

11241

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

**Mecanismos de Contención Psicológica en niños  
con Hemofilia y otros Trastornos de la  
Coagulación**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA**

**PRESENTA**



**DR. WAZCAR VERDUZCO FRAGOSO**

**TUTORES**

**Dr. Juan Manuel Saucedo García**

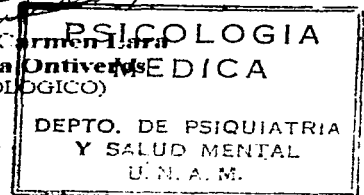
**(TEORICO)**

**Dra. Ma. del Carmen Lara**

**Dra. Martha Ontiveros**  
**(METODOLOGICO)**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1997





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.

## INDICE

	Pág.
RESUMEN.....	3
I.- ANTECEDENTES.....	4
II.- JUSTIFICACION.....	6
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
IV.- OBJETIVOS.....	7
V.- DISEÑO.....	7
VI.- MATERIAL Y METODO.....	7
Universo y muestra.....	7
Criterios de Inclusión.....	8
Criterios de Exclusión.....	8
Criterios de Eliminación.....	8
Instrumento.....	8
Procedimiento.....	8
Análisis Estadístico.....	10
VII.- RESULTADOS.....	11
Descripción de la muestra.....	11
Análisis preliminar.....	12
Problemas autoidentificados.....	12
VIII.- DISCUSION.....	21
IX.- CONCLUSIONES.....	27
X.- BIBLIOGRAFIA.....	32
XI.- ANEXOS.....	35

## RESUMEN

Ciertos estudios se han enfocado sobre las características de la contención y su relación con la adaptación en niños con enfermedades crónicas y la mayoría de ellos se han enfocado hacia la contención durante un procedimiento médico invasivo.

El comprender que el niño crónicamente enfermo tropieza con estrés, además de dolor, e identificar las estrategias que utilizan para enfrentar ése estrés es muy importante para la intervención clínica

Se ha reportado que los mecanismos de contención difieren a lo largo del tiempo desde el diagnóstico y por el número de procedimientos que el niño experimenta. Por lo que la conceptualización de Lazarus y Folkman asume que el estilo de contención es muy complejo como para ser definido en una simple dimensión y que el proceso puede cambiar de acuerdo a las demandas situacionales. Acorde a ésta conceptualización, la contención es definida como el uso de estrategias conductuales y cognoscitivas que ayudan a mediar una situación estresante. Así, la contención sería un proceso dinámico en oposición a una característica estática.

De ésta manera nos propusimos como objetivos tratar de identificar y examinar la especificidad de las estrategias de contención psicológica utilizadas por los niños con Hemofilia y otros trastornos de la coagulación para enfrentar problemas relacionados con su enfermedad VS problemas cotidianos, haciendo el planteamiento de que no debían existir diferencias ante los eventos reportados por los mismos sujetos.

Las estrategias de contención se examinarán através del estado emocional del sujeto y por su evaluación del problema, para ello se utilizó la KID-COPE, que es una Escala diseñada para evaluar las estrategias de contención conductuales y cognoscitivas y cuya brevedad permite repetir su administración; está compuesta, en su versión para escolares por 15 ítems que exploran 10 estrategias generales de contención: Distracción, Deprivación social, Reestructuración cognoscitiva, Autocrítica, Culpar a otros, Resolver problemas, Regulación emocional, Pensamiento fantasioso, Apoyo social y Resignación.

Los datos presentados sugieren, al igual que en investigaciones previas, que los niños crónicamente enfermos difieren en su percepción de los estresores y en las estrategias de contención empleadas, y son acordes con el concepto asumido de que la contención es un proceso medible solamente limitado por la estabilidad individual através del tiempo y afectado por otras variables individuales y situacionales al tiempo de la medición.

## L- ANTECEDENTES

Aunque desde 1972 se encontró que los niños con enfermedades crónicas tenían claramente altos porcentajes de desajuste emocional<sup>1</sup>, el consenso de los estudios más recientes es que la mayoría de esos niños son psicológicamente normales y capaces de adaptarse al estrés asociado con la enfermedad crónica<sup>2</sup>. Sin embargo, las estrategias de contención utilizadas por niños con enfermedades crónicas no se han estudiado sistemáticamente. Poco se sabe acerca de las estrategias de contención específicas que utilizan los niños con enfermedades crónicas para enfrentar los aspectos estresantes de la enfermedad y su tratamiento, si ocurren cambios en la contención durante el curso de la enfermedad, o bien cuáles aspectos de la enfermedad son más estresantes<sup>3</sup>.

La mayoría de los estudios sobre contención de niños con enfermedades crónicas se han enfocado hacia la contención durante un procedimiento médico invasivo. Por ejemplo, en un estudio se examinaron las estrategias preferidas por los niños sometidos a punción lumbar o aspiración de médula ósea encontrando que 55% de los niños reportaron utilizar la evasión informativa y 29% la búsqueda de la misma. Estos resultados se vieron influenciados tanto por la fecha del diagnóstico como por el número de procedimientos que los niños habían recibido pero no por el distress reportado o por el dolor. Los niños quienes fueron diagnosticados más recientemente y aquellos sometidos a menos procedimientos utilizaron más frecuentemente la evasión informativa<sup>4</sup>.

Comprender que el niño crónicamente enfermo tropieza con estrés, además de dolor, e identificar las estrategias que utilizan para enfrentar ese estrés es muy importante para la intervención clínica. Gil y cols.<sup>5</sup> encontraron que las estrategias de contención utilizadas por los niños y adolescentes con enfermedad de células falciformes para enfrentar el dolor relacionado con la enfermedad fueron sólidamente predictivas de su visita a las salas de urgencias. Los pacientes que utilizaron estrategias de contención activas (p.ej., distraer la atención, auto-serenarse), tuvieron menos visitas a las salas de urgencia que quienes reportaron utilizar estrategias pasivas (p.ej., oración y esperanza). Estos hallazgos se mantienen aún después del control de la frecuencia de episodios dolorosos. Esos estudios sugieren que ciertos tipos de estrategias de contención espontáneas facilitan la adaptación de los niños a su padecimiento. Si esto es cierto con respecto a otros estresores relacionados con la enfermedad aún debe ser investigado. Es por ello que ciertos estudios se han enfocado sobre las características de la contención y su relación con la adaptación en niños con enfermedades crónicas.

Mattsson<sup>6</sup> revisó algunos estudios y concluyó que el control emocional y su liberación son importantes en la adaptación sucesiva, y que la utilización adaptativa de la negación así como del aislamiento son también defensas utilizadas comúnmente en niños y adolescentes con enfermedades crónicas bien adaptados.

Schowalter<sup>7</sup> establece que el ajuste a la enfermedad involucra el uso apropiado de señales de ansiedad anticipatoria matutina y/o negación, y educación en la habilidad adaptativa.

Koocher y O'Malley<sup>8</sup>, en su estudio a largo plazo de niños sobrevivientes de cáncer, encontraron que éstos utilizaron un amplio rango de estrategias y mecanismos de defensa. Aquéllos sobrevivientes con problemas socio-emocionales tuvieron dificultades utilizando la negación en una forma adaptativa y efectiva. Por su parte, Bull y Drotar<sup>9</sup> utilizaron una muestra de niños con cáncer en remisión y otra con niños fuera de tratamiento oncológico, encontrando globalmente diferentes estrategias de contención ante estresores relacionados con el cáncer y no relacionados con él, sugiriendo algo más que variabilidad situacional.

Brown y cols.<sup>10</sup> trabajando con niños leucémicos y con sus padres encontraron que las estrategias de contención más comúnmente utilizadas por ambos incluían solución del problema, enfoque en lo positivo y una buena comunicación. Por otro lado, sorprendentemente, las mediciones autoreportadas por pacientes pediátricos sobrevivientes de cáncer o aún bajo tratamiento reportan bajos porcentajes de depresión<sup>11 12 13</sup>. Tales reportes han sido interpretados como un reflejo real de que la depresión es limitada como consecuencia de buenos mecanismos de contención y/o apoyo social o, por el contrario, como un indicador de problemas metodológicos en la medición autoreportada por los niños<sup>14</sup>.

Smith y cols.<sup>5</sup> reportaron que los mecanismos de contención difieren a lo largo del tiempo desde el diagnóstico y por el número de procedimientos que el niño experimenta. Este modelo también es consistente con la observación clínica de que un niño puede enfrentar de una manera un procedimiento médico discreto (p. ej. esperando que uno de los padres estreche su mano o le hable durante una maniobra como una técnica de distracción), pero el mismo niño puede utilizar una estrategia muy diferente para enfrentar la noticia de que su condición médica se ha deteriorado (p.ej. retirarse o rehusarse a hablar, incluso a sus padres).

Mientras que la conceptualización de Lazarus y Folkman<sup>15</sup> ha sido ampliamente aceptada<sup>16</sup>, modelos alternativos hipotetizan que las estrategias individuales de contención son relativamente consistentes a través de las situaciones que se presentan y deberían ser mejor consideradas como una característica individual. P. ej., la teoría de Miller<sup>17</sup> contrasta "monitores" (gente que hace mejor las cosas con más información) y "embotados" (gente que hace mejor las cosas con menos información). Weinberger<sup>18</sup>, por otra parte, habla acerca del estilo de coping repressivo, p. ej., personas quienes generalmente tienen una percepción errónea de su propia ansiedad y evitan tomar conciencia de la ansiedad y del trastorno cognoscitivo.

De su lado, la psicología psicoanalítica del ego muestra no solo una estrategia sino un proceso jerárquico del ego. P. ej. Hama<sup>20</sup> el diálogo entre contención, el proceso del ego más ordenado; defensa, p.ej., un modo "neurotizo" de ajuste; y fragmentación, el nivel psicótico. El modelo psicológico psicoanalítico del ego ve la contención como un rasgo y asume que las personas contendrán en esencia del mismo modo en cualquier situación. Sin embargo, esta teoría del rasgo de la contención no ha sido muy acertada en predecirla en un contexto específico (Lazarus y Folkman<sup>21</sup>).

## II. JUSTIFICACIÓN

Comparado con la literatura sobre adultos, relativamente se ha dedicado poca investigación a los mecanismos de contención psicológica en niños y la información disponible en esta área proviene de estudios realizados principalmente en niños con cáncer, por lo que se requiere que otros grupos pediátricos con enfermedades crónicas se incorporen a futuras investigaciones sobre el tema para así asegurar la especificidad de esos mecanismos y determinar si dichos hallazgos podrían generalizarse<sup>20, 21, 22</sup>. Además, es importante determinar cuales estrategias de contención son más útiles para enfrentar las diferentes situaciones por las que atraviesan los pacientes y, en un momento dado, enseñarlas o mejorarlas.

