman el núcleo que rodea al enfermo reducirá la amenaza de un futuro incierto, la capacidad para distraer la atención de los efectos asociados a la quimioterapia aportará un alivio considerable, permitiendo retomar el control de la situación abordándola desde un punto de vista racional (Méndez, 2005).

Los programas de intervención tras el diagnóstico son fundamentales, ya que se emplean para reducir la ansiedad y la depresión, facilitar los procesos de adaptación al cáncer, promover la adherencia al tratamiento, desarrollar estrategias eficaces en la solución de problemas y contribuir en el mantenimiento y mejora de las relaciones interpersonales de la persona diagnosticada (Méndez, 2005).

En consecuencia, si no se afronta correctamente el diagnóstico de cáncer, se puede predecir que el desempeño funcional diario y posible tratamiento de estos

individuos se verá ampliamente afectado, de modo que el manejo de esta patología puede tornarse más complejo para el equipo de salud y su familia (Oliveros, Barrera, Martínez y Pinto, 2010).

El cáncer pediátrico requiere un tratamiento prolongado en el tiempo que exige la utilización de procedimientos médicos altamente aversivos. De modo que, para paliar los efectos de su dolencia, estos niños tienen que enfrentarse a métodos terapéuticos o de diagnóstico que suelen provocar sensaciones dolorosas más molestas que la propia enfermedad, el proceso con los niños difiere del de los adultos ya que las ideas de enfermedad y muerte no poseen el mismo significado por lo que las variables psicológicas implicadas en este proceso resultan de gran interés para el campo de la investigación (Bragado, 2009).

Con el paso de tiempo y gracias a los avances tecnológicos en los niños se ha aumentado el índice de supervivencia, este hecho también se debe al cambio de mentalidad en la forma de enfrentar el cáncer en el entorno social del enfermo la familia y el medio de salud. En la actualidad se enfatiza la importancia de tener una comunicación abierta con el niño respecto al diagnóstico, pronóstico y procedimientos médicos a los que deberá enfrentarse en el curso de la enfermedad.

Varios estudios longitudinales que se han llevado a cabo con los niños que tienen cáncer, revelan que los supervivientes muestran evidencia de desajuste psicológico, cuando se compara con un pequeño grupo de personas que habían sido tratados con éxito con otras enfermedades crónicas en la infancia, los sobrevivientes de cáncer mostraron niveles más altos de inadaptación y menor satisfacción con la vida, sin embargo comparados con la población en general, los sobrevivientes de cáncer no estaban más deprimidos (Peterson, Oliver y Saldana, 1997).

Con respecto a esta idea existen diversas investigaciones donde uno de los hallazgos más sorprendentes de los últimos años, es que los niños y adolescentes que padecen cáncer muestran un buen funcionamiento psicológico y que, en contra de lo esperado, las alteraciones emocionales o las disfunciones sociales son más la excepción que la regla y sólo afectan a un grupo reducido de niños, de acuerdo con

estos estudios. En los niños y adolescentes también existen cambios positivos en relación con el foco de las prioridades de la vida, comportamientos resilientes, más aprecio por la vida y las relaciones sociales y menos conductas de riesgo que sus iguales (Bragado, 2009).

Los resultados de estas investigaciones sugieren que los niños son capaces de afrontar la enfermedad y sus tratamientos con poco desgaste psicológico, lo que no significa que no experimenten reacciones adversas durante el proceso sino que lo afrontan con fortaleza y de una forma “tan saludable” que cuesta trabajo aceptarlo sin poner algún reparo. Una explicación a estos resultados es que el buen ajuste psicológico encontrado en los niños con cáncer puede deberse a que estos niños implementan un estilo de afrontamiento defensivo, represivo o de negación, lo que les llevaría a informar de menos síntomas de los que realmente experimentan (Bragado, 2009).

Existe una clara controversia sobre los efectos psicológicos que pueden presentar los niños con cáncer, es por ello que el papel de las estrategias de afrontamiento implementadas por los niños, resulta fundamental ya que pueden dar la pauta para explicar cómo se adaptan a la enfermedad y al tratamiento, sin embargo, la evidencia sugiere que no existe una estrategia de afrontamiento mejor que otra y que tanto los padres como los niños usan diferentes formas de abordar la situación según las circunstancias.

CAPÍTULO 4

MÉTODO

4.1 Justificación

Cuando se recibe el diagnóstico de cáncer en los niños se genera un alto nivel de estrés tanto en los niños como en los padres de éstos, además deberán de enfrentarse al tratamiento que en muchos de los casos es doloroso y prolongado. Es por ello, que el estudio del afrontamiento en niños, con respecto a los procedimientos médicos puede servir como laboratorio ideal para la comprensión de cómo los niños suelen afrontar los acontecimientos aterradores que se presenten a lo largo de sus vidas. Existe un número importante de instrumentos que han sido empleados para conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por los niños cuando han sido diagnosticados con un padecimiento (Kliwer, 1997).

Respecto a las estrategias de afrontamiento y su relación con problemas de salud, algunos estudios han encontrado que la utilización de estilos más pasivos o evitativos se asocia con resultados negativos con respecto a la salud, que los estilos más activos o aproximativos. Los estados emocionales pueden influir en la salud mediante sus efectos directos en el funcionamiento fisiológico, en el reconocimiento de síntomas y búsqueda de atención médica, en la involucración en conductas saludables y no saludables (Barra, Cerna, Kramm y Véliz, 2006).

Las estrategias de afrontamiento son un importante concepto en el ámbito del cáncer, ya que éstas permiten saber como un paciente oncológico se adapta a las demandas que su ambiente le impone (Lazarus y Folkman, 1991). Es por ello que surge la necesidad de saber qué tipo de estrategias son utilizadas por los niños que se encuentran hospitalizados con diagnóstico de cáncer con la finalidad de que en futuras intervenciones se mejore la atención a este tipo de pacientes.

4.2 Planteamiento del Problema

Debido a que en nuestro país son pocas las investigaciones acerca del proceso de afrontamiento que ocurre en los niños que se encuentran hospitalizados en el área de oncología, el objetivo de este estudio fue identificar cuáles son las

estrategias de afrontamiento implementadas por una muestra de niños con cáncer que se encontraban en un área médica de alta especialidad de pediatría ubicado en el Distrito Federal.

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo general

Conocer si existen diferencias en cuanto a las estrategias de afrontamiento empleadas por un grupo de niños con cáncer, en comparación a la norma general la cuál fue establecida por un grupo de niños escolares.

4.3.2 Objetivo específico

Analizar las diferencias en cuanto el género en la utilización de las estrategias de afrontamiento en niños que se encuentran hospitalizados a causa de la presencia de algún tipo de cáncer, en una comparación con el grupo general.

4.4 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que usan los niños y niñas a quienes se les ha diagnosticado algún tipo de cáncer?
- ¿Existen diferencias en el tipo de estrategias de afrontamiento que implementan los niños con cáncer en comparación con un grupo general?

4.5 Hipótesis

- H1: Los niños con cáncer tienden a utilizar más estrategias de abandono de control, sobre las estrategias de control directo e indirecto en comparación con el Grupo General.
- H2: Las niñas con cáncer tienden a utilizar más estrategias de abandono de control, sobre las estrategias de control directo e indirecto en comparación con el Grupo General.

4.6 Variables

En la investigación realizada se tomó en cuenta el atributo de la muestra con la que se trabajó, el cual fue el cáncer que padece un grupo de niños que se

encontraban hospitalizados, con quienes se tuvo contacto en las visitas al área de oncología pediátrica.

Variable 1: Las estrategias de afrontamiento que usan los niños con cáncer.

Definición Conceptual:

“Aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas y/o internas evaluadas como excedentes y desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1991 p. 164).

Esta definición de afrontamiento conceptualiza al afrontamiento como aquellos esfuerzos necesarios para manejar las demandas estresantes independientemente de cuál sea el resultado, lo que implica que ninguna de las estrategias es mejor que otra, la calidad de una estrategia (su eficacia) está determinada por sus efectos en una situación determinada y los efectos de ella a largo plazo.

Definición Operacional:

Resultados obtenidos en el Cuestionario de Afrontamiento para Niños (CAN) (Lucio y Durán, 2013).

4.7 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, ya que se identificaron cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por los niños hospitalizados con cáncer comparando las diferencias con el grupo general.

4.8 Muestreo

El tipo de muestreo que se utilizó fue por conveniencia.

4.9 Participantes

La muestra clínica (Fig. 3) estuvo conformada por 22 niños y niñas que se encontraban hospitalizadas como parte del tratamiento al cáncer que padecen, 12 hombres (54.54 %) y 10 mujeres (45.45 %) de entre 8 a 12 años, la media de edad fue de 10.31. Cada uno de los participantes se encontraban hospitalizados en el área correspondiente a oncología dentro de pediatría.

Con respecto a las edades de los participantes de este estudio (fig. 4) un 22.7% tenían 8 años, 13.6% tenían 9 años, 9.1% tenían 10 años, 18.2% tenían 11 años, 36.6% tenían 12 años.

Figura 3. Muestra

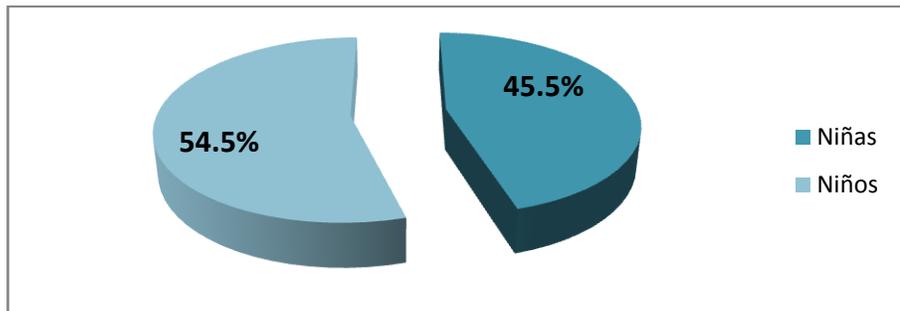


Figura 4. Edad de los participantes

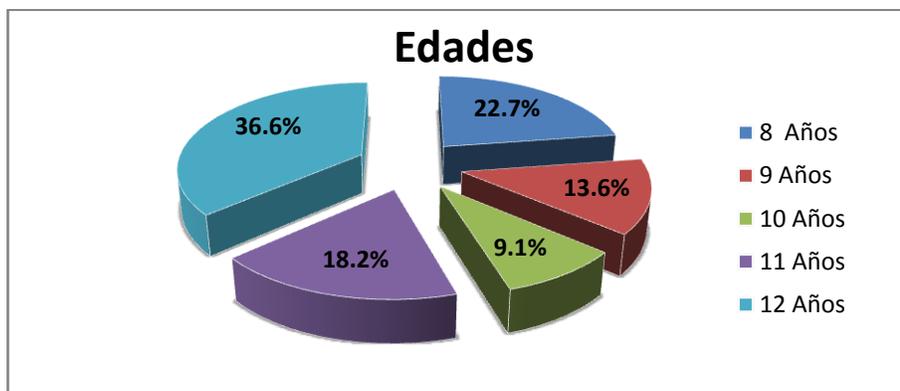


Tabla 5. Diagnóstico de los participantes

Paciente	Diagnóstico
1	Leucemia
2	Retinoblastoma
3	Sarcoma óseo
4	Sarcoma óseo
5	Tumor en Sistema Nervioso Central
6	Tumor en Sistema Nervioso Central
7	Leucemia

8	Sarcoma óseo
9	Sarcoma óseo
10	Tumor en Sistema Nervioso Central
11	Tumor en Sistema Nervioso Central
12	Linfoma de Hodking
13	Sarcoma óseo
14	Leucemia
15	Sarcoma óseo
16	Sarcoma de Ewing
17	Tumor en Sistema Nervioso Central
18	Linfoma no Hodking
19	Sarcoma óseo
20	Tumor en Sistema Nervioso Central
21	Sarcoma óseo
22	Linfoma

Grupo General

Fue conformado por 876 niños y niñas, de los cuales 402 fueron hombres y 474 mujeres, de entre 8 a 12 años de edad, quienes respondieron al Cuestionario de Afrontamiento en Niños (CAN) (Lucio y Durán, 2013) esta muestra fue recabada en diversas escuelas primarias públicas y privadas del Distrito Federal y área metropolitana.

