



UNILA
Universidad Latina

UNIVERSIDAD LATINA S.C.

3344-25

Propiedades psicométricas del Inventario de
Afrontamiento COPE Breve en una muestra de
cuidadores primarios informales de pacientes con
cáncer en población mexicana

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A :

Javier Eliud Núñez Hernández

ASESOR: Dr. Oscar Galindo Vázquez

CD. DE MÉXICO ENERO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres, gracias por su apoyo incondicional, su entrega, su ejemplo y perseverancia. Sin ellos este paso en mi vida no hubiera sido posible. Los quiero.

A mi hermana, gracias por tu ejemplo, cariño y apoyo que significas para mí. Te quiero.

A mi director de tesis el Dr. Oscar Galindo, gracias por apoyarme y creer en mí, por sus enseñanzas tanto académicas como personales. Por su incansable dedicación a nosotros, sus alumnos. Es un ejemplo a seguir.

A mis amigos Luis y Joel gracias, por su apoyo, sus asesorías, sus críticas constructivas y su compañía. Son un ejemplo de integridad y vocación.

Al equipo de investigación en psicooncología gracias, me honra haber trabajado con ustedes y haber aprendido de todos.

Al Dr. Abel gracias, por su tiempo y dedicación, por orientarme y enriquecer este trabajo.

Al Instituto Nacional de Cancerología gracias, fue un honor realizar este trabajo en esta institución que es un pilar de la investigación en México.

A la Universidad Latina gracias, fue un honor estudiar en sus aulas. Gracias a ella encontré mi vocación.

A mis sinodales la maestra Liliana y la maestra Amalia por apoyarme a lo largo de la carrera, por su tiempo, dedicación, el trabajo que realizan está presente en sus alumnos.

A Yazdan por escucharme, apoyarme, pero, sobre todo, por entenderme. Eres una fuente de inspiración. Por estar en los momentos de que más te necesité y por darme ánimos siempre

A las personas que me impulsaron a seguir estudiando y a las que aún lo hacen para ser un mejor hombre.

Índice

| | |
|--|-----|
| Índice | III |
| Índice de tablas | IV |
| Índice de figuras | IV |
| Resumen | 5 |
| Abstract | 6 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON CÁNCER | 10 |
| Antecedentes..... | 10 |
| Definición..... | 13 |
| Clasificación..... | 16 |
| Modelo..... | 18 |
| Principales afectaciones psicosociales de los cuidadores primarios informales..... | 21 |
| Aspectos positivos del cuidado de pacientes con cáncer..... | 23 |
| AFRONTAMIENTO | 30 |
| Antecedentes..... | 30 |
| Modelos de afrontamiento..... | 35 |
| Modelo de Lazarus y Folkman..... | 36 |
| Modelo de Carver, Scheier y Weintrau..... | 40 |
| VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN | 44 |
| Validez y confiabilidad de un instrumento de medición..... | 44 |
| Tipos de validez..... | 45 |
| Tipos de confiabilidad..... | 48 |
| Factores que afectan la validez y confiabilidad..... | 51 |
| Instrumentos que evalúan afrontamiento..... | 52 |
| Inventario de Afrontamiento COPE Breve..... | 54 |
| METODOLOGÍA | 59 |
| Planteamiento del problema..... | 59 |
| Justificación..... | 59 |
| Pregunta de investigación..... | 60 |
| Objetivo general..... | 60 |
| Objetivos Específicos..... | 60 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| Hipótesis..... | 60 |
| Variables..... | 61 |
| Muestra..... | 61 |
| Criterios de participación | 61 |
| Tipo de estudio. | 62 |
| Instrumentos | 62 |
| Análisis estadístico | 64 |
| Consideraciones éticas | 65 |
| Resultados | 65 |
| Datos sociodemográficos..... | 65 |
| Análisis factorial exploratorio | 68 |
| Discusión | 70 |
| Conclusiones | 75 |
| Limitaciones | 76 |
| Perspectivas futuras..... | 77 |
| Referencias | 78 |
| Apéndice 1 | 87 |
| Apéndice 2 | 90 |
| Apéndice 3 | 91 |
| Apéndice 4 | 93 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Definiciones del cuidador primario informal. | 14 |
| Tabla 2. Instrumentos que miden afrontamiento. | 53 |
| Tabla 3. Pasos para el desarrollo del análisis estadístico..... | 64 |
| Tabla 4. Datos sociodemográficos y descripción de la muestra. | 66 |
| Tabla 5. Estructura factorial del COPE Breve-22 en CPI de pacientes con cáncer..... | 69 |

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Perfil del cuidador primario informal. | 12 |
| Figura 2. La experiencia de cuidado familiar ante el cáncer | 19 |
| Figura 3. Marco conceptual de los aspectos positivos del cuidado | 24 |
| Figura 4. Estructura del afrontamiento de Skinner (2003). | 34 |
| Figura 5. Creada a partir del modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984)..... | 39 |
| Figura 6. Modelo de afrontamiento de Carver et al. (1989). | 42 |
| Figura 7. Procedimiento. | 63 |

Resumen

Introducción: La forma en que las personas afrontan el estrés puede mediar los efectos de eventos y condiciones adversos de la vida, no solo de la angustia emocional y el funcionamiento a corto plazo, sino también a largo plazo. Por ello es importante contar con instrumentos válidos y confiables para conocer los tipos de afrontamiento empleados por los cuidadores primarios informales (CPI) de pacientes con cáncer. **Objetivo:** Determinar las propiedades psicométricas del Inventario de Afrontamiento COPE Breve en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana. **Método:** Se evaluó a 180 cuidadores entre 18 a 67 años con un paciente con cáncer en tratamiento o en seguimiento. El diseño de la investigación fue transversal no experimental instrumental, con un muestreo no probabilístico. Se realizó un análisis factorial exploratorio, se determinó la estructura factorial con rotación varimax, así como la consistencia interna por medio del coeficiente de alfa de Cronbach. **Resultados:** Se obtuvo una consistencia interna de .80 con seis factores (.41 a .85) que explicaron el 55.74% de la varianza. **Conclusiones:** el Inventario de Afrontamiento COPE Breve en cuidadores primarios mexicanos mostró ser semejante a la versión original, es un instrumento adecuado para ser usado en la práctica clínica, así como en futuras investigaciones.

Palabras clave: Afrontamiento, Cope Breve, cuidador primario informal, cáncer, población mexicana.

Abstract

Introduction: The way in which people cope with stress can mediate the effects of adverse events and conditions of life, not only of emotional distress and short-term functioning, but also in the long term. Therefore, it is important to have valid and reliable instruments to know the types of coping used by informal primary caregivers (CPI) of patients with cancer. **Objective:** To determine the psychometric properties of the COPE Brief Coping Inventory in a sample of informal primary caregivers of cancer patients in the Mexican population. **Method:** 180 caregivers between 18 to 67 years old were evaluated with a cancer patient being treated or being followed up. The research design was instrumental non-experimental transversal, with a non-probabilistic sampling. An exploratory factor analysis was performed, the factor structure with varimax rotation was determined, as well as the internal consistency by means of the Cronbach's alpha coefficient. **Results:** An internal consistency of .80 was obtained with six factors (.41 to .85) that explained 55.74% of the variance. **Conclusions:** The COPE Brief Coping Inventory in Mexican primary caregivers showed to be similar to the original version, it is a suitable instrument to be used in clinical practice, as well as in future research.

Research Keywords: Coping, Brief Cope, informal primary caregiver, cancer, Mexican population.

INTRODUCCIÓN

Las personas, al verse inmersas en situaciones estresantes, generan estilos de afrontamiento, que determinan la forma en que abordarán una problemática específica (Carver et al., 1989). En las últimas décadas, el estudio del afrontamiento cobró gran relevancia en el campo de la psicología. El afrontamiento es fundamental para conocer cómo el estrés afecta de manera positiva o negativa a las personas. En un sentido general las estrategias de afrontamiento son la forma en que las personas usan su ingenio para solucionar situaciones que consideran estresantes (Skinner et al., 2003).

En la población, un sector afectado por el estrés debido a una situación adversa son los cuidadores primarios informales (CPI) de pacientes con cáncer en México. Estas personas al cuidado de un enfermo tienen que realizar diversas funciones de cuidado que muchas veces originan cambios en aspectos de su vida como rutina y hábitos que pueden provocar posibles pérdidas del trabajo, amistades, incluso pueden presentar afectaciones en su salud física y mental, en el proceso de cuidar a su paciente. La forma en la que los CPI afronten la situación de cuidar a su paciente es importante ya que los estilos de afrontamiento determinan la forma en la que el cuidador aborda los problemas (McMillan et al, 2006). Los CPI usan dos tipos de estrategias: dirigidos a la emoción y dirigidos al problema para combatir los eventos estresantes. Los estilos de afrontamiento dirigidos al problema están relacionados con una mejor forma de cuidado al contrario de los estilos dirigidos a la emoción (Papastavrou et al., 2009), un ejemplo de ello son la sobrecarga, así como riesgo de estrés, depresión, ansiedad e interrupción del sueño.

Asimismo, el afrontamiento es un aspecto muy importante que debe conocer el equipo de salud para tener un mejor abordaje terapéutico con el cuidador primario ya que es una parte importante en el cuidado del enfermo y también es relevante velar por su salud. Actualmente en México no existen instrumentos válidos y confiables suficientes que identifiquen las estrategias de afrontamiento utilizadas por los CPI de pacientes con cáncer. Considerando lo anterior, en la presente investigación, se determinaron las propiedades psicométricas del Inventario de Afrontamiento COPE Breve para CPI de pacientes con cáncer en población mexicana diseñado por Carver (1997).

En el capítulo 1 se define a los CPI, se aborda la relevancia de éste en el cuidado del paciente y se describen sus características, sus funciones, así como sus principales afecciones y beneficios reportados en la literatura. También, se habla de los tipos de cuidadores que pueden existir respecto a la forma en la que proveen el cuidado a su paciente. En el capítulo 2 se explica el concepto de afrontamiento, se da una breve descripción del proceso y se exponen los modelos en los que se basaron los autores del Inventario de Afrontamiento COPE Breve para crearlo. Posteriormente, en el capítulo 3 se describen la validez y confiabilidad de un instrumento, así como la relevancia de que éste cuente con dichas características. Finalmente, en el capítulo 4 se muestra la metodología de la investigación, dentro de que se identificó que el Inventario de Afrontamiento COPE Breve obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .80, conformado por seis factores que explicaron el 55.74% de la varianza. Como conclusión se demuestra que el COPE Breve es una herramienta válida y confiable para ser usada en la investigación, en la práctica clínica. Asimismo, como perspectivas a futuro se indica que es necesario realizar más investigación en este sector de la población mexicana ya que no hay muchos datos ni tampoco una

correlación con otras variables que afectan o son afectadas en el contexto de cuidar a un paciente con cáncer, también se considera desarrollar un modelo de afrontamiento basado en las dimensiones del Inventario de Afrontamiento COPE Breve específico para esta población.

CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON CÁNCER

Antecedentes

El cáncer es una de las principales causas de muerte a escala mundial. En el año 2018 según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la carga mundial de cáncer alcanzó los 18 078 957 casos nuevos de los cuales murieron 9, 555, 027, cifra que se prevé aumentará la incidencia hasta los 29 532 994 con una mortalidad de 16 388 459 en 2040. Como consecuencia del aumento y el envejecimiento de las poblaciones, los países en desarrollo se ven afectados por el incremento de la incidencia del cáncer. El 85% de nuevos casos a nivel mundial se producen principalmente en Asia, Europa y América.

De acuerdo con la OMS, en México hubo una incidencia de 190, 667 con una prevalencia de 471, 494 casos y 83, 476 muertes en 2018. De los casos de prevalencia los cánceres más recurrentes fueron de mama 14.3%, próstata 13.1%, colorrectal 7.8%, tiroides 6.4% y cervicouterino 4.1% para ambos sexos; el más recurrente para mujeres fue el cáncer de mama 26%, mientras que para los hombres el cáncer de próstata 29.3%.

Según datos del National Alliance for Caregiving (2015) los cuidadores primarios informales brindaron el 90% de los cuidados a largo plazo de sus pacientes. De acuerdo con el mismo estudio se estimó a fines del 2014 que 43.5 millones de personas afirmaron brindar ayuda a una persona enferma ya sea niños o adultos, de estos 34.2 millones brindaron ayuda a un paciente de 50 años o más y uno de cada diez brindó ayuda a un adulto mayor de 75 años. En promedio, han desempeñado su función durante 4 años, y una cuarta parte ha brindado atención durante 5 años o más (24%). Los cuidadores de más horas

(21 o más horas por semana) tienen el doble de probabilidades de haber estado en su rol de cuidador durante 10 años o más.

Debido al aumento de casos de cáncer los servicios de salud han visto superada su capacidad. Por ello, el escenario de atención a los pacientes con cáncer cambió al cuidado ambulatorio en el hogar (Ramírez, et al., 1998). El cambio del tratamiento hospitalario al ambulatorio se debe a diversos factores, tales como: barreras en el proceso de comunicación médico-cuidador, recursos insuficientes del sistema de salud, falta de información para los CPI, incluso el rechazo de la ayuda profesional por parte del cuidador hacia el paciente (Hudson, Aranda et al., 2006). Por otro lado, hubo avances tecnológicos en la medicina, muchos tratamientos ya se pueden aplicar en el domicilio del paciente tales como: pastillas, la quimioterapia intravenosa, los antibióticos por inyección intravenosa, las inyecciones administradas bajo la piel (inyecciones subcutáneas), las inyecciones administradas en un músculo (inyecciones intramusculares), esto reduce las visitas al hospital (Bean, 2001; Poulain, et al., 2001; Kizza & Maritz, 2018).

Esto significa que los parientes reciben la mayor carga del cuidado de su familiar; siendo por lo general, el cónyuge o un hijo(a); en su mayoría las mujeres se volvieron el CPI (Larrañaga et al., 2008; Nijboer et al., 1998). Esta situación se ha mantenido por un tiempo considerable. Sin embargo, en los últimos años las familias han tenido cambios en su estructura por el rol que la mujer desempeña y genera un cambio en las formas de cuidado del paciente; en este sentido la promoción de leyes como la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia creada en España busca promover un cambio a través de nuevas formas de atención a los pacientes en función de buscar un adecuado cuidado en el contexto actual.

En un estudio realizado por Martínez et al. (2010) se encontró que las personas que daban cuidados a los pacientes con cáncer eran en su mayoría mujeres (70%), con una media de edad de 40 años, el 55% se dedicaba al hogar, asimismo, el 75% de estas no tenía educación a nivel medio superior, además se ha reportado que dedicaban de ocho hasta 12 horas al cuidado de su familiar (Vaquiro & Stiepovich 2010; García et al., 2004; Nigenda et al., 2007; Wenk & Monti,2006). Por otro lado, Vaquiro y Stiepovich (2010) encontraron que, por lo general, el perfil sociodemográfico de las mujeres que se desempeñaron como el CPI es una mujer usualmente sin empleo, con un bajo nivel educativo, responsable de las tareas domésticas, de clase social baja, es un familiar directo de la persona dependiente y convive con éste la mayor parte del día. En contraste con estos datos Nigenda et al. (2007) en su investigación encontró que las personas que más dedican tiempo al cuidado de un enfermo son las mujeres (75%). Tomando en consideración esta literatura se puede resumir de forma muy breve un perfil del cuidar primario informal como se muestra en la Figura 1.

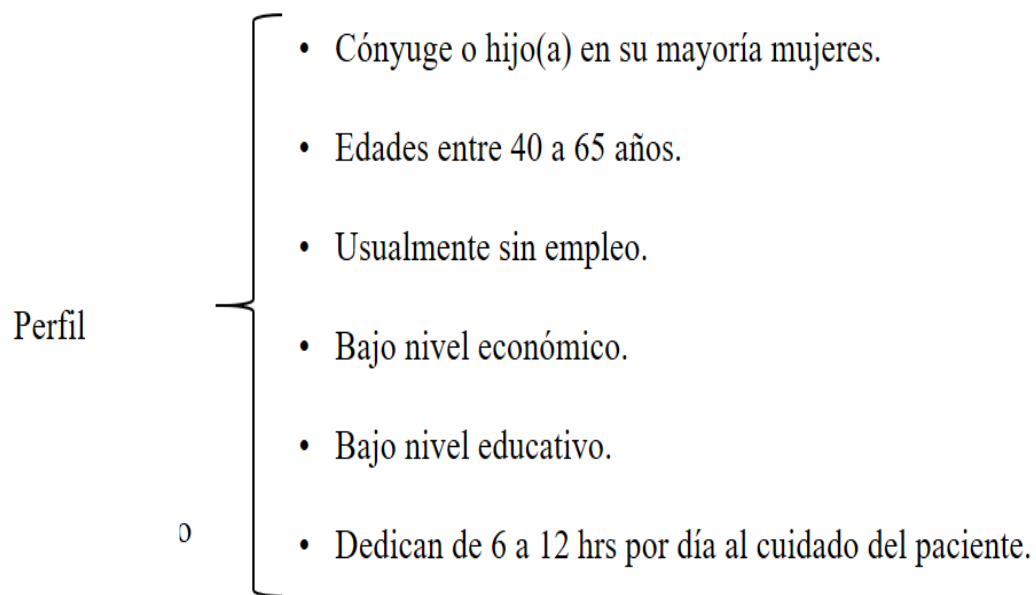


Figura 1. Perfil del cuidador primario informal. Figura creada de la información retomada de: Nigenda et al. (2007); Wenk & Monti (2006); Mateo & Maroto (2004); Díaz & Gómez (2010); Vaquiro y Stiepovich (2010).

Aun cuando cuidar al paciente puede ser desfavorable para el cuidador, éste debe cubrir ciertas necesidades inherentes a su papel, que varían conforme aumenta la incapacidad del paciente (Papastavrou et al., 2009). Entre estas funciones se identifican: el manejo de medicamentos, la programación y acompañamiento a visitas médicas, tomar decisiones de tratamiento/manejo, brindar apoyo emocional (Ronald, Lyubov, et al., 2014), ayudar con las tareas domésticas, apoyar con la alimentación del paciente y apoyar en las cuestiones económicas y de transporte (Osse, et al., 2006).

Definición

Se distinguen dos tipos de cuidadores, los primarios y los secundarios. El primero es aquel que guarda una relación directa con el paciente, como el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres y no cuenta con un entrenamiento previo para cuidar de un enfermo. El segundo tipo de cuidador no tiene una relación directa o un vínculo cercano con el enfermo; puede tratarse de una enfermera, un asistente, un trabajador social, un familiar lejano o cualquier persona que labore en una institución prestadora de servicios de salud (Torres et al., 2006). A los CPI se les ha tratado de definir de diversas maneras, por ejemplo, considerando sus características y funciones, tal como lo muestra la Tabla 1.

Tabla 1. *Definiciones del cuidador primario informal.*

| Autor | Definición del CPI |
|--|---|
| Wright (1987) | Es la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen. |
| HOW (1999) | La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable de éste en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirectamente. |
| Gould (2004) | Un cuidador familiar es quien proporciona y coordina la ayuda pagada o no pagada a un pariente o amigo porque tiene una enfermedad o discapacidad que los deja incapacitados para realizar algunas cosas por sí mismos o porque están envejeciendo. |
| Bergero et al. (2000) | Es un concepto mixto formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias. |
| Reyes (2001) | Es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. |
| Celma (2001) | Son las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio. |
| Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005) | Es el cuidado que se presta por parientes, amigos o vecinos. Este conjunto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración. |
| Torres et al. (2006) | Es alguien que siente un compromiso moral o emocional con el enfermo; a menudo actúa bajo la premisa de que hay que ser caritativo con el prójimo o de que la solidaridad se expresa cuando se está en cama. |

| | |
|---------------------------|--|
| Venegas. (2006) | Es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida. |
| LEY 39/2006 (2006) | La atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada. |
| Vallerand (2007) | El término se utilizaba para referirse a los miembros de la familia u otros importantes que atendieron al paciente en su domicilio y que fue identificado por el paciente como su cuidador principal. |
| Feldberg et al. (2011) | Aquella persona que es principal responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña. |

Como se puede observar en las definiciones planteadas anteriormente se ponen al descubierto algunos cuestionamientos que cubren dichas definiciones sobre las que giran las características del CPI: ¿quién cuida?, ¿qué hace?, nivel de participación, ¿dónde cuida al paciente?, ¿cuál es su vínculo con la persona cuidada?