Considerando este vacío en la literatura se decidió efectuar éste estudio en niños con Hemofilia y otros trastornos de la coagulación, en orden de obtener una mayor información que contribuya a un mejor conocimiento sobre la contención psicológica en niños con enfermedades crónicas, utilizando como herramienta la EMI-Cope, escala de autoreporte, que fue empleada inicialmente en niños sanos para validar su medición, pretendiéndose así establecer normas y puntos de referencia para la intervención psicoterapéutica en esos pacientes, lo cual puede ser especialmente útil en el trabajo clínico diario porque permitiría identificar a los pacientes que emplean estrategias limitadas o inefectivas de acuerdo a los resultados de la Escala aplicada, enseñándoles aquellas que podrían facilitar su ajuste y/o prevenir la mala adaptación secundaria al estrés que se enfrenta durante el curso del tratamiento de una variedad de enfermedades crónicas pediátricas, como parte de un programa terapéutico global. Este estudio se ha aplicado a niños con enfermedades como cáncer, cardiopatía congénita, diabetes y hemofilia, tanto hospitalizados como durante su visita a la consulta externa.

### III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Así como todo individuo afronta diariamente situaciones de estrés ante eventos cotidianos valiéndose de mecanismos psicológicos que pueden resultar eficientes o no, también todos los niños con enfermedades crónicas enfrentan la difícil tarea de contender con una multitud de eventos estresantes, y su capacidad para enfrentarse a ellos puede afectar tanto el curso de la enfermedad como su ajuste psicológico, entre éstos eventos se encuentran: recibir el diagnóstico, establecer relaciones con el personal de salud, enfrentar los síntomas de su enfermedad y sus varios procedimientos terapéuticos, llegar a separarse de la familia por las hospitalizaciones, enfrentar potencial mutilación o deterioro físico, dolor agudo o crónico secundario al padecimiento de base, limitación de sus actividades diarias y enfrentar la posible expectativa de una vida corta<sup>20</sup>, existiendo una escasez relativa de información respecto a los mecanismos psicológicos que utilizan para ello, de su eficiencia y de si éstos difieren de aquellos utilizados ante situaciones de estrés cotidiano.

### IV.- OBJETIVOS

Identificar y examinar la especificidad de las estrategias de contención psicológica utilizadas por los niños con Hemofilia y otros trastornos de la coagulación para enfrentar problemas relacionados con su enfermedad VS problemas cotidianos.

### V.- DISEÑO

Se trató de un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, de encuesta, abierto, por grupos de edad, rango de 7-12 años de edad.

### VI.- MATERIAL Y METODO

#### UNIVERSO Y MUESTRA:

El estudio se efectuó con un sólo grupo de sujetos en el Hospital de Pediatría del C.M.N. SXXI del I.M.S.S., que pertenece al tercer nivel de atención, siendo su área de influencia la zona Sur del D.F. y los hospitales Regionales correspondientes a nivel nacional, llegando los pacientes derivados por los médicos especialistas de tales hospitales por no contar con los recursos humanos o materiales para la atención de éstos pacientes.



a) Criterios de Inclusión:

- Pacientes ambulatorios con diagnóstico de Hemofilia tipo A ó B, Enfermedad de Von Willebrand ó deficiencia de cualquiera de los factores de la coagulación que asisten a la Clínica de Hemofilia del Hospital Peditaria CMN SXXI IMSS.
- Rango de edad 7-12 años.

d) Criterios de Exclusión:

- Ser menor de 7 años o mayor de 12 años

e) Criterios de Eliminación:

- Récaída que hubiera ameritado hospitalización al momento de la aplicación de la Escala.
- Haber ameritado Hospitalización durante el mes previo a la aplicación de la Escala
- Padecer de enfermedad aguda al momento de aplicación de la Escala.

f) Instrumento

La Kid-cope fué elegida como instrumento de evaluación por su brevedad y facilidad de uso, es una escala compuesta, tipo "Likert", de las empleadas en estudios de actitudes, de puntuación cruda, nominal y ordinal, de razones, cuya consistencia y validez son conocidas<sup>3 21 23 24 25</sup>. La versión utilizada en éste estudio fué diseñada para niños en edad escolar simplificando el lenguaje y acortando los items de la versión para adolescentes.

g) Procedimiento

Fueron abordados todos los pacientes elegibles con Hemofilia y otros trastornos de la coagulación ofreciéndoseles la oportunidad de participar en un estudio que examina como contienden los niños con su enfermedad, obteniéndose el consentimiento de sus padres. Fueron informados acerca del proyecto durante su visita a la Consulta Externa. Los sujetos elegibles incluan a todos los niños con edades entre los 7 y 12 años evaluados en la Clínica de Hemofilia del HP-CMN SXXI, IMSS. Este estudio utilizó un diseño transversal de tal manera que los niños fueron evaluados en una sola ocasión. Los niños reportaron sus propias estrategias de contención para enfrentarse con su enfermedad y con problemas de su vida diaria en la Kid-cope (23). Este procedimiento fué aprobado por el Comité de Ética e Investigación del HP-CMN SXXI, IMSS. Una vez informados los padres y el sujeto, con cada niño se procedía de la siguiente manera:

Las estrategias de contención se examinarán a través del estado emocional del sujeto y por su evaluación del problema, para ello se utilizó la KID-COPE, que es una Escala diseñada para evaluar las estrategias de contención conductuales y cognoscitivas y cuya brevedad permite repetir su administración, está compuesta por 10 ítems:

DISTRACCIÓN	DEPRIVACIÓN SOCIAL	REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA
AUTOCRÍTICA	CULPAR A OTROS	RESOLVER PROBLEMAS
APOYO SOCIAL	RESIGNACIÓN	PENSAMIENTO FANTASIOSO
REGULACIÓN EMOCIONAL		

La versión para escolares (7-12 años) está compuesta por 15 ítems que exploran las 10 estrategias generales de contención porque los autores consideran que así es más fácil para los niños contestar.

La estrategia de contención No. 1, DISTRACCIÓN, incluye los ítems 1 y 2; la No. 2, DEPRIVACIÓN SOCIAL, incluye los ítems 3 y 4; la No. 3, REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA, corresponde al ítem 5; la No. 4, AUTOCRÍTICA, al ítem 6; la No. 5, CULPAR A OTROS, al ítem 7; la No. 6, RESOLVER EL PROBLEMA, incluye los ítems 8 y 9; la No. 7, EXPRESIÓN EMOCIONAL, incluye los ítems 10 y 11; la No. 8 PENSAMIENTO FANTASIOSO, incluye a los ítems 12 y 13; la No. 9, APOYO SOCIAL, es el ítem 14; y finalmente, la No. 10, RESIGNACIÓN, correspondo al ítem 15.

Los sujetos son instruidos para valorar la frecuencia (Escala de Frecuencia) con la cual utilizan una particular estrategia de contención para enfrentar un problema específico relacionado o no (cotidiano o común) con la enfermedad. La valoración de la Escala de Eficacia corresponde al ítem contestado en la Escala de Frecuencia.

La Frecuencia de la Escala tiene dos respuestas: Si o No; "SI" se anota como 1 y "No" es 0. Si los sujetos respondiendo la Escala de Frecuencia no utilizan la estrategia, entonces no se valorará en la Escala de Eficacia., para cuya evaluación se emplea un formato de 3 puntos, tipo "Likert", ("Nada", "Un poco", "Mucho").

Previo a la administración de la Escala, toda la información relacionada con la ficha de identificación se recaba al principio de la misma. Se administran dos Escalas a todos los sujetos:

1) **PROBLEMAS COTIDIANOS (COMUNES):** La Escala solicita al niño que describa un problema no relacionado con estar enfermo u hospitalizado "Estamos tratando de identificar como enfrentan los niños diferentes problemas. Por favor, elige una situación sin relación con estar enfermo o en el hospital. Piensa en una situación que te haya preocupado durante el último mes. Por favor describe esa situación en el siguiente espacio".

2) ENFERMEDADES CRÓNICAS: La Escuela solicita al niño que describa un problema relacionado con su enfermedad. "Estamos tratando de identificar como enfrentan los niños diferentes problemas, relacionados con su enfermedad. Piensa acerca de algo que hayas tenido que hacer con tu enfermedad que te haya preocupado en el último mes. Por favor descríbe esa situación en el siguiente espacio".

Los niños fueron instruidos y alentados para seleccionar y describir un problema relacionado con su vida diaria o con su enfermedad que hubieran experimentado durante el mes previo, cruzando entonces por el observador cualquiera de las estrategias de contención utilizadas para ayudarse a enfrentar el problema y que tan útil sintieron que fué tal estrategia. El orden en el cual completaron ambas tareas fué aleatorio.

Estas tareas están diseñadas para examinar la especificidad de las estrategias de contención relacionadas con la enfermedad VS problemas cotidianos.

Después de haber seleccionado un problema, a los sujetos se les hacen tres preguntas para medir el grado en el cual esa situación le produjo sentimientos de ansiedad, tristeza o enojo: "¿Esa situación te puso nervioso?"; "¿Esa situación te puso triste?"; "¿Esa situación te enojo o enfureció?". Las respuestas son contestadas: "No mucho", "Un poco", "Regular", "Bastante", "Mucho", también en formato tipo "Likert".

Una vez hecho lo anterior se aplica el instrumento de autorespuesta de manera individual cuando los sujetos son citados a la Consulta Externa del Servicio de la Clínica de Hemofilia del Servicio de Hematología del Hospital de Pediatría CMN-SXXI, IMSS.

Para tener un número suficiente de sujetos por grupo para conducir el análisis estadístico, los problemas cotidianos y aquellos relacionados con la enfermedad fueron agrupados entonces en categorías. Las categorías tanto para problemas comunes como para enfermedades crónicas fueron designadas por el mismo aplicador revisando también aleatoriamente las respuestas de los sujetos y colocándolas en distintos grupos. Los problemas comunes fueron clasificados como aquellos relativos a los padres, escuela y con otros familiares, siendo similares a aquellos reportados en investigaciones previas<sup>3,21</sup>. Los problemas relacionados con la enfermedad crónica fueron categorizados como: problema inherente a la propia enfermedad (inflamación articular y/o sangrado); problema relacionado a estar en reposo por la enfermedad; problema relacionado con procedimiento médico (p. ej., canalizar IV); ó problema relacionado a la visita al consultorio u hospitalización.

#### h) Análisis Estadístico

Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos de tendencia central (media) y dispersión (Desviación estandar).