4.10 Criterios de selección

Inclusión

- Niños de entre 8 y 12 años de edad.
- Haber sido diagnosticado con algún tipo de cáncer pediátrico.
- Encontrarse hospitalizado debido a la presencia de la enfermedad.
- Tener consentimiento verbal del padre o tutor que se encuentre como cuidador.
- Disponibilidad física del niño para colaborar en el estudio.
- Responder afirmativamente ante el cuestionamiento, si desea participar.

- Haber contestado el Cuestionario de Afrontamiento para Niños CAN (2013).

Exclusión

- Niños menores de 8 años.
- Jóvenes mayores de 12 años.
- No contar con el consentimiento verbal del Padre o cuidador del niño.
- Deterioro físico que imposibilite la aplicación del cuestionario.

4.11 Escenario

La presente investigación se realizó en el área de oncología, en el edificio de pediatría de un hospital en el Distrito Federal. Los niños que contestaron se encontraban hospitalizados.

4.12 Materiales

- Cuestionario de Afrontamiento en Niños (Lucio y Duran, 2013).
- Ficha Sociodemográfica.
- Lápices con goma.
- Programa estadístico SPSS versión 20.

4.13 Descripción del Instrumento

Ficha Sociodemográfica

Se utilizó una hoja de datos sociodemográficos que los aplicadores leyeron a cada uno de los niños, en esta hoja se indagan datos generales como 1)¿Vive tu papá? 2)¿Vive tu mamá? 3)¿Con quién vives? 4)¿Cuántos hermanos tienen? 5)¿Qué calificación obtuviste el año pasado? 6)¿A qué se dedica tu papá? 7)¿A qué se dedica tu mamá? 8)¿Quién lleva dinero a la casa? 9)¿Tus papás te pueden comprar las cosas que necesitas? 10)¿En tu familia falta el dinero?.

A esta hoja, utilizada en otras investigaciones, se añadieron datos que se consideraron importantes de acuerdo con las características de la muestra con la que se trabajó (niños con cáncer) los datos agregados fueron: 1) Diagnóstico 2) Tiempo de diagnóstico 3) Tratamiento 4) Cuidador 5) Edad del cuidador 6) Lugar de procedencia 7) Tiempo de hospitalización.

Cuestionario de Afrontamiento en Niños.

Se trata de un cuestionario de lápiz y papel que consta de 72 reactivos de opción múltiple con 4 opciones de respuesta, los cuales son presentados en conjunto con una escala pictórica en forma de cilindros que van aumentando de acuerdo con la cantidad de veces en la que se implementa una estrategia, las opciones son: nunca, pocas veces, muchas veces y siempre. Este cuestionario posee una Alfa de Cronbach de .89.

El CAN (2013) fue diseñado para aplicarse a niños de entre 8 y 12 años en forma individual o colectiva, el tiempo estimado para responderlo puede variar dependiendo de las características de cada niño, sin embargo es de aproximadamente 30 minutos, su uso puede ser para finalidades de evaluación e investigación.

Desarrollo del Cuestionario de Afrontamiento en Niños.

Este cuestionario se desarrolló a partir del Cuestionario de Estrés en Niños (2011) que incluía la pregunta abierta: “Cuando algo te molesta o te preocupa mucho, ¿Qué haces?”, con la finalidad de obtener las estrategias de afrontamiento que los niños utilizan ante las situaciones estresantes.

De dicha pregunta se obtuvo una base de datos conformada por 470 respuestas de niños y niñas, de una escuela pública y una privada. Del análisis de las respuestas, de este análisis se eliminaron algunas de ellas debido a que los niños no habían entendido la pregunta que se realizó y por lo tanto no dieron ninguna estrategia de afrontamiento; como resultado se obtuvo una nueva base conformada de 437 respuestas, las cuales se categorizaron de acuerdo con el trabajo realizado por Skinner y Zimmer-Gembeck (2007) en donde se integran 44 estudios que informan las diferencias con respecto a la edad y los cambios que ocurren en cuanto a la implementación de estrategias de afrontamiento desde la infancia hasta la adolescencia, estos autores identificaron 12 estrategias que son las más utilizadas en diferentes cuestionarios que evalúan estrategias de afrontamiento en niños y adolescentes.

Tabla 6. Estrategias de afrontamiento descritas por Skinner y Zimmer-Gembeck (2007).

Estrategia de afrontamiento	Descripción
Resolución de Problemas	Es el ajuste de medios que sean eficaces para el ambiente.
Búsqueda de conocimiento	Encontrar eventualidades que impliquen interés y curiosidad, tales como la lectura, la observación y preguntar a los demás.
Impotencia	Encontrar límites tales como la confusión, la indiferencia cognitiva, el agotamiento y la culpa que impidan el actuar del sujeto.
Escape	Evitación conductual y cognitiva ante el conflicto que implica retirada mental, negación, pensamiento mágico y miedo.
Autosuficiencia	Protección de recursos que implica regulación emocional y regulación conductual.
Búsqueda de Apoyo	Uso de recursos sociales tales como la búsqueda de contacto, la búsqueda de control, la ayuda efectiva y otras alianzas.
Delegar	Implementación de recursos limitados tales como búsqueda de ayuda desadaptativa y la autocompasión.
Aislamiento Social	Retirarse del contexto de apoyo implementando retraimiento social, evitación de los otros, congelamiento y tristeza.
Adaptación	Capacidad de autoajuste que implica elementos tales como la distracción, reestructuración cognitiva, minimización y aceptación.
Negociación	Búsqueda de opciones encaminadas a la persuasión y al establecimiento de prioridades.
Sumisión	Renunciar a las opciones disponibles a través de la rumiación, perseveración rígida y de los pensamientos intrusivos.
Oposición	Oponerse a la resolución de problemas culpando o responsabilizando a los demás, a través de reacciones como la agresión y la proyección.

Después de tomar en cuenta las 12 estrategias propuestas por Skinner y Zimmer-Gembeck (2007) se agruparon con base en los 3 estilos que señaló Verduzco (2004) quien describe el proceso de afrontamiento como un tipo de control que la persona ejerce sobre la situación que deberá de resolver, parte del trabajo de ésta autora fue tomado de lo propuesto por Rothbaum et al. (1982) a continuación se describen los tipos de control así como las subcategorías de cada estilo.

Afrontamiento de Control directo: se da cuando una persona realiza intentos para cambiar la situación estresante, las subcategorías son las siguientes:

- Solución del problema a través de la acción directa personal.
- Solucionar el problema hablando con las personas.
- Solucionar el problema expresando afecto como abrazar, dar besos.
- Solucionar el problema y además sacar provecho de él.
- Solucionar el problema siguiendo la propia opinión o teniendo confianza en sí mismo.
- Pensar, reflexionar.
- Pedir perdón.
- Perdonar.

Afrontamiento de Control Indirecto: al igual que el primero también se realizan intentos para cambiar la situación estresante, sin embargo en vez de cambiarla lo que se hace son intentos por encajar en el mundo y fluir con la corriente, como cuando por alguna limitación para enfrentar la situación, la hace insuperable y esto ocurre cuando los intentos de control han fallado. La principal diferencia entre el primero es que la meta es cambiar el ambiente, mientras en el segundo la meta es encajar en el ambiente.

- Solución del problema a través de otra persona.
- Contarle los problemas a otras personas.
- Buscar consuelo emocional en otras personas.
- Rezar.
- Hablan conmigo.
- Hacer lo contrario de lo que se le pide, no hacer las cosas, rebelarse, repelar.
- Responder con actitudes pasivo-agresivas para castigar a otras personas como no hablar, no comer, no ocuparse, etc.
- Solucionar el problema sometiéndose, obedeciendo, haciendo lo que le piden.
- Seguir la corriente.
- Tranquilizarse, calmarse.

- Hacer lo contrario de lo que se le pide.
- Responder con una agresión activa que daña física o verbalmente a otros como pegar, gritar.

Afrontamiento de Abandono de Control: este ocurre cuando la persona decide que una situación que se presenta es percibida como incontrolable. Los comportamientos que pueden indicar una falta de control son los comportamientos pasivos y de constante evasión, los cuales reflejan un abandono total de los intentos de control.

- Realizar una acción para distraerse del problema: oír música, ver televisión, irse a otro lugar, oír radio, bañarse, tomar agua, leer.
- Desconectarse del problema encerrándose o replegándose sobre sí mismo, meterse a la cama o dormirse, encerrarse en el cuarto.
- Ignorar la situación, no hacer caso.
- Dejar que se dé la situación sin intervenir para evitar problemas, callar, dejar que lo castiguen.
- Esconderse en un sitio para no ser encontrado o fingir estar dormido, tratar de hacer algo pero que no lo sorprendan.
- Estar presente pero fingir que el problema no existe, ocultar el problema u ocultar sentimientos.
- Cambiar la conversación, decir excusas.
- Darse por vencido y no solucionar el problema.
- Responder pasivamente con emociones que generan estados de ánimo negativos como depresión, tristeza.
- Negarse a aceptar el problema.
- Olvidar.
- Autoagredirse como pegarse, tratarse de matar.
- Culpar a otra persona para evitar el problema.
- No hacer nada.
- Reírse cuando debe de estar triste, ser pasivo cuando tiene que actuar o viceversa.

Como mencionan Skinner y Zimmer-Gembeck (2007) las emociones tienen un papel central dentro del proceso de afrontamiento en los niños, por otra parte Folkman y Moskowitz (2003) consideran que las emociones tienen una función importante debido a que las emociones negativas y positivas estarán presentes dependiendo de la situación y del individuo, por lo que se consideró importante tomar en cuenta las emociones en este proceso de afrontamiento así que como parte de las estrategias se consideran las emociones que fueron más empleadas por los

niños, de acuerdo con las 437 respuestas presentes en la base de datos.

De acuerdo con la experiencia de las autoras del Cuestionario de Afrontamiento en Niños, se dividió la estrategia de escape propuesta por Skinner y Zimmer-Gembeck (2007) en evitación siendo esta la manera de evadir el problema realizando acciones para ello y distracción siendo esta la manera de evadir el conflicto cognitivamente con pensamientos que lleven a no pensar en lo que está ocurriendo. Además se incluyó la estrategia de autoagresión la cual se considera es una manera en la que algunos niños suelen enfrentar las fuentes de estrés que se les presenta, según la experiencia de los profesionales ocurre con mayor frecuencia hoy en día.

Tabla 7. Estrategias que conformaron el Cuestionario de Afrontamiento para Niños (2013).

Clasificación	Cognitiva	Emocional	Conductual o Acción
Control Directo	Búsqueda de apoyo Autosuficiencia Resolución de problemas Adaptación		
Control Indirecto	Negociación Búsqueda de conocimiento		Oposición Sumisión
Abandono de control	Impotencia Delegar Distracción		Evitación Aislamiento Social Autoagresión
Centrado en la emoción		Enojo Tristeza Miedo Culpa	

Con la finalidad de tener un instrumento adecuado para niños se tomaron las palabras utilizadas por ellos para elaborar cada uno de los reactivos. Las 18 estrategias fueron representadas por 4 reactivos cada una, teniendo finalmente los 72 reactivos que conforman el Cuestionario de Afrontamiento para Niños (2013) con las opciones de respuesta nunca, pocas veces, muchas veces, siempre, las cuales

se presentan en conjunto con una escala pictórica en formas de cilindros que van en aumento de acuerdo con la cantidad que representan, es decir, el cilindro de nunca se encuentra vacío, el de pocas veces se encuentra ligeramente lleno, el de muchas veces tiene mayor cantidad, finalmente el cilindro que representa siempre se encuentra lleno, esto con la finalidad de tener un instrumento con un referente gráfico que ayude a evaluar las estrategias de afrontamiento empleadas por cada niño.