Las definiciones ofrecidas resaltan tres características importantes de los cuidadores:

- 1) es una persona que actúa en beneficio de un paciente; 2) es una persona consanguínea y
- 3) se trata de algún miembro de la red social inmediata como amigos y vecinos (Rivas & Ostiguín, 2011)

El atributo en común todas las concepciones sobre el CPI es una figura significativa para la persona que será cuidada.

Cabe resaltar que las definiciones no son generalizables a todas las situaciones de cuidado de ciertos tipos de pacientes dadas las distintas funciones que deben desempeñar en función de las necesidades del

paciente, por ello, solo se puede usar para el investigador en su circunstancia y no en otra.

Por tanto, la definición que se usó para los fines de este trabajo fue la de Feldberg et al. (2011) “aquella persona que es principal responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña”, la cual se ajusta más apropiadamente al perfil, actividades y tipos de cuidadores que se describieron en este trabajo.

Clasificación

Existen muchas maneras de ser cuidador. Para algunos, puede significar cuidar al paciente las 24 horas. Para otros, puede significar buscar información médica o hacer arreglos para obtener ayuda. Cada situación es diferente y no hay una situación única que se aplique a todas las personas con cáncer y sus familias. Además, a medida que la enfermedad y el tratamiento cambian, lo mismo ocurre con el rol del cuidador (ASCO, 2017).

Los cuidadores pueden vivir en el hogar, compartir responsabilidades o brindar cuidados a distancia según la ASCO (2017) esto puede generar muchas situaciones adversas tanto para el cuidar como para la familia en general. La ASCO define algunos de estos tipos de cuidadores con sus posibles afecciones.

Cuidador residente: Una persona, como el cónyuge o la pareja, asume el rol de cuidador primario. Un amigo cercano o vecino también puede ser el cuidador. Según la ASCO (2017), la mayoría de los cuidadores vive a 20 minutos de la persona a la que brindan cuidados.

- a) Compartir responsabilidades: en algunas ocasiones el cuidar a una persona con cáncer puede unir a la familia haciendo que sus integrantes se brinden apoyo mutuamente. Sin embargo, la presión de cuidar a una persona con cáncer puede generar nuevos conflictos o reavivar algunos otros. Algunos de estos conflictos que pueden surgir son:
- b) Reparto desigual de las tareas de cuidado: por lo general, un miembro de la familia es quien de primera mano brinda los cuidados a la persona con cáncer. Esta situación puede llevar al cuidador a sentirse abrumado, frustrado y resentido, y a los demás miembros de la familia a sentirse desplazados.
- c) Desacuerdos en las decisiones sobre el cuidado del paciente: puede haber diferencias de opinión acerca de decisiones financieras, médicas y del cuidado diario. Esto ocurre comúnmente por falta de comunicación con el equipo de salud y las creencias que se tienen con respecto a la enfermedad.
- d) Diferencias en la forma de enfrentar los desafíos: los miembros de la familia pueden reaccionar de distintas maneras en relación con sus responsabilidades sobre el cuidado del enfermo y pueden tener distintas maneras de sobrellevar sus emociones. Por esta razón es importante fortalecer los lazos de comunicación entre el cuidador y los familiares, ya que expresarse asertivamente facilitan mucho la convivencia y mejora el cuidado del paciente,

- e) Recaer en antiguos roles familiares: la relación entre los familiares, a veces, no puede volver a ser como era antes. Esto se presenta cuando no se sabe cómo afrontar una situación nueva, las personas usan los estilos de afrontamiento que anteriormente les ha sido útiles al resolver problemas anteriores, sin embargo, el cáncer es un evento totalmente nuevo que requiere reajustar los estilos de afrontamiento por otros más funcionales.

Cuidador a distancia: En algunas situaciones, un familiar o un amigo que no vive cerca de la persona con cáncer se ocupa de gestionar los cuidados. Un cuidador a distancia suele coordinar los servicios por teléfono o por correo electrónico de manera que voluntarios locales, amigos y colegas ayuden a la persona con cáncer.

Cuidar de una persona con cáncer que vive lejos suele ser emocionalmente agotador. La distancia entre el lugar donde se encuentra el cuidador y el lugar de estadía de la persona a la que cuida puede hacer aumentar las preocupaciones habituales del cuidador. También puede causar estrés financiero.

Modelo

Una revisión sistemática realizada por Fletcher, et al. (2012) les permitió realizar un modelo sobre el estrés (Figura 2) que genera cuidar a un paciente con cáncer. Este modelo tiene tres elementos principales: 1) el proceso de estrés, 2) factores contextuales y, 3) la trayectoria del cáncer; e incluye cinco constructos: estresores primarios, estresores secundarios, evaluación, respuestas cognitivo-conductuales y resultados de salud y bienestar.

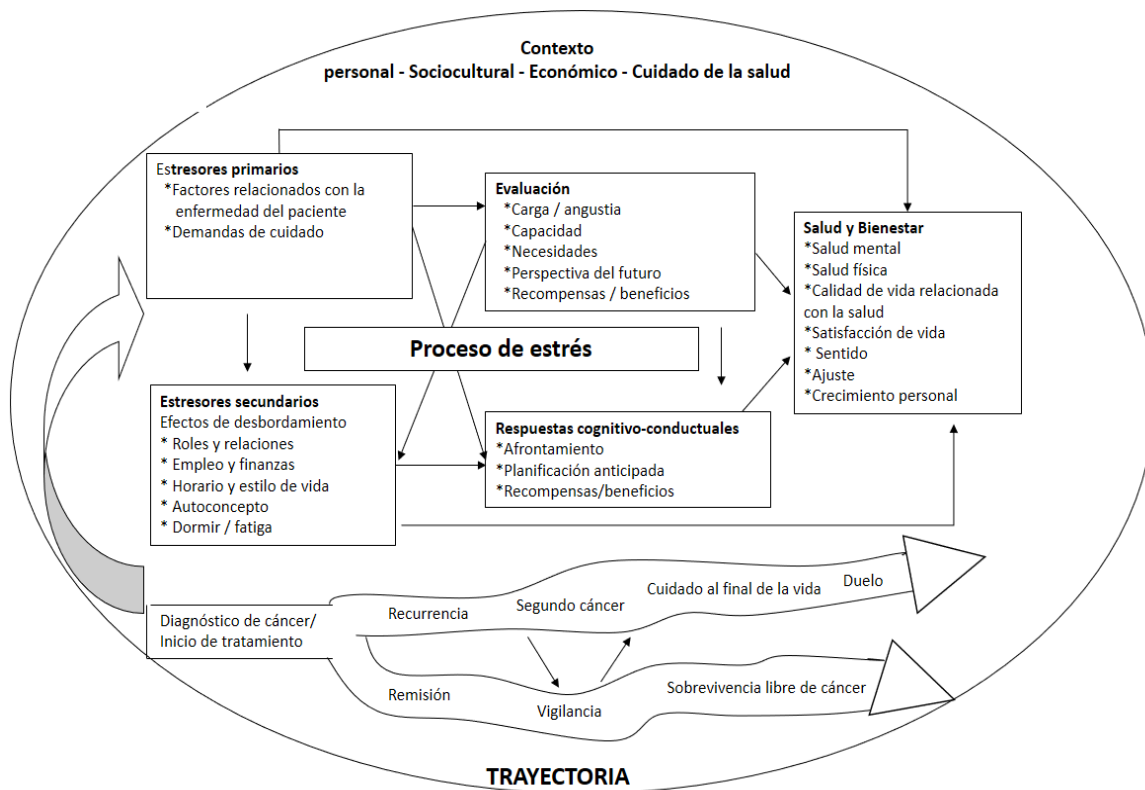


Figura 2. La experiencia de cuidado familiar ante el cáncer

Los factores estresores primarios son los que inician el proceso de estrés. Estos surgen a raíz de la enfermedad y demandas de cuidado requeridas por el paciente que resultan estresantes. Algunos factores estresores primarios son: el sitio de la enfermedad, el estadio, el pronóstico y la duración, así como la dependencia funcional y los síntomas de la enfermedad (dolor, fatiga y náuseas) o problemas de conducta relacionados con la enfermedad y/o tratamiento; así mismo, el apoyo social pobre y pocas habilidades de afrontamiento son factores estresores. Por otra parte, otro factor estresante primario es que la persona que provee el cuidado al paciente con cáncer también presente una enfermedad crónica o comorbilidades que generan mayor estrés a los cuidadores.

Los factores estresantes secundarios surgen cuando hay nuevos aspectos de la vida que no formaban parte de la cotidianidad del ahora CPI (acompañamiento a citas médicas, apoyar

al paciente con sus actividades diarias, dar apoyo emocional), estos que generan más disfuncionalidad entre más dure el cuidado del paciente.

La evaluación es el proceso a través del cual un individuo determina el significado o la importancia de un factor estresante para él o ella (Lazarus & Folkman, 1984). La evaluación dependerá de la situación particular de cada cuidador y de la importancia o significado de las afectaciones secundarias que tengan para el CPI. Por ejemplo, lo que para un cuidador puede ser causa de fatiga o de angustia, para otro puede ser beneficioso o algo simplemente esperado.

Las respuestas cognitivas y conductuales son los procesos de pensamiento y las acciones que tienen lugar en respuesta a la evaluación de la situación del cáncer. Las respuestas cognitivas y conductuales a menudo se conceptualizan como afrontamiento.

Finalmente, se ha logrado algún progreso en la conceptualización de resultados positivos de cuidado. Un principio importante de los modelos de proceso de estrés es que un estímulo estresante no necesariamente resulta en resultados negativos. Las evaluaciones positivas y los comportamientos de afrontamiento efectivos pueden conducir a resultados positivos. Por ejemplo, las personas que valoran el cuidado como gratificante y que responden con comportamientos efectivos de afrontamiento pueden experimentar crecimiento personal, un sentido de logro, mayor intimidad con sus seres queridos o paz (Hudson et. al., 2006; Kim et al., 2007; Mok et al., 2003).

Principales afectaciones psicosociales de los cuidadores primarios informales

Cuando a la familia se le comunica el diagnóstico de la enfermedad sufre alteraciones emocionales importantes y pasa por un periodo de estrés debido a los cambios en la estructura, el funcionamiento y el sistema de vida de sus miembros y finalmente anticipar el dolor que se presentará tras la pérdida (Pérez & Rodríguez, 2005). Sin embargo, esta situación de cuidado recae de forma más prolongada en una sola persona de la familia, esto supone un estresor de carácter crónico que conlleva serias consecuencias para la salud del cuidador (Ruíz & Moya, 2012).

Entre las principales afecciones de los CPI de pacientes con cáncer encontramos ansiedad, depresión, sobrecarga, fatiga, dolor, trastornos psiquiátricos, problemas de sueño, problemas económicos, menos tiempo para sí mismo, problemas de transporte del paciente y dificultades para coordinar los cuidados (Rhee et al., 2008; Fletcher et al. 2008; Vanderwerker, Laff, Kadan-Lottick, McColl, & Prigerson, 2005).

En los estudios realizados por Rhee et al. (2007) y Fletcher et al. (2008) se han reportado hasta un 67% de CPI con sintomatología depresiva leve y de un 2% a 35% con sintomatología severa, así como 40.7% con sintomatología ansiosa (Fletcher et al., 2008).

Posteriormente, dichas afecciones, aumentan durante la etapa paliativa, donde aproximadamente 13% reúne criterios para un trastorno psiquiátrico (trastorno de pánico 8,0%, trastorno depresivo mayor 4.5%, trastorno de estrés post-traumático, 4,0%, a 3,5% trastorno de ansiedad generalizada); de estos porcentajes un 25% requiere atención de un servicio de salud mental (Vanderwerker et al., 2005). también se ha reportado que el 15% de los CPI refieren dolor, 36.7% trastornos del dormir, 33.3% fatiga en la mañana y 30.3% fatiga (Fletcher et al., 2008).

También debe considerarse la edad, aquellos cuidadores más jóvenes en comparación con cuidadores de más de 40 años presentan más problemas financieros (44% vs 9%), más dificultades para manejar el dolor del paciente (76% vs 44%) y más dificultades para continuar con sus actividades sociales (54% vs 13%). Cuidadores mujeres presentan más afectaciones en comparación con los hombres en problemas para dormir (71% vs 34%), dolores musculares (64% vs 38%) y problemas para transportar al paciente (29% vs 5%). Los cuidadores varones experimentaron más dificultades en la coordinación de diferentes actividades de cuidado (66% vs 35%) (Osse et al., 2006).

La carga se entiende como la evaluación o percepción que el cuidador tiene de las demandas del medio relacionadas con su rol como cuidador, y los recursos con los que cuenta para satisfacer dichas demandas (Zarit et al., 1980). La carga se puede hacer presente cuando el cuidador se siente al límite de su capacidad, pues la tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y sociofamiliar. Éstos componen un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento (Romito et al., 2013).

En el estudio realizado por Martínez et al. (2010) se encontró que las mujeres (67.5%) eran quienes principalmente tomaban la responsabilidad de cuidar a su paciente con cáncer y eran quienes tenían mayor sobrecarga intensa (28.6%) que los hombres (16.7%). En otro estudio Ronald et al. (2014) encontraron que los principales factores de riesgo para presentar sobrecarga del cuidador son: ser mujer, tener bajo nivel educativo, vivir con el paciente que requiere la atención, padecer depresión, aislamiento social, estrés financiero, mayor cantidad de horas dedicadas a la prestación de cuidados y no haber podido decidir ser el cuidador.

Aspectos positivos del cuidado de pacientes con cáncer

Cuidar a un paciente con cáncer no es del todo una experiencia negativa. También existen aspectos positivos al cuidar a un paciente, estos se refieren al grado en que se valora el papel como cuidador para mejorar el tiempo de vida de un individuo y hacerlo enriquecedor (Kramer, 1997). Es decir, los beneficios afectivos o prácticos positivos que el CPI obtiene como resultado directo de cuidar a su paciente, incluido el crecimiento personal, la búsqueda de beneficios, el optimismo, la esperanza y el significado en la vida (Coyne & Tennen, 2010; Schmidt, et al., 2011).

Las experiencias positivas que genera el cuidar a un paciente también pueden ayudar a hacer frente a situaciones difíciles de la vida. Por lo tanto, las emociones tienen dos formas de percibirse: desde su existencia en el cuidado del cónyuge, pero también desde su papel en el apoyo al cuidado del cónyuge (Folkman, 2008). De esta forma se puede decir que a través del procesamiento de las emociones positivas y negativas que deja esta experiencia se puede obtener crecimiento personal. Carbonneau et al. (2010) proponen el Marco Conceptual de los Aspectos Positivos del Cuidado (CFPAC por sus siglas en inglés) que contiene tres dominios principales. Los componentes de los aspectos positivos del cuidado incluyen: 1) la calidad de la relación diaria del cuidador-paciente, 2) un sentimiento de logro y 3) la importancia del papel como cuidador en la vida diaria. Los factores determinantes de los aspectos positivos del cuidado incluyen eventos diarios de enriquecimiento y sentido de autoeficacia del cuidador. Los resultados positivos incluyen bienestar del cuidador y continuidad de la participación. La ventaja de estos componentes del CFPAC es que trabajan juntos para reforzar el bienestar del cuidador y apoyar su participación.

El CFPAC se propuso para CPI de demencia, se desarrolló sobre la base de diversos estudios, incluidos los CPI de pacientes con cáncer, sobre los aspectos positivos del cuidado familiar (Carbonneau et al., 2010). Por lo tanto, considero el CFPAC como un modelo (Figura 3) apropiado para este trabajo.

El modelo sugiere que los aspectos positivos surgieron a través de la ocurrencia de eventos de enriquecimiento en la vida diaria del cuidador. La ocurrencia de eventos de enriquecimiento está condicionada en gran medida por el sentido de autoeficacia del cuidador. Por lo tanto, el sentido de autoeficacia del cuidador al generar dichos eventos de enriquecimiento influye en la mejora de los aspectos positivos del cuidado.

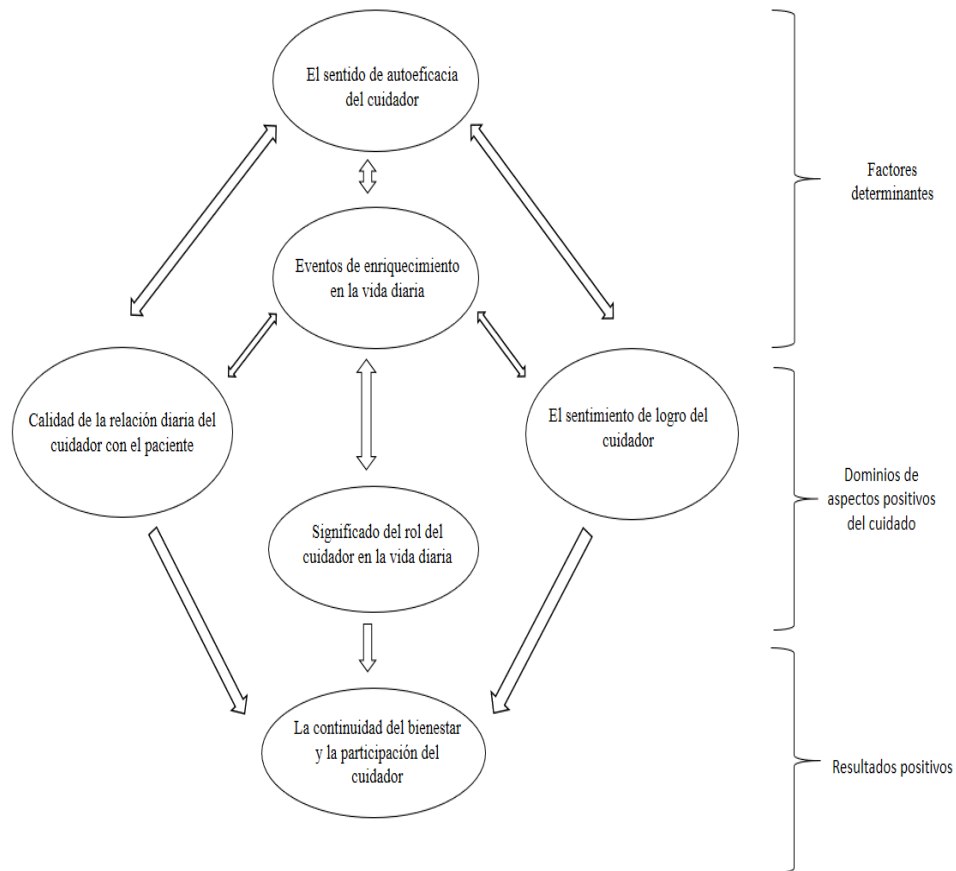


Figura 3. Marco conceptual de los aspectos positivos del cuidado

La autoeficacia también juega un papel para la calidad de la relación diaria entre el cuidador-paciente, así como también la sensación de logro del cuidador. Este aspecto es importante porque se ha reportado que al tener mayor autoeficacia hay niveles más bajos de sobrecarga y menor estado de ánimo negativo, así como niveles más altos de buen humor (Keefe et al., 2003). El modelo también ilustra la influencia de la calidad de la relación diaria entre el cuidador-paciente y el sentimiento de logro del cuidador sobre la evolución del significado de rol en la vida diaria. De acuerdo con este punto de vista, la calidad de la relación diaria y el sentimiento de logro del cuidador trabajan juntos para conducir a la construcción de significado en la experiencia cotidiana.

Finalmente, el modelo postula que los diversos componentes del marco conceptual son interdependientes y todos trabajan juntos para reforzar el bienestar del cuidador y apoyar su participación. Por lo tanto, el bienestar de los cuidadores y la continuidad de la participación corresponden a los resultados positivos relacionados con la aparición de aspectos positivos en la experiencia de los cuidadores.

Las siguientes secciones describen cada uno de los componentes con más detalle. Los resultados positivos de los aspectos positivos del cuidado en el bienestar del cuidador y la continuidad de la participación son los primeros en ser iluminados. Entonces, como los aspectos positivos son el núcleo del marco conceptual, se aclararán. Finalmente, los últimos componentes del modelo a explicar son los factores determinantes de tales aspectos positivos en la experiencia del cuidado, a saber, los eventos de enriquecimiento en la vida diaria y el sentido de autoeficacia del cuidador.