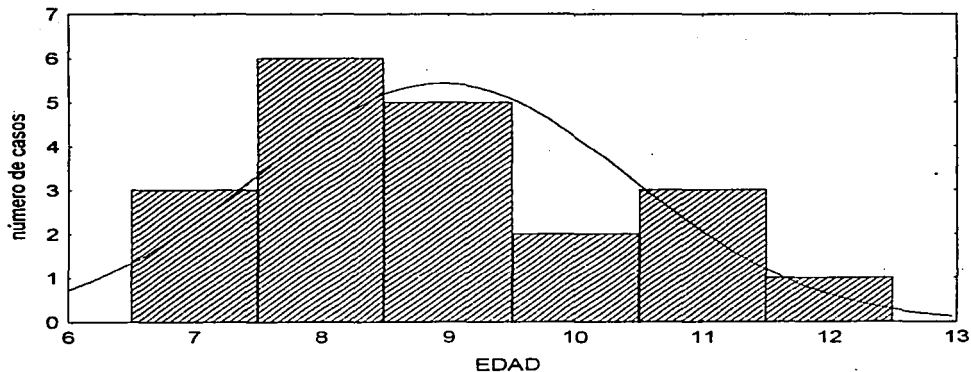
## VII.- RESULTADOS

### Descripción de la muestra:

La muestra total consistió de 20 SUJETOS cuyo rango de edad fué de 7-12 años (media = 8.95 , DS = 1.46 ). Todos los niños estaban diagnosticados con algún trastorno de la Coagulación. El diagnóstico incluyó Hemofilia Tipo A ó B (n=14), Deficiencia de factor VIII (n=1) Deficiencia de factor X (n=1), Deficiencia de factor XII (n=1) ó Enfermedad de Von Willebrand (n=3). (Figura 1).

HISTOGRAMA DE EDAD DE LOS CASOS ESTUDIADOS

n=20



El total de sujetos fué evaluado durante su visita a la consulta externa del Servicio de Hematología, ellos procedían tanto de la Cd. de México como del interior de la República. Todos los datos fueron recabados durante un periodo de dos meses.

data file: [ 20 cases with 27 variables ]

Mecanismos de Contención Psicológica en niños con trastornos de coagulación

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	NOMBRE	EDAD	RESDF	HEMOPILI	OTRAENF	STRENF	DISTRACC	DEPRIVAC	REESTRUC	AUTOCRIT	CULPAR	RESPROB	EXEMOCIO
1	ROBLEDO	7.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000
2	SALINASH	7.000	1.000	0.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	0.000	0.000	0.000	1.000
3	ROJAS SA	7.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000
4	COSMEVAC	8.000	0.000	0.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000
5	CARRILLO	8.000	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	1.000	1.000
6	RAMOSMTZ	8.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000
7	PEÑALOZA	8.000	0.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000
8	CASIMIRO	8.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000
9	ACSOTAEH	8.000	0.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000
10	MEJIAEST	9.000	0.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000
11	TRUJILLO	9.000	0.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000
12	GONZALEZ	9.000	0.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000
13	ROLDANTR	9.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000
14	VARGASHE	9.000	1.000	1.000	0.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000
15	CORONACA	10.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	0.000	0.000	0.000	1.000	1.000
16	MAYAHUIT	10.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	0.000	1.000
17	ZEPEDADI	11.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000
18	ARTILANO	11.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	0.000	1.000
19	HONORATO	11.000	0.000	0.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000
20	ESQUIVEL	12.000	0.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000

	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	PENSANFAN	APOYOSOC	RESIGNAC	ESTRCOT	DIST2	DEP2	REEST2	AUTOC2	CULPAR2	RES2	EE2	PFANT2	APSOC2	RESINA2
1	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000
2	1.000	0.000	1.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	1.000	0.000	1.000
3	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000
4	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000
5	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
6	1.000	0.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000
7	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000
8	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000
9	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000
10	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
11	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000
12	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000
13	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000
14	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
15	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	0.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000
16	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
17	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
18	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000
19	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000

### Análisis Preliminar

Los pacientes fueron comparados entre ellos por grupos de edad, tipo de problema cotidiano o tipo de problema relacionado con la enfermedad seleccionado. Consecuentemente, la muestra fué combinada para un análisis más amplio.

Se examinó también la relación entre la frecuencia con la cual cada estrategia de contención es empleada y su estimación de la eficacia.

Los resultados de éste análisis preliminar se concentran en la tabla 1 (En cada columna hay dos posibilidades de respuesta: Si o No; "Si" se anota como 1 y "No" es 0)

### Problemas auto-identificados

El estudio fué diseñado para examinar la especificidad de las estrategias de contención para problemas relacionados con la vida diaria VS problemas médicos.

Los problemas cotidianos reportados generalmente se enfocan sobre la escuela y con los padres al igual que en estudios precedentes<sup>21</sup>, en tanto que los relativos a la enfermedad los son sobre presentar alguna complicación, como lo es el sangrado o la inflamación de articulaciones, o bien, la necesidad de estar en reposo precisamente para evitar complicaciones (Tabla 2).

TABLE 2  
FRECUENCIA DE PROBLEMAS COMUNES Y RELATIVOS A SU  
ENFERMEDAD REPORTADOS POR LOS NIÑOS CRÓNICAMENTE  
ENFERMOS.

Edad:	7-8 años		9-10 años		11-12 años	
Número y Porcentaje:	n=9	(%=45)	n=7	(%=35)	n=4	(%=20)
<b>Problemas con la enfermedad:</b>						
Estar en reposo	2	10	2	10	1	5
Inflamación articular y/o sangrado	3	15	4	20	3	15
Procedimiento médico	2	10	0	0	0	0
Acudir al consultorio u hospitalizarse	1	5	1	5	0	0
Otros	1	5	0	0	0	0
<b>Problemas comunes:</b>						
Relacionados con los padres	3	15	4	20	1	5
Relacionados con la escuela	6	30	3	15	2	10

Relacionados con la familia 0 0 0 0 1 5

**TABLA 3**  
**PORCENTAJE EN QUE CADA VEZ SE UTILIZO UNA ESTRATEGIA DE**  
**CONTENCION PARA PROBLEMAS COTIDIANOS**

Problemas- Frecuencia (%)

Items Kid-cope	Escolares n=11 (%=100)		Con los padres n=8 (%=100)		Con la familia n=1 (%=100)	
Distracción	10	90	7	87	1	100
Deprivación social	11	100	8	100	1	100
Reestructuración cognoscitiva	9	81	8	100	1	100
Auto-crítica	5	45	6	75	0	0
Culpar a otros	1	9	0	0	0	0
Solucionar problemas	10	90	7	87	1	100
Regulación emocional	10	90	8	100	1	100
Pensamiento fantasioso	10	90	8	100	1	100
Apoyo social	8	72	7	87	1	100
Resignación	6	54	2	25	1	100

**TABLA 4**  
**PORCENTAJE EN QUE CADA VEZ SE UTILIZO UNA ESTRATEGIA DE**  
**CONTENCION PARA PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD**

Problema- Frecuencia (%)

Items Kid-cope	Reposo n=5 %		IA y/o S n=10 %		PM n=2 %		HC n=2 %		Otros n=1 %		p=
Distracción	3	60	9	40	2	100	2	100	1	100	.50
Deprivación social	5	100	10	100	2	100	2	100	1	100	---
Reestruct. cognitiva	4	80	9	90	2	100	2	100	1	100	.69
Auto-crítica	0	0	4	40	2	100	0	0	1	100	.17
Culpar a otros	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	.24
Solucionar problemas	2	40	9	90	2	100	2	100	1	100	.33
Regulación emocional	5	100	10	100	2	100	2	100	1	100	.50
Pensamiento fantasioso	4	80	10	100	2	100	2	100	1	100	.75
Apoyo social	3	60	9	90	2	100	2	100	1	100	.50
Resignación	4	80	5	50	2	100	1	50	0	0	.26

IA= Inflamación articular y/o sangrado PM= Procedimiento médico CH= Asistir al consultorio u Hospitalizarse.

p= Prueba exacta de Fisher (una cola).

Las Tablas 3 y 4 muestran la frecuencia con que fueron utilizados los mecanismos de contención por tipo de problema reportado.

Las Tablas 5, 6 y 7 muestran la frecuencia y eficacia de los mecanismos de contención empleados por los niños por grupos de edad.

**TABLA 5**  
**PORCENTAJE EN QUE CADA VEZ SE UTILIZO UNA ESTRATEGIA DE**  
**CONTENCION PARA PROBLEMAS COMUNES Y RELACIONADOS CON LA**  
**ENFERMEDAD ENTRE NIÑOS DE 7-8 AÑOS**

**FRECUENCIA Y EFICACIA(%)**  
 (n=9, 100%)

Items Kid-cope	PC	Efic			PE	Efic		
		P	N	M		P	N	M
Distracción	77	0	14	85	77	0	28	71
Privación social	100	11	44	44	100	11	44	44
Reestructuración cognitiva	88	0	0	100	88	0	37	62
Auto-crítica	66	33	16	50	33	66	0	33
Culpar a otros	11	0	0	100	11	100	0	0
Solucionar problemas	77	0	14	85	88	0	0	100
Regulación emocional	100	0	22	77	100	0	11	88
Pensamiento fantástico	100	11	22	66	88	0	62	37
Apoyo social	66	0	0	100	66	0	16	83
Resignación	44	25	50	25	55	40	40	20

PC= Problemas cotidianos PE= Problemas relacionados con la enfermedad  
 Efic=Eficacia (N=0 ó Nada; P =1 ó Poco; M=2 ó Mucho).



**TABLA 6**  
**PORCENTAJE EN QUE CADA VEZ SE UTILIZO UNA ESTRATEGIA DE**  
**CONTENCION PARA PROBLEMAS COMUNES Y RELACIONADOS CON LA**  
**ENFERMEDAD ENTRE NIÑOS DE 9-10 AÑOS**

**FRECUENCIA Y EFICACIA(%)**  
 (n=7, 100%)

Items Kid-cope	PC	Efic.		PE	P	Efic		
		P	N			M	N	M
Distracción	100	0	57	42	85	0	33	66
Privación social	100	14	57	28	100	28	28	42
Reestructuración cognitiva	85	16	0	83	85	0	16	83
Auto-crítica	42	66	33	0	42	100	0	0
Culpar a otros	0	0	0	0	0	0	0	0
Solucionar problemas	100	0	42	57	85	0	33	66
Regulación emocional	100	0	28	71	100	0	28	71
Pensamiento fantasioso	100	0	28	71	100	0	14	85
Apoyo social	85	0	0	100	85	0	33	66
Resignación	42	33	66	0	57	25	50	25

PC= Problemas cotidianos PE= Problemas relacionados con la enfermedad  
 Efic=Eficacia (N=0 ó Nada; P =1 ó Poco; M=2 ó Mucho).

**TABLA 7**  
**PORCENTAJE EN QUE CADA VEZ SE UTILIZO UNA ESTRATEGIA DE**  
**CONTENCION PARA PROBLEMAS COMUNES Y RELACIONADOS CON LA**  
**ENFERMEDAD ENTRE NIÑOS DE 11-12 AÑOS**

FRECUENCIA Y EFICACIA ((n=4, 100%))

Items Kid-cope	PC	Efic		PE	Efic		M.	
		P	N		P	N		
Distracción	100	0	75	25	100	0	0	100
Privación social	100	0	50	50	100	0	50	50
Reestructuración cognitiva	100	0	25	75	100	0	25	75
Auto-crítica	50	50	0	50	25	0	100	0
Culpar a otros	0	0	0	0	0	0	0	0
Solucionar problemas	100	0	50	50	50	0	0	100
Regulación emocional	100	0	50	50	100	0	25	75
Pensamiento fantástico	100	0	0	100	100	0	0	100
Apoyo social	100	0	0	100	100	0	0	100
Resignación	50	0	50	50	50	0	50	50

PC= Problemas cotidianos PE= Problemas relacionados con la enfermedad  
 Efic=Eficiencia (N=0 ó Nada; P=1 ó Poco; M=2 ó Mucho).