Tabla 8. Reactivos que conforman el CAN

Estrategia	Estilo	Reactivo
Búsqueda de apoyo	Control	4 <i>Pido ayuda a mis papás o a la maestra</i>
		22 <i>Aviso a los demás</i>
	Directo	40 <i>Hablo con alguien de lo que me molesta</i>
		58 <i>Hablo con alguna persona para tranquilizarme</i>
Autosuficiencia	Control	5 <i>Me tranquilizo</i>
		23 <i>Respiro profundo</i>
	Directo	41 <i>Me calmo</i>
		59 <i>Intento estar bien</i>
Resolución de problemas	Control	7 <i>Trato de arreglar el problema</i>
		25 <i>Les digo que no molesten</i>
	Directo	43 <i>Hago algo para ayudar</i>
		61 <i>Pido una disculpa</i>
Adaptación	Control	14 <i>Trato de verle el lado bueno</i>
		31 <i>Pensé en el problema y vi las cosas de forma diferente</i>
	Directo	50 <i>Pienso que todo se va a arreglar</i>
		68 <i>Pienso que el problema pudo haber sido peor</i>
Oposición	Control	6 <i>Azoto cosas (puertas)</i>
		24 <i>Le pego a alguien</i>
	Indirecto	42 <i>Contesto mal</i>
		60 <i>Discuto</i>
Control	15 <i>Me porto bien para que me den regalos</i>	
	33 <i>Hablo con los demás para que no me castiguen</i>	
	51 <i>Pienso lo que es más importante para mí y lo</i>	

Negociación	Indirecto	<i>arreglo</i> 69 <i>Propongo soluciones para arreglar el problema</i>
Sumisión	Control	12 <i>Me quedo callado (a) para no tener problemas</i> 30 <i>No digo nada para no hacer enojar a los demás</i>
	Indirecto	48 <i>Me aguanto porque si contestara me va peor</i> 66 <i>Oculto lo que pienso y siento</i>
Búsqueda de conocimiento	Control	18 <i>Pregunto a los demás</i> 36 <i>Busco información por internet</i>
	Indirecto	54 <i>Le pregunto a alguien que sabe</i> 72 <i>Busco información</i>
Autoagresión	Abandono de Control	11 <i>Le pego a la pared</i> 29 <i>Me pego</i> 47 <i>Me lastimo yo mismo (a)</i> 65 <i>Le pego a un objeto</i>
Delegar	Abandono de Control	10 <i>Critico a las personas</i> 28 <i>Me desquito con otras personas</i> 46 <i>Hago mis caras</i> 64 <i>Los acuso</i>
Distracción	Abandono de Control	13 <i>Lo olvido</i> 32 <i>Me imagino otras cosas</i> 49 <i>Me distraigo</i> 67 <i>No pienso en ello</i>
Aislamiento social	Abandono de Control	3 <i>Me encierro en mi cuarto</i> 21 <i>No les hablo a los demás</i> 39 <i>No quiero que nadie me hable</i> 57 <i>Me quedo solo (a)</i>
Impotencia	Abandono de Control	8 <i>Lo ignoro</i> 26 <i>Me da igual</i> 44 <i>No puedo hacer nada</i> 62 <i>Pienso que no hay nada que hacer</i>
Evitación	Abandono de Control	1 <i>Nada</i> 19 <i>Juego</i> 37 <i>Veo la tele o escucho música</i> 55 <i>Me acuesto o me duermo</i>

Tabla 9. Emociones que conforman el CAN

Estrategia	Estilo	Reactivo
Miedo	Emoción	16 <i>Siento miedo</i> 34 <i>Tiemblo de miedo</i> 52 <i>Me siento temeroso (a) por lo que puede pasar</i> 70 <i>Le temo a todo</i>
Culpa	Emoción	17 <i>Me siento mal por lo que hice</i> 35 <i>Me doy cuenta de mis errores y me siento mal por eso</i> 53 <i>Me culpo</i> 71 <i>Me critico por lo que hice</i>
Tristeza	Emoción	9 <i>Lloro</i> 27 <i>Me siento triste</i> 45 <i>Quiero llorar</i> 63 <i>Me siento desanimado (a)</i>
Enojo	Emoción	2 <i>Me enojo</i> 19 <i>Me enojo con alguien</i> 38 <i>Grito</i> 56 <i>Me pongo de mal humor</i>

El afrontamiento centrado en la emoción ocurre cuando la persona trata de manejar las respuestas emocionales y afectivas que genera el problema.

Una vez desarrollado el Cuestionario de Afrontamiento para Niños (CAN) fue piloteado en una escuela primaria pública así que anteriormente a este estudio, fue utilizado en diversos niños de escuelas primarias públicas y privadas, en diferentes zonas del Distrito Federal y algunos municipios del Estado de México, el instrumento permitía identificar las estrategias más utilizadas por los niños.

4.14 Procedimiento

Para la realización de este estudio se buscó el contacto con el responsable del área de oncología pediátrica, se consiguió una cita con el fin de exponer los motivos y fines de la investigación; se logró la autorización del médico responsable para la

aplicación de uno de los instrumentos que se pretendía utilizar ya que como bien nos señaló el médico, estos niños se encuentran débiles y agotados debido al tratamiento que están siguiendo, así que de acuerdo con esta observación se acordó utilizar el Cuestionario de Afrontamiento para Niños (CAN); así que se pactó un día para acudir a realizar la aplicación del instrumento, el cuál debía ser el que repercutiera de la menor manera en el estado de salud de los niños.

Acudieron a la aplicación del cuestionario se llevo a cabo por 3 psicólogas, las cuales se encontraban al tanto del desarrollo del CAN, por lo que estaban entrenadas para la aplicación de este Cuestionario. Se habló con cada uno de los padres o cuidador que se encontraba con el niño, a quienes se les dio una breve explicación del estudio, en la cual se expresaron los motivos del mismo, el manejo que se daría a la información recabada, así como de la confidencialidad de los datos, del mismo modo se les mostró el instrumento y finalmente se les pidió el consentimiento para que sus hijos pudieran participar.

Después se procedió a hablar con cada uno de los niños que se encontraban hospitalizados, se les dio la misma información que a los padres, sobre los objetivos y metas del estudio, además de preguntarles si ellos deseaban cooperar y ayudarnos. Cuando la respuesta era afirmativas se comenzaba por leer las instrucciones, aclarando que en caso de haber alguna duda podía preguntar y la aplicadora respondería las dudas. Se comenzó por contestar la ficha sociodemográfica, se leyó cada una de las preguntas y las opciones de respuesta, la psicóloga se encargaba de subrayar la respuesta elegida por cada uno de los niños. Al terminar la ficha sociodemográfica, se leyeron las instrucciones del Cuestionario de Afrontamiento en Niños CAN (2013) así como el ejemplo que éste contiene, una vez que se aseguraba que el niño había entendido la manera de responder, se leyeron cada uno de los 72 reactivos así como las 4 opciones de respuesta. El niño debía mencionar la opción más acertada con respecto a la cantidad de veces que utilizaba cada estrategia.

En uno de los casos, el niño no podía hablar mucho ya que le habían realizado un procedimiento odontológico y se encontraba adolorido, así que se realizó de la misma manera, solo que él respondía señalando con su dedo el cilindro que

correspondía a su respuesta. En todos los casos los padres se encontraban con el niño al momento de responder el cuestionario, por lo que existió una interacción constante entre los niños y sus padres que las aplicadoras pudieron observar.

Finalmente al concluir en cada uno de los casos se dieron las gracias tanto a los niños como a las personas que se encontraban a su cuidado, que en la mayoría de los casos eran los padres, algunos de ellos pidieron informes para buscar algún tipo de servicio psicológico, ya que como ellos mismos mencionaron la situación que se encontraban viviendo era complicada, así que se les brindó la información solicitada.

4.15 Análisis de datos

El siguiente paso del procedimiento, fue realizar la calificación de los instrumentos aplicados, posteriormente se llevó a cabo el análisis de datos, entre los cuales se encuentra el análisis de las frecuencias de algunos datos que contenía la ficha sociodemográfica, esto con la finalidad de conocer las condiciones, así como el medio en el que se encuentra situado cada participante de este estudio.

Además, se realizaron análisis de las frecuencias, medias y desviaciones estándar de las respuestas que dieron los niños a cada uno de los reactivos del Cuestionario de Afrontamiento para Niños CAN (2013). Se analizó el reactivo de acuerdo con la estrategia a la que correspondía, esto con el propósito de observar como respondieron los participantes al instrumento y así conocer qué estrategias de afrontamiento son más utilizadas por los niños que se encuentran hospitalizados a consecuencia de algún padecimiento oncológico.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

5.1 Datos sociodemográficos

Una vez que se llevó a cabo la captura de datos se obtuvieron las respuestas que los niños dieron a la ficha sociodemográfica, la información presentada es de gran utilidad, ya que nos ayuda a conocer el medio y las situaciones que rodean a los niños con los que se trabajó en este estudio.

Tabla 10. Estructura familiar

Personas con la que viven	Casos	Porcentaje
Madre, padre y hermanos	9	40.9%
Madre, padre, hermanos y abuelos	5	22.7%
Sólo con la madre	2	9.1%
Madre, padre, hermanos, abuelos, tíos	2	9.1%
Madre, padre	1	4.5%
Madre y abuelos	1	4.5%
Madre, papá, hermano, otro	1	4.5%
Madre, abuelos y tíos	1	4.5%

Tabla 11. Número de hermanos

Numero de hermanos	Casos	Porcentaje
Ninguno	5	22.7%
Uno	8	36.4%
Dos	6	27.3%
Tres	1	4.5%
Cinco o más	2	9.1%

Debido a la enfermedad que los niños padecen, muchas de las familias han modificado su estructura, en alguno de los casos uno de los padres renunció a su trabajo para dedicarse al cuidado del niño, por lo que se consideró importante recabar esta información.

Tabla 12. Ocupación del padre

Ocupación	Casos	Porcentaje
Jornalero	1	4.5%
Pastelería	1	4.5%
Contador público	2	9.1%

Comerciante	4	18.2%
Aire acondicionado (técnico)	1	4.5%
Chofer	3	13.6%
Construcción	2	9.1%
Seguridad pública	1	4.5%
Carpintero	1	4.5%
Abogado	2	9.1%
Obrero	2	9.1%
No sabe	2	9.1%

Tabla 13. Ocupación actual de la madre

Ocupación	Casos	Porcentaje
Jubilada del IMSS	1	4.5%
Empleada	1	4.5%
Limpieza	1	4.5%
Gerente de Ventas	1	4.5%
Obrera	1	4.5%
Contador público	1	4.5%
Ama de casa	16	72.8%

Tabla 14. Ingresos familiares

Encargado	Casos	Porcentaje
Papá y mamá	3	13.6%
Papá	15	68.2%
Mamá	2	9.1%
Mamá y otro	2	9.1%

Tabla 15. Satisfacción de necesidades

¿Tus papás te pueden comprar las cosas que necesitas?	Casos	Porcentajes
Nunca	0	0%
Pocas veces	4	18.2%
Muchas veces	5	22.72%
Siempre	13	59.1%

Tabla 16. Situación económica de la familia

En tu familia, ¿falta el dinero?	Casos	Porcentaje
Nunca	11	50 %
Pocas veces	9	40.9 %
Muchas veces	2	9.1 %
Siempre	0	0 %

Tabla 17. Datos de la muestra (niños que han sido diagnosticados con cáncer).

Caso	Diagnóstico	Tiempo de Diagnóstico	Tratamiento	Cuidador	Lugar de procedencia
1	Leucemia	9 meses	Quimioterapia	Papá	Oaxaca
2	Retinoblastoma	1 año 9 meses	Quimioterapia	Mamá	Chiapas
3	Sarcoma	5 meses	Quimioterapia	Mamá	Oaxaca
4	Sarcoma óseo	7 meses	Quimioterapia	Mamá	Veracruz
5	Tumor en SNC	3 meses	Quimioterapia	Mamá	D.F.
6	Tumor en SNC	9 meses	Quimioterapia	Mamá	D.F.
7	Leucemia	2 meses	Quimioterapia	Mamá	Guerrero
8	Sarcoma	5 meses	Quimioterapia	Mamá	D.F.
9	Sarcoma óseo	10 meses	Quimioterapia	Mamá	D.F.
10	Tumor en SNC	2 años 4 meses	Quimioterapia	Mamá	Hidalgo
11	Tumor en SNC	2 años	Quimioterapia	Mamá	Hidalgo
12	Linfoma de Hodking	1 año 1 mes	Quimioterapia	Papá	Morelos
13	Sarcoma	3 meses	Quimioterapia	Mamá	Toluca
14	Leucemia	11 meses	Quimioterapia	Mamá	D.F.
15	Sarcoma Óseo	1 año	Quimioterapia	Abuelita	D.F.
16	Sarcoma de Ewing	3 meses	Quimioterapia	Mamá	D.F.
17	Tumor en SNC	2 meses	Quimioterapia	Mamá	Guerrero
18	Linfoma no Hodking	1 año 6 meses	Quimioterapia	Mamá	D.F.
19	Sarcoma Óseo	2 años	Cirugía	Papá	Tlaxcala

20	Tumor en SNC	4 meses	Cirugía	Mamá	D.F.
21	Sarcoma Óseo	6 meses	Quimioterapia	Papá	D.F.
22	Linfoma	1 año	Quimioterapia	Mamá	D.F.