Carbonneau et al. (2010) encontraron en la revisión sistemática de la literatura que realizaron que el 53% y hasta un 90% de los CPI mejoraron la relación con su paciente al

comunicarse abiertamente con él durante su cuidado, 74.3% de las parejas apreciaron más sus relaciones con otras personas, el 56.1% informaron que se había beneficiado del apoyo emocional recibido al convivir con otros pacientes con cáncer y sus cuidadores y un 70.9% reportó haber tenido un crecimiento personal. También se identificaron diversos aspectos que favorecieron para volver una experiencia gratificante el cuidado de un paciente con cáncer como la sensación de cercanía con el paciente y la familia, sentimientos de amor más fuertes, mayor apreciación del familiar enfermo, así como de la familia en general; esto ayudó a tener una relación mucho mejor y más profunda con el paciente y la familia. Asimismo, se encontró que el optimismo del paciente tuvo un impacto en el optimismo, el afrontamiento y el bienestar del cuidador.

Por otro lado, se identificó que los CPI tuvieron una sensación de logro que se manifestó como sentirse recompensados, tener un crecimiento personal, percibir la satisfacción personal del cuidar a alguien, sentirse necesitados y recibir respeto y aprecio de sus pacientes (Carbonneau et al., 2010).

La sensación de logro está fuertemente relacionada con el “significado del rol en la vida diaria”, esto es que al tener a cargo a una persona con cáncer hay varios aspectos de la vida familiar que son cambiados como los valores, las prioridades se redefinen y se busca que el paciente tenga una vida lo más semejante a como era antes. Esto genera un cambio en la convivencia familiar diaria (Nolan et al., 1996; Motenko, 1989).

Los dos factores determinantes de una experiencia positiva de cuidado del CFPAC son los “eventos de enriquecimiento diario” y el “sentido de autoeficacia de los cuidadores”. De acuerdo con Mehrotra y Sukumar, (2007) estos factores son: 1) la noticia de la mejora de la salud de los pacientes, 2) interactuar con personas significativas, 3) tener la posibilidad de

tener tiempo para uno mismo y 4) recordar aspectos positivos de la vida antes o después de la enfermedad y la planificación para el futuro.

Por otro lado, en la revisión de la literatura realizada por Autio y Rissanen (2018) encontraron algunos aspectos asociados con las emociones positivas relacionadas con el cuidado de un paciente tales como: ganancia de cuidado, búsqueda de beneficios, encontrar significado, crecimiento postraumático y resiliencia. La ganancia del cuidado se refiere a la satisfacción y recompensas como resultado del rol de cuidado (Parveen & Morrison, 2012). La búsqueda de beneficios consta en ver qué fue lo ganado como individuo al pasar por una experiencia de cuidado a un paciente, por ejemplo, descubrimiento de su propia fuerza interior, una conexión emocional más cercana con el paciente y el fortalecimiento de las relaciones con los demás (Rodríguez et al., 2010).

Encontrar significado es un proceso de transformación cognitiva que experimentan algunos cuidadores al pasar por las demandas de cuidado en las que se encuentran beneficios y significado. En otras palabras, es una forma de sentirse más positivo acerca de la situación del cuidado, al tiempo que reduce los efectos de la carga del cuidador respecto a su salud mental (McLennon et al., 2011).

El crecimiento postraumático se refiere a los cambios experimentados de forma positiva que un individuo puede presentar después de un evento traumático (Lindau et al., 2011; Wagner et al., 2011). Primero, se reportó que las personas valoran más a sus amigos y familiares, sintieron más compasión y altruismo hacia otras personas. En segundo lugar, las personas tuvieron un mayor sentido de resiliencia personal, sabiduría y fuerza, que quizás estuvo relacionada con la aceptación de su vulnerabilidad y sus limitaciones. En tercer lugar, las personas hablaron de cambios en su filosofía de vida. Como resultado, las

personas tuvieron un mejor aprecio por cada día de su vida y entendieron la relevancia de estar vivos (Lindau et al., 2011).

Hodgkinson et al. (2007) encontraron que los eventos perturbadores (como recibir un diagnóstico de cáncer, progresión de la enfermedad o recurrencia del cáncer) pueden conducir a resultados negativos, como el estrés postraumático; sin embargo, también dan lugar a resultados positivos como el crecimiento postraumático. Por lo tanto, el crecimiento postraumático no se limita a una persona que se ve directamente afectada por un evento, sino que también puede extenderse a los familiares cercanos.

Por último, la resiliencia se describe como el retorno al funcionamiento normal después de haber enfrentado una dificultad en la vida (Weiss, 2004). Algunos aspectos positivos del cuidado relacionados con la resiliencia fueron expresiones de una relación positiva y amorosa con el cónyuge, además de valorar las relaciones más cercanas y sentir empatía hacia los amigos y la familia, los cuidadores también encontraron fuerza que mostraron y usaron durante el proceso de cuidado.

Estos aspectos positivos del cuidar a un familiar que se identificaron tuvieron buenas repercusiones en las emociones de los CPI tales como: amortiguar la angustia, ser un mediador para enfrentar el estrés, mayor calidad de vida, así como bienestar y encontrar un sentido de propósito (Autio & Rissanen, 2018). Los resultados positivos se hicieron evidentes tanto en las estrategias de afrontamiento específicas como en los procesos de creación de significado; esto puede mejorar el estado de ánimo del cuidador, disminuir el estrés percibido y aumentar la cercanía emocional con el receptor de atención (Parveen & Morrison, 2012). Así mismo, las ganancias objetivas de la atención pueden identificarse como desarrollar nuevas habilidades y competencias, crecer como persona y mejorar la relación (Sequeira, 2013).

De esta manera podemos apreciar que el CPI es una persona de suma importancia para la atención de un paciente con cáncer, ya que cumple con diversas tareas que son de vital importancia para el bienestar del paciente y que éstos cumplen con dichas tareas de distintas formas dependiendo de las posibilidades que tengan y que sus tareas pueden cambiar con respecto a la funcionalidad de su paciente. En el contexto de cuidar a un enfermo se vio que los cuidadores por lo general cumplen con un perfil, asimismo con una serie de síntomas adversos debido a la sobrecarga causada por las funciones que desempeñan, resaltando fatiga, ansiedad y depresión; por otra parte, se comentó que no siempre el cuidar a un enfermo es una situación contraproducente para la salud del cuidador ya que también hay aspectos positivos al cuidar a un paciente el cual depende de la autoeficiencia de la persona que cuida y esta ayuda a generar un crecimiento individual.

AFRONTAMIENTO

Antecedentes

Las personas a lo largo de su vida se ven inmersas en situaciones que consideran estresantes, es de esta manera que generan estilos de afrontamiento que determinarán la forma en que van a abordar una problemática específica que consideran desbordante (Carver et al., 1989).

El afrontamiento ayuda al individuo a estabilizar su forma de percibir su entorno. Para poder abordar el problema de una manera idónea; como evidencia de una buena adaptación el individuo demuestra bienestar (Rodríguez et al., 2017). Esto es muy importante ya que el CPI es un pilar en el tratamiento del paciente con cáncer y es sobre quien recae la mayor carga emocional, física y mental que genera el cuidar a un enfermo (Galindo Vázquez et al., 2015).

El estudio del afrontamiento es fundamental para conocer cómo el estrés afecta de manera positiva o negativa a las personas. En un sentido general las estrategias de afrontamiento son la forma en que las personas usan su destreza para solucionar situaciones que consideran estresantes (Skinner et al., 2003).

A partir de la década de los 60 y 70 se iniciaron las primeras investigaciones sobre afrontamiento, por lo que este término cuenta con diversas interpretaciones (Lazarus & Folkman, 1986; Lipowski, 1970; White, 1974; Weissman & Worden ,1977; Mechanic, 1978; Pearlin & Schooler, 1978). Sin embargo, la más aceptada y utilizada en la actualidad en la psicología de la salud es la que desarrollaron Lazarus y Folkman (1984) que define el afrontamiento como: esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que

sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. De esta forma se entiende que 1) el afrontamiento no es un rasgo en el individuo, 2) no es una conducta automática, 3) no se empata con el resultado que de él derive y 4) no se puede identificar con el dominio del entorno.

En este sentido estas características del afrontamiento sirven para destacar que no es algo que se mantenga a lo largo de la vida, que son las respuestas dadas después de la evaluación del problema, el resultado no siempre es el más adecuado para la persona y este no siempre es apto para el contexto en que se aplica dicha forma de afrontamiento. Por ello, se hace la distinción entre estrategias y estilos de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento son formas estables y consistentes de hacer frente a los problemas y son propuestos en el modelo de Lazarus y Folkman (1984) donde hacen la distinción entre el estilo dirigido a la emoción y dirigido al problema. Las estrategias son acciones específicas que pueden variar respecto al contexto de la situación estresante; se dividen en dos: aproximación, que son esfuerzos cognitivos y conductuales para enfrentar el evento estresante; y la evitación, que implica una reducción del estrés mediante el escape del estresor (Tobin et al., 1989).

El afrontamiento será cambiante conforme a las experiencias, vivencias y el entorno de la persona. Las personas tienen un repertorio amplio de estrategias de afrontamiento, que se comentó anteriormente serán utilizadas conforme el individuo perciba la situación estresante (Lazarus & Folkman, 1984).

Para Soriano (2002) el afrontamiento tiene dos momentos: la valoración que es donde se establecen las posibles repercusiones del evento para con el sujeto y cómo puede responder ante la situación y la revaloración que es donde se hace el balance de la funcionalidad de dicha estrategia.

Dentro de la valoración Soriano (2002) distingue tres momentos: *desafío* (en este el individuo considera sus posibilidades de hacer frente al problema); *amenaza*, se considera la situación que supera los recursos del individuo y por último el individuo considera las diferentes formas de acción en caso de poder hacer algo al respecto de la situación estresante. En caso de no disponer con los recursos necesarios para hacer frente al evento estresante entran en marcha las estrategias de afrontamiento (ya sea dirigidas a la emoción o al problema) las cuales buscan el cambio en la situación y el cambio en la repercusión que ésta tiene en la persona. En tanto estas estrategias tengan el cambio deseado, algo se habrá modificado entre el individuo y la situación produciendo así una reevaluación lo cual provoca una nueva respuesta emocional.

Por otro lado, otros autores se refieren al afrontamiento en un sentido de niveles, es decir, no como un proceso sucesivo, sino como un conjunto de conductas, cogniciones o emociones llamadas “instancias” que actúan al mismo tiempo que en conjunto forman “estrategias de adaptación”.

En este sentido para Pearlin y Schooler (1978) el afrontamiento es un constructo para organizar una gama de acciones que las personas usan para lidiar con situaciones estresantes. La organización de estas acciones inicia con el nivel más bajo que son las “instancias” de afrontamiento, estas son las diversas respuestas que cambian en tiempo real que las personas usan para lidiar con transacciones estresantes específicas, por ejemplo: un examen o una cirugía.

En el nivel más alto están las “estrategias de adaptación” (White, 1974) que son un conjunto de procesos adaptativos básicos que intervienen entre el estrés y sus resultados psicológicos, sociales y fisiológicos. Estos cumplen funciones evolutivas más amplias

como la retención de información para poder valorar las situaciones potencialmente peligrosas. La noción central es que la estructura del afrontamiento abarca el espacio conceptual entre instancias de afrontamiento y procesos adaptativos. Por lo tanto, el problema crítico para el campo es construir un conjunto completo y coherente de categorías en un nivel intermedio que organiza innumerables respuestas altamente personales específicas de la situación con respecto a sus funciones en la mediación de los efectos del estrés.

En contraste para Skinner et al. (2003) es necesario clasificar los estilos de afrontamiento en dos categorías: las de orden inferior y orden superior. Las formas de afrontamiento de orden inferior son las que se pueden clasificar de manera observable en categorías conceptualmente claras (por ejemplo: resolución de problemas, ventilación, rumia y evitación). Al mismo tiempo, estas categorías de orden inferior deben clasificarse en categorías de orden superior (por ejemplo: aceptación, afrontamiento centrado en la emoción, reencuadre).

De acuerdo con sus funciones de adaptación Skinner et al. (2003) se refieren a estos últimos como “familias” para resaltar las categorías de orden inferior que conforman a las categorías de orden superior. La Figura 4 sugiere que, para proporcionar una explicación completa del afrontamiento, un sistema de categorías debe acomodar todas las instancias relevantes y formas de afrontamiento de orden inferior; al mismo tiempo, vincular de manera significativa estas acciones con procesos a largo plazo de adaptación, las categorías deben organizarse con respecto a sus funciones.

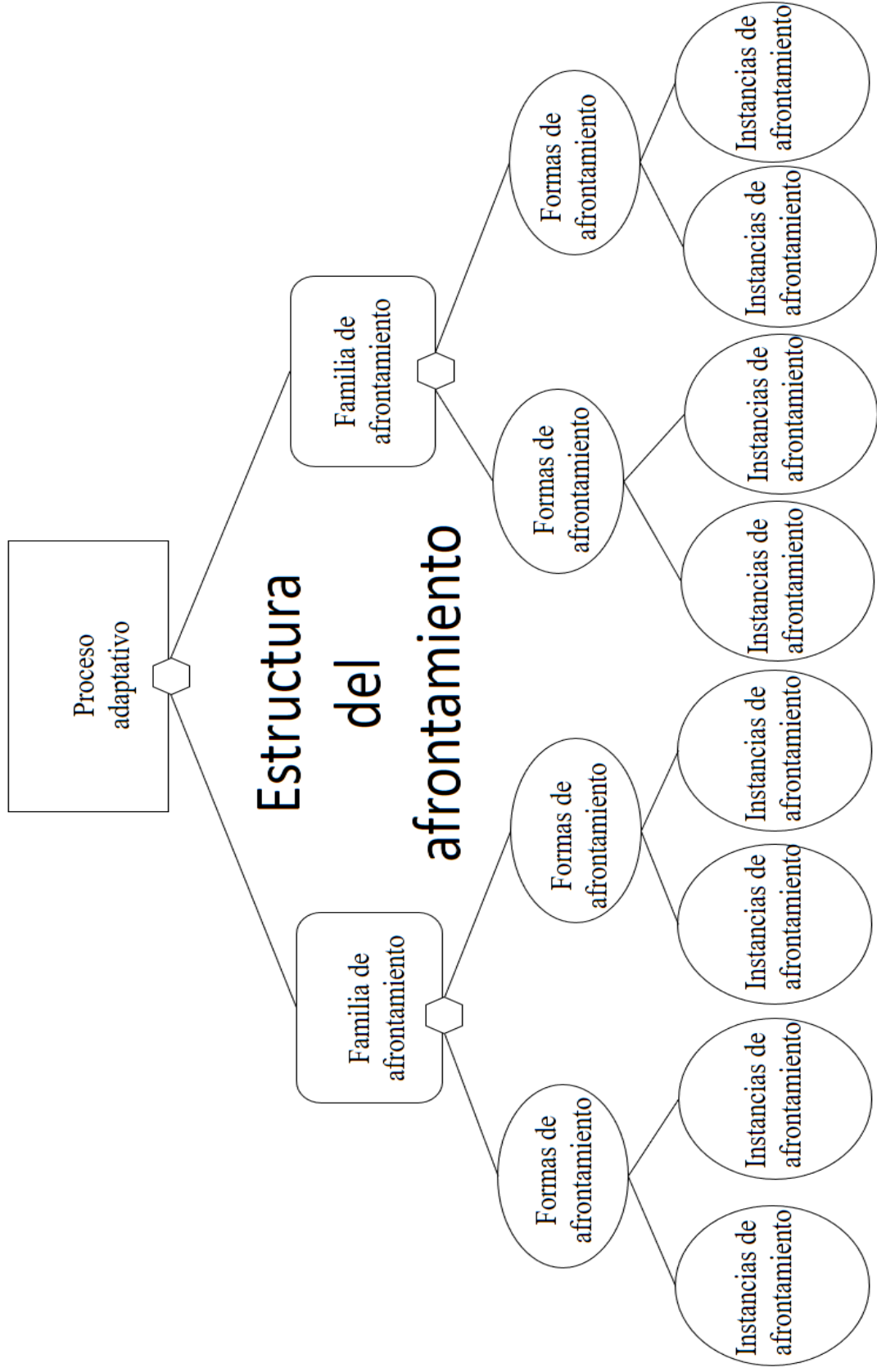


Figura 4. Estructura del afrontamiento de Skinner (2003).

La figura fue adaptada de Skinner et al. (2003). No hay un número fijo de procesos de adaptación, familias de afrontamiento, formas de afrontamiento o instancias de afrontamiento. Esto significa que puede haber un sinfín de combinaciones de procesos de adaptación que pueden llevar al mismo resultado o bien ser usados con el fin de obtener otro resultado o simplemente no conseguir nada.

Existe una amplia investigación sobre qué estilos de afrontamiento usan más los cuidadores y cómo se relacionan con su salud. A grandes rasgos pueden existir diferentes variables en función de la patología de la persona cuidada, aquellos cuidadores que ponen en marcha estrategias activas y centradas en el problema, muestra mejor salud que aquellos que utilizan estrategias pasivas y centradas en la emoción (Badia, 2002; Coletto & Câmara, 2009; Gerson et al., 2011; Papastavrou et al., 2011; Van Andel et al., 2011). No obstante, la funcionalidad de las estrategias de afrontamiento dependerá de las situaciones específicas de cada persona y de su contexto, es por ello que a pesar de que exista una relación entre ciertos tipos de estrategias de afrontamiento y la salud, se deben tener en cuenta otros aspectos (la calidad de la relación con el paciente, si se vive o no con él, la enfermedad o discapacidad del cuidador, la edad del cuidador, la etapa del proceso de cuidado y tiempo que lleve cuidando al paciente) que puedan influir en esta relación (Savage & Bailey, 2004).

Modelos de afrontamiento

Existen varias propuestas de modelos de afrontamiento (Moorey et al., 2003; Pearlin & Schooler, 1978; Lazarus & Folkman, 1984; Carver et al., 1989), sin embargo, los modelos se han creado para situaciones o grupos de personas en específico, esto implica que no sean generalizables a otras poblaciones, y hasta la fecha el modelo de afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1984) es el más usado a nivel mundial por su versatilidad en los distintos estudios ya que se adecua a las poblaciones blanco y no es la excepción en la investigación realizada por Carver et al. (1989). Para la creación de su instrumento Carver utilizó el modelo de Lazarus y Folkman (1984) y lo complementó con las formas de

afrontamiento que obtuvo de sus diversas investigaciones (Carver & Scheier, 1981; Carver et al., 1983; Carver et al., 1985; Carver & Scheier, 1988), de éstas surgió un instrumento para conocer las formas de afrontamiento (Carver et al. 1989) que más tarde dio lugar a una versión breve (Carver et al. 1997).

Modelo de Lazarus y Folkman

Lazarus y Folkman (1984) distinguen entre dos estilos de afrontamiento (Figura 5): dirigido al problema y dirigido a la emoción. El afrontamiento dirigido a la emoción tiene como objetivo controlar o decrementar la angustia emocional que está asociada con la situación estresante. Incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por dicho acontecimiento. En términos generales, estos objetivos se pueden conseguir evitando la situación estresante, revaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente aspectos positivos de uno mismo o del entorno; algunas respuestas basadas en emociones implican negación, otras implican una reinterpretación positiva de eventos y otras implican la búsqueda de apoyo social. Estas respuestas son muy diferentes entre sí y pueden tener implicaciones muy diferentes para el éxito de una persona al resolver la problemática que se le presenta.

La otra forma de afrontamiento se denomina afrontamiento centrado al problema. Esta forma de afrontamiento pretende generar conductas para alterar la fuente del estrés, es decir, implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales (Lazarus & Folkman, 1984).

Puede involucrar varias actividades como, por ejemplo: planificar, toma de decisiones, buscar asistencia o excluir otras actividades. Para estudiar estos estilos por separado, se debe ser capaz de medirlos por separado (Lazarus & Folkman, 1984).

a su vez, las estrategias centradas en el problema se dividen en afrontamiento activo y afrontamiento demorado. El afrontamiento activo se refiere a todos los pasos activos para tratar de cambiar las situaciones o aminorar sus efectos. Incluye iniciar acción directa incrementando los esfuerzos personales. El afrontamiento demorado se considera una respuesta necesaria y funcional, dirigida a buscar la oportunidad apropiada para actuar de forma no prematura (Lazarus & Folkman, 1986). En este contexto las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación en donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones estresantes, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, el afrontamiento dirigido al problema es el más probable de aparecer cuando tales condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio.

Dentro de su modelo Lazarus y Flokman (1984) distinguen distintas formas de afrontamiento:

1. El apoyo social: este estilo de afrontamiento puede estar dirigido tanto a la emoción como al problema. Se puede clasificar como un estilo de afrontamiento dirigido a la emoción ya que se centra en la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión. Asimismo, se denomina dirigido al problema cuando ocurre la respuesta funcional de afrontamiento, esto es en la primera aproximación, la persona tiende a aceptar la realidad de la situación estresante e intenta afrontar o tratar la situación.