El estado afectivo también fue examinado de acuerdo a la edad y si el problema reportado fue descrito como productor de distres. Este grupo se formó con los sujetos que reportaron niveles mayores de nerviosismo y tristeza (3-4), mientras que el grupo de no distres fue el de nivel 0-1-2 (Tablas 8 y 9).

**TABLA 8**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS QUE REPORTARON EL PROBLEMA DESCRITO**  
**COMO ESTRESANTE O NO ESTRESANTE**

	Problemas Cotidianos (n=20)			Problemas relacionados con la enfermedad (n=20)				
	Escolares (n=11)	Con los padres (n=8)	Familiares (n=1)	Reposo (n=5)	Sangrado (n=10)	PM (n=2)	CH (n=2)	Otro (n=1)
S	36	25	100	20	10	50	0	0
NS	63	75	0	80	90	50	100	100

S= Estres NS= No estres PM= Procedimiento medico CH= Asistir al consultorio u Hospitalizarse.

**TABLA 9**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS QUE REPORTARON EL PROBLEMA DESCRITO**  
**COMO ESTRESANTE O NO ESTRESANTE Y EL MECANISMO DE**  
**CONTENCION UTILIZADO**

	PC			PE		
	S n=7	NS n=13	p=	S n=3	NS n=17	p=
Distracción	100	84	.4105	66	88	.4026
Deprivación social	100	100	---	100	100	---
Reestructuración cognitiva	100	84	.4105	66	94	.2842
Auto-crítica	57	53	.6300	33	35	.7298
Culpar a otros	14	0	.3500	0	0	---
Solucionar problemas	100	84	.4105	100	76	.4912
Regulación emocional	100	100	---	100	100	---
Pensamiento fantasioso	100	100	---	66	100	.1500
Apoyo social	85	76	.5608	66	82	.1005
Resignación	57	57	.2508	66	52	.5789

S=Estrés NS=No estrés p= Prueba exacta de Fisher (una cola).

**Consistencia de las Estrategias de Contención: Problemas comunes VS Problemas Enf. Crónica:**

Para determinar si la categoría diagnóstica afecta a la contención, los dos grandes grupos diagnósticos y el problema relativo a la enfermedad seleccionado fué comparado con la estrategia de contención utilizada (Tablas 10 y 11)

**TABLA 10**  
**PORCENTAJE EN QUE CADA VEZ SE UTILIZO UNA ESTRATEGIA DE**  
**CONTENCION PARA PROBLEMAS COMUNES Y RELACIONADOS CON LA**  
**ENFERMEDAD ENTRE NIÑOS CON HEMOFILIA Y SU EFICACIA**

**FRECUENCIA Y EFICACIA(%)**

Items Kid-cope	HEMOFILIA (n=14, 100%)							
	PC	Efic			PE	Efic		
		P	N	M		P	N	M
Distracción	100	0	35	64	85	0	33	66
Privación social	100	7	42	50	100	28	21	50
Reestructuración cognitiva	92	7	0	92	85	0	25	75
Auto-crítica	57	62	11	37	35	80	0	20
Culpar a otros	7	0	0	100	0	0	0	0
Solucionar problemas	100	0	28	71	92	0	15	85
Regulación emocional	100	0	21	78	92	0	15	85
Pensamiento fantasioso	100	7	28	64	92	0	30	69
Apoyo social	78	0	0	100	78	0	18	81
Resignación	42	16	50	33	50	28	42	28

PC= Problemas cotidianos PE= Problemas relacionados con la enfermedad  
 Efic=Eficacia (N=0 ó Nada; P =1 ó Poco; M=2 ó Mucho).

**TABLA 11**  
**PORCENTAJE EN QUE CADA VEZ SE UTILIZO UNA ESTRATEGIA DE**  
**CONTENCION PARA PROBLEMAS COMUNES Y RELACIONADOS CON LA**  
**ENFERMEDAD ENTRE NIÑOS CON OTROS TRASTORNOS DE LA**  
**COAGULACION Y SU EFICACIA**

FRECUCENCIA Y EFICACIA(%)  
(n=6, 100%)

Items Kid-cope	PC	Efic			PE	Efic		
		P	N	M		P	N	M
Distracción	66	0	75	25	83	0	0	100
Privación social	100	16	66	16	100	0	66	33
Reestructuración cognitiva	83	0	20	80	100	0	33	66
Auto-crítica	50	33	33	33	33	50	50	0
Culpar a otros	0	0	0	0	0	0	0	0
Solucionar problemas	66	0	50	50	50	0	0	100
Regulación emocional	83	0	60	40	100	0	33	66
Pensamiento fantasioso	100	0	17	83	100	0	33	66
Apoyo social	83	0	0	100	83	0	20	80
Resignación	50	33	66	0	66	25	50	25

PC= Problemas cotidianos PE= Problemas relacionados con la enfermedad.  
Efic= Eficacia (N=0 ó Nada; P=1 ó Poco; M=2 ó Mucho).

Finalmente, se intentó determinar si el lugar de residencia es un factor que influye en el mecanismo de contención empleado y su eficacia (Tablas 12 y 13).

**TABLA 12**  
**PORCENTAJE EN QUE CADA VEZ SE UTILIZO UNA ESTRATEGIA DE**  
**CONTENCION PARA PROBLEMAS COMUNES Y RELACIONADOS CON LA**  
**ENFERMEDAD ENTRE NIÑOS RESIDENTES DEL D.F Y AREA CONURBADA**

FRECUCENCIA Y EFICACIA (%)  
 (n=11)

Items de la Kid-cope	PC	Efic			PE	Efic		
		P	N	M		P	N	M
Distracción	81	0	55	44	81	0	22	77
Privación social	100	9	72	18	100	9	63	27
Reestructuración cognitiva	81	11	11	77	90	10	30	60
Auto-crítica	54	33	16	50	27	66	0	33
Culpar a otros	0	0	0	0	0	0	0	0
Solucionar problemas	81	0	55	44	72	0	13	87
Regulación emocional	100	0	27	72	100	0	27	72
Pensamiento fantasioso	100	0	27	72	100	0	36	63
Apoyo social	72	0	0	100	72	0	12	87
Resignación	54	33	66	0	63	14	57	28

PC= Problemas cotidianos PE= Problemas relacionados con la enfermedad  
 Efic=Eficacia (P=0 ó Poco; N=1 ó Nada; M=2 ó Mucho).

**TABLA 13**  
**PORCENTAJE EN QUE CADA VEZ SE UTILIZO UNA ESTRATEGIA DE**  
**CONTENCION PARA PROBLEMAS COMUNES Y RELACIONADOS CON LA**  
**ENFERMEDAD ENTRE NIÑOS RESIDENTES FUERA DEL D.F Y AREA**  
**CONURBADA**

FRECUENCIA Y EFICACIA.(%)  
 (n=9, 100%)

Items de la Kid-cope	PC	Efic			PE	Efic		
		P	N	M		P	N	M
Distracción	100	0	33	66	88	0	25	75
Privación social	100	11	22	66	100	22	11	66
Reestructuración cognitiva	100	0	0	100	88	0	25	75
Auto-critica	55	60	20	20	22	50	50	0
Culpar a otros	0	0	0	0	0	0	0	0
Solucionar problemas	100	0	11	88	88	0	12	87
Regulación emocional	100	0	33	66	100	0	11	88
Pensamiento fantasioso	100	11	22	66	88	0	25	75
Apoyo social	88	0	0	100	88	0	25	75
Resignación	33	0	33	66	44	50	25	25

PC= Problemas cotidianos PE= Problemas relacionados con la enfermedad  
 Efic= Eficacia (P=0 ó Poco; N=1 ó Nada; M=2 ó Mucho).

### VIII.- DISCUSION

El presente estudio utilizó el método de libre elección para determinar los problemas comunes reportados por los niños en edad de 7-12 años, evaluando entonces como el niño contiente con tal estresor por medio de la Kid-cope, que ha sido utilizada en varios estudios con diferentes muestras normales para examinar la validez y la confiabilidad de la medición<sup>20</sup>.

Nuestros resultados indican que los niños reportan experimentar más frecuentemente problemas escolares y con los padres. Los problemas identificados por los niños en este estudio son similares a los estresores reportados por adolescentes mayores<sup>21</sup>. Aunque no

definitivo porque no está empíricamente probado, ésta comparación apoya la impresión de que la escuela y las relaciones con los padres pueden a menudo ser disruptivas como extensión de una enfermedad crónica<sup>19</sup>.

Ante un problema cotidiano las estrategias de contención más utilizadas fueron la privación social, la distracción, la regulación emocional y el pensamiento fantasioso, siendo la menos utilizada en ambos grupos la resignación.

Las variaciones en las estrategias de contención por tipo de problema cotidiano se encontraron en la reestructuración cognitiva y la autocritica, más utilizadas ante un conflicto con los padres que relacionado con la escuela, en tanto que ante éste último se utilizan más frecuentemente culpar a otros y la solución de problemas.

Los niños crónicamente enfermos también eligieron un problema concerniente a su enfermedad. En éste estudio eligieron más frecuentemente un problema relacionado con estar en reposo o una complicación, sangrado y/o inflamación articular, siendo ésta elección proporcionalmente más elevada entre los niños de mayor edad, en tanto que los más pequeños proporcionalmente eligen más frecuentemente un procedimiento médico o el hospitalizarse o acudir a consulta. En lo referente a estar en reposo o padecer alguna complicación, los mecanismos más utilizados fueron también la privación social, la regulación emocional, el pensamiento fantasioso y la reestructuración cognitiva, siendo de los menos empleados, a diferencia de ante un problema cotidiano, la distracción. Las diferencias se encontraron en la resignación y la solución de problemas que son más empleadas ante la necesidad de permanecer en reposo, en tanto que ante las complicaciones se utiliza más el apoyo social y la autocritica.

Examinamos si la variable moderadora (edad), afecta diferenciadamente las estrategias de contención utilizadas en la enfermedad crónica vs problemas comunes. Si la contención está más fuertemente afectada por predisposición individual (rasgos) que situacional, los efectos de la edad podrían ser similares tanto para los problemas comunes como aquéllos de la enfermedad crónica.

Encontramos que la frecuencia con la cual la mayoría de las estrategias de contención son utilizadas difiere con la edad. Con la edad los niños se apoyan, en mayor grado, en más mecanismos de contención, siendo notorio que la resignación es poco utilizada por todos los grupos de edad, a diferencia de los hallazgos de Stark y Spirito<sup>21</sup> quien encontró que a mayor edad esa estrategia es más empleada.