5.2 Estrategias de afrontamiento

Se llevaron a cabo análisis de frecuencias, obtención de medias y desviaciones estándar con relación a las estrategias de afrontamiento implementadas por los niños, de acuerdo con las respuestas que dieron a cada uno de los reactivos del CAN, tomando en cuenta que las opciones de respuesta del instrumento son las siguiente:

- Nunca- 1
- Pocas veces - 2
- Muchas veces-3
- Siempre -4

De esta manera el puntaje máximo que se puede obtener en cada reactivo corresponde a 4, recordando que cada estrategia está compuesta por 4 reactivos dentro del Cuestionario de Afrontamiento para Niños (2013) la puntuación máxima por estrategia corresponde a 16.

Tabla 18. Medias y desviaciones estándar obtenidas por los niños con cáncer, medias y desviaciones estándar del grupo general (se tomó como punto de corte, la primera desviación estándar).

Estrategia	Niños con Cáncer		Grupo General		P. Corte
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Búsqueda de Apoyo	10.77	2.82	9.38	2.75	12.13
Autosuficiencia	10.95	2.64	11.08	2.92	14
Resolución de problemas	10.91	2.20	11.12	2.74	13.59
Adaptación	11.05	2.21	10.04	2.72	12.76
Oposición	7.50	2.98	6.28	2.42	8.7
Negociación	10.50	2.30	10.06	2.86	12.92
Sumisión	8.68	2.32	8.17	2.61	10.78
Búsqueda de Conocimiento	9.55	3.11	8.41	2.90	11.31
Autoagresión	5.45	2.36	5.83	2.46	8.29
Delegar	7.95	2.10	6.53	2.13	8.66

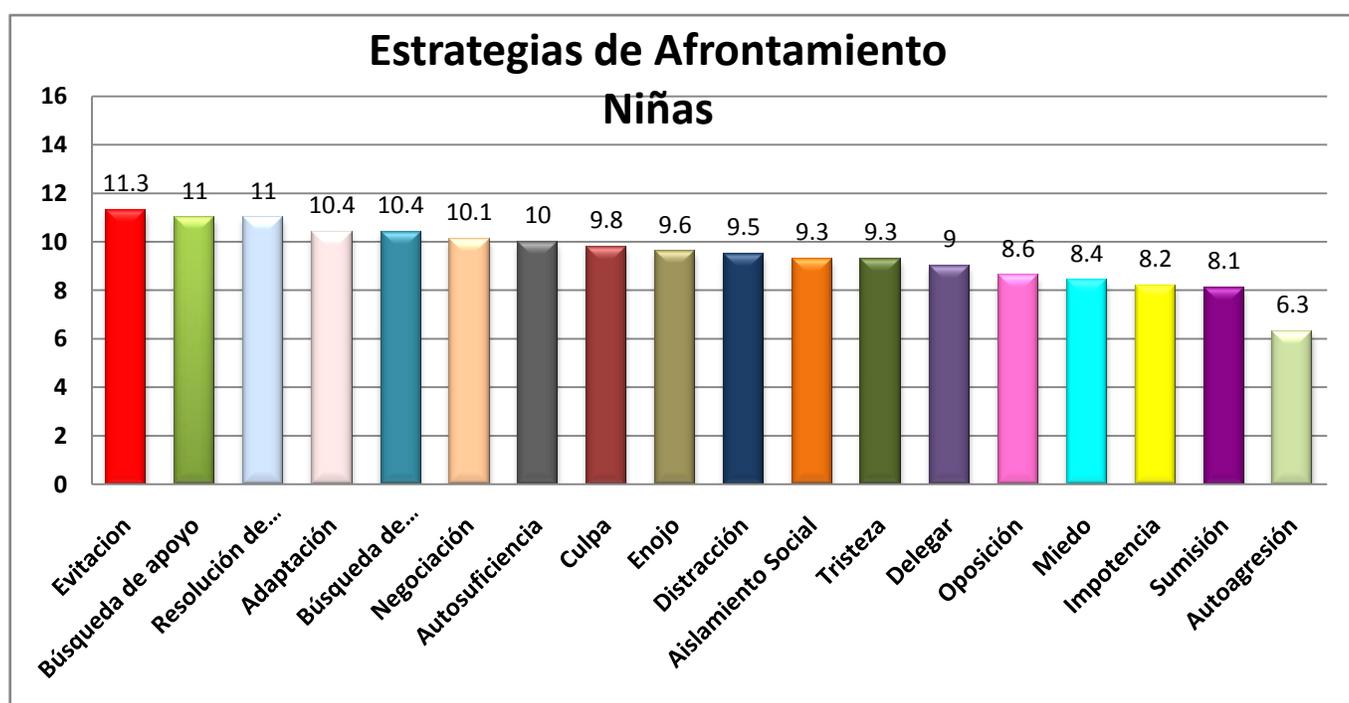
Distracción	10.59	2.34	8.45	2.50	10.95
Aislamiento Social	7.91	2.69	7.32	2.50	9.82
Impotencia	8.18	1.99	7.06	2.21	9.27
Evitación	10.41	2.20	9.47	2.79	12.26
Miedo	7.82	2.06	7.43	2.68	10.11
Culpa	9.55	2.72	9.18	2.74	11.92
Tristeza	8.82	2.39	8.17	2.87	11.04
Enojo	9.14	2.19	7.49	2.53	10.02

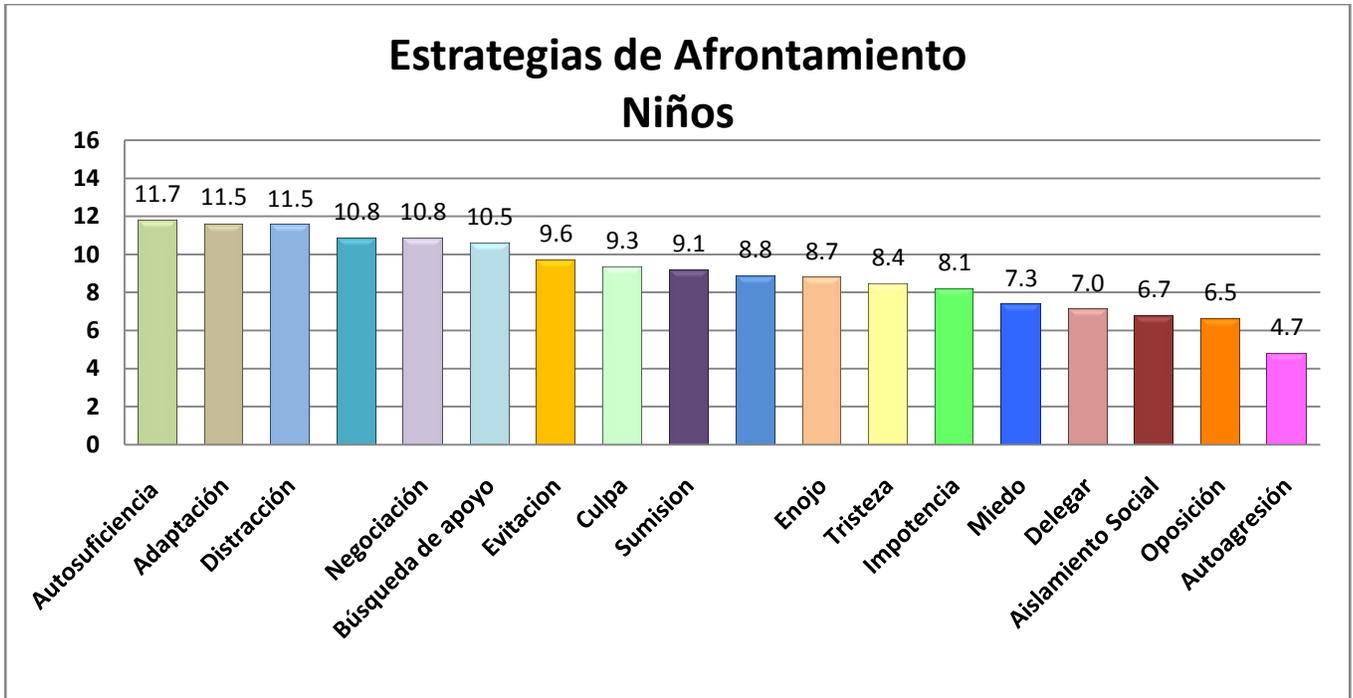
Tabla 19. Medias y desviaciones estándar con respecto al sexo, muestra y grupo general

Estrategia		Niños con Cáncer		Grupo General		P. Corte
		Media	D.E.	Media	D.E.	
Búsqueda de Apoyo	Niños	10.58	2.27	9.05	2.74	11.79
	Niñas	11.00	3.50	9.67	2.73	12.4
Autosuficiencia	Niños	11.75	2.42	11.01	3.01	14.02
	Niñas	10.00	2.71	11.13	2.84	13.97
Resolución de problemas	Niños	10.83	2.29	11.06	2.80	13.85
	Niñas	11.00	2.21	11.17	2.70	13.86
Adaptación	Niños	11.58	1.93	10.02	2.81	12.83
	Niñas	10.40	2.46	10.06	2.65	12.71
Oposición	Niños	6.58	2.11	6.65	2.51	9.15
	Niñas	* 8.60	3.56	5.98	2.31	8.29
Negociación	Niños	10.83	2.17	10.01	2.82	12.83
	Niñas	10.10	2.51	10.10	2.90	12.99
Sumisión	Niños	9.17	2.48	8.19	2.60	10.78
	Niñas	8.10	2.08	8.15	2.63	10.79
Búsqueda de Conocimiento	Niños	8.83	2.48	8.60	3.05	11.63
	Niñas	10.40	3.69	8.24	2.77	11.01
Autoagresión	Niños	4.75	1.29	6.27	2.56	8.83
	Niñas	6.30	3.09	5.45	2.30	7.75
Delegar	Niños	7.08	2.11	6.70	2.13	8.83
	Niñas	* 9.00	1.63	6.39	2.12	8.51
Distracción	Niños	* 11.50	2.35	8.59	2.57	11.16
	Niñas	9.50	1.90	8.33	2.43	10.76
Aislamiento Social	Niños	6.75	2.05	7.28	2.47	9.75
	Niñas	9.30	2.79	7.35	2.52	9.87
Impotencia	Niños	8.17	1.64	7.29	2.30	9.6
	Niñas	8.20	2.44	6.86	2.11	8.97
Evitación	Niños	9.67	1.43	9.71	2.90	12.61

	Niñas	11.30	2.67	9.27	2.69	11.95
Miedo	Niños	7.33	2.31	7.01	2.48	9.49
	Niñas	8.40	1.65	7.79	2.79	10.58
Culpa	Niños	9.33	2.74	9.07	2.76	11.83
	Niñas	9.80	2.82	9.27	2.72	11.99
Tristeza	Niños	8.42	2.71	7.31	2.54	9.85
	Niñas	9.30	1.95	8.91	2.92	11.83
Enojo	Niños	8.75	2.38	7.54	2.39	8.75
	Niñas	9.60	1.95	7.44	2.64	10.03

Figura 5. Medias de las estrategias de afrontamiento obtenidas por las niñas con cáncer





Se llevó a cabo la prueba de U de Mann-Whitney con la finalidad de analizar si existían diferencias con respecto a las estrategias de afrontamiento implementadas por niños y niñas con cáncer. Esta prueba arrojó que las estrategias que obtuvieron una diferencia significativa son: Aislamiento Social con .029, Delegar .029 y Autoagresión .012, siendo las niñas quienes más utilizaron estas estrategias que corresponden al estilo de abandono de control.

5.3 Análisis de casos

De acuerdo con el análisis de cada caso que se muestra en el anexo 1, se observaron dos casos en particular, que se consideraron relevantes, a continuación se describen los casos mencionados.

Caso 4: se trata de una niña de 9 años de edad que fue diagnosticada con sarcoma óseo en la cervical izquierda, en el momento de la entrevista tenía aproximadamente 7 meses de haber sido diagnosticada, se encontraba hospitalizada desde hacía 3 días, esto como parte del tratamiento de quimioterapia para combatir su enfermedad, durante la entrevista se encontraba bajo el cuidado de su mamá, quien tiene 31 años. Su madre y padre son contadores públicos, residen en el estado

de Veracruz por lo que cada vez que requiere la aplicación de quimioterapia acuden al Distrito Federal. En su domicilio viven su madre, padre y sus 2 hermanos.