2. La reinterpretación positiva: mediante esta interpretación se puede construir una transacción menos estresante en términos de qué debería llevar a la persona a intentar acciones de afrontamiento más centradas en el problema.
3. Distanciamiento: es un estilo de afrontamiento dirigido a alejarse de la fuente de estrés ya sea de forma física o mental para evitar pensar en ello.
4. Autocontrol: esta forma de afrontamiento está dirigida a la emoción; sin embargo, tiene la particularidad de que la persona busca en el momento soportar la situación estresante ya que no hay una forma de evadirla.
5. Aceptación: el individuo busca aprender a convivir con la realidad estresante para posteriormente generar un adecuado enfrentamiento. La aceptación incide en dos aspectos: el primero es aceptar la existencia de una fuente de estrés la cual se relaciona con la evaluación primaria del proceso de afrontamiento y la segunda ocurre cuando se acepta que no se cuenta con las formas adecuadas de afrontamiento las cuales se relacionan con la evaluación secundaria del proceso de afrontamiento.
6. Evitación: el individuo realiza actividades o tiene conductas que le ayudan a dejar de pensar en la situación estresante. Estas actividades pueden ser funcionales (trabajar, hacer ejercicio, recreación etc.) o disfuncionales (alcoholizarse, drogarse, etc.).
7. Planificación: el individuo no actúa de forma inmediata para dar solución a la situación, sino que espera el momento más idóneo para actuar ante el problema, aunque este demore.
8. Confrontación: a diferencia de la planificación, en esta forma de afrontamiento el individuo actúa de forma inmediata ante la fuente de estrés para solucionarla.

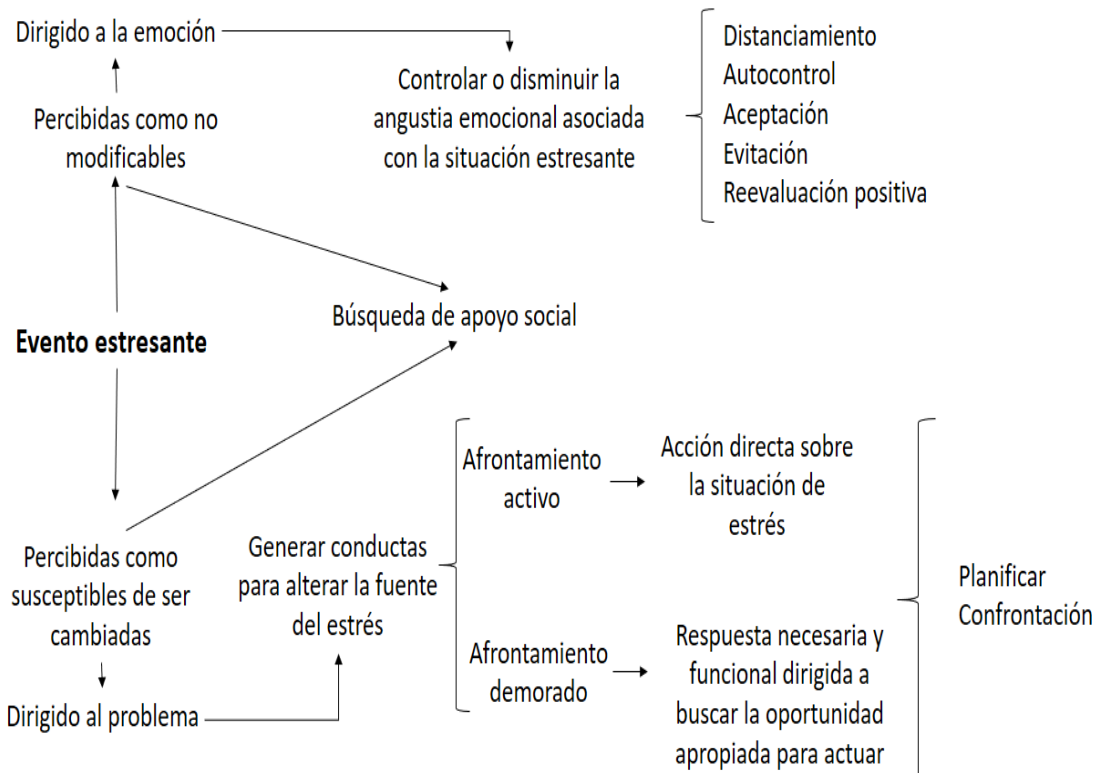


Figura 5. Creada a partir del modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984).

Es necesario tener en cuenta que la aplicación de las dos funciones del afrontamiento, las centradas en el problema y las centradas en las emociones no son excluyentes, ya que una misma conducta puede servir para varias funciones. En general, todas las situaciones son disparadores potenciales de las diferentes estrategias de afrontamiento, aunque parece haber características de la situación que influyen en la utilización de estrategias concretas (Lazarus & Folkman, 1986; Lazarus & Folkman, 1984).

Este modelo asume que, ante un determinado estímulo percibido como una demanda por parte del individuo, se ponen en marcha una serie de valoraciones que determinan si dicho estímulo conlleva una amenaza, es irrelevante o resulta benigno para su bienestar, a esta fase del proceso se le llama *valoración primaria*. Si el evento es valorado como una amenaza, el individuo valora los recursos con los que cuenta para afrontar la situación

estresante, a este paso se le llama *valoración secundaria*; en caso de que la situación sea valorada como negativa surge el estrés, en este caso salen a flote las estrategias de afrontamiento con las que el individuo cuenta para poder manejar la situación.

Modelo de Carver, Scheier y Weintrau

Algunos teóricos del afrontamiento (Carver et al., 1989; Lazarus & Folkman, 1986; Moos, 1988; Moos & Billing, 1982; Páez, 1993) concuerdan en clasificar tres dominios según estén dirigidas:

- 1.- Afrontamiento cognitivo: cuando el individuo busca significado al suceso y lo valora de tal forma que resulte menos desagradable.
- 2.- Afrontamiento conductual: es la conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias.
- 3.- Afrontamiento emocional: es la regulación de los aspectos emocionales y al intento de mantener el equilibrio afectivo.

Carver et al. (1989) en concordancia con lo establecido por Lazarus y Folkman (1986) y Moos (1988), proponen en el Inventario de Afrontamiento COPE un modelo de estrategias de afrontamiento conceptualmente diferentes que considerandos los siguientes estilos de afrontamiento:

Afrontamiento evitativo: en esta forma de afrontamiento se distinguen dos tipos de evasión. Por un lado, la evitación conductual que supone reducir los esfuerzos para enfrentar directamente el suceso conflictivo, e implica el desarrollo de actividades variadas para distraer a la persona de la situación crítica. La otra, es la evitación cognitiva donde incluyen

actividades alternativas que desligan el pensamiento del problema en cuestión, como una autodistracción, a través de mirar televisión, leer, pasear y estudiar.

Una escala agregada al modelo de Lazarus y Folkman (1984) fue el uso de sustancias: comprende un tipo de evitación conductual que intenta deshacerse de la situación problemática mediante el uso de alcohol o drogas.

Existe abundante evidencia del importante papel del afrontamiento en el ajuste y bienestar psicológico (Folkman et al., 1986). Diversos estudios sugieren que hay una relación entre el uso de determinadas respuestas de afrontamiento y la adaptación a situaciones críticas (Aldwin & Revenson, 1987; Carver et al., 1989; Lazarus & Folkman, 1986; Moos, 1988; Terry, 1991). Toda crisis supone una perturbación, pero al mismo tiempo posibilita una oportunidad de cambio y desarrollo personal (Erikson, 1963; Lazarus & Folkman, 1986; Slaikeu, 1991) que mediante el uso de estrategias de afrontamiento apropiadas permite alcanzar una adaptación satisfactoria.

En general, la finalidad adaptativa de las estrategias de afrontamiento consiste en: 1) mantener un balance emocional, 2) preservar una imagen satisfactoria de uno y el sentido de competencia personal, 3) sostener relaciones sociales y 4) prepararse para futuras situaciones problemáticas.

Existe acuerdo en que las formas activas de afrontamiento se refieren a esfuerzos para controlarse ante el suceso conflictivo y son usualmente descritas como exitosas, ya que tienen efectos positivos sobre la adaptación. En cambio, las formas pasivas o evitativas consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evasión y negación, consideradas como menos exitosas (Carver, et. al., 1989; Lazarus & Folkman, 1986; Moos, 1988). Algunas estrategias son consideradas beneficiosas en un uso moderado o temporal, pero pueden convertirse en perjudiciales si su uso es exclusivo. En el modelo de Carver et

al. (1989) las modalidades de afrontamiento descritas incluyen estrategias consideradas, indistintamente pasivas o activas según sean funcionales para la situación a afrontar. En la Figura 6 se presenta una clasificación de las estrategias de afrontamiento.

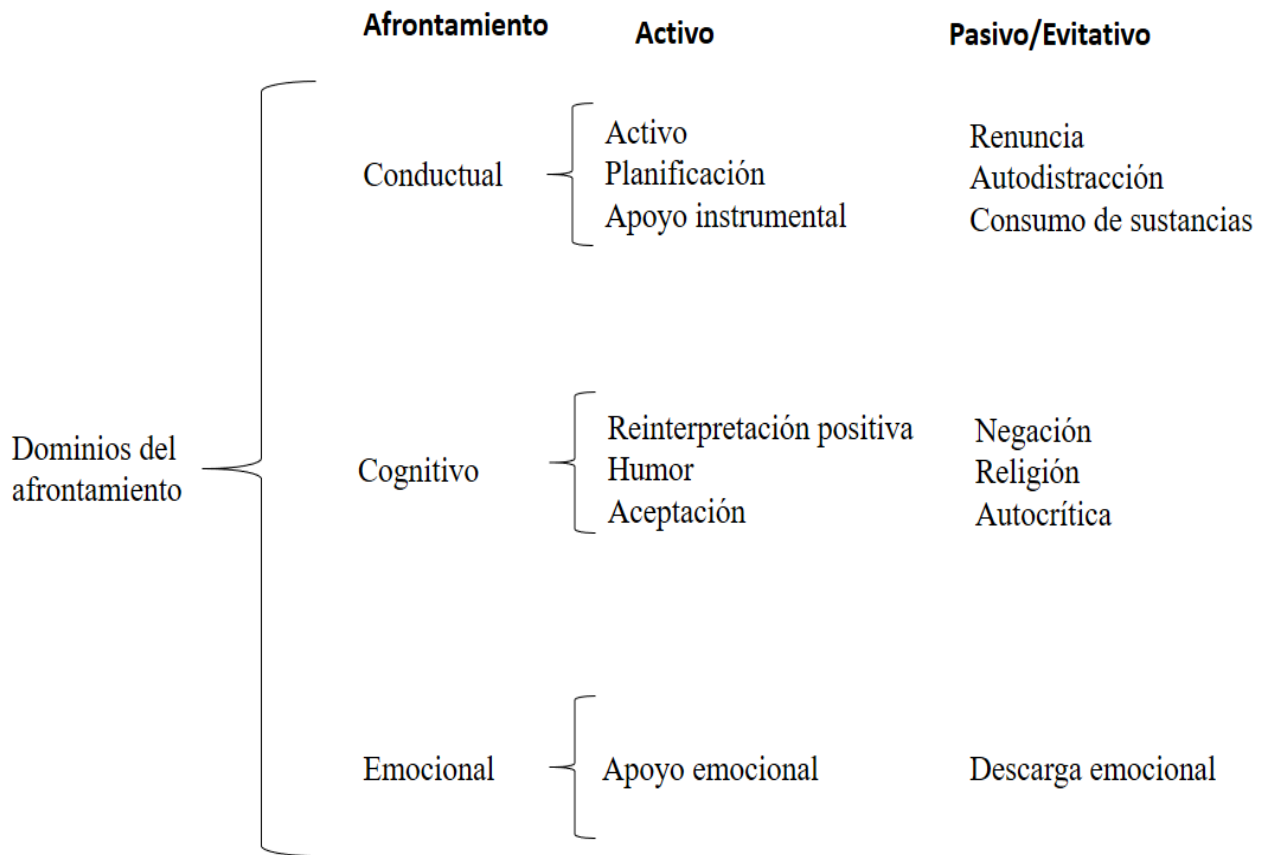


Figura 6. Modelo de afrontamiento de Carver et al. (1989).

El afrontamiento depende por completo del contexto en el que el individuo se ha desarrollado, así como de la forma en la que ha interiorizado sus experiencias cotidianas (Lazarus & Folkman, 1984). Es por esta razón que hay diversos modelos de afrontamiento e investigaciones que plantean las etapas que tiene el afrontamiento. Sin embargo, en lo que estas investigaciones convergen es que las personas usarán la estrategia de afrontamiento

que consideren más apropiada aun cuando sea una experiencia nueva dicho evento estresante y que la estrategia deban modificarse en caso de no ser funcional si la persona lo considera necesario.

En el caso de los CPI de pacientes con cáncer al inicio de la enfermedad de su paciente es un impacto fuerte a su vida por lo que la enfermedad implica. La forma en la que aborden este nuevo reto, como se dijo antes, depende de las herramientas cognitivas y conductuales de las que se ha dotado a lo largo de su vida. Además, estas circunstancias de cuidado pueden irse modificando conforme pasa el tiempo, lo que puede ocasionar que dichas estrategias dejen de funcionar y sea necesario modificarlas lo cual puede generar mayor disfuncionalidad al cuidar al paciente o decrementarla. Por ello es de vital importancia para el equipo de salud, específicamente labor del psicólogo lograr identificar estas estrategias para saber cómo incidir en esta problemática y ayudar al CPI a mejorar estas estrategias lo que se traducen en un mejor cuidado del paciente y un mejor estado de salud mental y físico del CPI.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Validez y confiabilidad de un instrumento de medición

Al realizar mediciones las personas asignan valores a las propiedades tangibles de los objetos. Sin embargo, no sucede así con los conceptos abstractos como la disonancia cognitiva, el clima organizacional, la calidad de vida, la ansiedad o la espiritualidad que son conceptos que se consideran no pueden verse o tocarse. Este razonamiento lleva a considerar que es adecuado definir la medición como “el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos”. La medición se realiza mediante un plan explícito y organizado para clasificar (y con frecuencia cuantificar) los datos disponibles (los indicadores) en términos del concepto que el investigador tiene en mente (Carmines & Zeller, 1991).

La definición anterior incluye dos consideraciones: el punto de vista empírico que se refiera a la respuesta observable. La segunda desde una perspectiva teórica y se refiere a que el interés se sitúa en el concepto subyacente no observable que se representa por medio de la respuesta (Hernández et al., 2014). Así, los registros del instrumento de medición representan valores visibles de conceptos abstractos.

Para realizar mediciones válidas y confiables en el ámbito de la psicología el profesional de la salud utiliza instrumentos de medición adecuados y registran datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables de interés (Corral, 2009). En toda investigación cuantitativa se deben aplicar instrumentos para medir las variables contenidas en las hipótesis o medir las variables de interés. Desde luego no hay medición perfecta,

pero es un hecho que debemos acercarnos lo más posible a la representación fiel de las variables que se van a observar mediante el instrumento de medición que utilizemos.

Siempre que se quiere recopilar información a fin de ayudarnos a tomar decisiones o para realizar una investigación como psicólogos, nos enfrentamos al problema de qué tipo de instrumento usar o si realmente existe un cuestionario que nos ayude a tomar la decisión correcta conforme a lo reportado por éste. En este sentido, un instrumento de acuerdo con Pineda et al. (1994) “...es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información”.

Tomando esto en cuenta, es de suma importancia saber que el instrumento que utilizemos para la investigación la práctica clínica debe proporcionarnos información útil y fidedigna sobre el problema de estudio.

Tipos de validez

La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir (Fuentes, 1989; Hernández et al., 2014). La validez responde a la pregunta ¿con qué fidelidad corresponde la población al atributo que se va a medir? En otras palabras, hace referencia a la autenticidad de la prueba psicométrica. Por ejemplo, un instrumento válido para medir la inteligencia debe medir la inteligencia y no la memoria.

Existen diferentes tipos de validez: 1) de contenido, 2) de criterio y 3) de constructo. A continuación, analizaré cada una de ellas (Hernández et al., 2014):

- 1) Validez de contenido: se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en el que la medición representa al concepto o variable medida (The SAGE Glossary of the Social and

Behavioral Sciences, 2009; Bohrnstedt, 1976). Por ejemplo, un maestro al hacer un examen de español si solo agrega preguntas sobre un tema sin abarcar el resto de los revisados en clase no estaría mostrando toda la gama de conocimientos que los alumnos pudieron haber adquirido. De esta forma su examen perdería toda validez para medir la variable que en este caso es el aprovechamiento académico. Un instrumento de medición requiere tener representados a todos o la mayoría de los componentes del dominio de contenido de las variables a medir.

- 2) Validez de criterio: se establece al comparar los resultados del instrumento con los de algún criterio externo que mide lo mismo. Cuanto más se relacionen los resultados del instrumento de medición con los del criterio, la validez será mayor. Por ejemplo, un investigador valida un examen sobre manejo de una maquinaria al mostrar la exactitud con la que el examen predice qué tan bien un grupo de obreros es capaz de operar dicha maquinaria.

Si el criterio se fija de manera paralela al instrumento con el que se mide la variable de interés, se habla de validez concurrente (Kaplan & Saccuzzo, 2013). Esto es, los resultados del instrumento se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto de tiempo. En cambio, si el criterio se fija en el futuro, se habla de validez predictiva (The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009). En otras palabras, el instrumento con el que se piensa comparar la variable de interés es el que se aplica primero.

La pregunta que se responde con la validez de criterio es: ¿en qué grado el instrumento comparado con otros criterios externos mide lo mismo?

- 3) Validez de constructo: este tipo de validez es tal vez la más importante ya que debe explicar de qué forma las mediciones del concepto o variable se vinculan de manera

congruente con las mediciones de otros conceptos correlacionados teóricamente (Hernández et al., 2014). Por tanto, responde a la pregunta ¿hasta dónde el instrumento mide realmente un rasgo determinado y con cuánta eficiencia lo hace? Para estudiar este tipo de validez es necesario que exista una conceptualización clara del rasgo estudiado basado en una teoría determinada.

El término constructo se usa en psicología para referirse a lo no observable, por esa razón se requiere que el investigador lo proponga para resumir o explicar las regularidades o relaciones que él observa en la conducta. Por tanto, la mayoría de los nombres de rasgos se refieren a constructos. Para las preguntas acerca de si el instrumento revela datos significativos de las personas, se usa el término validez de constructo.

Un constructo es una variable medida y tiene lugar dentro de una hipótesis, teoría o modelo teórico. Es un atributo que no existe aislado sino en relación con otros y debe ser inferido de la evidencia que tenemos en nuestras manos y que proviene de las puntuaciones del instrumento aplicado.

La validez de constructo incluye tres etapas (Carmines & Zeller, 1991):

1. Sobre la base de la revisión de la literatura, se establece y especifica la relación entre el concepto o variable medida por el instrumento y los demás conceptos incluidos en la teoría, modelo teórico o hipótesis.
2. Se asocian estadísticamente los conceptos y se analizan cuidadosamente las correlaciones.
3. Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que se clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

La validez de constructo está fuertemente ligada a la teoría, por esta razón es recomendable que para llevar a cabo este tipo de validez el constructo que se pretende medir debe tener un fuerte sustento teórico. Cuanto más elaborada y comprobada se encuentre la teoría que apoya la hipótesis, la validación del constructo arrojará mayor luz sobre la validez general de un instrumento de medición.

- 4) Validez de expertos: se refiere al grado en que aparentemente un instrumento mide la variable en cuestión, de acuerdo con la opinión de expertos en el tema.
- 5) Validez total: es cuando se le aplican todas las validaciones a un instrumento: validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo.

Tipos de confiabilidad

La confiabilidad se define como el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y acorde con lo que pretende medir a lo largo de sus diversas aplicaciones (Hernández et al., 2014; Prieto & Delgado, 2010).

Para medir la confiabilidad o fiabilidad de un instrumento existen diversos procedimientos; sin embargo, estos coinciden en que la confiabilidad de un instrumento debe oscilar entre cero y uno, esto es, entre más se acerque el coeficiente a cero menos confiabilidad tendrá el instrumento y cuanto más se acerque a uno mayor confiabilidad tendrá (confiabilidad total o perfecta si llega a uno) (Hernández et al., 2014).