En general, los niños de 7-8 años en la muestra tienden a utilizar la privación social, la regulación emocional, el pensamiento fantasioso, la reestructuración cognitiva, la distracción y la solución de problemas, considerando como los más efectivos la reestructuración cognitiva, la distracción, la solución de problemas y el apoyo social, esta última estrategia no obstante no ser utilizada con frecuencia, los de 9-10 años emplean, además de las estrategias mencionadas, el apoyo social, considerando las más efectivas la privación social, la reestructuración cognitiva, la regulación emocional y el pensamiento fantasioso; y los niños mayores, 11-12, emplean todos los mecanismos<sup>22</sup>, haciendo notar que la Autoconfianza y la Resignación solo fueron empleadas por la mitad de esa muestra cuando seleccionan su propio problema, siendo considerados más eficaces el pensamiento fantasioso, el apoyo social y la reestructuración cognitiva. En los tres grupos el mecanismo menos frecuentemente utilizado fue el culpar a otros y la resignación, siendo el menos eficaz en todos los casos la autoconfianza, resultando notorio que el grupo de mayor edad también considero a la distracción como mecanismo poco efectivo.

Cuando se trata de enfrentar un problema inherente a la enfermedad los resultados son similares, es decir, conforme la edad aumenta también aumenta el número de estrategias empleadas, encontrándose que, a diferencia de lo que ocurre ante un problema cotidiano, el uso de la distracción como mecanismo de contención en el grupo de menor edad resultó no ser de los más frecuentemente utilizados y consideraron a la regulación emocional de los más eficaces; en el grupo intermedio, 9-10 años, no se encontraron diferencias respecto a frecuencia y eficacia frente a los distintos problemas reportados y en el grupo de 11-12 años resultaron más eficaces un mayor número de estrategias ante un problema relativo a la enfermedad que ante uno cotidiano, agregándose entonces la distracción, la solución de problemas, la reestructuración cognitiva y la regulación emocional.

Al comparar nuestros hallazgos con los de otros estudios encontramos que, p. ej., en una muestra de niños de 8-10 años, Curry y Ross<sup>23</sup> reportaron que los sujetos de mayor edad (10 años) tendían a enfocarse más sobre los aspectos positivos de un estresor y el uso de respuestas cognitivas en la contención. Werlieb y cols.<sup>27</sup> también reportaron que en una muestra de niños de 6-9 años una gran proporción del manejo de las emociones y solución de problemas fue desplegada por los niños mayores (9 años). En la submuestra de los mayores ambos estudios reportaron como estrategias de contención empleadas el pensamiento fantasioso, la reestructuración cognitiva, la regulación emocional y la solución de problemas con niños en el mismo grupo de edad. Nuestros resultados sugieren que los niños alrededor de los 11-12 años usan una mayor variedad de estrategias de contención más a menudo que los menores de esta edad, a diferencia de los de Curry y Werlieb quienes encontraron que quienes emplean más mecanismos son los niños de 9-11 años.

Como hemos mencionado, las estrategias de contención empleadas en los tres grupos de edad no variaron en cuanto a frecuencia sino en cuanto a su número, a diferencia de lo reportado por Brown y cols.<sup>28</sup> quienes encontraron como más frecuentes: solución de problemas, pensamiento fantasioso y regulación emocional, asimismo concluyeron que el autobablar positivamente y la atención en la diversión se incrementan con la edad. Las diferencias entre los dos estudios pueden estar en función de la edad de los sujetos. También cabe la posibilidad de que exista mayor diferencia en la contención entre niños a edades menores, como sugirieron Curry y Russ<sup>10em</sup> que el que existe dentro del rango de edad de la adolescencia media<sup>31</sup>.

Así, nuestros hallazgos indican que el uso de varias estrategias de contención sí difiere por la edad.

En cuanto a la eficacia, presumiblemente, aquellas estrategias de contención percibidas por los individuos como más efectivas podrían ser las únicas empleadas con mayor frecuencia. Consecuentemente, se predijo que la correlación más alta entre frecuencia y eficacia podría obtenerse para cada estrategia de contención.

Para los ítems de eficacia, el análisis de datos se restringió a los sujetos quienes afirmaron utilizar una estrategia particular, considerándose ante un problema cotidiano la reestructuración cognitiva, en tanto que ante la enfermedad resulta efectiva en todos los grupos de edad la regulación emocional.

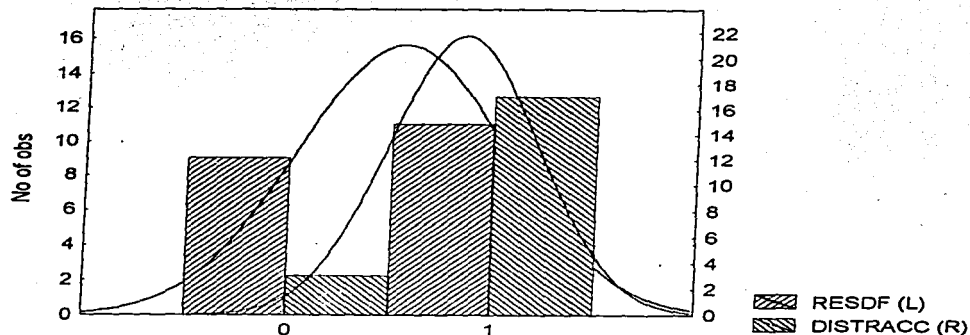
Por categoría diagnóstica obtuvimos que los niños con Hemofilia ante un problema cotidiano utilizaron más frecuentemente como mecanismos de contención la distracción, la privación social, la solución de problemas, la regulación emocional, el pensamiento fantasioso y la reestructuración cognitiva, percibiendo como los más eficaces a la reestructuración cognitiva y la regulación emocional así como al apoyo social, no obstante éste último no ser empleado por el 100% de la muestra estudiada, siendo el menos eficaz, la auto-crítica. Esta misma población ante un problema inherente a la enfermedad utiliza más frecuentemente la privación social, la solución de problemas, la regulación emocional y el pensamiento fantasioso, reportando como las más efectivas a la regulación emocional, la solución de problemas y el apoyo social, siendo nuevamente el menos eficaz la auto-crítica. En ambas situaciones se utiliza la solución de problemas, resultando más eficaz ante un problema relativo a la enfermedad que ante uno cotidiano.

En lo que respecta a los niños con otros trastornos de coagulación, ante un problema cotidiano utilizan más frecuentemente la privación social, el pensamiento fantasioso, la reestructuración cognitiva, la regulación emocional y el apoyo social, reportando como los más eficaces el apoyo social, el pensamiento fantasioso y la reestructuración cognitiva, siendo los menos eficaces la auto crítica y la resignación. Ante la enfermedad usan más frecuentemente la privación social, la reestructuración cognitiva, la regulación emocional, el pensamiento fantasioso, la distracción y el apoyo social, considerando los más eficaces a la distracción, la solución de problemas y al apoyo social, y como menos efectivos a la auto crítica y la resignación. Aquí llama la atención que los mecanismos de contención son utilizados con la misma frecuencia en las dos situaciones investigadas, pero los que resultan eficaces difieren según la circunstancia.

Por lo que toca al lugar de residencia tenemos que quiénes habitan en el D.F. y su área conurbada usan con mayor frecuencia ante un problema cotidiano como mecanismo de contención la privación social, el pensamiento fantasioso, la regulación emocional, la distracción, la reestructuración cognitiva y la solución de problemas, considerando los de mayor eficacia al apoyo social, la regulación emocional y el pensamiento fantasioso; como menos efectivos se consideran a la auto crítica y a la resignación. Ante la enfermedad utilizan la privación social, el pensamiento fantasioso, la regulación emocional, la reestructuración cognitiva y la distracción, siendo los más efectivos la solución de problemas, el apoyo social y la distracción, resalta el hecho de el apoyo social, sin ser de los mecanismos más utilizados si es considerado de los más eficaces. Los menos eficaces resultaron también la auto crítica y la resignación, siendo la solución de problemas y la distracción más efectivas ante un problema relativo a la enfermedad que ante uno cotidiano, en tanto que ante lo cotidiano resultan mas efectivos la regulación emocional y el pensamiento fantasioso (figura 2).

Quiénes habitan fuera del D.F. y su área conurbada utilizan más frecuentemente ante lo cotidiano la distracción, la privación social, la reestructuración cognitiva, la solución de problemas, la regulación emocional, el pensamiento fantasioso y el apoyo social pero solo le conceden mayor efectividad a la reestructuración cognitiva, al apoyo social y a la solución de problemas, siendo el menos eficaz la auto crítica. Ante la enfermedad emplean nuevamente varios mecanismos: la privación social, la regulación emocional, la distracción, la reestructuración cognitiva, la solución de problemas, el pensamiento fantasioso y el apoyo social, y de igual manera resultan efectivas un mayor número de estrategias: la regulación emocional y la solución de problemas y en menor porcentaje la distracción, el pensamiento fantasioso y el apoyo social, y los menos efectivos la auto crítica, la resignación y la privación social (figura 2).

RESDF  $y = 20 * 1 * \text{normal}(x, 0.55, 0.510418)$   
 DISTRACC  $y = 20 * 1 * \text{normal}(x, 0.85, 0.366348)$



Con relación al estrés, tenemos que el estado afectivo tiene aún un pequeño efecto sobre la estrategia de contención utilizada en los problemas relacionados con la enfermedad crónica, tan solo en quienes reportan el sangrado y/o la inflamación articular, el nivel de ansiedad resulta significativo al ser evaluado como estresante por el 50% de ellos, en tanto que en el resto de los problemas reportados el porcentaje de individuos que considera tal situación como estresante es siempre menor que el de quienes lo consideran como no estresante. Esto es concordante con otros estudios de niños sobrevivientes con cáncer y aquellos bajo tratamiento, los cuales en las mediciones de autoreporte, reportan bajos porcentajes de depresión<sup>11, 12, 13</sup>. En ese sentido, Kashani y Hakami<sup>29</sup>, utilizando entrevistas clínicas, encontraron que el 17% de los pacientes pediátricos con cáncer llenaban criterios del DSM-III para un episodio depresivo mayor. Respecto a la ansiedad generalizada, no obstante que se han hecho pocos estudios que la evalúen, así como con la depresión, los síntomas generalmente son negados cuando son evaluados via instrumentos de autoreporte<sup>30</sup>. Tales reportes han sido interpretados como un reflejo real de que la depresión se limita consecutivamente a buenas habilidades de contención y/o apoyo social, o, inversamente, como un indicador de problemas metodológicos en las mediciones de auto-reporte en los

niños<sup>14</sup>; otras referencias en este sentido también fueron contempladas dentro de los antecedentes.

Al margen de las consideraciones mencionadas, el estado afectivo contrasta con los hallazgos discutidos en relación a la edad, éstos son más indicativos de la estabilidad de la contención más que de variabilidad situacional.

Los sujetos que reportaron llegar al distress por un problema con sus padres o la escuela usaron más comúnmente la estrategia de distracción y solucionar problemas que los sujetos sin distress, y ante la enfermedad los individuos sin estrés usan más el pensamiento fantasioso, la reestructuración cognitiva, la distracción y el apoyo social que aquéllos estresados, en tanto que éstos utilizan más la solución de problemas.