Tabla 20. Puntajes obtenidos por la niña del caso 4 en las estrategias de afrontamiento y comparativo de medias de las respuestas de las niñas del grupo general.

Estrategias de Afrontamiento	Estilo de Afrontamiento	Puntaje	Media del Grupo General	P. de Corte
Búsqueda de Apoyo	Control Directo	*15	9.67	12.4
Autosuficiencia	Control Directo	10	11.13	13.97
Resolución de Problemas	Control Directo	12	11.17	13.86
Adaptación	Control Directo	*14	10.06	12.71
Oposición	Control Indirecto	* 9	5.98	8.29
Negociación	Control Indirecto	13	10.10	13.00
Sumisión	Control Indirecto	6	8.15	10.79
Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	*15	8.24	11.01
Autoagresión	Abandono de Control	4	5.45	7.75
Delegar	Abandono de Control	*10	6.39	8.51
Distracción	Abandono de Control	9	8.33	10.76
Aislamiento Social	Abandono de Control	*12	7.35	9.87
Impotencia	Abandono de Control	6	6.86	8.97
Evitación	Abandono de Control	*12	9.27	11.95
Miedo	Emoción	8	7.79	10.58
Culpa	Emoción	8	9.27	11.99
Tristeza	Emoción	10	8.91	11.83
Enojo	Emoción	*12	7.44	10.03

Se decidió analizar este caso ya que como se observa en la tabla anterior obtuvo varias puntuaciones por arriba del punto de corte. De acuerdo con esto las estrategias mayormente utilizadas por esta niña en comparación con el grupo general, son las siguientes:

Búsqueda de apoyo: esta niña cuenta con recursos sociales tales como la búsqueda de contacto, la búsqueda de control, la ayuda efectiva y otras alianzas como con los pares.

Adaptación: esta estrategia muestra que la niña posee la capacidad de autoajuste que implica elementos tales como la distracción, reestructuración cognitiva, minimización y aceptación, estas dos estrategias de afrontamiento corresponden al estilo de Control Directo.

Búsqueda de conocimiento: para resolver los problemas la persona tiene el interés y curiosidad, como la lectura, la observación y preguntar a los demás.

Oposición: ella resuelve los problemas culpando o responsabilizando a los demás personas que le rodean, a través de reacciones como la agresión y la proyección, estas dos estrategias de afrontamiento corresponde al estilo de Control Indirecto.

Delegar: indica que la niña implementa recursos limitados tales como búsqueda de ayuda desadaptativa y la autocompasión.

Aislamiento social: esta estrategia señala que la niña se retira del contexto de apoyo implementando retraimiento social, evasión de los otros y con la emoción de tristeza.

Evitación: La niña evade el conflicto realizando acciones que lleven a evitar la fuente de estrés. Estas estrategias corresponden al estilo de abandono de control.

La estrategia centrada en la emoción de *enojo*, también se encuentra entre las estrategias mayormente utilizadas por esta niña, en comparación con el grupo general, lo que nos indica que se encuentra más enojada que los niños que conforman el grupo general.

Otra de las razones por las que se decidió realizar el análisis de este caso se debió a que esta niña fue la única que se encontraba en las dos ocasiones en que se acudió al área de oncología pediátrica. Fue durante la primera visita cuando se le realizó la aplicación del cuestionario, se mostró cooperadora con las aplicadoras. Durante la segunda visita la niña se encontraba llorando y durante el tiempo de nuestra permanencia así fue, su mamá se acercó a decirle si necesitaba algo y ella gritaba ya que no permitía que nadie se acercara, solo se encontraba dando vueltas en su camilla y repetía palabras como "ya" "ya" probablemente esto derivado del dolor físico.

Como se puede ver, esta niña busca información y el apoyo emocional en las demás personas que le rodean, se adapta a las situaciones que implican fuentes de estrés, busca opciones para resolver los problemas, se opone y evita resolver los problemas buscando en ocasiones ayuda desadaptativa, se siente enojada por lo que se encuentra viviendo, como lo demostró la actitud que manifestó durante la segunda ocasión que acudimos al área de oncología pediátrica.

Caso 19: se trata de un niño de 9 años que fue diagnosticado con sarcoma óseo en fémur izquierdo hace 2 años aproximadamente, cuando recibió el primer plan de tratamiento incluyó la aplicación de quimioterapias cada quince días a lo largo de 12 meses, el tratamiento tuvo resultados favorecedores así que se le dio de alta, se encontraba en vigilancia médica sin embargo después de 8 meses el cáncer había regresado a su cuerpo, en una forma más agresiva, por lo que en esta ocasión el plan médico consistió de una cirugía para amputar la pierna y posteriormente se continuaría con el plan de quimioterapias para erradicar el cáncer. Se realizó la entrevista un día después de la cirugía. Su padre quien se encontraba a su cuidado tiene 38 años, es jubilado debido a un accidente laboral que sufrió, tiene un local comercial, por otra parte la madre del niño laboraba como gerente de ventas pero al diagnosticarse la enfermedad de su hijo renunció para dedicarse a su cuidado, residen en el estado de Tlaxcala; en su domicilio viven su madre padre y su hermano menor.

Este niño tenía un mejor semblante físico, en comparación al resto de los niños que se encontraban hospitalizados, cuando iniciamos con la entrevista no se tenía conocimiento de su condición sin embargo al responder la ficha, fue el padre del niño quien nos dio los datos sobre el diagnóstico y la condición actual del niño

Tabla 21. Puntajes obtenidos por el niño del caso 19 en cada estrategias de afrontamiento y comparativo de medias de los niños del grupo general.

Estrategias de Afrontamiento	Estilo de afrontamiento	Puntaje	Media del Grupo General	P. de Corte
Búsqueda de Apoyo	Control Directo	10	9.05	11.79
Autosuficiencia	Control Directo	13	11.01	14.02
Resolución de Problemas	Control Directo	8	11.06	13.85
Adaptación	Control Directo	12	10.02	12.83

Oposición	Control Indirecto	7	6.65	9.15
Negociación	Control Indirecto	8	10.01	12.83
Sumisión	Control Indirecto	8	8.19	10.78
Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	11	8.60	11.63
Autoagresión	Abandono de Control	6	6.27	8.83
Delegar	Abandono de Control	*10	6.70	8.83
Distracción	Abandono de Control	*12	8.59	11.16
Aislamiento Social	Abandono de Control	6	7.28	9.75
Impotencia	Abandono de Control	*11	7.29	9.6
Evitación	Abandono de Control	9	9.71	12.61
Miedo	Emoción	9	7.01	9.49
Culpa	Emoción	11	9.07	11.83
Tristeza	Emoción	*12	7.31	9.85
Enojo	Emoción	*11	7.54	9.93

Las estrategias mayormente utilizadas por este niño en comparación con el grupo general son las siguientes:

Delegar: este niño implementa recursos limitados tales como búsqueda de ayuda desadaptativa y la autocompasión.

Distracción: corresponde al estilo de afrontamiento de abandono de control indica que este niño percibe las situaciones como incontrolables por lo que se abandona todos los intentos que lleven a la resolución de problemas.

Impotencia: indica que debido a la presencia de situaciones estresantes se siente incapaz de actuar.

Las tres estrategias antes mencionadas corresponden al estilo de abandono de control que como anteriormente se mencionó, ocurre cuando la persona decide que una situación que se presenta es percibida como incontrolable. Los comportamientos que pueden indicar una falta de control, son los comportamientos pasivos y de constante evasión, los cuales reflejan un abandono total de los intentos de control.

Tristeza y *enojo* fueron las emociones que empleó más en comparación al grupo general; corresponden a las estrategias centradas en la emoción en esta clasificación, la persona trata de manejar las respuestas emocionales y afectivas del

malestar que provoca la situación de estrés, esto nos indica que este niño se encuentra más triste y enojado en comparación con los niños que conformaron el grupo general.

Como se puede observar, de acuerdo con los datos anteriormente descritos, este niño percibe la situación que se encuentra viviendo como incontrolable, no posee las herramientas emocionales y conductuales para hacer frente a las situaciones de estrés. De acuerdo a la puntuación obtenida el niño se siente triste y enojado por lo que se encuentra viviendo. Sin embargo este niño mostró una gran fortaleza ya que a pesar de haberlo encontrado un poco agotado debido a la cirugía se mostró interesado y cooperativo con la aplicadora.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

6.1 Discusión

Se considera que el cáncer, así como sus tratamientos son una experiencia estresante y traumática para los niños y sus familias, esto debido a las numerosas situaciones potencialmente estresantes a las que deben enfrentarse en el curso de la enfermedad, como por ejemplo: amenaza para la vida o la integridad física, ser sometido a procedimientos médicos invasivos y dolorosos, desarrollar importantes efectos secundarios derivados de los tratamientos, experimentar cambios físicos y funcionales, frecuentes hospitalizaciones, alteración de la rutina cotidiana y de la dinámica familiar, social y escolar, etcétera. Estas condiciones colocan a esta población en riesgo de experimentar dificultades psicológicas a corto y largo plazo. Ante este hecho tanto los niños como las niñas pueden experimentar diferentes niveles de tensión psicológica originada por múltiples agentes, si los mecanismos de afrontamiento resultan exitosos pueden reducir significativamente las respuestas de estrés, siendo señalados como importantes reductores del riesgo de trastornos psíquicos y físicos para los niños que padecen cáncer (Bragado, 2009).

Hoy en día no se puede estudiar el estrés sin considerar los procesos adaptativos que se ponen en marcha para su manejo, es por ello que las estrategias de afrontamiento son un importante concepto al abordar el tema del cáncer, ya que éstas permiten saber cómo un paciente que ha sido diagnosticado con cáncer, se adapta a las demandas que su ambiente le impone (Lazarus y Folkman, 1991). Así se vuelve necesario saber qué tipo de estrategias son utilizadas por los niños con cáncer.

Una enfermedad como el cáncer, al presentarse en la vida de los niños, les demanda esfuerzos de afrontamiento tanto para eliminar o reducir la situación problemática, así como para manejar las emociones perturbadoras, en este proceso intervienen un gran número de factores, ya que como señala Méndez (2005) no existe una única forma de afrontar el cáncer infantil, ya que el proceso así como las respuestas dependen de las herramientas con las que cuente el individuo para

afrontar la situación. El estudio del afrontamiento en niños es un tema de interés, ya que poseer habilidades de afrontamiento es garantía de vida saludable y de calidad de vida.

Esta investigación tuvo como principal objetivo encontrar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los niños con cáncer que se encuentran hospitalizados, además se analizó si estas difieren de las implementadas por las niñas y si estas varían con respecto a la norma general, la cual fue establecida por el grupo de niños escolares de 8 a 12 años con el que se trabajó.

Se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento para Niños (Lucio y Durán, 2013) de acuerdo con los resultados obtenidos por el instrumento observamos de manera general que los niños y niñas con cáncer que participaron en esta investigación, no utilizan en mayor medida ninguna estrategia de afrontamiento en comparación con el grupo general.

Estos resultados concuerdan con investigaciones anteriores, por ejemplo Torres (2009) halló que los niños que han sufrido de cáncer utilizan preferentemente estrategias de afrontamiento enfocados al problema, de acuerdo con su investigación, los factores que obtuvieron un mayor nivel de significancia fueron los cambio de vida positivo y la reinterpretación positiva, los cuales esencialmente pertenecen a estrategias de afrontamiento enfocadas a la resolución de problemas. En la misma línea, Ayala y García (2001) estudiaron las estrategias de afrontamiento utilizadas por un grupo de niños con cáncer, como resultado de su investigación afirmaron que los niños quienes padecen de cáncer resuelven sus conflictos fortaleciéndose con la ayuda emocional de las personas cercanas que poseen más información sobre la situación, es decir, los niños buscan en la misma persona el apoyo emocional y la solución a sus conflictos.

Al utilizar el Cuestionario de Afrontamiento en Niños (Lucio y Duran, 2013) se tiene la riqueza de que este instrumento fue elaborado a partir de las palabras utilizadas por los niños, en comparación con investigaciones anteriores donde se

utilizó una versión adaptada del instrumento de Estilo de enfrentamiento (López, 1998; en Ayala y García 2001).

Es importante señalar que el CAN (2013) fue utilizado previamente a este trabajo mostrando que este instrumento es útil en la evaluación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los niños de entre 8 y 12 años, este instrumento toma en cuenta la importancia del papel de las emociones al hacer frente a las situaciones que provocan estrés.