Los procedimientos más utilizados para determinar la confiabilidad mediante un coeficiente son: 1) medida de estabilidad (confiabilidad por test-retest), 2) método de formas alternativas o paralelas, 3) método de mitades partidas (*split-halves*) y 4) medidas de consistencia interna.

- 1) Medida de estabilidad: también conocida como confiabilidad test-retest, este procedimiento consiste en aplicar un instrumento a un grupo de individuos o casos dos o más veces por un periodo determinado. Si a lo largo de las aplicaciones la correlación de los resultados de las distintas aplicaciones es positiva, entonces, se considera confiable al instrumento (Lewis, 2003 & Hernández et al., 2006). Algo que es muy importante tomar en cuenta es el tiempo que se deja pasar de una medición a otra, si la variable o el contexto en que se aplica son susceptible a cambios esto supone un sesgo y, por lo tanto, puede ocasionar una mala interpretación del coeficiente de confiabilidad. Así mismo, si pasa un tiempo muy corto entre una aplicación y otra es posible que el individuo o grupo recuerde cómo contestar el instrumento perdiendo la fiabilidad de las respuestas.
- 2) Método de mitades partidas o paralelas: en este método se aplican dos o más instrumentos que midan constructos similares al que mide el instrumento principal ya sea al mismo tiempo o con una diferencia temporal corta. Las versiones de los instrumentos usados para esta forma de medición son similares en contenido, instrucciones, duración y otras características; se administran a un mismo grupo de personas simultáneamente o dentro de un periodo corto (Lewis et al., 2003; Hernández et al., 2006).

Estos dos métodos (estabilidad y formas alternas) son muy útiles cuando se pretende usar dos instrumentos distintos para medir la misma variable.

- 3) Método de mitades partidas (*split-halves*): a diferencia de los métodos anteriores que requieren al menos dos aplicaciones este solo requiere una aplicación. En este proceso, el conjunto total de ítems o reactivos se divide en mitades

equivalentes y se comparan las puntuaciones o resultados de ambas. Si el instrumento es confiable, las puntuaciones de las dos mitades deben estar muy correlacionadas (Lewis et al., 2003; Hernández et al., 2006); es decir: una persona que tiene cierta puntuación en una mitad de la aplicación también tendrá similar puntuación en la otra parte del instrumento.

- 4) Consistencia interna: la medida más usada para determinar la consistencia interna es *el alfa de Cronbach*. El método de cálculo de éste requiere una sola administración del instrumento de medición. Su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente (Lewis et al., 2003; Hernández et al., 2006).

Respecto a la interpretación del alfa de Cronbach es necesario señalar que no hay una regla que indique a partir de qué coeficiente valorar el instrumento tiene adecuada consistencia interna. En cambio, el investigador calcula su valor, lo declara y lo somete a escrutinio de los usuarios del estudio u otros investigadores, explicitando el método utilizado (Lewis et al, 2003; Hernández et al., 2006; Carmines & Zeller, 1991). Algunos autores consideran que el coeficiente debe ubicarse entre 0.70 y 0.90 para considerarse apropiado (Tavakol & Dennick, 2011; DeVellis, 2003; Streiner, 2003). Nunnally (1991) comenta que debe estar por encima de 0.80. Por otro lado, Lewis et al. (2003) sugiere un valor mínimo de 0.70 para la comparación entre grupos y 0.90 para escalas. Garson (2013) (en Hernández et al., 2014) estableció que 0.60 es aceptable para propósitos exploratorios y 0.70 para fines confirmatorios, resultando 0.80 “bueno” en un alcance explicativo. Ahora bien, un coeficiente

mayor de 0.90 puede implicar redundancia de ítems o indicadores y la necesidad de reducir el instrumento (Tavakol & Dennick, 2011).

Factores que afectan la validez y confiabilidad

Un instrumento de medición puede ser confiable, pero no necesariamente válido. Por ello es requisito que el instrumento cumpla con ambos aspectos. Ya que, de no ser así los resultados de la investigación no se podrán considerar concluyentes. Existen muchos factores que pueden afectar la confiabilidad y la validez de los instrumentos de recolección de los datos. A continuación, se mencionarán los más comunes respecto a la confiabilidad (Hernández et al., 2014).

a) Utilizar instrumentos desarrollados en otro país, que no han sido validados en el contexto que se desea usar. Esto podría generar confusiones en la población blanco ya que posiblemente no estén familiarizados con la terminología o con el idioma en que se encuentra escrito el instrumento.

b) Usar instrumentos inadecuados para las personas a quienes se les aplica, por ejemplo, usar un instrumento en población general que ha sido creado para personas con problemas de salud mental sin antes validarlo. Quien realiza una investigación debe adaptarse siempre a los participantes y no al revés, ya que es necesario brindarles todo tipo de facilidades (Mertens & McLaughlin, 2004).

c) Condiciones en las que se aplica el instrumento de medición, no es lo mismo aplicarlo en un ambiente controlado a un área pública ya que en ésta última sería muy difícil aplicar una prueba larga o compleja.

Otro factor que se afecta severamente en una investigación es la falta de estandarización: que las instrucciones en que se aplica el instrumento no sean las mismas para todos los participantes, que el orden de las preguntas sea distinto para algunos individuos, etc.

El aspecto mecánico, es decir; si el instrumento es escrito, que no sean legibles las instrucciones, falten páginas, no haya espacio adecuado para contestar o no se comprendan las instrucciones, también influyen de manera desfavorable. Lo mismo pasaría con un aparato mal calibrado (Hernández et al., 2014).

Con respecto a la validez de constructo dos factores pueden afectarla significativamente (Hernández et al., 2014):

a) La estrechez del contenido, es decir, que se excluyan dimensiones importantes de la variable o las variables medidas. Esto puede ocurrir por no hacer una adecuada revisión de la literatura o por no elegir la mejor prueba estandarizada para la población en que se aplicará.

b) La amplitud exagerada, donde el riesgo es que el instrumento contenga excesiva intrusión de otros constructos similares. Muchos de los errores se pueden evitar mediante una adecuada revisión de la literatura, que nos permite seleccionar las dimensiones apropiadas de las variables del estudio, otros criterios para comparar los resultados de nuestro instrumento, teorías de respaldo, instrumentos de dónde elegir, etcétera.

Instrumentos que evalúan afrontamiento

El afrontamiento es una variable complicada medir ya que las personas dependiendo de su contexto y cultura usan distintas formas de afrontamiento, incluso interpretan de forma distinta la forma en que deben reaccionar ante las situaciones estresantes o simplemente

no las comprenden. A continuación, se muestran las distintas escalas de afrontamiento que se encontraron para CPI de pacientes con cáncer (Tabla 2).

Tabla 2. Instrumentos que miden afrontamiento.

| Escala | Población | Alfa de Cronbach | Varianza explicada | Factores |
|-----------------------------------|---|--------------------------|--------------------|--|
| EEECPI (Espinoza et al., 2017) | CPI México 15 ítems (n=255) | Global .70 | 58.17% | 1 E.E dirigida a la emoción de tipo evitativo 2 E.E dirigidas a la emoción de tipo emocional negativo |
| Baumstarck et al. (2017) | Pacientes con metástasis y su CPI Francia (n=398) | Por factor .71 a .82. | 45% | Estructura de 4 factores: apoyo social, resolución de problemas, evitación y pensamiento positivo |

Como podemos ver hay pocos instrumentos validados para los CPI de pacientes con cáncer respecto al afrontamiento en población mexicana, únicamente se detectó un instrumento validado para esta población el cual fue la Escala de Estrategias de Enfrentamiento para Cuidadores Primarios Informales de Pacientes con Cáncer (Espinoza et al., 2017), diseñada

usando el modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) y Lazarus y Lazarus (1994). Otro instrumento para esta misma población fue el Inventario de Afrontamiento COPE Breve validado por Baumstarck et al. (2017) en población francesa, este instrumento reporta propiedades similares al EECPI (Espinoza et al., 2017), una varianza de 45% y alfa por factor de .64 a .82.

Para esta investigación se optó por validar el Inventario de Afrontamiento COPE Breve ya que es un inventario creado para la población en general que puede ser modificado a conveniencia del aplicador para adecuarlo de mejor manera a la población blanco. Adicionalmente el inventario está basado en el modelo más usado en las últimas décadas (Lazarus & Folkman, 1984) y en las investigaciones realizadas por Carver y colaboradores (Carver & Scheier, 1981; Carver et al., 1983; Carver et al., 1985; Carver & Scheier, 1988)

Inventario de Afrontamiento COPE Breve

El Inventario de Afrontamiento COPE Breve (Carver, 1997) surgió del instrumento original de 15 subescalas y 60 reactivos (Carver et al., 1989), y fue desarrollado a partir de los fundamentos teóricos sobre el estrés de (Lazarus & Folkman, 1984) y del modelo de autorregulación conductual de Carver y Scheier (Carver & Scheier, 1981; Carver et al., 1983; Carver et al., 1985; Carver & Scheier, 1988). Con base en estos antecedentes se plantearon los siguientes estilos de afrontamiento que formaron el instrumento:

- **Planificación:** este estilo de afrontamiento es pensar en cómo afrontar al problema. Implica idear los pasos a seguir para resolver un problema. Esto lo vuelve un estilo de afrontamiento dirigido al problema; sin embargo, no implica realizar una acción, es por ello que podemos ubicar esta forma de afrontamiento en la evaluación

secundaria de la situación estresante mientras que el afrontamiento activo se ejecuta en la etapa de afrontamiento.

- **Supresión:** aunque su nombre puede indicar que la persona omitirá actividades o deje de pensar en las circunstancias para evitar el problema es todo lo contrario. Esta forma de afrontamiento hace referencia a que la persona deja de hacer otras actividades o deja de lado otros pensamientos, incluso dejar pasar otras situaciones para centrar toda su atención y esfuerzos en resolver el problema en cuestión.
- **Contención:** hace referencia a que la persona espera el momento justo para actuar, a través de una forma activa de afrontamiento ya que no involucra la falta de acción ante la situación estresante. Sin embargo, también puede ser una forma pasiva del afrontamiento ya que en algunas ocasiones el contener la conducta ante el problema implica no hacer nada al respecto.
- **Apoyo social.** De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) las personas pueden usar esta técnica de afrontamiento por dos razones: 1) Para recibir apoyo instrumental como buscar consejo, asistencia o información lo que convierte a esta forma de afrontamiento dirigida al problema. 2) Buscar apoyo social por razones emocionales es obtener apoyo moral, simpatía o comprensión. Este es un aspecto del afrontamiento centrado en la emoción. Por tanto, aunque esta estrategia de afrontamiento tiene dos vertientes no son excluyentes una de otra y pueden presentarse al mismo tiempo.
- **Ventilación emocional:** consiste en externar las emociones y sentimientos que le generan a un individuo la situación por la que está pasando. Tal respuesta a veces puede ser funcional si la persona la usa, por ejemplo, en un período de duelo para

sobrellevar a la pérdida de un ser querido y seguir adelante. Sin embargo, puede ser que la persona se centre por mucho tiempo en dichas emociones puede impedir el ajuste.

- **Desconexión:** se divide en desconexión conductual y mental. La desconexión conductual consiste en que la persona deja de realizar esfuerzos para solucionar el factor estresor ya que espera resultados pobres o simplemente ya no ve solución alguna. La desconexión mental es utilizada cuando la persona prefiere no pensar en el problema, por lo cual realiza otras actividades que suponen un distractor del factor estresante (esto vuelve a dicha estrategia de afrontamiento lo opuesto a la supresión) (Carver et al., 1983).
- **Reinterpretación positiva:** es la reformulación mental positiva de cómo una situación estresante es percibida, esto fomenta formas de afrontamiento activo (Lazarus & Folkman, 1984), es decir, la persona adquiere un nuevo significado ante la situación estresante, esto supone un aprendizaje y crecimiento personal a partir de la experiencia (Carver et al., 1989).
- **Negación:** esta emerge de la evaluación primaria ya que es el rechazo a creer que el factor estresante existe o de tratar de actuar como si el factor estresante no fuera real, esto no permite que la situación sea evaluada, por tanto, no se actúa ante ella.
- **Aceptación:** esta estrategia de afrontamiento es propia de una persona que está involucrada en el intento de enfrentar la situación. Dicha estrategia incide en dos aspectos del proceso de afrontamiento. La aceptación de un factor estresante como real ocurre en la evaluación primaria ya que la persona percibe el factor estresante y para poder evaluar la amenaza es necesario comprender que se trata de algo real. La

aceptación, en ausencia de estrategias apropiadas de afrontamiento activo se relaciona con la evaluación secundaria ya que al aceptar la situación estresante se entiende que no se puede hacer nada al respecto con los estilos con que se cuenta actualmente.

- Religión: cuando un individuo se encuentra bajo estrés la religión puede servir como fuente de apoyo emocional, como vehículo para la reinterpretación, o como una táctica de afrontamiento activo ante un estresor. Por esta razón, los autores de la escala de afrontamiento optaron por una escala única que evalúa, de manera general, la tendencia a recurrir a la religión en momentos de estrés.

En respuesta a la impaciencia de las personas que contestaban el instrumento, este se redujo y surgió así el Inventario de Afrontamiento COPE Breve (Carver, 1997) que tiene como objetivo determinar qué estilos de afrontamiento utiliza la persona evaluada. Esta versión consta de 14 estilos de afrontamiento, de dos elementos cada uno. Se omitieron dos escalas (contención y supresión) de la medida completa de la forma breve porque no resultaron útiles en trabajos anteriores, la primera escalase omitió porque no demostró ser valiosa en investigaciones previas y la segunda porque su valor resultó redundante con el de la escala “afrontamiento activo”. Otras tres escalas se reorientaron (la escala inicialmente denominada reinterpretación positiva se convirtió en reencuadre positivo; ventilación emocional se cambió a ventilación y la escala originalmente llamada desconexión mental se convirtió en auto-distracción). Finalmente, se agregó una escala denominada autocolpa.

Como se mencionó anteriormente, el COPE Breve está dividido, específicamente, en dos escalas: afrontamiento activo y afrontamiento pasivo. Consta de 28 ítems con 9 factores distribuidos en 14 estilos de afrontamiento: autodistracción, afrontamiento activo, negación,

uso de sustancias, apoyo emocional, apoyo social, abandono de resolución/renuncia, descarga emocional, reformulación positiva, planeamiento/planificación, humor, aceptación, religión y autoinculpación.

El Inventario de Afrontamiento COPE Breve (Carver, 1997) ha sido validado en diversas poblaciones mostrando siempre adecuadas propiedades psicométricas. Desde entonces se ha utilizado en distintas poblaciones, se ha traducido a diferentes idiomas y además, se han analizado las propiedades psicométricas del instrumento en poblaciones tales como: pacientes con cáncer y sus cuidadores primarios (Aydogan et al., 2016; Baumstarck et al., 2017); pacientes con cáncer (McMillan et al., 2006; Nipp et al., 2017; Popa-Velea, Diaconescu, Jidveian Popescu, & Truțescu, 2017), estudiantes (Morán, Landero, & González, 2010; Ribeiro & Rodrigue, 2004), pacientes con quemaduras (Amoyal et al., 2011), población general (Brasileiro et al., 2016; Kapsou, Panayiotou, Kokkinos, & Demetriou, 2010; Kim & Seidlitz, 2002; Monzani et al., 2015; Reich, Costa Ball, & Remor, 2016), cuidadores de pacientes con VIH-Sida (Kimemia, Asner-Self, & Daire, 2011; Mohanraj et al., 2015; Su et al., 2015), pacientes con daño cerebral por traumatismo (Snell, Siegert, Hay-Smith, & Surgenor, 2011) y mujeres con cáncer de mama (Ben-Zur, Gilbar & Lev, 2001; Fillion, Kovacs, Gagnon, & Endler, 2002; Langford et al., 2017; Ornelas et al., 2013; Vargas, Herrera, Rodríguez, & Sepúlveda, 2010; Yusoff, Low, & Yip, 2010). Finalmente, cabe mencionar que en el metaanálisis realizado por Kvillemo y Bränström (2014) reportó que el COPE Breve es uno de los instrumentos más usados para medir el afrontamiento en cáncer de mama.

METODOLOGÍA

Planteamiento del problema.

Justificación

El presente estudio se justifica con base en dos aspectos considerados de gran relevancia para la investigación en psicología. A nivel metodológico: a la fecha, no existen instrumentos adecuados para evaluar el afrontamiento en CPI, por lo que no se puede investigar e identificar las estrategias de afrontamiento de los CPI de pacientes con cáncer. Por ello, se considera que el COPE Breve será de gran valía para recabar datos en este ámbito, así como ayudar a generar más investigaciones y poder correlacionar el afrontamiento con otras variables que se han identificado como relevantes en esta población entre las que destacan ansiedad, depresión, sobrecarga, fatiga, calidad de vida y apoyo social.

Por otro parte, a nivel clínico el Inventario de Afrontamiento COPE Breve proporcionará a los psicólogos una forma de evaluar respuestas de afrontamiento potencialmente importantes. Por tanto, en el ámbito hospitalario ayudará a identificar a los CPI que requieran apoyo psicológico para adaptarse a la situación de cuidar a su paciente ya que se sabe que un CPI con estrategias más adaptativas a la enfermedad de su paciente tiene un mejor cuidado de su paciente y un mejor estado de salud físico y emocional.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas del Inventario de Afrontamiento COPE Breve en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana?

Objetivo general

Determinar las propiedades psicométricas del Inventario de Afrontamiento COPE Breve en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana.

Objetivos Específicos

- 1) Determinar la estructura factorial del Inventario de Afrontamiento COPE Breve.
- 2) Determinar la consistencia interna.
- 3) Determinar la varianza explicada.

Hipótesis

- 1) Las propiedades psicométricas del Inventario de Afrontamiento COPE Breve serán similares a las de su versión original.
- 2) El índice de confiabilidad del Inventario de Afrontamiento COPE Breve será de al menos .70.
- 3) La varianza explicada del Inventario de Afrontamiento COPE Breve será de al menos 40%.

Variables

Definición conceptual

Afrontamiento: Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1984).

Definición instrumental

Afrontamiento: para poder evaluar los estilos de afrontamiento por los cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana se utilizó el Inventario de Afrontamiento COPE Breve (Carver, 1997).

Muestra

La muestra se conformó de 180 CPI de pacientes con cáncer de un hospital público de tercer nivel de la Ciudad de México.

Criterios de participación

Criterios de inclusión:

- 1) Acompañante que de forma verbal indique ser el principal proveedor de cuidados al paciente.
- 2) Saber leer y escribir.
- 3) No recibir ninguna remuneración económica por el cuidado que provee.

Criterios de exclusión:

- 1) Cuidadores con problemas auditivos y/o visuales severas.
- 2) Tener un adiestramiento profesional o técnico en cuidados de pacientes.

Criterios de eliminación:

- 1) Que durante la aplicación de los instrumentos o después desista de participar.