### IX.- CONCLUSIONES

Los profesionales de la salud mental se están involucrando de manera creciente en proveer de consulta a las familias con niños médicamente enfermos<sup>10</sup>. Puesto que la identificación de los estresores advertidos y las respuestas de contención de los niños tienen importantes implicaciones clínicas sobre su salud mental<sup>22</sup>, su evaluación por medio de escalas puede ser de especial ayuda para los clínicos, ya que son breves y fáciles de utilizar.

El proceso de contención a lo largo del curso de una enfermedad crónica y el comprender como las estrategias de contención cognitivas y conductuales afectan el ajuste de esos aspectos de la enfermedad es un área importante de investigación pero poco abordada. Así, éste estudio intenta representar un paso inicial en la evaluación y delineamiento de los estresores y estrategias de contención que ocurren normalmente durante la niñez, ya que ello puede ser útil para los clínicos en la evaluación de los pacientes pediátricos y en el diseño de intervenciones clínicas. Este estudio provee algunos datos normativos sobre los problemas y los procesos de contención en la niñez.

Los datos presentados sugieren, al igual que en investigaciones previas, que los niños crónicamente enfermos difieren en su percepción de los estresores y en las estrategias de contención empleadas. Los hallazgos son acordes con el concepto asumido de que la contención es un proceso medible solamente limitado por la estabilidad individual através del tiempo y afectado por otras variables individuales y situacionales al tiempo de la medición<sup>20</sup>.

La información obtenida ha considerado aquéllas estrategias de contención reportadas como más efectivas através de situaciones problemáticas y que podrían utilizarse en el diseño de técnicas de intervención de contención. En este tenor, las intervenciones preventivas pueden ser especialmente útiles en los pacientes pediátricos y utilizarse como dispositivos tanto para predecir eventos como para enfrentar las crisis que pueden ocurrir durante la enfermedad crónica. Por supuesto, tales intervenciones también deben dirigirse a la variación individual en las estrategias de contención através de diferentes situaciones y por ello una escala breve sería de utilidad en éste caso, ya que una escala de éstas

características podría ser integrada en el trabajo clínico diario de los psiquiatras o psicólogos pediátricos, pues la administración de tales escalas minimiza la cantidad de tiempo profesional que debe ser invertido en la tarea de evaluación.

Se debe resaltar que la brevedad de la evaluación es especialmente importante en la práctica clínica, donde el personal de salud mental trabaja con niños crónicamente enfermos y sus familias frecuentemente necesitan hablar de una variedad de síntomas, conductas y estados. Evaluar la contención diariamente sería la técnica preferible para examinar las estrategias de contención específicas utilizadas para problemas específicos. Esto es importante para lograr una mejor comprensión de las variaciones diarias en el uso de dichas estrategias entre los niños. De aquí que es recomendable la administración de una medición específica de contención después de la entrevista.

La fácil administración y la cantidad de información obtenida a través de mediciones de auto-reporte sugiere que éste acceso puede ser de valor en la evaluación de la contención con otros aspectos de la enfermedad crónica más allá del dolor y de los procedimientos médicos.

Debe enfatizarse que la Kid-cope fue diseñada para ser una medición de antecedentes y no intentaba proveer una evaluación amplia, global, de contención y que, aunque se apela a su brevedad, el instrumento podría ser suplementario de entrevistas y/o observaciones directas para obtener una evaluación más profunda de la contención en niños y adolescentes<sup>20</sup>. Además, dado el limitado conocimiento de base existente actualmente en ésta área, se requiere de amplia investigación para validar la utilidad de éstas consideraciones en la evaluación de la contención como parte de un programa de tratamiento global de los pacientes pediátricos crónicamente enfermos.

No obstante lo anterior, la Kid-cope permitiría conducir una evaluación rutinaria en la clínica pediátrica, lo que puede resultar en la identificación temprana de niños quienes tienen dificultades en la contención e implementar intervenciones preventivas. Su uso ayudaría al aconsejar a los pacientes sobre las estrategias potenciales de contención que podrían utilizar en una situación dada y/o evaluar la efectividad de una intervención terapéutica en particular. Emplear una escala de ésta forma facilitaría la identificación de aquellos pacientes que disponen de estrategias de contención limitadas o que las estiman inefectivas y los pacientes podrían ser instruidos en un amplio orden de estrategias de contención que facilitarían su ajuste, o bien, prevendrían el desarrollo de dificultades de ajuste secundarias a los estresantes encontrados en el curso del tratamiento de una variedad de enfermedades crónicas.

Un momento lógico para el inicio del monitoreo de las estrategias de contención es poco después del diagnóstico de la enfermedad. Por ésta época, el paciente usualmente ha sido ya expuesto a cierto número de estresores relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Si los pacientes muestran incrementada dificultad en el manejo de éstos estresores con el paso del tiempo, entonces los niños podrían ser evaluados otra vez para determinar si sus estrategias de contención han cambiado en respuesta a las diferentes demandas o aversividad de la enfermedad o del tratamiento. También sería recomendable

investigar los cambios en el curso de la enfermedad (p.ej., el cambio de un tratamiento activo a la remisión en pacientes con cáncer) y/o estadios del desarrollo transicionales (p.ej., el inicio de la adolescencia en niños con diabetes).

Cambios en el estatus de la enfermedad del paciente pediátrico o estadios del desarrollo específicos pueden requerir cambios en los tipos de estrategias de contención usadas para tratar con la enfermedad. Entrevistar a los niños varias veces a lo largo del curso de la enfermedad ayuda al clínico a determinar si las estrategias de contención están cambiando.

La experiencia clínica sugiere que los niños crónicamente enfermos continúan empleando el mismo tipo de estrategias cuando confrontan estrés repetido por procedimientos médicos, pero para una porción sustancial de esos niños sus estrategias pierden efectividad al paso del tiempo. La necesidad de un entrenamiento más intensivo en el uso de ciertas estrategias de contención preexistentes o en estrategias específicas cognitivo-conductuales de autocontrol pueden ser calculadas con éste abordaje de evaluación.

Ahora bien, independientemente del punto en la enfermedad en el cuál es evaluada la estrategia de contención, es mejor entrevistar u observar al niño en al menos dos situaciones diferentes. Primero, es útil hacer una evaluación del niño cuando un estresor no mayor es inmediatamente anticipado, para determinar si la estrategia de contención está disponible bajo circunstancias óptimas. Segundo, una evaluación inmediatamente antes de que el niño éste próximo a exponerse a un estresor (p.ej., un procedimiento médico invasivo) ayudará a determinar si la estrategia de contención le está disponible bajo condiciones de estrés.

Por otro lado, a menudo se afirma que en "crisis" o en situaciones altamente estresantes, es mejor reforzar el estilo de contención preferido del niño más que intentar cambiar su estrategia. Como ya se ha anotado, los hallazgos de éste y otros estudios<sup>31</sup>, apoyan la noción de que existe cierta estabilidad en el uso de las estrategias de contención en los mismos sujetos, es decir, revelan la presencia de patrones moderadamente consistentes en los mismos sujetos, pero también revelan diferencias a lo largo de las situaciones relacionadas con la vida diaria y la enfermedad crónica en los niños. Por consiguiente, es más importante para los clínicos evaluar como tienen que contener los niños con los estresores relacionados con su enfermedad mas que con problemas cotidianos en el pasado cuando determinan la mejor manera de facilitar el ajuste a la enfermedad. Este conocimiento parece más importante para guiar las recomendaciones preventivas de los padres y profesionales del cuidado de la salud. Así, cuando un niño tenga que tratar sucesivamente con un estresor, frecuentemente será necesario para el clínico recurrir a recursos razonables, como el uso de ciertas estrategias de contención (p. ej., distracción). Reforzar esa concepción puede alentar el uso de estrategias similares de contención cuando a futuro ocurra un estresante parecido.

Lo anterior lleva a la idea de que el uso flexible de una variedad de estrategias de contención probablemente es un importante mediador de las secuelas emocionales de una enfermedad crónica y lleva a un funcionamiento mejor adaptado y que el estudiar estrechamente los factores protectores, tales como la contención, será necesario antes de

poder alcanzar conclusiones acerca del funcionamiento adaptativo en niños con enfermedades crónicas<sup>20</sup>.

En lo que respecta a nuestro estudio, los resultados por edad sugieren mas variación situacional en la contención. El único efecto de la edad consistente a lo largo de los problemas comunes y de la enfermedad crónica fué que los niños mayores reportaron usar más estrategias que los de menor edad y todos ellos reportan como la menos empleada, también consistentemente, el culpar a otros, seguida de la resignación y la auto crítica. El hallazgo de que a los niños mayores les resulte más eficaz la reestructuración cognitiva que a los más pequeños puede reflejar una comprensión más madura acerca de ciertos problemas, lo que es característico de los adolescentes porque han alcanzado la operación formal<sup>21</sup>, o estar relacionado a una mayor duración de la enfermedad<sup>2</sup>.

También fué consistente el empleo de las estrategias de contención por los mismos sujetos ante los problemas que reportan, independientemente de si viven en el D.F. o el interior del país, en tanto que al confrontar a los sujetos por categorías diagnósticas los resultados revelan que las estrategias son consistentes en cuanto a la percepción de su eficacia por ambos grupos, sea ante problemas comunes o relacionados con la enfermedad, pero cuando se trata de emplear los mecanismos resulta que los niños con Hemofilia utilizan un mayor número de ellos ante los problemas comunes.

Al considerar la relación entre la frecuencia con la cual una estrategia de contención es empleada y la percepción de su eficacia, el análisis fué más que claro. La correlación mas alta se obtuvo para las estrategias de apoyo social y solución de problemas. Puesto que ambas estrategias han sido propuestas como intervenciones terapéuticas para una variedad de estresores tanto específicos como no específicos, es lógico el hecho de que éstas estrategias de contención fueran evaluadas como las mas efectivas cuando se emplean con mayor frecuencia.

Por otro lado, la investigación de la eficacia y el contexto específico en el cual las estrategias de contención son utilizadas requiere ser estrechamente examinada en investigaciones futuras. Un modelo de desarrollo detallando conductas de contención adaptativas y maladaptativas por sexo, edad y situaciones podría ser valioso para los clínicos cuando evalúan habilidades, fortaleza y debilidad de la contención en niños referidos para su tratamiento.

La contribución del presente estudio necesita considerarse dentro de las limitaciones del diseño de la investigación.

Primero, el pequeño número de la muestra y su naturaleza heterogénea, p. ej., las implicaciones de la enfermedad y el tiempo desde que se hizo el diagnóstico varía grandemente, así como el amplio rango de edad lo cual impide hacer una discriminación bien definida entre los diferentes grupos de edad, p. ej. 7 años vs 11 años.