Como se mencionó anteriormente, Bragado (2009) señala que uno de los hallazgos más sorprendentes de los últimos años es que los niños y adolescentes con cáncer muestran un buen funcionamiento psicológico y que, en contra de lo esperado, las alteraciones emocionales o las disfunciones sociales son más la excepción que la regla, de acuerdo con esto, los niños son capaces de afrontar la enfermedad y sus tratamientos con poco desgaste psicológico, lo que no significa que no sufran durante el proceso, sino que lo afrontan con fortaleza y de una forma “tan saludable” que cuesta trabajo aceptarlo.

Se ha sugerido que el buen ajuste psicológico encontrado en los niños con cáncer puede ser debido a que utilizan un estilo de afrontamiento defensivo, represivo o de negación del malestar emocional. Como señala Benedicto et al. (2000) la mayoría de los pacientes oncológicos, se enfrenta de manera adecuada al cáncer y pocos son los pacientes que realmente llegan a presentar alguna alteración de tipo psiquiátrica grave o trastorno psicológico considerable.

Los resultados obtenidos en este estudio nos indican que este grupo de niños con cáncer no emplean en mayor medida estrategias de abandono de control las cuales se pueden considerar como estrategias pasivas, algunos de los pacientes con cáncer llevan a cabo comportamientos pasivos y de constante evasión, los cuales reflejan un abandono total de los intentos de control que lleven a la resolución de los problemas.

Pulgar et al. (2009) señalan que existen numerosos estudios empíricos sobre las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer que relacionan el estilo de afrontamiento y la progresión de la enfermedad, la mayoría de estos estudios reflejan que los estilos más activos suelen asociarse a consecuencias físicas más favorables mientras que los intentos por escapar de la fuente de estrés y los pensamientos negativos están más asociados con el malestar emocional además de un ajuste psicológico más pobre a la enfermedad. Las estrategias de afrontamiento activas como acción directa, búsqueda de apoyo emocional o relajación, se asocia a menores niveles de ansiedad y depresión, así como, mayores niveles de calidad de vida, mientras que aquellas estrategias de tipo más pasivo, como la evitación, se asocian a consecuencias más negativas en la salud del niño que padece cáncer.

Con respecto a los análisis realizados en cuanto a las diferencias por género, el presente estudio arrojó los siguientes resultados.

En relación con los niños que padecen cáncer, en comparación con los niños de la muestra general, los niños a quienes se les ha diagnosticado este padecimiento utilizan más la estrategia de distracción que corresponde al estilo de abandono de control.

Estos datos nos indican que la primera hipótesis planteada para este trabajo ¿Los niños con cáncer tienden a utilizar más estrategias de abandono de control, sobre las estrategias de control indirecto e indirecto en comparación con el grupo general?. Se confirma ya que los niños con cáncer reportaron utilizar más la estrategia de distracción que corresponde a abandono de control en comparación con el grupo general en las estrategias de afrontamiento que conforman el Cuestionario de Afrontamiento en Niños (2013).

En cuanto a las niñas a quienes se les ha diagnosticado cáncer en comparación con las niñas que conforman al grupo general, utilizan más la estrategia de oposición, la cual corresponde al estilo de control indirecto; de igual manera que la estrategia de delegar, esta estrategia corresponde al estilo de abandono de control

que como ya se ha mencionado ocurre cuando una situación es percibida como incontrolable y se abandonan todos los intentos por resolver el problema.

La segunda hipótesis planteada para este trabajo ¿Las niñas con cáncer tienden a utilizar más estrategias de abandono de control, sobre las estrategias de control directo e indirecto en comparación con el grupo general?. Esta hipótesis se confirma ya que las niñas con cáncer reportaron utilizar más la estrategia de delegar que corresponde a abandono de control en comparación con el grupo general en las estrategias de afrontamiento que conforman el Cuestionario de Afrontamiento en Niños (2013).

Con estos resultados observamos que de **manera general** al comparar el grupo de los niños que padecen cáncer y el grupo general con el que se realizó una comparación no se emplea ninguna estrategia de afrontamiento en mayor medida. Sin embargo, es preciso resaltar que al realizar los análisis de manera separada con **respecto al género de los participantes**, tanto los niños como las niñas utilizan en mayor medida estrategias de abandono de control sobre el grupo general.

Del Refugio (2006) señala que aunque la mayoría de los pacientes con cáncer infantil parecen no presentar secuelas psicológicas importantes, no se puede dejar de lado la experiencia negativa y fuerte confrontación, vivida durante el proceso de la enfermedad y del tratamiento, largo, penoso, invasivo y restrictivo que tendrán que afrontar. Esta experiencia sin duda deja huellas que se ven reflejadas en acciones llevadas a cabo por los niños y niñas, debemos tomar en cuenta que la implementación de una u otra estrategia de afrontamiento dependerá de la situación así como de las características de la persona y como es que es percibida, por lo que es importante destacar que las estrategias serán variables y no siempre se utilizarán de la misma forma.

Al recibir el diagnóstico de cáncer, los niños y niñas perciben esta situación como incontrolable por lo que algunos de ellos implementan el estilo de abandono de control, ya que perciben esta enfermedad como una importante fuente de estrés por lo que abandonan cualquier intento que lleve a la resolución del conflicto.

De acuerdo con la prueba de U de Mann-Whitney que se realizó para conocer las diferencias en las estrategias de afrontamiento implementadas por niños y niñas con cáncer que participaron en esta investigación, las estrategias que obtuvieron una diferencia significativa fueron Aislamiento Social, Delegar y Autoagresión siendo las niñas quienes más las emplean, éstas estrategias corresponden al estilo de abandono de control. Estos resultados concuerdan con Pulgar et al. (2009) donde el objetivo consistía en presentar un instrumento (ISEAC) que mide el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas en las situaciones estresantes específicas relacionadas con la enfermedad del cáncer, las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas son: la distracción cognitiva, la evitación y la aceptación fatalista de la enfermedad.

Con respecto a las características de la población que participó en la investigación y que se deben tomar en cuenta en la interpretación de los resultados que aquí se presentan, es necesario recordar que los cuestionarios fueron aplicados a una muestra de niños que se encuentran hospitalizados recibiendo algún tratamiento para combatir la enfermedad oncológica que padecen, por lo que en el momento de la entrevista se encontraban lejos de su familia y algunos de los casos se encontraban incluso lejos de su lugar de origen lo que modifica aún más su medio.

Entre las ocupaciones de los padres se encuentran: profesionistas, empleados, comerciantes o dedicados a algún oficio, mientras que las ocupaciones de las madres de estos niños son: profesionistas, empleadas, jubiladas, amas de casa, recordando que un gran número de ellas renunciaron a su trabajo cuando sus hijos enfermaron y son ellas quienes se encuentran al cuidado de su hijo. Este dato resulta importante ya que debido a este ajuste han logrado acompañar y contener al niño enfermo. Con relación a los hogares de los niños, están constituidos en su mayoría por familias de tipo nuclear ya que el 40.9% vive con su padre, madre y hermanos, el 22.7% con su padre y madre hermanos y abuelos; cerca el 36.4% de la muestra tiene sólo un hermano, el 22.7% no tiene hermanos. Además en el 68.2% de los casos es el padre quien se encarga de la economía de la casa y el 13.6% son

ambos padres los que se encargan de cooperar con los gastos de la casa, al respecto los niños perciben que en sus casas no hay problemas económicos y los niños mencionan que sus padres les pueden comprar lo que ellos quieren la mayor parte de las veces.

Por lo tanto, que un niño con cáncer implemente una estrategia de afrontamiento determinada dependerá de una serie de factores como el contexto, la salud física del niño, la atención médica recibida, la calidad del servicio de salud, del tratamiento en curso, la edad del niño, su desarrollo cognitivo y emocional sin embargo, una variable que resulta fundamental en la forma de afrontar la enfermedad es la familia, ya que es ella la que proporciona el cuidado, afecto y soporte del niño (López, 2013).

6.2 Conclusiones

- Se decidió utilizar el Cuestionario de Afrontamiento en Niños CAN (Lucio y Duran, 2013) ya que se pretendía analizar los resultados de los niños que padecen cáncer, de acuerdo a la norma general que fue establecida por el grupo de niños escolares.
- Tanto los niños como las niñas que se encuentran hospitalizados como parte del tratamiento al cáncer que les fue diagnosticado, utilizan en mayor medida estrategias de afrontamiento adaptativas, lo que puede desencadenar en una mejor adaptación y grado de bienestar psicológico.
- Con respecto al género, las niñas que padecen cáncer utilizan en mayor medida las estrategias de abandono de control en comparación con los niños; esto puede deberse a que socialmente las niñas pueden expresarse de una manera más abierta.
- De acuerdo con los resultados obtenidos se puede decir que las diferentes formas en cómo una persona afronta los acontecimientos estresantes son determinadas por muchos factores, como por ejemplo por la valoración que el

sujeto realiza ante la situación, esta valoración es guiada por una serie de factores, tales como la experiencia anterior en situaciones similares, el que una persona interprete o no un acontecimiento como estresante depende de cómo fue su experiencia previa en situaciones semejantes.

- Las estrategias de afrontamiento que se utilizan no son buenas o malas, sin embargo se puede decir que existen estrategias de afrontamiento adaptativas o desadaptativas, su eficacia puede valorarse en base en el contexto de la situación estresante.
- El evento estresante que implica padecer cáncer puede sensibilizar al niño a los acontecimientos futuros; es decir, una experiencia temprana del estrés puede servir para cambiar el estilo de afrontamiento.
- La familia tiene un papel importante para los pacientes pediátricos oncológicos ya que brinda la unión y soporte que requiere el niño en tratamiento, así también ayuda a que las estrategias de afrontamiento empleadas sean más adaptativas.

6.3 Limitaciones

De acuerdo con el trabajo realizado en la presente investigación se encontraron una serie de limitaciones en este estudio, que sería importante tomar en consideración para lograr una mejor investigación a futuro. Las limitaciones fueron las siguientes:

- Existe un acceso restringido a la población de niños que se encuentran hospitalizados con diagnóstico de cáncer debido al estado de salud de los niños, por lo que es una población muy poco estudiada en nuestro país.

- Debido a las secuelas ocasionadas por el cáncer, algunos niños no fueron aptos para la participación de este estudio.

- No se logró conocer la fase en la que se encontraba la enfermedad en cada uno de los pacientes por lo que no sabemos cuál es el estado de salud del niño, no contamos con la información suficiente para saber las condiciones de los niños.

- Debido al número de participantes en este estudio, no se pueden realizar generalizaciones en cuanto a los resultados obtenidos.

6.4 Sugerencias

- Es importante tomar en cuenta que al aplicar el Cuestionario de Afrontamiento para Niños (2013) existen grupos especiales como con el que se trabajó en esta investigación, por lo que las personas que sean las responsables de aplicar el CAN, deben de desarrollar determinadas habilidades además que se deben tener cuidados especiales.
- Para desarrollar una aplicación con buenos resultados, el aplicador debe ser empático con cada uno de los niños, además de tener los conocimientos sobre el progreso de la enfermedad para mostrarse sensible.
- Durante las aplicaciones se detectaron niños que como consecuencia del padecimiento que presentan su estado de salud se encontraban deteriorado, aspecto que debe ser tomado en cuenta en posteriores ocasiones al trabajar con muestras similares.

Referencias

- Aldaco, F., Pérez P., Cervantes, G., Torrecillas, L., y Erazo, E. (2012). Mortalidad por cáncer en México 2000-2010: el recuento de los daños. *GAMO*, 11(6), 371-379.
- Aldwin, C. M. (2000). *Stress, coping, and development: an integrative perspective*. New York: Guilford
- Anarte, M. T., Esteve, R., Ramírez, C., López, A. E., y Amorós, F. J. (2001). Adaptación al castellano de la escala Courtauld de control emocional en pacientes con cáncer. *Psicothema*, 13(4), 636-642.
- Arnold, L. E. (1990). *Childhood Stress*. New York: John Wiley and Sons.
- Ayala, A., y García, L. (2001). *Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes pediátricos con cáncer. Un análisis cuantitativo*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Band, E. B., & Weisz, J. R. (1990). Developmental differences in primary and secondary control coping and adjustment to juvenile diabetes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(2), 150-158.
- Barcelata, B. E. (2011). *Factores personales y familiares predictores de la resiliencia en adolescentes en condiciones de pobreza*. (Tesis de Doctorado en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., y Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia psicológica*, 24(1), 55-61.
- Benedicto, M. C., López J. A., Serra, J., Harto, M., Gisbert, J., Mulas, F. y Freís, T. (2000). Secuelas psicológicas en los sobrevivientes a largo plazo del cáncer. *Anales Españoles de Pediatría*, 53(6), 553-560.
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología Volumen 2*. España: Mc Graw-Hill.
- Bragado, C. (2009). Funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6 (2-3), 327-34.