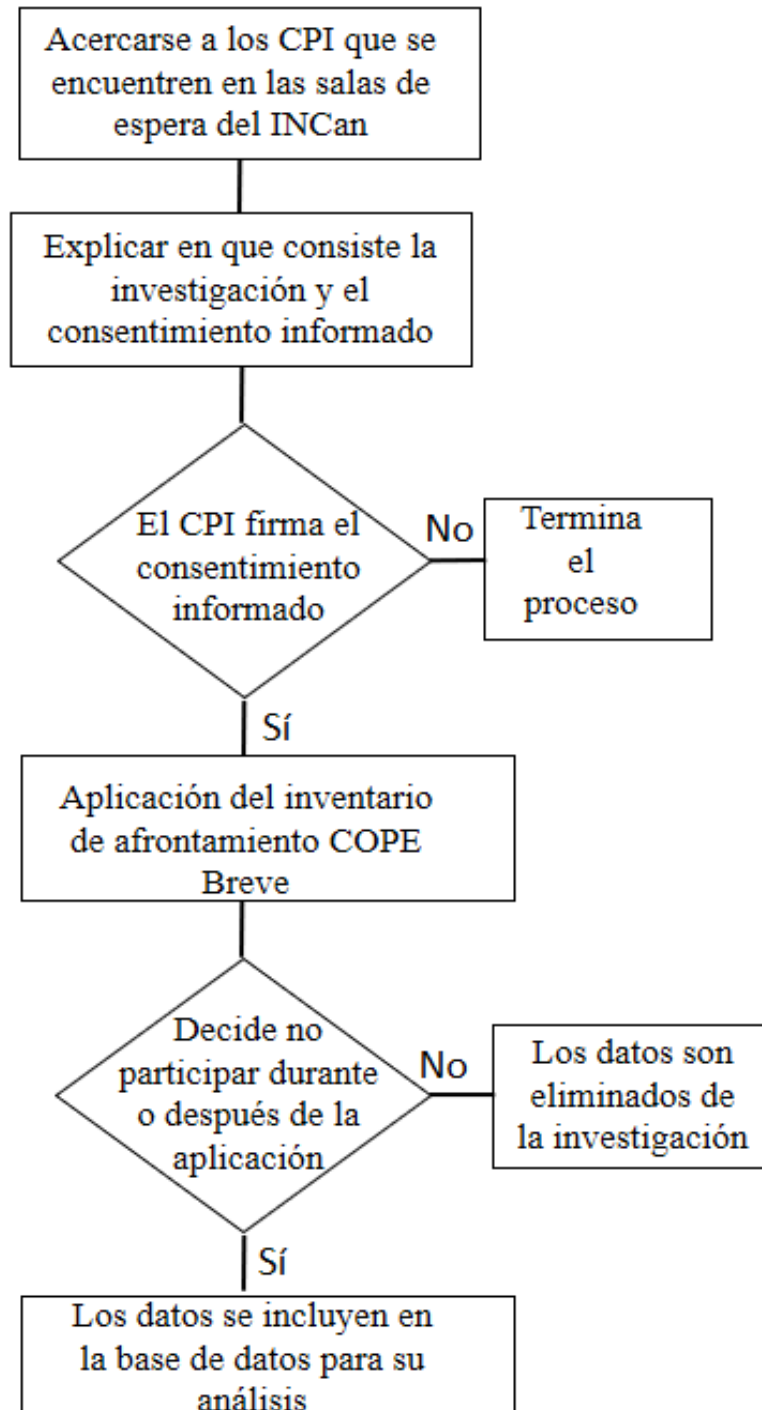
Tipo de estudio.

Se empleó un diseño instrumental (Montero & Alonso, 1992).

Instrumentos

La escala de afrontamiento COPE Breve (Carver, 1997) es una escala autoaplicable que se emplea para evaluar estilos o disposiciones de afrontamiento, consta de 28 ítems con 14 estilos de afrontamiento (autodistracción, afrontamiento activo, negación, uso de sustancias, apoyo emocional, apoyo social, renuncia, descarga emocional, reformulación positiva y planificación) que se dividen en 9 factores. Estos factores miden la frecuencia de la forma en cómo las personas afrontan las situaciones estresantes que se les presentan en la vida a través de una escala Likert que va de 1 a 4 entre “nunca hago esto” a “hago siempre esto”. Tiene una varianza explicada de 72.4% y alfa por reactivo que va de .50 a .98.

Figura 7. Procedimiento.



Análisis estadístico

A continuación, se presentan los pasos para el desarrollo del análisis estadístico en el programa SPSS versión 21.

Tabla 3. Pasos para el desarrollo del análisis estadístico.

| Nombre del análisis | Objetivo | Procedimiento |
|---|---|--|
| Análisis de distribución de frecuencia | Validar la base de datos, identificar que todas las opciones de respuesta sean atractivas para cada reactivo. | Analizar → Estadísticos Descriptivos → Frecuencias → Seleccionar todos los reactivos → Aceptar. |
| Sesgo | Determinar el tipo de población que se está analizando. | Analizar → Estadísticos Descriptivos → Frecuencias → Seleccionar todos los reactivos → Gráficos → Histogramas Aceptar. |
| Identificar los cuartiles extremos | Identificar a los puntajes de los cuartiles extremos a partir de la calificación total. | Analizar → Estadísticos Descriptivos → Frecuencias → Estadísticos → Cuartiles → Seleccionar puntaje total → Aceptar. |
| Crear nueva variable para grupos extremos | Crear una variable para identificar a los sujetos que pertenecen al grupo extremo inferior y al grupo extremo superior. | Transformar → Recodificación en distintas variables → Seleccionar variable total → Nombrara variable y cambiar → Valores antiguos y nuevos → Rango inferior → Agregar el valor del percentil 25 y nuevo valor 1 → Rango superior → Agregar valor del percentil 75 y nuevo valor 2 → Aceptar. |
| T-student para muestras independientes | Filtro de reactivo de acuerdo a la propiedad de discriminación de los cuartiles extremos $p < 0.05$. | Se creó nueva variable en base de datos. Se creó nueva variable en la base de datos. |
| Consistencia interna correlación | Verificar la correlación del reactivo. Determinar la correlación múltiple entre sí para determinar el número en la correlación. | Analizar → Escalas → Análisis de fiabilidad → seleccionar todos los ítems → Aceptar. |
| Análisis factorial | Analizar la matriz de componentes rotados, para eliminar los reactivos que pertenecen a más de un factor o factores con menos de tres reactivos | Analizar → Correlación → Bivariadas → Seleccionar todos los ítems → Aceptar. Analizar → Reducción de dimensiones → Análisis factorial → Seleccionar todos los ítems → KMO → Rotación varimax *100 → Opciones → Suprimir pequeños coeficientes menor a .50 → Aceptar. |

Consideraciones éticas

De acuerdo con el autor del Inventario de Afrontamiento COPE Breve dicho instrumento es de uso libre por lo que no se le solicitó permiso para validarlo (Apéndice 4). Se realizó la aplicación del instrumento después de haber sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación con número de aprobación (CI/987/18) (CEI/1274/18). Se les explicó a los participantes el objetivo del estudio, propósito, procedimiento, confidencialidad, riesgos y beneficios, así como a donde podían comunicarse en caso de tener dudas sobre el proyecto.

Resultados

Datos sociodemográficos

La muestra fue de 180 CPI en su mayoría mujeres con hijos, sin enfermedades diagnosticadas, en su mayoría llevaban cuidando a su enfermo alrededor de dos años a los cuales muchas de las veces recibían ayuda en sus tareas de cuidado por un familiar cercano. Lo que cabe resaltar en los datos obtenidos es que como se reporta en la literatura las personas que dedicaban tiempo a cuidar a su paciente son personas dedicadas al hogar, sin embargo, en esta muestra la mayor parte reportó tener un nivel alto de estudios (Tabla 4).

Tabla 4. *Datos sociodemográficos y descripción de la muestra.*

| Datos sociodemográficos y descripción de la muestra | | |
|---|-----|-------|
| Variables | f | % |
| CPI de pacientes con cáncer (n= 180) | | |
| Edad (Años) 18 a 67 ($M = 41.5$) | | |
| Sexo (%): | | |
| Mujeres | 130 | 72.2% |
| Hombres | 50 | 27.8% |
| Paternidad (%): | | |
| Sí | 131 | 72.8% |
| No | 49 | 27.2% |
| Lugar de residencia (%): | | |
| Ciudad de México | 90 | 50% |
| Interior de la República | 90 | 50% |
| Estado civil (%): | | |
| Casado o viviendo en pareja | 113 | 62.7% |
| Sin pareja | 67 | 37.3% |
| Situación laboral (%): | | |
| Hogar | 61 | 33.9% |
| Empleado (a) | 36 | 20% |
| Comerciante | 24 | 13.3% |
| Autoempleo/Oficio | 19 | 10.6% |
| Jubilado | 7 | 3.9% |
| Desempleado | 5 | 2.8% |
| Nivel de estudios (%): | | |
| Ninguno | - | - |
| Primaria | 15 | 8.3% |

| | | |
|---|-----|-------|
| Secundaria | 45 | 25% |
| Bachillerato | 55 | 30.6% |
| Licenciatura | 57 | 31.7% |
| Posgrado | 8 | 4.4% |
| Enfermedad diagnosticada (%): | | |
| Sí | 31 | 17.2% |
| No | 149 | 82.8% |
| Meses de cuidado (%): | | |
| 1 a 15 | 102 | 56.7% |
| 16 a 43 | 45 | 25% |
| 44 o más | 33 | 18.3% |
| N° de CPI que reciben ayuda (%): | | |
| Sí | 117 | 65% |
| No | 63 | 35% |
| N° de personas que ayudan al CPI (%): | | |
| Ninguna | 63 | 35% |
| 1 | 53 | 29.4% |
| 2 | 35 | 19.4% |
| 3 | 18 | 10% |
| 4 o más | 11 | 6.2% |
| Parentesco de la persona que apoya al CPI (%): | | |
| Familia nuclear | 84 | 46.6% |
| Familia extensa | 6 | 3.3% |
| Otros | 19 | 10% |
| Familia nuclear/extensa | 2 | 1.8% |
| Familia nuclear/otros | 6 | 3.3% |

Análisis factorial exploratorio

De acuerdo con el proceso del análisis factorial se determinó que cuatro de los ítems de la escala (4 y 11, uso desustancias; 13, autculpa y 16, desconexión conductual) no contaban con las características apropiadas para ser considerados en el análisis de fiabilidad después de realizar la prueba *t* para muestras independientes. Se utilizó un punto de corte igual a .50 de forma que se eliminaron otros dos reactivos (7, afrontamiento activo y; 20, aceptación) al quedar por debajo de éste. Por tanto, quedaron 22 reactivos obteniendo un alfa de .80.

El resultado del estadístico KMO fue de .73 considerándose suficiente para realizar el análisis factorial (Lloret-Segura et al., 2014) y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($X^2 = 1313.83$; $gl = 276$; $p = .001$) por otro lado, el AFE con rotación Varimax ajustado mostró seis factores que explicaron el 55.74% de la varianza. Como se muestra en la Tabla 5, los 22 reactivos, así como los factores que se conservaron por el valor de sus cargas factoriales determinaron de forma clara los factores.

Tabla 5. Estructura factorial del COPE Breve-22 en CPI de pacientes con cáncer

| Items | Factores | | | | | |
|---|----------|------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| $\alpha = .80$ Varianza= 55.74% | | | | | | |
| 10. Recibo ayuda y consejos de otras personas (Por ejemplo: familiares y amigos). | .867 | | | | | |
| 15. Recibo consuelo y comprensión de alguien más (por ejemplo: de familiares y amigos). | .809 | | | | | |
| 5. Recibo apoyo emocional de otras personas (Por ejemplo: familiares y amigos). | .809 | | | | | |
| 23. Trato de obtener consejos o ayuda de otras personas sobre lo que debo hacer para cuidar a mi paciente. | .589 | | | | | |
| 27. Rezo o medito para afrontar esta situación. | | .793 | | | | |
| 22. Trato de encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales. | | .757 | | | | |
| 25. Pienso mucho sobre qué hacer para cuidar a mi paciente. | | .592 | | | | |
| 24. Aprendo a vivir con el hecho de que debo cuidar a mi paciente. | | .530 | | | | |
| 19. He estado haciendo algo para pensar menos en mi situación (por ejemplo: ir al cine, ver televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras). | | | .706 | | | |
| 1. Trabajo o hago otras actividades para distraerme del cuidado de mi paciente. | | | .587 | | | |
| 21. Expreso mis sentimientos negativos (por ejemplo: tristeza, enojo, ansiedad) respecto a la situación que vivo con mi paciente. | | | .519 | | | |
| 9. Digo cosas para dejar que salgan mis sentimientos desagradables (por ejemplo: enojo, frustración, estrés). | | | .504 | | | |
| 14. Trato de pensar en un plan para cuidar a mi paciente. | | | | .608 | | |
| 2. Me esfuerzo por cuidar mejor a mi paciente | | | | .571 | | |
| 6. Dejé de hacer frente al estrés que me provoca cuidar a mi paciente. | | | | .545 | | |
| 18. Hago bromas para hacer más amena mi situación actual. | | | | | .741 | |
| 28. Me río de mi situación actual. | | | | | .696 | |
| 12. Trato de ver la situación de cuidar a mi paciente con una perspectiva más positiva | | | | | .516 | |
| 17. Pienso que cuidar a mi paciente es una experiencia positiva. | | | | | .501 | |
| 8. Me niego a aceptar que esto está pasando. | | | | | | .746 |
| 3. Me digo a mí mismo " esto no es real". | | | | | | .742 |
| 26. Me culpo por la enfermedad de mi paciente. | | | | | | .592 |
| alfa por factor | 0.85 | 0.70 | 0.55 | 0.41 | 0.60 | 0.60 |

Discusión

El objetivo de esta investigación fue analizar la fiabilidad y validez del Inventario de Afrontamiento COPE Breve en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. El valor que arrojó la prueba KMO y la esfericidad de Bartlett resultaron apropiadas para realizar el análisis factorial exploratorio. La forma en que se distribuyeron los ítems hizo que su estructura factorial fuera similar a la original propuesta por el autor (Carver, 1997). Las diferencias de esta validación a las otras pueden haber radicado en la forma en que los ítems están redactados después de pasar por el jueceo y piloteo del instrumento; por otro lado, las personas pueden interpretar y reaccionar de forma distinta al cómo hacer frente a una situación de estrés.

Una de las ventajas de este estudio es que la traducción al español fue hecha por un psicólogo experto en el área de la salud y en el idioma inglés, por lo que se respetó por completo la redacción original del instrumento, así como un jueceo realizado por psicólogos expertos (licenciatura, maestría y doctorado) con el fin de adecuar el lenguaje para la población y para asegurar que los cambios fueran apropiados. Posteriormente se aplicó un piloteo en un grupo de CPI con el fin de reafirmar la comprensión de cada uno de los ítems. Esto es de suma importancia para asegurar mejores propiedades psicométricas (Pilatti et al., 2012).

La escala se conformó de seis factores como sucedió en otras validaciones (Su et al., 2015; Heydecke et al., 2004), estos autores no profundizan en una explicación para los resultados obtenidos, salvo Su et al. (2015) que atribuye la distribución de sus factores debido a la naturaleza cultural de la población china por lo que los factores humor y autodistracción

así como resolución de problemas y aceptación en palabras de los autores pueden reflejar este hecho ya que esta población “saca lo mejor de las situaciones”.

adicionalmente Su et al. (2015) encontraron en su investigación que la religión mejora el cómo afrontan la enfermedad (Plattner & Meiring, 2006), el apoyo instrumental y emocional son productoras de un adecuado afrontamiento dirigido al problema (Trouillet et al., 2009) y estrategias de afrontamiento más adaptativas (Shen, 2009).

Por otro lado, la investigación de Su et al. (2015) también mostró que el apoyo social (apoyo instrumental y emocional) se correlacionó positivamente con solución de problemas y aceptación, así como con humor y autodistracción, en este aspecto el autor mencionó que esto refleja la naturaleza resistente de la cultura tradicional china. En la validación de Su et al. (2015) se reportó una varianza de 56.1%, para el alfa global solo se indicó que es superior a .60 y los alfas por ítem varían de .40 a .88, esto nos dice que el instrumento es válido y confiable para su uso en la población en la que se validó el instrumento. Los factores se distribuyeron de la siguiente forma:

El primer factor se conformó por los estilos de afrontamiento reformulación positiva, planificación, afrontamiento activo y aceptación que cabe mencionar que se mantuvo como en la validación de la escala original (Carver, 1997); a este factor se le denominó "Resolución de problemas y aceptación". El segundo factor constó de las subescalas uso de sustancias y desconexión conductual, así como un elemento de la subescala de ventilación y se denominó " Ventilación y evitación negativos. En el tercer factor se agruparon soporte instrumental y apoyo emocional y un elemento de la subescala de ventilación y se denominó "Búsqueda de apoyo". En el cuarto estuvieron las subescalas de negación y

autoculpa y se llamó "Autoculpa y negación". El quinto factor solamente consistía en los dos elementos de la subescala de religión y se llamaba "Confianza en la espiritualidad". Finalmente, humor y autodistracción, y fue nombrado como " Humor y autodistracción".

En el caso de la validación realizada por Heydecke et al. (2004) la varianza explicada fue de 69.9%, de igual forma no se reportó el alfa global, pero sí el alfa por ítems de .40 a .91 y por Subescala de .67 a .97. Asimismo, la investigación arrojó que el apoyo emocional es un predictor positivo para la calidad de vida, por el contrario, el apoyo instrumental, la desconexión conductual, el abuso de sustancias, la negación y la religión son predictores negativos significativos de la calidad de vida; la mayoría de las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones resultaron ineficaces. Este hallazgo podría deberse, de acuerdo con los autores, al hecho de que estas estrategias orientadas a problemas no son tan comúnmente utilizadas por los encuestados en la muestra (Heydecke et al., 2004). En esta investigación los factores del instrumento se distribuyeron de la siguiente forma: el primer factor conjuntó el afrontamiento activo, planificación, reformulación positiva, autodistracción y aceptación (al cual denominaron "Afrontamiento positivo/adecuado"; el segundo se formó de las subescalas de autodistracción y abuso de sustancias; el tercero constó de aceptación y humor; el cuarto de apoyo instrumental y emocional, así como de un ítem de la Subescala de ventilación, a este factor le denominaron "soporte": el quinto englobó la subescala de religión y; finalmente, el factor seis contuvo el otro ítem de ventilación y las subescalas de negación, desconexión conductual y autoculpa al cual denominaron "afrontamiento inadecuado".

En el caso de la presente investigación el Inventario de Afrontamiento COPE Breve los factores se distribuyeron de la siguiente forma: apoyo emocional e instrumental, se

mantuvieron juntos como en las validaciones anteriores, así como negación y autculpa (Su et al.,2015; Heydecke et al., 2004); religión, aceptación y planificación; autodistracción y ventilación; planificación, afrontamiento activo y desconexión conductual; reformulación positiva y humor, estos factores se comportaron de forma distinta y no se parecen a lo reportado anteriormente. Finalmente, la subescala de uso de sustancias la que salió del inventario.

La exclusión de la subescala de uso de sustancias los cuidadores reportaban no consumir ningún tipo de droga y en cuanto al alcohol solo de forma recreativa, pero no lo veían como un refugio por no poder lidiar con el problema, por el contrario, el hecho de cuidar a su paciente les causaba en muchas ocasiones satisfacción como reportaron Carbonneau et al. (2010) en su revisión sistemática. Esto puede indicar que los cuidadores de esta muestra presentan habilidades adecuadas y adaptativas para afrontar el estrés (Wills & Shifman,1985; Wills & Hirky, 1996).

En el caso del apoyo emocional e instrumental se agruparon en un mismo factor ya que los cuidadores comentaban que en su mayoría recibían apoyo de algún tipo de sus círculos de convivencia más próximos. En el caso del segundo factor los cuidadores en muchas ocasiones reportaban que ya aceptaban la situación en la que se encontraba su paciente y que les correspondía cuidarlo, por tanto, lo único que quedaba por hacer era salir adelante, adicionalmente nunca dejaban de lado su fe, siempre es una forma de apoyo que las personas tienen para superar situaciones estresantes o vistas como desafío (Krägeloh, 2012).

En el caso del tercer factor los participantes sí tomaban tiempo para distraerse, viciando familiares con los cuales platicaban sobre su situación como cuidadores, decían que les ayudaba hablar mucho con otras personas. Esto es de suma importancia ya que un CPI que tiene buen apoyo social tiene estilos de afrontamiento más adaptativos ante el estrés (Su et al., 2015; Plattner & Meiring, 2006; Shen, 2009; Lazarus & Folkman 1984)

En el caso del cuarto factor es muy probable que las personas interpretaran el ítem seis de una forma distinta a la planteada, ya que el hecho de dejar de hacer frente al estrés generado por cuidar a su paciente lo concibieron como dejar de estresarse para hacer algo al respecto y es por eso que estilos de afrontamiento diferentes teóricamente se agruparon en un mismo factor.

Posteriormente, el humor y la reformulación positiva se acomodaron en un mismo factor dado que las personas que usan el humor para hacer frente al estrés siempre buscan ver el lado bueno a las situaciones o al menos sacar lo mejor del momento que están viviendo que les causa niveles altos de estrés (Su et al., 2015; Carbonneau et al., 2010).

En el caso de la negación y la autculpa son los estilos de afrontamiento que pueden ser bastante disfuncionales sí se mantienen por un tiempo prolongado, así son consideradas las formas de afrontamiento menos funcionales (Lazarus & Folkman, 1984). La autculpa puede llevar a la negación del factor estresante lo que evitaría que se hiciera algo al respecto.

Para la psicooncología es de suma importancia contar con instrumentos breves, que sean sencillos de aplicar e interpretar que valoren las estrategias de las personas para afrontar una situación estresante. En combinación con otros instrumentos de evaluación psicológica,

la aplicación del COPE Breve permitiría análisis más detalladamente las respuestas de afrontamiento que los CPI presentan ante la situación que viven al cuidar a su paciente, de modo que el diseño de intervenciones psicológicas para esta población promueva estrategias que contribuyan a disminuir el malestar psicológico generado por el estresor y modifique aquellas que dificulten la adaptación a la situación estresante de cuidar a un paciente con cáncer.