Segundo, aunque una variedad de ámbitos de funcionamiento han sido tocados, más que una entrevista muy profunda, fué utilizada una medición para evaluar la contención, y las mediciones empleadas fallan al evaluar cualquier proceso psicológico sutil que pueda estar ocurriendo, lo cual puede impedir el desarrollo psicológico normal o conducta manifiesta actual.

Tercero, el grueso de los instrumentos incorporados en la literatura puede no ser apropiado para niños con enfermedades crónicas<sup>32</sup>. La presente investigación no escapa a ésta crítica. Además, los sujetos identificaron individualmente un problema mas que responder a un estresor uniforme. Este procedimiento se eligió para hacer al estresor más relevante, pero también hace los hallazgos metodológicamente más complejos y algo más difíciles de interpretar.

Cuarto, aunque este trabajo utilizó un diseño transversal cruzado e incluyó a niños en un amplio rango de edad, se requiere evidentemente de estudios longitudinales para obtener una mayor comprensión del desarrollo psicológico de los niños con Hemofilia y otros trastornos de la coagulación a través del tiempo. Estos estudios longitudinales podrían incluir también niños de mayor y menor edad que los que componen nuestra muestra y considerar la severidad del padecimiento en orden de probar la generalización de los presentes hallazgos. Asimismo, la incorporación de un grupo control sano y/o otros grupos de niños crónicamente enfermos podrían proveer elementos para asegurar la especificidad y la generalización de nuestros resultados. Un objetivo mayor de futuras investigaciones será determinar si ciertas estrategias de contención son inherentemente adaptativas para diferentes tipos de estresores relacionados con la enfermedad encontrados en los niños crónicamente enfermos<sup>30</sup>.

Quinto, puesto que el objetivo mayor de éste estudio fué examinar la especificidad de las estrategias de contención psicológica utilizadas por los niños crónicamente enfermos y tratar conceptualizaciones de las mismas, no examinamos otros factores que afectan a la contención y su éxito en la enfermedad, tales como contención en los padres, factores familiares, relaciones padres-hijo, disfunción psiquiátrica, etc. Futuras investigaciones requieren, pues, esforzarse en incluir datos de los padres independientemente de su conducta y su punto de vista sobre su hijo y su propia familia. Esto es importante para subrayar el papel preponderante de los padres en el desarrollo de sus hijos<sup>10</sup>. Las estrategias de contención utilizadas por los padres cuando ellos mismos están en una situación médica estresante puede influir sobre el consejo que ellos mismos están dando a sus hijos. El estilo de contención de los padres también es probable que afecte las conductas de reforzamiento, ignorando o castigando el repertorio de contención del niño. Consecuentemente, puede haber ocasiones en las que la evaluación formal de las estrategias de contención de los padres será útil.

Sexto, para lograr un examen más amplio del desarrollo de los efectos de la enfermedad crónica sobre los niños y sus familias, necesitan estudiarse un número más grande y homogéneo de muestras basadas en la edad del niño, además de que el contexto en el cual las estrategias de contención son utilizadas es importante. Wertlieb recomendó vincular las estrategias de contención a los estresores específicos de los niños. Conectando un problema particular con una estrategia particular el siguiente paso lógico es la validación de los estudios de tal manera que la potencial aplicación clínica pueda ser realizada.

Debe recalarse que todos los niños quienes participaron en éste estudio, así como sus familias, reciben apoyo psicoterapéutico como parte del régimen de tratamiento ofrecido en éste centro. Este apoyo psicosocial incluye apoyo individual y consejo familiar, psicoeducación y programas de apoyo a familiares. El que se proveen éstos servicios de apoyo social relativamente estandarizados permite asumir razonablemente que los hallazgos del presente estudio serán generalizados. Sin embargo, puede ser el caso que cuando no está disponible un elevado nivel de apoyo (p. ej. no derechohabientes) el ajuste puede ser menos óptimo.

Hechas éstas consideraciones, estamos en condiciones de afirmar que, progresivamente, el apoyo psicosocial y la psicoeducación podrían ser componentes integrales de un programa de tratamiento, sin olvidar que aquellos niños y sus familias quienes evidencian psicopatología o deterioro en el funcionamiento social o familiar requieren de una intervención clínica más extensa. Los síntomas psiquiátricos significativos demandan de una inmediata intervención clínica.

En síntesis, la evaluación de la contención en niños con enfermedad crónica está en sus inicios, pero es promisoría la ampliación de nuestro conocimiento de la adaptación a la enfermedad, de tal manera que los clínicos podrían encontrar de utilidad incorporar una evaluación sistemática de la contención dentro de sus evaluaciones de niños con enfermedades crónicas. Por ejemplo, la evaluación rutinaria de las estrategias de contención utilizadas a intervalos específicos podría ser útil con propósitos de prevención y los estresores experimentados comúnmente como parte de una enfermedad crónica específica, p.ej., un régimen médico aversivo, podrían ser particularmente útiles de revisar, y, de éste modo, los niños con un pequeño número de estrategias de contención disponibles podrían beneficiarse de intervenciones tempranas para mejorar las estrategias que utilizan<sup>33</sup>, e incluso aquellos niños cuya adaptación total a su enfermedad es adecuada se beneficiarían de intervenciones breves.

## X.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Pless, I.; Roghmann, K.; Haggerty, R. Chronic illness, family functioning, and psychological adjustment. *Int J Epidemiol*, 1972 1:271-277.
- 2.- Garrison, WT; McQuiston, S. Chronic illness during Childhood and Adolescence: Psychological Aspects. Newbury Park, CA: Sage, 1989.
- 3.- Spirito, A., Stark, L.J., y Tye, V. Coping with every day and disease-related stressors by chronically ill children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995, 34:3, 283-290.
- 4.- Smith, KE; Ackerson, J.; Blotchy, A.; Berkow, R. Preferred coping styles of pediatric cancer patients during invasive medical procedures. *J Psychosoc Oncol*, 1990, 8:59-70.
- 5.- Gil, KM; Williams, DA; Thompson, RJ; Kinney, TR. Sickle cell disease in children and adolescents: the relations of child and parent pain coping strategies to adjustment. *J Pediatr Psychol*, 1991, 16:643-663.
- 6.- Mattsson, A. Long-term physical illness in childhood: a challenge to psychosocial adaptation. *Pediatrics* 1972, 50:S01-S11.
- 7.- Schowalter, JE. Psychological reactions to physical illness and hospitalization in adolescence. *J Am Acad Child Psychiatry* 1977, 16:500-516.
- 8.- Koocher, GP; O'Malley, JE. The Damocles Syndrome: Psychosocial consequences of Surviving Childhood Cancer. New York: McGraw-Hill, 1981.
- 9.- Bull, BA; Dotar, B. Coping with cancer in remission: stressors and strategies reported by children and adolescents. *J Pediatr Psychol* 1991, 16:767-782.
- 10.- Brown, RT; Kaslow, NJ; Hazzard, AP. Madan-Swain, A. Sexson, SB; Lambert, R; Baldwin, K. Psychiatric and Family Functioning in Children with Leukemia and their Parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, 31, 3:495-502
- 11.- Greenber, H; Kazak, A; Meadows, A. Psychological functioning in 8-16 years old cancer survivors and their families. *J Pediatr* 1989, 114:488-493.
- 12.- Kaplan, SL; Busner, J; Weinhold, MA; Lenon, P. Depressive symptoms in children and Adolescents with cancer. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987, 26:782-787.

- 13.- Worechel, FF; Nolan, B; Wilson VL; Purser, JS; Copeland, DR; Pfefferbaum, B.  
Assessment of depression in children with cancer. *J Pediatr Psychol* 1988, 13:101-112.
- 14.- Kazak, A.; Naclunan, A. Family research on childhood chronic illness. *J Fam Psychology* 1991, 4:462-483.
- 15.- Lazarus, RS; Folkman, S. *Estres y Procesos Cognitivos*. Mexico, Ediciones Roca S.A., 1991. 468 pp. Caps. 5, 6, 7, pp 140-247.
- 16.- Compas, BE; Worsham, NL; Ey, S. Conceptual and developmental issues in children's coping with stress. En: *Stress and Coping in Child Health*. La Greca, A.; Siegel, L.; Wallander, J.; Walker, C., eds. New York, 1991, Guilford, pp 7-24.
- 17.- Miller, SM. Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *J Pers Soc Psychol* 1987, 52:347-353.
- 18.- Weinberger, DA. The construct validity of the repressive coping style. En: *Repression and Dissociation: Implications for Personality Theory, Psychopathology, and Health*. Singer, J. ed. Chicago: University of Chicago Press, 1990, pp 337-386.
- 19.- Hann, N. *Coping and Defending: Processes of Self-Environment Organization*. New York, Academic Press, 1977.
- 20.- Spirito, A., Stark, L.J., y Knapp, L. The assessment of coping in chronically ill children. Implications for clinical practice. En: A. LaGreca, L. Siegel, J. Wallander, y C.E. Walker (Eds), *Stress and coping in child health*. New York: Guilford, 1991, pp. 327-344.
- 21.- Stark, L.J., Spirito, A., Williams, C., y Guevremont, D. Common problems and coping strategies I: Findings with normal adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1989, 17, 203- 212.
- 22.- Spirito, A., Stark, L.J., Grace, N., y Stamoulis, D. Common problems and coping strategies reported by children and adolescents. *J Youth Adolesc* 1991, 20, 531-544.
- 23.- Spirito, A., Stark, L. J. y Williams, C.. Development of a brief checklist to assess coping in pediatric patients. *J Pediatric Psychol* 1988, 13, 555-574.
- 24.- Spirito, A., Stark, L.J., y Tye, V. Common coping strategies employed by children with chronic illness. *Newsletter Soc Pediatric Psychol*, February, 1989.
- 25.- Spirito, A., Stark, L.J., y Tye, V.. Stressors and coping strategies described during hospitalization by chronically ill children. *J of Clin Child Psychol* 1994, 23, 314-322.

- 26.- Cury, S.L., Russ, S.W. Identifying coping strategies in children. *J Clin Child Psychol* 1985, 14:61-69.
- 27.- Weirlied, D., Feldstein, M. Measuring children's coping. *Am J Orthopsychiat* 1987, 57: 54S-560.
- 28.- Brown, JM, O'Keeffe, J, Sanders, SH y Baker, B. Developmental change children's cognition to stressful and painful situations. *J Pediatric Psychol* 1986, 11, 343-357.
- 29.- Kashani, J, Hakami, N. Depression in children and adolescents with malignancy. *Can J Psychiatry* 1982, 27: 474-477.
- 30.- Fife, B., Norton J., Groom, G The family's adaptation to childhood leukemia. *Soc Sci Med* 1987, 24:159-163.
- 31.- Hamburg, BA y Wortman, RN. Adolescent development and psychopathology. En R. Michels & JO Cavenor (eds.), *Psychiatry* (Vol. 2, Cap. 4). Philadelphia, B. Lippincott, 1985.
- 32.- Spirito, A, Stark, JJ, Cobiella, C, Drigan, R, Androkites, A, Hewett, K. Social adjustment of children seccessfully treated for cancer. *J Pedriat Osyehol* 1990, 15: 359-371.
- 33.- Spirito, A, Stark, LJ, Knapp, L. The assesmernt of coping in chronically ill children: implications for clinical practice. En: *Stress and coping in Child Health*, La Graca A, Wallander J, Walker C, eds. New York 1992: Guilford, pp 327-344.