- Bragado, C., y Fernández, A. (1996). Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos médicos invasivos en oncología pediátrica. *Psicothema*, 8 (3), 625-656.
- Buendía, J., y Mira, J. M. (1993). *Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo: Un estudio sobre el estrés infantil*. España: Universidad de Murcia.
- Celma, A. (2009). Psicooncología Infantil y Juvenil. *Psicooncología*, 6 (2-3), 285-290.
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. España: Universidad de Valencia.
- Compas, B. E., Connor, J. K., Osowiecki, D., & Welch, A. (1997). Effortful and involuntary responses to stress: Implications for coping with chronic stress. En B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 105-130). New York: Plenum Press
- Cooper, C. (1986). *Estrés y cáncer*. Madrid: Díaz de Santos.
- Costa, P. T., Somerfield, M.R., y McCrae, R.R. (1996). *Personality and coping: A reconceptualization*. En Zeidner, M. & Endler N.E. (Eds), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (44- 61). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Cruz., Morales., Ramírez., (1996). *Cuestionario de Depresión para niños (CDS)*. (Tesis de Licenciatura en Psicología inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Cubría, M.P. (2009). *Epidemiología de cáncer pediátrico en el Hospital Juárez de México* (Tesis de Posgrado en Medicina). Universidad Nacional Autónoma México, México.
- Dávila, B., y Guariño, L. (2001). Fuentes de estrés y estrategias de afrontamiento en escolares y venezolanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 35(1), 97-112.
- Del Refugio G. Y. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer. *Actualidades en Psicología*, 20, 22-44.
- Díaz E., Cortés H., Gascón P., y Guillem, V. (2007). *Glosario de Cáncer*. España: AMGEN.

- Díaz, E., y García, J. (2000). *Oncología clínica básica*. Madrid: Aran.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Guthrie, I. K. (1997). Coping with stress: The roles of regulation and development. En Wolchick, S. A. & Sandler I. N. (Ed.) *Handbook of Children's Coping. Linking theory and Intervention* (pp. 41-70). New York: Plenum Press.
- Fernández A., y López I. (2006). Estrés parental en la hospitalización infantil. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 1-17.
- Fierro, A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. En Hombrados, M. I. (Ed.), *Estrés y Salud*. (9-38) Valencia: Promolibro. Recuperado de http://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/analisis/estres_afrontamiento_y_adaptacion.pdf
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2003). Positive psychology from a coping perspective. *Psychological Inquiry*, 121-125.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and Research Perspectives*. New York: Routledge.
- Frydenberg, E., & Deans, J. (2011). Coping competences in the early years: Identifying the strategies that preschoolers use. In Buchwald, P., Moore, K.A. & Ringeisen, T. *Stress and Anxiety* (pp. 17-26). Berlín: Logos.
- Fundación Natalí Dafne Flexer. De ayuda al niño con cáncer. (1995). Tipos de cáncer infantil. Argentina. Disponible en <http://www.fundacionflexer.org/tipos-de-cancer-infantil.html>
- Galán, S., y Camacho J. (2012). *Estrés y salud: Investigación básica y aplicada*. México: Manual moderno.
- González, A., Lucas, M. E., Domínguez, W., Rizo, P., Serrano, A., López, M., Marín, R., Lombardo, E. y Zamora, V. (2007). Vigilancia epidemiológica del cáncer en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediátrica de México*, 28(5) 203-207.
- Grau, C. (1993). *La integración Escolar del niño con Neoplasias*. Barcelona: CEAC.

- Grau, C. (2002). Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia. *Revista Educación, Desarrollo y Diversidad*, 5(2), 67-87.
- Instituto Nacional de Cancerología. México. (2013). Disponible en <http://www.incan.edu.mx/> y <http://www.infocancer.org.mx/>
- Instituto Nacional de Geografía e Informática INEGI. (2013). *Estadísticas a propósito del día Mundial contra el cáncer*. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/cancer0.doc>
- Jiménez, A. C. (2012). Validez concurrente del cuestionario de estrés en niños (CEN) (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Kliwer, W. (1997). Children's coping with chronic illness. En Wolchick, S. A. & Sandler I. N. (Ed.) *Handbook of Children's Coping. Linking theory and Intervention* (pp. 275-300). New York: Plenum Press.
- Kopp, C. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343–354.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1991). Estrés y procesos cognitivos. México: Ediciones Roca.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. En Lazarus R. S. (Ed.), *Fifty years of the research and theory of R.S. Lazarus: An analysis of historical and perennial issues* (pp. 366–388). Mahwah, NJ: Erlbaum Associates
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (2006). *Coping with aging*. Oxford: Oxford University Press.
- López, B. J. (2013). *Autoestima y ansiedad en niños con cáncer* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Lucio, E., y Durán, C. (2013). Cuestionario de Afrontamiento en Niños (CAN). UNAM. Sólo para investigación.

- Lucio, E., Durán, C., y Heredia, C. (2011). Cuestionario de Estrés en Niños (CEN). UNAM. Sólo para investigación.
- Méndez, J. (2005). Intervención emocional y conductual para el niño con cáncer y su familia. *Gaceta Mexicana de Oncología(GAMO)*, 4(3), 60.
- Méndez, F. X., Ortigosa, J. M., y Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*, 4(2), 193-209.
- Moorey, S., & Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer*. Oxford: Heineman Medical Books.
- Morales, F. M. (2008). Evaluación del afrontamiento infantil: Estudio inicial de las propiedades de un instrumento. (Tesis Doctoral, Universidad de Málaga). Recuperado de <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/17668657.pdf>
- Morales, F. M., y Trianes, M. V. (2010). Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 275-286.
- Morales, F. M., Trianes, M. V., y Miranda, J. (2012). Diferencias por sexo y edad en afrontamiento infantil del estrés cotidiano. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(26) 95-110.
- Moreno, D., y Del Barrio, V. (1995). Ansiedad y acontecimientos vitales en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 471-496.
- Murphy, L. B., & Moriarty, A. E. (1976). *Vulnerability, coping and growth: From infancy to adolescence*. Yale University Press. New Heaven, CT. E.U
- Omar, A. (1995). *Stress y coping: las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológicos y psicológicos*. Argentina: Lumen
- Oliveros E., Barrera, M., Martínez, S., y Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el Diagnóstico de Cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1(2).
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Control de cáncer: Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Planificación*. España. Ediciones de la OMS.

- Peterson, L., Oliver, K., & Saldana, L. (1997). Children's coping with stressful medical procedures. En Wolchick, S. A. & Sandler I. N. (Ed.) *Handbook of Children's Coping. Linking theory and Intervention* (pp. 333-360). New York: Plenum Press.
- Pulgar, M. Á., Garrido, S., Muela, J. A., y Reyes del Paso, G. A. (2009). Validación de un inventario para la medida del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en enfermos de cáncer (ISEAC). *Psicooncología*, 6(1), 167-190.
- Rivera, R. (2002). *Conceptos generales del cáncer infantil en México. Oncología Pediátrica*. México: Editorial Intersistemas.
- Rodríguez L., Cano, F.J., y Blanco, A. (2004) Evaluación de las estrategias de afrontamiento en dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 82-91.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R., & Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: A two process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Rubio, E. (2009). *Evaluación de las características o trastorno depresivo en pacientes pediátricos sobrevivientes de cáncer* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rutter, M. (1996). Stress Research: Accomplishments and tasks a head. En Haggerty R.; Sherrod L.; Garmezy N., & Rutter M., *Stress, risk and resilience in children and adolescents*. Cambridge University Press.
- Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1).
- Seiffge-Krenke, I. (1993). Coping behavior in normal and clinical samples: More similarities than differences?. *Journal of Adolescence*, 16(3), 285-303.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of adolescence*, 23(6), 675-691.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review Psychology*, 58, 119-144.

- Solís, C., & Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 7(1), 33-39.
- Sorensen, E. S. (1993). *Children's stress and coping. A family perspective*. Nueva York: The Guilford press.
- Soriano, J. (2002). *Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en Psicooncología*. Boletín de Psicología, 75, 73-85. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 875.
- Torres, A. (2007). *Estrategias de afrontamiento en supervivientes al cáncer pediátrico*(Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Trianes, M. V. (1999). *Estrés en la infancia*. España: Narcea.
- Trianes, M. V. (2002). *Estrés en la infancia: su prevención y tratamiento*. México: Alfaomega
- Vera V. P., y Buela C. G.(1999). Psiconeuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista latinoamericana de psicología*, 31(2), 271-289.
- Verduzco, M. A. (2004). *Autoestima, estrés y afrontamiento desde el punto de vista del desarrollo* (Tesis de Doctorado en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Anexo

Anexo 1

Tabla 1. Puntajes de los participantes en cada estrategia del CAN.

Participantes	Sexo	Estrategias de Afrontamiento	Estilo de Afrontamiento	Puntaje
Caso 1	Niño	Resolución de problemas	Control Directo	13
		Autosuficiencia	Control Directo	11
		Búsqueda de apoyo	Control Directo	10
		Adaptación	Control Directo	9
		Negociación	Control Indirecto	12
		Búsqueda de conocimiento	Control Indirecto	10
		Sumisión	Control Indirecto	8
		Oposición	Control Indirecto	4
		Evitación	Abandono de Control	11
		Aislamiento Social	Abandono de Control	8
		Distracción	Abandono de Control	8
		Impotencia	Abandono de Control	6
		Delegar	Abandono de Control	4
		Autoagresión	Abandono de Control	4
		Enojo	Emoción	7
		Tristeza	Emoción	5
		Miedo	Emoción	4
Culpa	Emoción	4		
Caso 2	Niña	Resolución de problemas	Control Directo	8
		Adaptación	Control Directo	7
		Búsqueda de apoyo	Control Directo	7
		Autosuficiencia	Control Directo	7
		Oposición	Control Indirecto	16
		Sumisión	Control Indirecto	8
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	7
		Negociación	Control Indirecto	6
		Evitación	Abandono de Control	12
		Impotencia	Abandono de Control	10
		Aislamiento Social	Abandono de Control	9
		Delegar	Abandono de Control	9
		Distracción	Abandono de Control	8
		Autoagresión	Abandono de Control	4
		Enojo	Emoción	10
		Tristeza	Emoción	10
		Miedo	Emoción	8
Culpa	Emoción	6		
Caso 3	Niño	Búsqueda de Apoyo	Control Directo	11
		Adaptación	Control Directo	9
		Autosuficiencia	Control Directo	9
		Resolución de Problemas	Control Directo	8
		Sumisión	Control Indirecto	13
		Negociación	Control Indirecto	11
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	5
Oposición	Control Indirecto	4		

		Distracción	Abandono de Control	13
		Evitación	Abandono de Control	12
		Impotencia	Abandono de Control	7
		Delegar	Abandono de Control	7
		Aislamiento Social	Abandono de Control	5
		Autoagresión	Abandono de Control	4
		Enojo	Emoción	8
		Culpa	Emoción	6
		Tristeza	Emoción	5
		Miedo	Emoción	4
		Búsqueda de apoyo	Control Directo	15
		Adaptación	Control Directo	14
Caso 4	Niña	Resolución de problemas	Control Directo	12
		Autosuficiencia	Control Directo	10
		Búsqueda de conocimiento	Control Indirecto	15
		Negociación	Control Indirecto	13
		Oposición	Control Indirecto	9
		Sumisión	Control Indirecto	6
		Aislamiento Social	Abandono de Control	12
		Evitación	Abandono de Control	12
		Delegar	Abandono de Control	10
		Distracción	Abandono de Control	9
		Impotencia	Abandono de Control	6
		Autoagresión	Abandono de Control	4
		Enojo	Emoción	12
		Tristeza	Emoción	10
		Miedo	Emoción	8
		Culpa	Emoción	8
		Adaptación	Control Directo	10
Caso 5	Niña	Autosuficiencia	Control Directo	8
		Búsqueda de Apoyo	Control Directo	7
		Resolución de Problemas	Control Directo	7
		Sumisión	Control Indirecto	9
		Negociación	Control Indirecto	8
		Oposición	Control Indirecto	6
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	4
		Distracción	Abandono de Control	10
		Evitación	Abandono de Control	9
		Impotencia	Abandono de Control	7
		Delegar	Abandono de Control	7
		Aislamiento Social	Abandono de Control	7
		Autoagresión	Abandono de Control	4
		Culpa	Emoción	9
		Enojo	Emoción	7
		Tristeza	Emoción	7
		Miedo	Emoción	6
		Autosuficiencia	Control Directo	14
		Búsqueda de Apoyo	Control Directo	13