Finalmente, cabe mencionar que este fue el primer informe que reporta la validez y confiabilidad del Inventario de Afrontamiento COPE Breve para CPI de pacientes con cáncer en población mexicana.

Conclusiones

En conclusión, el Inventario de Afrontamiento COPE Breve es un instrumento confiable y válido que puede utilizarse para conocer las formas de afrontamiento de los CPI de pacientes con cáncer en población mexicana.

Con esto se busca aportar evidencia a la literatura con los resultados obtenidos que este instrumento debe ser considerado para realizar futuras investigaciones. En la práctica clínica y estudios epidemiológicos ya que se tiene la certeza de que el instrumento es válido y confiable.

La estructura de seis factores no es tan común en lo reportado por la literatura, por lo que la estructura de la presente validación solo tiene algunas similitudes con ciertas versiones (Su et al., 2015; Heydecke et al., 2004). Sin embargo, esta versión demostró mejores propiedades que otros instrumentos validados para CPI de pacientes con cáncer (Baumstarck et al., 2017; Espinoza et al., 2017) y en el caso de las validaciones más

cercanas (Su et al.,2015; Heydecke et al.,2004) a pesar de que la varianza es menor, el alfa reportado es considerablemente mayor, por lo que esta versión es altamente recomendada como se mencionó anteriormente.

Por otro lado, un factor que se considera de suma importancia que coadyuvó a los resultados de la validación fue el correcto proceso de adaptación cultural del instrumento a la población mexicana de CPI de pacientes con cáncer. De manera minuciosa se seleccionó a las personas que participaron en cada uno de los pasos de traducción y jueceo por expertos considerando su área de especialización y conocimientos en el tema de los CPI de pacientes con cáncer; por su parte, en el proceso del piloteo se recabó todas las observaciones hechas por los entrevistados y estas fueron consideradas cuidadosamente para la adecuada adaptación del instrumento.

Limitaciones

Entre las limitaciones de esta investigación se identificó que no se realizó validez concurrente con variables que se identificó son importantes en esta población. Por otro lado, no se realizó la confiabilidad tes-retest del instrumento lo que establecería la estabilidad de las mediciones del COPE Breve a lo largo del tiempo. Finalmente, al ser una muestra no probabilística el presente estudio no se puede generalizar a otro tipo de cuidadores.

Perspectivas futuras

Es necesario realizar más investigación en este sector de la población mexicana en la que hay escasa literatura, así como identificar su correlación con otras variables que se ha visto son importantes en esta población (como ansiedad, depresión, sobrecarga, apoyo social y calidad de vida) que han sido reportadas en la literatura. Asimismo, se recomienda desarrollar un modelo de afrontamiento basado en las dimensiones del Inventario de Afrontamiento COPE Breve específico para esta población.

Finalmente, también es necesario conocer los aspectos positivos de cuidar a un paciente con cáncer en población mexicana donde apoyar al prójimo es algo en general característico de nuestra cultura. ya que esto podría influir en las estrategias de afrontamiento adaptativas de los cuidadores.

Referencias

- Aldwin, C., & Revenson, T. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 237-248.
- Amoyal, N., Mason, S., Gould, N., Corry, N., Mahfouz, S., Barkey, A., & Fauerbach, J. (2011). Measuring coping behavior in patients with major burn injuries: a psychometric evaluation of the BCOPE. *Journal of Burn Care & Research: Official Publication of the American Burn Association*, 32(3), 392-398. <https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e318217f97a>.
- ASCO. (2017). Cuidado del paciente. Información de confianza acerca del cuidado para alguien con cáncer de la Manerican Society of Clinical Oncology. ASCO. https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/asco_answers_guide_caregiving_esp.pdf.
- Autio, T., & Rissanen, S. (2018). Positive emotions in caring for a spouse: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 45-55. 10.1111/scs.12452.
- Aydogan, U., Doganer, Y., Komurcu, S., Ozturk, B., Ozet, A., & Saglam, K. (2016). Coping Attitudes of Cancer Patients and Their Caregivers and Quality of Life of Caregivers. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(2), 150-156. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.179598>.
- Badia, M. (2002). Estrés y afrontamiento en familias con hijos afectados de parálisis cerebral. Salamanca: INICO.
- Baumstarck, K., Alessandrini, M., Hamidou, Z., Auquier, P., Leroy, T., & Boyer, L. (2017). Assessment of coping: a new french four-factor structure of the brief COPE inventory. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0581-9>.
- Bean, C. (2001). Guía Para el Cuidado a Domicilio del Paciente con Cancer Terminal. FEFOC. <http://www.fefoc.org/domi1.htm>.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 32-39.
- Bergero, T., Gómez, M., Herrera, A., & Mayoral, F. (2000). Grupo de cuidador primario de daño cerebral: una perspectiva de análisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 20(73), 127-135.
- Bohrstedt, G. (1976). Evaluación de la confiabilidad y validez en la medición de actitudes. En G. F. Summers (Ed.), *Medición de actitudes*. 103-127. Trillas.
- Brasileiro, S., Orsini, M. R., Cavalcante, J., Bartholomeu, D., Montiel, J., Costa, P. S. S., & Costa, L. R. (2016). Controversies Regarding the Psychometric Properties of the Brief COPE: The Case of the Brazilian-Portuguese Version "COPE Breve". *PLOS ONE*, 11(3), e0152233. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152233>.
- Canales, F. Alvarado, E., & Pineda, E. (1994). Metodología de la Investigación (2ª ed.): Organización Panamericana de la Salud
- Carbonneau, H., Caron, C., & Desrosiers, J. (2010). Development of a conceptual framework of positive aspects of caregiving in dementia. *Dementia*, 9(3), 327-353. <http://10.1177/1471301210375316>
- Carmines, E. G. & Zeller, R.A. (1991). Reliability and validity assessment (edición revisada). Thousand Oaks, SAGE.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6.

- Carver, C., Peterson, L., Follansbee, D., & Scheier, M. (1983). Effects of self-directed attention on performance and persistence among persons high and low in test anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 7(4), 333-353. <https://doi.org/10.1007/BF01177556>.
- Carver, C., & Scheier, W. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior*. Springer-Verlag.
- Carver, C., & Scheier, M. (1988). A Model of Behavioral Self-Regulation: Translating Intention into Action. En *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 21, pp. 303-346). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60230-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60230-0).
- Carver, C., Antoni, M., & Scheier, M. (1985). Self-consciousness and self-assessment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 117-124. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.117>.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>.
- Carver, C., & Scheier, M. (1990). Principles of self-regulation: Action and emotion. En *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior, Vol. 2*. (pp. 3-52). New York, NY, US: Guilford Press.
- Celma M. (2001). Cuidadoras informales en el medio hospitalario. *Revista Rol de Enfermería*. 24(7-8). 503-11.
- Coletto, M., & Câmara, S. (2009). Estrategias de afrontamiento y percepción de la enfermedad en padres de niños con enfermedad crónica: contexto del cuidador. *Diversitas*, 5(1). <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2009.0001.08>.
- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista Ciencias de la Educación*, 19(33), 228-247.
- Coyne, J. C., & Tennen, H. (2010). Positive Psychology in Cancer Care: Bad Science, Exaggerated Claims, and Unproven Medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1), 16-26. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9154-z>.
- DeVellis R. (2003). *Scale development: Theory and applications*. Thousand Oaks, SAGE.
- Erikson, E. (1963). *Identidad, juventud y crisis*. Taurus Humanidades.
- Espinoza, F., Reyes, I., Velasco, E., Bravo, M., & Ramírez, A. (2017). Escala de estrategias de enfrentamiento para cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 14(1). <https://doi.org/10.5209/PSIC.55816>.
- Feldberg, C., Tartaglino, M. F., Clemente, M. A., Petracca, G., Cáceres, F., & Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, 3 (1), 11-17.
- Fillion, L., Kovacs, A., Gagnon, P., & Endler, N. (2002). Validation of the shortened COPE for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Current Psychology*, 21(1), 17-34.
- Fletcher, B., Paul, S., Dodd, M., Schumacher, K., West, C., Cooper, B., Lee, K., Aouizerat, B., Swift, P., Wara, W., & Miaskowski, C. (2008). Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 26(4), 599-605. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.12.2838>.

- Fletcher, B. S., Miaskowski, C., Given, B., & Schumacher, K. (2012). The cancer family caregiving experience: An updated and expanded conceptual model. *European Journal of Oncology Nursing, 16*(4), 387-398. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.09.001>.
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 571-579.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(5), 992-1003.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, & Coping, 21*(1), 3-14. <https://doi.org/10.1080/10615800701740457>.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1997). *Coping scale for adults (CSA-2): user manual* (Second edition). Camberwell, Victoria: ACER Press, an imprint of Australian Council for Educational Research.
- Fuentes, R. (1989). Estudios sobre confiabilidad. *Paradigma, 4*(2), 101-126
- Galindo Vázquez, O., Rojas Castillo, E., Ascencio Huertas, L., Meneses García, A., Aguilar Ponce, J. L., Olvera Manzanilla, E., Díez Felipe, Salvador A., & Alvarado Aguilar, S. (2015). Guía de práctica clínica para la atención psico-oncológica del cuidador primario informal de pacientes con cáncer. *Psicooncología, 12*(1), 87-104. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48906.
- García, M., Mateo, I., & Maroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria, 18*(5), 83-92.
- Garson, G. D. (2013). *Validity and reliability*. Amazon Digital Services. Globo Cáncer. (2019). <http://gco.iarc.fr/today/home>
- Gerson, R., Wong, C., Davidson, L., Malaspina, D., McGlashan, T., & Corcoran, C. (2011). Self-reported coping strategies in families of patients in early stages of psychotic disorder: An exploratory study. *Early Intervention in Psychiatry, 5*(1), 76-80. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00251.x>.
- Gould, D. (2004). Measuring what matters: Levers for change. In C. Levine (Ed.), *Family caregivers on the job: Moving beyond ADLs and IADLs*, 139-149. United Hospital Fund.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education.
- Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G., Wyse, R., Hobbs, K., & Wain, G. (2007). Life after cancer: couples' and partners' psychological adjustment and supportive care needs. *Supportive Care in Cancer, 15*(4), 405-415. <https://doi.org/10.1007/s00520-006-0148-0>.
- Heydecke, G., Tedesco, L. A., Kowalski, C., & Inglehart, M. R. (2004). Complete dentures and oral health-related quality of life—Do coping styles matter? *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 32*(4), 297-306. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00169.x>
- Hudson, P., Hayman-White, K., Aranda, S., & Kristjanson, L. (2006). Predicting family caregiver psychosocial functioning in palliative care. *Journal of Palliative Care, 22*(3), 133-140.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2005). Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España (1.a ed.). IMSERSO.

- Kaplan, R. M. & Saccuzzo, D. P. (2013). *Psychological testing: Principles, applications, and issues* (8th.ed.). Wadsworth.
- Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C., & Demetriou, A. (2010). Dimensionality of coping: an empirical contribution to the construct validation of the brief-COPE with a Greek-speaking sample. *Journal of Health Psychology, 15*(2), 215-229. <https://doi.org/10.1177/1359105309346516>.
- Keefe, F., Ahles, T., Porter, L., Sutton, L., McBride, C., Pope, M., McKinstry, E., Dalton J., & Baucom, D. (2003). The self-efficacy of family caregivers for helping cancer patients manage pain at end-of-life. *Pain, 103*(1-2), 157-162.
- Kim, Y., & Seidlitz, L. (2002). Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. *Personality and Individual Differences, 32*(8), 1377-1390. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00128-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00128-3).
- Kim, Y., Schulz, R., & Carver, C. S. (2007). Benefit-finding in the cancer caregiving experience. *Psychosomatic Medicine, 69*(3), 283-291. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180417cf4>.
- Kimemia, M., Asner-Self, K., & Daire, A. (2011). An Exploratory Factor Analysis of the Brief COPE with a Sample of Kenyan Caregivers. *International Journal for the Advancement of Counselling, 33*(3), 149-160. <https://doi.org/10.1007/s10447-011-9122-8>.
- Kizza, I. B., & Maritz, J. (2018). Family caregivers for adult cancer patients: knowledge and self-efficacy for pain management in a resource-limited setting. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4504-7>.
- Krägeloh, C. U., Chai, P. P. M., Shepherd, D., & Billington, R. (2012). How Religious Coping is Used Relative to Other Coping Strategies Depends on the Individual's Level of Religiosity and Spirituality. *Journal of Religion and Health, 51*(4), 1137-1151. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9416-x>.
- Kramer, B. (1997). Gain in the caregiving experience: where are we? What next? *The Gerontologist, 37*(2), 218-232.
- Kvillemo, P., & Bränström, R. (2014). Coping with breast cancer: a meta-analysis. *PloS One, 9*(11), e112733. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112733>.
- Langford, D., Cooper, B., Paul, S., Humphreys, J., Keagy, C., Conley, Y., Hammer, M., Levine, J., Wright, F., Melisko, M., Miaskowski, C., & Dunn, L. B. (2017). Evaluation of coping as a mediator of the relationship between stressful life events and cancer-related distress. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 36*(12), 1147-1160. <https://doi.org/10.1037/hea0000524>.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., María Begiristáin, J., José Valderrama, M., & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria, 22*(5), 443-450. <https://doi.org/10.1157/13126925>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (11.^a ed.). Springer.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivo*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus R, & Lazarus, B (1994) *Pasión y razón: La comprensión de nuestras emociones*. España: Paídos. P 382.
- Lewis, M., Bryman, A. E., & Liao, T. (2003). *The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods*. SAGE Publications.

- Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (2006).
<https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>.
- Lindau, S., Surawska, H., Paice, J., & Baron, S. (2011). Communication about sexuality and intimacy in couples affected by lung cancer and their clinical-care providers. *Psycho-Oncology*, 20(2), 179-185. <https://doi.org/10.1002/pon.1787>.
- Lipowski, Z. (1970). Physical Illness, the Individual and the Coping Processes. *Psychiatry in Medicine*, 1(2), 91-102. [10.2190/19q3-9ql8-xyv1-8xc2](https://doi.org/10.2190/19q3-9ql8-xyv1-8xc2).
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: unagüa práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1 151-1 169. [10.6018/analesps.30.3.199361](https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361)
- López, E., & Marván, M. (2004). Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos. *Salud Pública de México*, 46(3), 216-221. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342004000300011>.
- Martínez, E., Díaz, F., & Gómez, E. (2010). Sobrecarga del cuidador primario que asiste a un familiar con cáncer. *Altepepaktl*, 6(11), 32-41.
- McLennon, S., Habermann, B., & Rice, M. (2011). Finding meaning as a mediator of burden on the health of caregivers of spouses with dementia. *Aging & Mental Health*, 15(4), 522-530. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543656>.
- McMillan, S., Small, B., Weitzner, M., Schonwetter, R., Tittle, M., Moody, L., & Haley, W. (2006). Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: a randomized clinical trial. *Cancer*, 106(1), 214-222. <https://doi.org/10.1002/cncr.21567>.
- Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology Medical: a selective view*. Free Press.
- Mehrotra, S., & Sukumar, P. (2007). Sources of strength perceived by females caring for relatives diagnosed with cancer: an exploratory study from India. *Supportive Care in Cancer*, 15(12), 1357-1366. [10.1007/s00520-007-0256-5](https://doi.org/10.1007/s00520-007-0256-5).
- Mertens, D. y McLaughlin, J. (2004). *Research and evaluation methods in special education*. Thousand Oaks, Corwin.
- Mohanraj, R., Jeyaseelan, V., Kumar, S., Mani, T., Rao, D., Murray, K., & Manhart, L. (2015). Cultural adaptation of the Brief COPE for persons living with HIV/AIDS in southern India. *AIDS and Behavior*, 19(2), 341-351. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0872-2>.
- Mok, E., Chan, F., Chan, V., & Yeung, E. (2003). Family experience caring for terminally ill patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 26(4), 267-275.
- Motenko, A. K. (1989). The frustrations, gratifications, and well-being of dementia caregivers. *The Gerontologist*, 29(2), 166-172. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.166>.
- Montero, I. & Alonso, J. (1992). El cuestionario MAPE-II. En J. Alonso (ed.), *Motivar en la adolescencia: Teoría, evaluación e intervención* (pp. 205-232). Servicio de Publicaciones de la Universidad Autónoma
- Monzani, D., Steca, P., Greco, A., D'Addario, M., Cappelletti, E., & Pancani, L. (2015). The Situational Version of the Brief COPE: Dimensionality and Relationships With Goal-Related Variables. *Europe's Journal of Psychology*, 11(2), 295-310. <https://doi.org/10.5964/ejop.v11i2.935>.
- Moos, R., & Billing, A.G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and process. En C. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 212-230). NY: Free Press.

- Moos, R. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Evaluación Psicológica*, 4(2), 133-158.
- Morán, C., Landero, R., & González, M. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2).
- Moorey, S., Frampton, M., & Greer, S. (2003). The Cancer Coping Questionnaire: A self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behaviour. *Psycho-Oncology*, 12(4), 331-344. <https://doi.org/10.1002/pon.646>.
- National Alliance for Caregiving and AARP. (2015). Caregiving in the U.S. Recuperado el 17 de abril de <https://www.caregiving.org/research/caregivingusa/>.
- Nigenda, G., López-Ortega, M., Matarazzo, C., & Juárez-Ramírez, C. (2007). La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar: Retos para el sistema de salud mexicano. *Salud Pública de México*, 49(4), 286–294. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342007000400008>.
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Sanderman, R., Triemstra, M., Spruijt, R., & Van den Bos, G. (1998). Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health. *Psycho-Oncology*, 7(1), 3-13. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199801/02\)7:1<3::AID-PON320>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199801/02)7:1<3::AID-PON320>3.0.CO;2-5).
- Nipp, R., Greer, J., El-Jawahri, A., Moran, S., Traeger, L., Jacobs, J., ... Temel, J. (2017). Coping and Prognostic Awareness in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 35(22), 2551-2557. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.71.3404>.
- Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1996). Understanding family care. Buckingham: Open University Press.
- Nunnally, J. (1991). Teoría psicométrica. México: Mac Graw Hill
- Ornelas, R., Tufiño, M., Sierra, A., Guerrero, O., Rosas, A., & Sosa, J. J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y salud*, 23(1), 55–62.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Global Cancer Observatory. Recuperado 1 de diciembre de 2019, de <http://gco.iarc.fr/>.
- Osse, B., Vernooij-Dassen, M., Schadé, E., & Grol, R. (2006). Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. *Cancer Nursing*, 29(5), 378-388; quiz 389-390.
- Páez, D. (1993). Salud, expresión y represión social de las emociones. Valencia: Promolibro
- Papastavrou, E., Charalambous, A., & Tsangari, H. (2009). Exploring the other side of cancer care: the informal caregiver. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 13(2), 128-136. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.02.003>.
- Papastavrou, E., Tsangari, H., Karayiannis, G., Papacostas, S., Efstathiou, G., & Sourtzi, P. (2011). Caring and coping: the dementia caregivers. *Aging & Mental Health*, 15(6), 702-711. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.562178>
- Parveen, S., & Morrison, V. (2012). Predicting caregiver gains: A longitudinal study: Predicting caregiver gains. *British Journal of Health Psychology*, 17(4), 711-723. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2012.02067.x>.
- Pérez, C., & Rodríguez, F. (2005). Repercusión familiar de un diagnóstico oncológico. *Revista de la Unión Latinoamericana de Psicología*, 3, 12.
- Pearlin, L., & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21. <https://doi.org/10.2307/2136319>.