XI. ANEXOS

KID-COPE

ESCALA PARA ESCOLARES (PROBLEMAS COTIDIANOS)

NOMBRE:

SEXO:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE RESIDENCIA:

RELIGION:

**INSTRUCCIONES:** Estamos tratando de identificar como enfrentan los niños diferentes problemas. Por favor, elige una situación sin relación con estar enfermo ó en el hospital. Piensa en una situación que te haya preocupado durante el último mes. Por favor describe esta situación en el siguiente espacio:

1.- ¿Esa situación te puso nervioso?

No mucho (0)	Un poco (1)	Regular (2)	Bastante (3)	Mucho (4)
-----------------	----------------	----------------	-----------------	--------------

2.- ¿Esa situación te puso triste?

No mucho (0)	Un poco (1)	Regular (2)	Bastante (3)	Mucho (4)
-----------------	----------------	----------------	-----------------	--------------

3.- ¿Esa situación te enojó o te enfureció?

No mucho (0)	Un poco (1)	Regular (2)	Bastante (3)	Mucho (4)
-----------------	----------------	----------------	-----------------	--------------

**KID-COPE VERSION ESCOLARES (PROBLEMAS COTIDIANOS)**

	¿LO HICISTE?		¿CUANTO TE AYUDO?		
1.- TRATE DE OLVIDAR EL PROBLEMA...	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
2.- HICE ALGO COMO VER TV O ME DEDIQUE A JUGAR PARA OLVIDARLO...	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
3.- ME AGUANTE YO SOLO.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
4.- ME QUEDE CALLADO ACERCA DEL PROBLEMA.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
5.- TRATE DE VER EL LADO BUENO DE LAS COSAS.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
6.- ME ECHE LA CULPA DEL PROBLEMA.	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
7.- LE ECHE LA CULPA DEL PROBLEMA A OTRA PERSONA.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
8.- TRATE DE ARREGLAR EL PROBLEMA PENSANDO EN SOLUCIONES.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
9.- TRATE DE ARREGLAR EL PROBLEMA HACIENDO ALGO O HABLANDO CON ALGUIEN.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
10.- ME ENOJE MUCHO, GRITE O LLORE..	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
11.- TRATE DE CALMARME YO SOLO.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
12.- QUISE QUE EL PROBLEMA NUNCA HUBIERA OCURRIDO.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
13.- TUVE EL DESEO DE PODER HACER LAS COSAS DE OTRA FORMA.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
14.- TRATE DE SENTIRME MEJOR PASANDO EL TIEMPO CON MI FAMILIA, AMIGOS U OTRAS PERSONAS MAYORES..	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
15.- NO HICE NADA PORQUE EL PROBLEMA NO PODIA ARREGLARSE.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO

## ESCALA PARA ESCOLARES (ENFERMEDADES CRÓNICAS)

NOMBRE:

SEXO:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

ESCOLARIDAD:

LUGAR DE RESIDENCIA:

RELIGIÓN:

**INSTRUCCIONES:** Estamos tratando de identificar como enfrentan los niños diferentes problemas relacionados con su enfermedad. Piensa acerca de algo que hayas tenido que hacer con tu enfermedad que te haya preocupado en el último mes. Por favor describe esa situación en el siguiente espacio:

1.- ¿Esa situación te puso nervioso?

No mucho  
(0)Un poco  
(1)Regular  
(2)Bastante  
(3)Mucho  
(4)

2.- ¿Esa situación te puso triste?

No mucho  
(0)Un poco  
(1)Regular  
(2)Bastante  
(3)Mucho  
(4)

3.- Esa situación te enojó o te enfureció?

No mucho  
(0)Un poco  
(1)Regular  
(2)Bastante  
(3)Mucho  
(4)

Ahora, por favor pasa a la siguiente hoja y encierra dentro de un círculo la forma en que te ayudaste a luchar contra éste problema.



**KID-COPE VERSION ESCOLARES (ENFERMEDADES CRONICAS)**

¿LO HICISTE?      ¿CUANTO TE AYUDO?

	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
1.- TRATE DE OLVIDAR EL PROBLEMA...	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
2.- HICE ALGO COMO VER TV O ME DE- DIQUE A JUGAR PARA OLVIDARLO...	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
3.- ME AGUANTE YO SOLO.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
4.- ME QUEDE CALLADO ACERCA DEL PROBLEMA.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
5.- TRATE DE VER EL LADO BUENO DE LAS COSAS.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
6.- ME ECHE LA CULPA DEL PROBLEMA.	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
7.- LE ECHE LA CULPA DEL PROBLEMA A OTRA PERSONA.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
8.- TRATE DE ARREGLAR EL PROBLEMA PENSANDO EN SOLUCIONES.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
9.- TRATE DE ARREGLAR EL PROBLEMA HACIENDO ALGO O HABLANDO CON ALGUIEN.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
10.- ME ENOJE MUCHO, GRITE O LLORE..	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
11.- TRATE DE CALMARME YO SOLO.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
12.- QUISE QUE EL PROBLEMA NUNCA HUBIERA OCURRIDO.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
13.- TUVE EL DESEO DE PODER HACER LAS COSAS DE OTRA FORMA.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
14.- TRATE DE SENTIRME MEJOR PASAN- DO EL TIEMPO CON MI FAMILIA, AMI GOS U OTRAS PERSONAS MAYORES..	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
15.- NO HICE NADA PORQUE EL PROBLE- MA NO PODIA ARREGLARSE.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO

**KID-COPE VERSION ESCOLARES**

		¿LO HICISTE?		¿CUANTO TE AYUDO?		
I	1.- TRATE DE OLVIDAR EL PROBLEMA...	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
	2.- HICE ALGO COMO VER TV O ME DEDIQUE A JUGAR PARA OLVIDARLO...	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
II	3.- ME AGUANTE YO SOLO.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
	4.- ME QUEDE CALLADO ACERCA DEL PROBLEMA.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
III	5.- TRATE DE VER EL LADO BUENO DE LAS COSAS.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
IV	6.- ME ECHE LA CULPA DEL PROBLEMA.	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
V	7.- LE ECHE LA CULPA DEL PROBLEMA A OTRA PERSONA.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
	8.- TRATE DE ARREGLAR EL PROBLEMA PENSANDO EN SOLUCIONES.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
VI	9.- TRATE DE ARREGLAR EL PROBLEMA HACIENDO ALGO O HABLANDO CON ALGUIEN.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
	10.- ME ENOJE MUCHO, GRITE O LLORE..	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
VII	11.- TRATE DE CALMARME YO SOLO.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
VIII	12.- QUISE QUE EL PROBLEMA NUNCA HUBIERA OCURRIDO.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
	13.- TUVE EL DESEO DE PODER HACER LAS COSAS DE OTRA FORMA.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
IX	14.- TRATE DE SENTIRME MEJOR PASANDO EL TIEMPO CON MI FAMILIA, AMIGOS U OTRAS PERSONAS MAYORES..	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO
X	15.- NO HICE NADA PORQUE EL PROBLEMA NO PODIA ARREGLARSE.....	SI	NO	NADA	UN POCO	MUCHO

I DISTRACCION

II DEPRIVACION SOCIAL

III REESTRUCTURACION COGNOSCITIVA

IV AUTOCRITICA

V CULPAR A OTROS

VI RESOLUCION DEL PROBLEMA

VII APOYO SOCIAL

VIII RESIGNACION

IX PENSAMIENTO FANTASIOSO

X REGULACION EMOCIONAL

**INSTRUCCIONES PARA EVALUACIÓN: KIDCOPE Versión Escolares  
(edades 7-12 años, inclusive).**

En orden de simplificar el formato para niños en edad escolar, las 10 categorías de contención fueron desglosadas en 15 preguntas. Los ítems y sus claves se muestran a continuación:

I	Distracción	1, 2
II	Deprivación Social	3, 4
III	Reestructuración Cognoscitiva	5
IV	Autocrítica	6
V	Culpar a Otros	7
VI	Resolución del problema	8, 9
VII	Regulación emocional	10, 11
VIII	Pensamiento fantasioso	12, 13
IX	Apoyo social	14
X	Resignación	15

Si un niño usa cualquiera de los ítems en una categoría, entonces el niño será considerado como que utiliza esa categoría de contención. Si dos ítems en una categoría son elegidos, la valoración de la eficacia más alta seleccionada por el niño será la anotada.

## EJEMPLOS DE ANOTACION PARA ITEM MULTIPLE DE ESTRATEGIAS DE CONTENCION

**ESTRATEGIA DE CONTENCION: No. 2 (Versión Escolares)**

**Ejemplo A:**

Item 3.- ME AGUANTE YO SOLO

FRECUENCIA

SI

NO

EFICACIA

\_\_\_\_\_

4.-ME QUEDE CALLADO ACERCA DEL PROBLEMA

SI

NO

\_\_\_\_\_

EVALUACION: Frecuencia = 0, Eficacia = No aplica

**Ejemplo B:**

Item 3.- ME AGUANTE YO SOLO

SI

NO

0      1      2  
NADA   UN POCO   MUCHO

4.- ME QUEDE CALLADO ACERCA DEL PROBLEMA

SI

NO

NO APLICA

EVALUACION: Frecuencia = 1, Eficacia = 1

**Ejemplo C:**

Item 3.- ME AGUANTE YO SOLO

SI

NO

NO APLICA

4.- ME QUEDE CALLADO ACERCA DEL PROBLEMA

SI

NO

0      1      2  
NADA   UN POCO   MUCHO

EVALUACION: Frecuencia = 1, Eficacia = 2

**Ejemplo D:**

Item 3.- ME AGUANTE YO SOLO

SI

NO

0      1      2  
NADA   UN POCO   MUCHO

4.- ME QUEDE CALLADO ACERCA DEL PROBLEMA

SI

NO

0      1      2  
NADA   UN POCO   MUCHO

EVALUACION: Frecuencia = 1, Eficacia = 2 (la anotación más alta)

## HOJA DE EVALUACION DE LA KID-COPE

	FRECUENCIA	EFICACIA
1.- DISTRACCIÓN	_____	_____
2.- DEPRIVACIÓN SOCIAL	_____	_____
3.- REESTRUCTURACION COGNOSCITIVA	_____	_____
4.- AUTOCRÍTICA	_____	_____
5.- CULPAR A OTRO	_____	_____
6.- RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA	_____	_____
7.- EXPRESIÓN EMOCIONAL	_____	_____
8.- PENSAMIENTO FANTASIOSO	_____	_____
9.- APOYO SOCIAL	_____	_____
10.- RESIGNACIÓN	_____	_____

VERSION ESCOLARES (7-12 años):

FRECUENCIA = 0 6 1

EFICACIA = 0, 1 6 2