Caso 6	Niña	Resolución de Problemas	Control Directo	13
		Adaptación	Control Directo	7
		Negociación	Control Indirecto	10
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	10
		Oposición	Control Indirecto	4
		Sumisión	Control Indirecto	4
		Evitación	Abandono de Control	13
		Delegar	Abandono de Control	7
		Aislamiento Social	Abandono de Control	7
		Distracción	Abandono de Control	6
		Impotencia	Abandono de Control	4
		Autoagresión	Abandono de Control	4
		Enojo	Emoción	10
		Culpa	Emoción	8
		Miedo	Emoción	6
Tristeza	Emoción	6		
Caso 7	Niña	Adaptación	Control Directo	14
		Búsqueda de apoyo	Control Directo	14
		Resolución de problemas	Control Directo	13
		Autosuficiencia	Control Directo	10
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	15
		Negociación	Control Indirecto	13
		Sumisión	Control Indirecto	7
		Oposición	Control Indirecto	5
		Distracción	Abandono de Control	10
		Delegar	Abandono de Control	7
		Evitación	Abandono de Control	7
		Impotencia	Abandono de Control	6
		Aislamiento Social	Abandono de Control	5
		Autoagresión	Abandono de Control	4
		Culpa	Emoción	9
Miedo	Emoción	8		
Tristeza	Emoción	8		
Enojo	Emoción	7		
Caso 8	Niño	Autosuficiencia	Control Directo	15
		Adaptación	Control Directo	13
		Resolución de problemas	Control Directo	13
		Búsqueda de apoyo	Control Directo	9
		Negociación	Control Indirecto	10
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	7
		Sumisión	Control Indirecto	7
		Oposición	Control Indirecto	4
		Distracción	Abandono de Control	15
		Evitación	Abandono de Control	12
		Impotencia	Abandono de Control	10
		Delegar	Abandono de Control	4
		Aislamiento social	Abandono de Control	4
		Autoagresión	Abandono de Control	4
		Miedo	Emoción	10

		Culpa	Emoción	10
		Tristeza	Emoción	10
		Enojo	Emoción	6
Caso 9	Niño	Resolución de problemas	Control Directo	13
		Adaptación	Control Directo	13
		Búsqueda de apoyo	Control Directo	12
		Autosuficiencia	Control Directo	11
		Negociación	Control Indirecto	15
		Búsqueda de conocimiento	Control Indirecto	11
		Oposición	Control Indirecto	10
		Sumisión	Control Indirecto	9
		Distracción	Abandono de Control	12
		Evitación	Abandono de Control	10
		Delegar	Abandono de Control	9
		Impotencia	Abandono de Control	8
		Aislamiento social	Abandono de Control	8
		Autoagresión	Abandono de Control	8
		Enojo	Emoción	14
		Culpa	Emoción	10
		Miedo	Emoción	9
		Tristeza	Emoción	8
		Caso 10	Niña	Autosuficiencia
Adaptación	Control Directo			11
Resolución de problemas	Control Directo			11
Búsqueda de apoyo	Control Directo			11
Negociación	Control Indirecto			11
Búsqueda de conocimiento	Control Indirecto			11
Sumisión	Control Indirecto			8
Oposición	Control Indirecto			7
Distracción	Abandono de Control			12
Evitación	Abandono de Control			10
Impotencia	Abandono de Control			8
Delegar	Abandono de Control			8
Aislamiento Social	Abandono de Control			7
Autoagresión	Abandono de Control			6
Miedo	Emoción			11
Culpa	Emoción			9
Tristeza	Emoción	8		
Enojo	Emoción	8		
Caso 11	Niño	Búsqueda de Apoyo	Control Directo	14
		Autosuficiencia	Control Directo	14
		Resolución de Problemas	Control Directo	13
		Adaptación	Control Directo	11
		Negociación	Control Indirecto	14
		Oposición	Control Indirecto	10
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	7
		Sumisión	Control Indirecto	7
		Distracción	Abandono de Control	11

		Delegar	Abandono de Control	9
		Aislamiento Social	Abandono de Control	8
		Evitación	Abandono de Control	8
		Impotencia	Abandono de Control	6
		Autoagresión	Abandono de Control	4
		Tristeza	Emoción	12
		Enojo	Emoción	10
		Culpa	Emoción	9
		Miedo	Emoción	6
		Autosuficiencia	Control Directo	14
		Adaptación	Control Directo	14
Caso 12	Niño	Resolución de Problemas	Control Directo	9
		Búsqueda de Apoyo	Control Directo	9
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	14
		Negociación	Control Indirecto	12
		Oposición	Control Indirecto	7
		Sumisión	Control Indirecto	7
		Distracción	Abandono de Control	10
		Evitación	Abandono de Control	8
		Impotencia	Abandono de Control	7
		Delegar	Abandono de Control	7
		Aislamiento Social	Abandono de Control	6
		Autoagresión	Abandono de Control	6
		Miedo	Emoción	10
		Culpa	Emoción	10
		Enojo	Emoción	7
		Tristeza	Emoción	7
		Autosuficiencia	Control Directo	13
		Resolución de Problemas	Control Directo	12
Caso 13	Niña	Búsqueda de Apoyo	Control Directo	11
		Adaptación	Control Directo	10
		Negociación	Control Indirecto	13
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	12
		Oposición	Control Indirecto	10
		Sumisión	Control Indirecto	10
		Aislamiento social	Abandono de Control	14
		Evitación	Abandono de Control	14
		Autoagresión	Abandono de Control	13
		Delegar	Abandono de Control	10
		Impotencia	Abandono de Control	9
		Distracción	Abandono de Control	9
		Impotencia	Abandono de Control	9
		Culpa	Emoción	14
		Tristeza	Emoción	11
		Enojo	Emoción	10
		Miedo	Emoción	9
		Resolución de Problemas	Control Directo	13
		Búsqueda de Apoyo	Control Directo	13

Caso 14	Niña	Adaptación	Control Directo	12
		Autosuficiencia	Control Directo	8
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	12
		Oposición	Control Indirecto	11
		Negociación	Control Indirecto	10
		Sumisión	Control Indirecto	8
		Evitación	Abandono de Control	13
		Distracción	Abandono de Control	11
		Aislamiento social	Abandono de Control	11
		Delegar	Abandono de Control	11
		Impotencia	Abandono de Control	10
		Autoagresión	Abandono de Control	10
		Culpa	Emoción	14
		Tristeza	Emoción	12
		Miedo	Emoción	10
Culpa	Emoción	10		
Caso 15	Niña	Búsqueda de apoyo	Control Directo	14
		Autosuficiencia	Control Directo	12
		Resolución de problemas	Control Directo	12
		Adaptación	Control Directo	10
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	12
		Oposición	Control Indirecto	11
		Sumisión	Control Indirecto	11
		Negociación	Control Indirecto	10
		Evitación	Abandono de Control	15
		Impotencia	Abandono de Control	12
		Distracción	Abandono de Control	12
		Delegar	Abandono de Control	11
		Aislamiento Social	Abandono de Control	11
		Autoagresión	Abandono de Control	10
		Enojo	Emoción	13
Culpa	Emoción	13		
Tristeza	Emoción	10		
Miedo	Emoción	10		
Caso 16	Niño	Autosuficiencia	Control Directo	14
		Búsqueda de Apoyo	Control Directo	13
		Resolución de Problemas	Control Directo	10
		Adaptación	Control Directo	9
		Negociación	Control Indirecto	11
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	8
		Oposición	Control Indirecto	7
		Sumisión	Control Indirecto	7
		Distracción	Abandono de Control	12
		Impotencia	Abandono de Control	9
		Evitación	Abandono de Control	8
		Aislamiento Social	Abandono de Control	6
		Delegar	Abandono de Control	5
		Autoagresión	Abandono de Control	4

		Culpa	Emoción	8
		Enojo	Emoción	6
		Tristeza	Emoción	5
		Miedo	Emoción	5
Caso 17	Niña	Resolución de Problemas	Control Directo	9
		Adaptación	Control Directo	9
		Autosuficiencia	Control Directo	6
		Búsqueda de Apoyo	Control Directo	5
		Sumisión	Control Indirecto	10
		Oposición	Control Indirecto	7
		Negociación	Control Indirecto	7
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	6
		Delegar	Abandono de Control	11
		Aislamiento Social	Abandono de Control	10
		Impotencia	Abandono de Control	10
		Evitación	Abandono de Control	8
		Distracción	Abandono de Control	8
		Autoagresión	Abandono de Control	7
		Tristeza	Emoción	11
		Enojo	Emoción	9
		Miedo	Emoción	8
		Culpa	Emoción	8
Caso 18	Niño	Resolución de Problemas	Control Directo	10
		Adaptación	Control Directo	10
		Búsqueda de Apoyo	Control Directo	10
		Autosuficiencia	Control Directo	8
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	9
		Sumisión	Control Indirecto	9
		Oposición	Control Indirecto	8
		Negociación	Control Indirecto	8
		Aislamiento social	Abandono de Control	12
		Evitación	Abandono de Control	10
		Impotencia	Abandono de Control	10
		Delegar	Abandono de Control	9
		Distracción	Abandono de Control	9
		Autoagresión	Abandono de Control	4
		Tristeza	Emoción	11
		Enojo	Emoción	10
		Culpa	Emoción	10
		Miedo	Emoción	7
Caso 19	Niño	Autosuficiencia	Control Directo	13
		Adaptación	Control Directo	12
		Búsqueda de Apoyo	Control Directo	10
		Resolución de Problemas	Control Directo	8
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	11
		Negociación	Control Indirecto	8
		Oposición	Control Indirecto	7

		Distracción	Abandono de Control	12		
		Impotencia	Abandono de Control	11		
		Delegar	Abandono de Control	10		
		Evitación	Abandono de Control	9		
		Aislamiento social	Abandono de Control	6		
		Autoagresión	Abandono de Control	6		
		Tristeza	Emoción	12		
		Culpa	Emoción	11		
		Enojo	Emoción	11		
		Miedo	Emoción	9		
Caso 20	Niño	Resolución de Problemas	Control Directo	14		
		Búsqueda de Apoyo	Control Directo	14		
		Autosuficiencia	Control Directo	12		
		Adaptación	Control Directo	12		
		Sumisión	Control Indirecto	14		
		Negociación	Control Indirecto	10		
		Búsqueda de conocimiento	Control Indirecto	10		
		Oposición	Control Indirecto	5		
		Culpa	Emoción	16		
		Tristeza	Emoción	11		
		Enojo	Emoción	10		
		Miedo	Emoción	10		
		Caso 21	Niño	Adaptación	Control Directo	14
				Autosuficiencia	Control Directo	12
Resolución de Problemas	Control Directo			11		
Búsqueda de Apoyo	Control Directo			8		
Negociación	Control Indirecto			10		
Sumisión	Control Indirecto			9		
Oposición	Control Indirecto			7		
Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto			7		
Distracción	Abandono de Control			10		
Evitación	Abandono de Control			9		
Delegar	Abandono de Control			9		
Impotencia	Abandono de Control			8		
Aislamiento Social	Abandono de Control			6		
Autoagresión	Abandono de Control			5		
Culpa	Emoción	9				
Miedo	Emoción	8				
Tristeza	Emoción	8				
Enojo	Emoción	7				
Caso 22	Niño	Adaptación	Control Directo	13		
		Autosuficiencia	Control Directo	8		
		Resolución de Problemas	Control Directo	8		
		Búsqueda de Apoyo	Control Directo	7		
		Sumisión	Control Indirecto	12		
		Negociación	Control Indirecto	9		
		Búsqueda de Conocimiento	Control Indirecto	7		
Oposición	Control Indirecto	6				

Distracción	Abandono de Control	16
Evitación	Abandono de Control	9
Impotencia	Abandono de Control	9
Delegar	Abandono de Control	9
Aislamiento Social	Abandono de Control	6
Autoagresión	Abandono de Control	5
Enojo	Emoción	9
Culpa	Emoción	8
Tristeza	Emoción	7
Miedo	Emoción	6