- Pilatti, A., Godoy, J. C., & Brussino, S. A. (2012). Adaptación de instrumentos entre culturas: Ejemplos de procedimientos seguidos para medir las expectativas hacia el alcohol en el ámbito argentino. *Trastornos Adictivos*, 14(2), 58-64. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(12\)70045-4](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(12)70045-4)
- Pineda, E., Alvarado, E., & Hernández, F. (1994). *Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud* (2.^a ed.). Organización Panamericana de la Salud: Organización Mundial de la Salud.
- Plattner, I. E., & Meiring, N. (2006). Living with HIV: The psychological relevance of meaning making. *AIDS Care*, 18(3), 241-245. <https://doi.org/10.1080/09540120500456227>.
- Popa-Velea, O., Diaconescu, L., Popa-Velea, O., & Trușescu, C. (2017). Resilience and active coping style: Effects on the self-reported quality of life in cancer patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 52(2), 124-136. <https://doi.org/10.1177/0091217417720895>.
- Poulain, P., Langlade, A., & Goldberg, J. (2001). Cancer pain management at home, 8, 575-580.
- Poveda, R. (2018). Aspectos psicosociales de la enfermedad crónica. http://www.aniortenic.net/apunt_cuidad_cronic_2.htm.
- Prieto, G., & Delgado, A. (2010). Fiabilidad y Validez. *Papeles del Psicólogo*, 3(1), 67-74.
- Ramírez, A., Addington-Hall, J., & Richards, M. (1998). ABC of palliative care: The carers. *BMJ*, 316(7126), 208-211. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7126.208>.
- Reich, M., Costa, C., & Remor, E. (2016). Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3). <https://doi.org/10.12804/apl34.3.2016.13>.
- Reyes, M. (2001). *Construyendo el concepto cuidador de ancianos* (pp. 1-15). Curitiba, Brasil: IV Reunión de Antropología Do Mercosul Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur.
- Rhee, Y., Yun, Y., Park, S., Shin, D., Lee, K., Yoo, H., Kim, J., kim, S., Lee, R., Lee, Y., & Kim, N. (2008). Depression in family caregivers of cancer patients: the feeling of burden as a predictor of depression. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 26(36), 5890-5895. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.15.3957>.
- Ribeiro, P., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 3-15.
- Rivas, J., & Ostiguín, R. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludeo teórico? *Enfermería Universitaria*, 8(1), 49-54. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.1.273>.
- Rodríguez, M. (2006). Test-retest reliability. *Encyclopedia of Measurement and Statistics* [SAGE Publications]. http://www.sage-ereference.com/statistics/Article_eq1178.
- Rodríguez, M., Abreu, A., Rojas, M., & Del-Pino, R. (2017). Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0634-8>.
- Rodrigue, J. R., Dimitri, N., Reed, A., Antonellis, T., Pavlakis, M., Johnson, S. R., & Mandelbrot, D. A. (2010). Spouse caregivers of kidney transplant patients: Quality of life and psychosocial outcomes. *Progress in Transplantation (Aliso Viejo, Calif.)*, 20(4), 335-342; quiz 343.
- Romito, F., Goldzweig, G., Cormio, C., Hagedoorn, M., & Andersen, B. L. (2013). Informal caregiving for cancer patients: Informal Caregiving. *Cancer*, 119, 2160-2169. <https://doi.org/10.1002/cncr.28057>.

- Ronald, A., Lyubov, Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. (2014). Caregiver Burden: A Clinical Review. *JAMA*, 311(10), 1052. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
- Roy, C. (2008). *The Roy Adaptación model* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Ruíz, N., & Moya, I. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30.
- Savage, S., & Bailey, S. (2004). The impact of caring on caregivers' mental health: a review of the literature. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 27(1), 111-117.
- Schmidt, C., Raque-Bogdan, T., Piontkowski, S., & Schaefer, K. (2011). Putting the positive in health psychology: A content analysis of three journals. *Journal of Health Psychology*, 16(4), 607-620. <https://doi.org/10.1177/1359105310384296>.
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 491-500. <https://doi.org/10.1111/jocn.12108>.
- Shen, Y. (2009). Relationships between self-efficacy, social support and stress coping strategies in chinese primary and secondary school teachers. *Stress Health*, 25(2), 129-38.
- Skinner, E., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>.
- Slaikou, K. (1991). *Intervención en crisis [Crisis intervention]. Manual Moderno.*
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, (75), 73-85.
- Snell, D., Siebert, R., Hay-Smith, E., & Surgenor, L. (2011). Factor Structure of the Brief COPE in People With Mild Traumatic Brain Injury: *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 26(6), 468-477. <https://doi.org/10.1097/HTR.0b013e3181fc5e1e>.
- Streiner D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80, 99-103.
- Su, X., Lau, J., Mak, W., Choi, K., Feng, T., Chen, X., Liu, C., Liu, J., Liu, D., Chen, Li., Song, J., Zhang, Y., Zhao, G., Zhu, Z., & Cheng, J. (2015). A preliminary validation of the Brief COPE instrument for assessing coping strategies among people living with HIV in China. *Infectious Diseases of Poverty*, 4, 41. <https://doi.org/10.1186/s40249-015-0074-9>.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>.
- Terry, D. (1991). Stress, Coping and Adaptation to New Parenthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8(4), 527-547. <https://doi.org/10.1177/026540759184005>
- Education*, 2, 53-55.
- The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences (2009). Content validity [SAGE Publications]. http://www.sage-ereference.com/behavioralsciences/Article_n531.html
- Tobin, D., Holroyd, K., Reynolds, R., & Kigal, J. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-61. [10.1007/BF01173478](https://doi.org/10.1007/BF01173478).
- Torres, I., Beltrán F., Martínez, G., Saldivar, A., Quesada, J., Cruz, L. (2006). Cuidar a un enfermo ¿pesa?; 19(2). *Revista de divulgación de ciencia y tecnología de la Universidad de Veracruz*, 47-50.

- Trouillet, R., Gana, K., Lourel, M., & Fort, I. (2009). Predictive value of age for coping: The role of self-efficacy, social support satisfaction and perceived stress. *Aging & Mental Health*, 13(3), 357-366. <https://doi.org/10.1080/13607860802626223>.
- Vallerand F, Collins-Bohler D., Templin T., Hasenau, S. (2007). Manejo del dolor en pacientes con cáncer que reciben atención domiciliaria. *Cáncer Nurs*, 30 (1), 31-7.
- Van Andel, J., Westerhuis, W., Zijlmans, M., Fischer, K., & Leijten, F. (2011). Coping style and health-related quality of life in caregivers of epilepsy patients. *Journal of Neurology*, 258(10), 1788-1794. <https://doi.org/10.1007/s00415-011-6013-1>.
- Vanderwerker, L., Laff, R., Kadan-Lottick, N., McColl, S., & Prigerson, H. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(28), 6899-6907. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.01.370>.
- Vaquiro Rodríguez, S., & Stieповich Bertoni, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 16(2). <https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>.
- Vargas, S., Herrera, G. P., Rodríguez, L., & Sepúlveda, G. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1).
- Venegas, B. (2006). Care Ability and Functionality of the Caree. *Aquichan*, 6(1), 137-147.
- Wagner, C., Tanmoy, L., Bigatti, S., & Storniolo, A. (2011). Characterizing Burden, Caregiving Benefits, and Psychological Distress of Husbands of Breast Cancer Patients During Treatment and Beyond: *Cancer Nursing*, 34(4), E21-E30. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31820251f5>.
- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(4), 260-268. <https://doi.org/10.1002/pon.735>.
- Weisman, A., & Worden, J. (1977). Coping and vulnerability in cancer patients: a research report. Cambridge: Shea Nros.
- Wenk R, & Monti C. (2006). Evaluación del Sufrimiento de los Cuidadores Responsables de Pacientes con Cáncer asistidos en un Centro de Cuidados Paliativos en Argentina. *Medicina Paliativa*. 13(2): 64-68.
- White, R. (1974). Strategies of adaptation: An attempt at systematic description. In Coelho, G., Hamburg, D. & Adams, J. (Eds.) *Coping and adaptation*. Basic Books.
- Wills, T.A. & Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. In S. Shiffman & T. A. Wills (Eds.), *Coping and Substance Use*, 3-24. Academic Press.
- Wills, T. A., & Hirky, A. E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 279-302). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Wright K. (1987). The economics of informal care of the elderly. Centre for health economics, University of York. *Discussion Papers*, 23.
- World Health Organization. (1999). WHO Fact Sheet "Caregiving". Geneva: WHO.
- Yusoff, N., Low, W. Y., & Yip, C. H. (2010). Reliability and validity of the Brief COPE Scale (English version) among women with breast cancer undergoing treatment of adjuvant chemotherapy: a Malaysian study. *The Medical Journal of Malaysia*, 65(1), 41-44.
- Zarit, S., Reeve, K., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*, 20(6), 649-655.

Apéndice 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO FASE I

Propiedades Psicométricas del Inventario de Afrontamiento Brief COPE en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana. Versión 4 Español Octubre 2018.

Investigador principal: Dr. Oscar Galindo Vázquez

Nombre de la Institución: Instituto Nacional de Cancerología

Teléfono: 56280400 ext. 60259

Número de expediente: _____

Usted está invitado(a) a participar voluntariamente en el proyecto de investigación, titulado: “Propiedades Psicométricas del Inventario de Afrontamiento Brief COPE en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana. Versión 4 Español Octubre 2018”. Esta investigación tiene por objetivo:

¿Cuál es el propósito de esta investigación?

Determinar las propiedades psicométricas (que el instrumento mida adecuadamente el afrontamiento al estrés que usted tiene durante el cuidado de su paciente) del inventario de afrontamiento Brief COPE para cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana. En total, se invitará a 280 cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer que se encuentren en las salas de espera de las unidades funcionales (mama, ginecología, gastroenterología, hematología, urología, cabeza y cuello, tórax, piel y partes blandas) del Instituto Nacional de Cancerología.

Si tiene alguna duda o no entiende alguna parte de la información, pregunte al personal que le está invitando a participar en este estudio. También puede comentarlo con su familia.

¿Cuál es el procedimiento?

Su participación consistirá en llenar cuatro cuestionarios en español en las salas de espera del INCan antes o después de su cita médica:

- i) El Inventario de Afrontamiento Brief COPE (tiene el objetivo de evaluar como las personas afrontan situaciones estresantes que consideran desbordantes).
- ii) Escala de evaluación de Desgaste de Zarit (tiene por objetivo evaluar los efectos físicos, emocionales y sociales que el cuidar a un paciente tiene).
- iii) Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (tiene por objetivo evaluar síntomas como depresión o tristeza)
- iv) El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (tiene por objetivo evaluar síntomas como nerviosismo o preocupación).

La participación en esta investigación no tiene costo alguno. Si en algún momento durante la investigación desea retirarse lo podrá hacer, sin afectar la atención médica que recibe o deba recibir

en el Instituto Nacional de Cancerología. Si usted tiene dudas el investigador le resolverá sus preguntas.

¿Cuánto durará mi participación?

El llenado total de los cuatro instrumentos tendrá una duración aproximada de 20 minutos.

¿Mi participación en el estudio se mantendrá confidencial?

Toda la información que proporcione será estrictamente confidencial y privada; al publicarse los resultados de esta investigación nunca se hará mención de su nombre o algún otro dato que lo pueda identificar. Así mismo, se le comunica que la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y los Comités de Investigación y/o Ética en Investigación del INCan, podrán revisar los documentos originales, incluyendo el expediente del paciente, para verificar la precisión y veracidad de sus datos.

¿Cuáles son los posibles beneficios que obtendré al participar?

Usted directamente no se beneficiará, sin embargo, con los resultados de este estudio se podrán tener un instrumento válido y confiable para cuidadores primarios de pacientes con cáncer mexicanos. Finalmente, si se dispone de nueva información que pueda ser relevante se le hará saber, para que tome la decisión de continuar participando en el proyecto de investigación.

¿Cuáles son los posibles riesgos de participar?

Durante el llenado de los cuatro instrumentos se pueden tocar temas que le causen sentimientos desagradables. Por este motivo estará disponible un psicólogo con el que pueda hablar y ayudarle a sentirse mejor.

¿Habrá compensación?

No habrá compensaciones económicas por su participación en el estudio.

¿Cuáles son mis responsabilidades como participante?

Firmar el consentimiento informado, llenar los cuatro instrumentos de manera honesta, cualquier duda que le genere su participación en la investigación hacérsela al aplicador y sentirse con la confianza que durante cualquier momento si usted lo requiere puede desistir de su participación en la investigación.

¿Qué hacer si usted tiene alguna duda sobre su participación en esta investigación?

Toda duda o pregunta, podrá consultarla con el investigador principal Dr. Oscar Galindo Vázquez en persona en la oficina de la Subdirección de Medicina Interna o por teléfono al 56280400 ext. 60259. Si tiene dudas sobre sus derechos como paciente, puede comunicarse con la Dra. Myrna G. Candelaria y/o Dra. Alejandra Monroy López, Presidente y Secretario del Comité de Ética en

Investigación Av. San Fernando 2, puerta1, Col. Barrio del niño Jesús, CP14080, delegación Tlalpan, Ciudad de México. Teléfono 56280400 ext. 37015

Si acepta participar, por favor firme el presente consentimiento informado que implica que usted ha comprendido su contenido. Este formulario debe ser firmado antes de llevar a cabo cualquier evaluación o intervención. Usted recibirá una copia del mismo.

Yo, _____ declaro que estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación: “Propiedades Psicométricas del Inventario de Afrontamiento Brief COPE en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana. Versión 4 Español Octubre 2018” cuyo objetivo, beneficios y riesgos me fueron especificados por el investigador. Él me ha ofrecido contestar cualquier duda o pregunta que surja durante el desarrollo de la investigación.

Ciudad de México a ____ de _____ del 2018.

Participante

Nombre _____

Firma _____ Teléfono _____

Dirección _____

Testigo 1.

Nombre _____

Parentesco _____ Teléfono _____

Dirección _____

Testigo 2.

Nombre _____

Parentesco _____ Teléfono _____

Dirección _____

Investigador principal.
Dr. Oscar Galindo Vázquez
Adscrito del Servicio de Psicooncología
Instituto Nacional de Cancerología INCan

Apéndice 2

Folio: _____

No. de expediente: _____

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN PARA EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

DG1. Fecha de hoy: ____/____/____

DG2. Nombre del cuidador:

DG3. Sexo: Mujer () Hombre () **DG4.** Edad: _____

DG5. ¿Usted tiene hijo(a)s? SI () NO ()

DG6. Si respondió SÍ, indique el número de hijo(a)s: _____

DG7. Lugar donde vive: Ciudad de México () Interior de la República ()

DG8. Estado civil:

() Soltero(a) () Casado(a) () Separado(a) () Viudo(a) () Unión libre

DG9. Nivel de estudios:

() Ninguno () Primaria () Secundaria () Bachillerato/carrera técnica () Licenciatura
() Posgrado

DG10. Ocupación actual: _____

DG11. ¿Tiene usted alguna enfermedad diagnosticada? SI () NO ()

DG12. Si respondió SÍ, indique cuál

DG13. ¿Hace cuánto tiempo cuida a su paciente a partir del diagnóstico de cáncer (en meses)?

DG14. ¿Alguien más le ayuda a cuidar a su paciente? SI () NO ()

DG15. Si respondió SÍ, indique cuantas personas le ayudan: _____

DG16. Indique el parentesco de la(s) persona(s) que le ayuda(n): _____

Apéndice 3

INVENTARIO DE AFRONTAMIENTO COPE BREVE

Instrucciones:

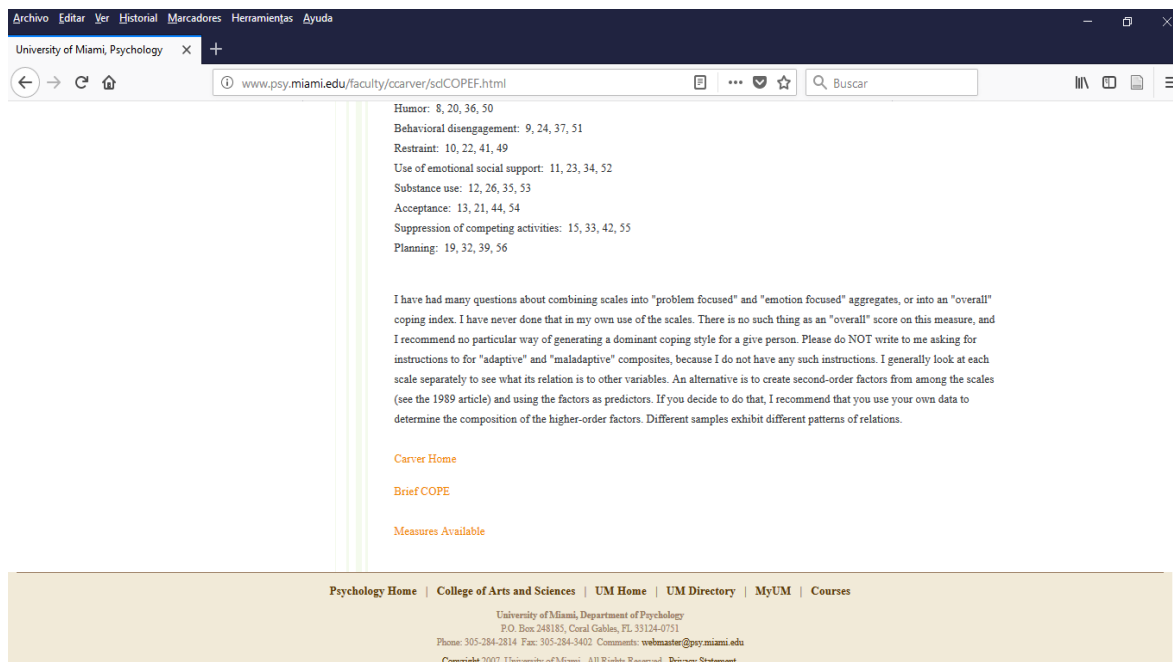
Las personas afrontan el estrés de diferentes maneras, por lo cual, nos interesa saber **cómo lo hace usted**. Estos enunciados tratan sobre lo que hace para afrontar el **estrés** en su vida **desde que cuida a su paciente con cáncer**.

Indique con qué frecuencia le sucede lo que dice el enunciado. Marque con una (✓) la opción de respuesta con la que más se identifique. Tome en cuenta que no hay respuestas buenas ni malas, por favor conteste lo más sincero posible.

| | | Nunca | Poco | Casi siempre | Siempre |
|----|--|-------|------|--------------|---------|
| 1 | Trabajo o hago otras actividades para distraerme del cuidado de mi paciente. | | | | |
| 2 | Me esfuerzo por cuidar mejor a mi paciente | | | | |
| 3 | Me digo a mí mismo "esto no es real". | | | | |
| 4 | Recibo apoyo emocional de otras personas (Por ejemplo: familiares y amigos). | | | | |
| 5 | Dejé de hacer frente al estrés que me provoca cuidar a mi paciente. | | | | |
| 6 | Me niego a aceptar que esto está pasando. | | | | |
| 7 | Digo cosas para dejar que salgan mis sentimientos desagradables (por ejemplo: enojo, frustración, estrés). | | | | |
| 8 | Recibo ayuda y consejos de otras personas (Por ejemplo: familiares y amigos). | | | | |
| 9 | Trato de ver la situación de cuidar a mi paciente con una perspectiva más positiva | | | | |
| 10 | Trato de pensar en un plan para cuidar a mi paciente. | | | | |
| 11 | Recibo consuelo y comprensión de alguien más (por ejemplo: de familiares y amigos). | | | | |
| 12 | Pienso que cuidar a mi paciente es una experiencia positiva. | | | | |
| 13 | Hago bromas para hacer más amena mi situación actual. | | | | |

| | | Nunca | Poco | Casi siempre | Siempre |
|----|--|--------------|-------------|---------------------|----------------|
| 14 | Hago otras actividades para pensar menos sobre el hecho de cuidar a mi paciente (por ejemplo: ver televisión, leer y/o escuchar música). | | | | |
| 15 | Expreso mis sentimientos negativos (por ejemplo: tristeza, enojo, ansiedad) respecto a la situación que vivo con mi paciente. | | | | |
| 16 | Trato de encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales. | | | | |
| 17 | Trato de obtener consejos o ayuda de otras personas sobre lo que debo hacer para cuidar a mi paciente. | | | | |
| 18 | Aprendo a vivir con el hecho de que debo cuidar a mi paciente. | | | | |
| 19 | Pienso mucho sobre qué hacer para cuidar a mi paciente. | | | | |
| 20 | Me culpo por la enfermedad de mi paciente. | | | | |
| 21 | Rezo o medito para afrontar esta situación. | | | | |
| 22 | Me río de mi situación actual. | | | | |

Apéndice 4



Consentimiento para el uso del Inventario de Afrontamiento COPE Breve

I have had many questions about combining scales into "problem focused" and "emotion focused" aggregates, or into an "overall" coping index. I have never done that in my own use of the scales. There is no such thing as an "overall" score on this measure, and I recommend no particular way of generating a dominant coping style for a give person. Please do NOT write to me asking for instructions to for "adaptive" and "maladaptive" composites, because I do not have any such instructions. I generally look at each scale separately to see what its relation is to other variables. An alternative is to create second-order factors from among the scales (see the 1989 article) and using the factors as predictors. If you decide to do that, I recommend that you use your own data to determine the composition of the higher-order factors. Different samples exhibit different patterns of relations.