

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS**

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EMOCIONES EN MENORES CON  
CÁNCER Y SU CUIDADOR PRIMARIO**

**PRESENTA**

**ENRIQUE SOTO CHAVARRÍA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA  
EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**DICIEMBRE, 2016**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**



**TESIS**

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EMOCIONES EN  
MENORES CON CÁNCER Y SU CUIDADOR PRIMARIO**

**PRESENTA**

**ENRIQUE SOTO CHAVARRÍA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA  
EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DR. JAVIER ÁLVAREZ BERMÚDEZ**

**MONTERREY, NUEVO LEÓN., MEXICO,**

**DICIEMBRE 2016**



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FaPsi

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
Subdirección de Posgrado

COMITÉ ACADÉMICO DE MAESTRIAS DE POSGRADO DE LA FACULTAD  
DE PSICOLOGIA DE U.A.N.L.  
P R E S E N T E.-

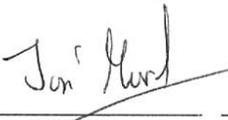
Por la presente nos dirigimos a ustedes para comunicarles que, después de haber revisado las correcciones sugeridas a la tesis titulada "Estrategias de afrontamiento y emociones en menores con cáncer y su Ciudad Primario"

presentada por el (a) alumno (a), Enrique Soto Chavarría de la Maestría en Ciencias con orientación en Psicología de la Salud la consideramos **ACEPTADA** para su defensa.

Sin otro asunto de momento, quedamos a sus órdenes,

Dr. Javier Alvarez Bermudez  11 Noviembre 2016  
NOMBRE DEL DIRECTOR DE TESIS FIRMA FECHA

Dr. Rodrigo Alberto Centur Guzmán  11 Noviembre 2016  
NOMBRE DEL REVISOR DE TESIS FIRMA FECHA

Dr. Joni Murd de la Rubia  11 - Noviembre - 2016  
NOMBRE DEL REVISOR DE TESIS FIRMA FECHA



Ave. Dr. Carlos Canseco #110 y Dr. Eduardo Aguirre Pequeño, Mitras, Centro, C. P. 64460, Monterrey, N. L.  
Tels. (01-81) 8348.0286, 8333-7859, 8333-8222 Ext. 201, Directo y Fax 8348-3781, 8333-6744  
www.psicologia.uanl.mx

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA  
SALUD**

La presente tesis titulada “Estrategias de afrontamiento y emociones en menores con cáncer y su cuidador primario” presentada por Enrique Soto Chavarría ha sido aprobada por el comité de tesis.

---

Dr. Javier Álvarez Bermúdez  
Director de tesis

---

Dr. Rodrigo Alberto Cantú Guzmán.  
Revisor de tesis

---

Dr. José Moral de la Rubia.  
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Diciembre de 2016

## DEDICATORIA

*Dedicado especialmente a mis padres.*

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco especialmente a los menores de edad, a sus cuidadoras y al resto de sus familias por aceptar ser parte de este trabajo; gracias por su tiempo y por compartirme sus experiencias, mi admiración y respeto hacia ustedes.

Al Hospital Infantil Universitario de Torreón, especialmente a la subdirectora del departamento de enseñanza e investigación, la Dra. Patricia Ann Smith Gámiz y al Dr. Jesús Gerardo Muñiz Ugalde, encargado del área oncohematología. A su vez, agradezco al Dr. Alberto Jerónimo Siller Aguirre; al C.P. Joaquín Manuel Maass Mena y a la coordinadora de trabajo social, la Lic. Nancy Fabiola Moreno Zavala, miembros de la institución AMANEC A.C (Asociación Mexicana de Asistencia a Niños con Enfermedades Catastróficas). Muchas gracias por permitirme ingresar momentáneamente a las ya mencionadas instituciones.

Mi reconocimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), y para la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL); de igual manera agradezco a los docentes, principalmente al Dr. Javier Álvarez Bermúdez por brindarme de su conocimiento; al Dr. Rodrigo Alberto Cantú Guzmán por aclararme las dudas, pero sobre todo por escucharme y al Dr. José Moral de la Rubia por su dedicación.

A mis colegas de generación: me siento muy afortunado de haber vivido con ustedes agradables momentos.

Al Dr. Ramón Cristian Helguera Gotes, mis agradecimientos por ser quien me inspirara en esta montaña de experiencias, estaré siempre agradecido por confiar en mí.

Por último, les atribuyo todas mis satisfacciones a mi padre y a mi madre; inmensamente gracias por cada momento obsequiado

## RESUMEN

El cáncer es una de las principales causantes de decesos en la población infantil Mexicana. La enfermedad suele impactar tanto al menor, como a los familiares, especialmente en el cuidador primario, quien suele ser pieza clave para la salud emocional y física del menor. A su vez surgirán cambios psicológicos y emocionales; por consecuente, las emociones negativas suelen estar más presentes. Por tanto, esta investigación con abordaje descriptivo correlacional, tiene como objetivo conocer las estrategias de afrontamiento y las emociones que emplea el menor con cáncer y su cuidador primario. Para conocer las estrategias y emociones que emplean los pacientes ante esta situación se empleó en las cuidadoras la adaptación de la Batería de Evaluación Psicosocial del Suceso de Enfermedad Crónica (Cantú-Guzmán, 2012, 2013, en prensa). En cuanto a los menores, se usó la adaptación de la Batería de Evaluación Psicosocial del Suceso de Enfermedad Crónica (Cantú-Guzmán, 2012, 2013, en prensa). Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que los menores de edad utilizaron estrategias de afrontamiento de tipo instrumental, afectivo y religioso, mientras que las emociones que predominaron en ellos fueron positivas. En relación a las cuidadoras primarias, recurrieron también a la estrategia instrumental; sin embargo, las emociones que predominaron en ellas fueron negativas, esto pudiera estar relacionado con la falta de expresión emocional y por tener la percepción de no contar con el apoyo suficiente y necesario.

Palabras claves: Estrategias de afrontamiento, Emociones, Cáncer Infantil, Cuidador primario.

## **ABSTRACT**

Cancer is one of the main causes of death in Mexican children. The illness usually impacts both the child and the family, especially the primary caregiver, who is often a key player in the child's emotional and physical health. In turn, psychological and emotional changes will arise; Consequently, negative emotions are often more present. Therefore, this research with descriptive correlational approach, aims to know the coping strategies and emotions that the child with cancer and his primary caregiver uses. In order to know the strategies and emotions that the patients use in this situation, the psychosocial evaluation battery of the Chronic Disease Event (Cantú-Guzmán, 2012, in press) was used in the caregivers. As for the minors, the adaptation of the Battery of Psychosocial Evaluation of the Event of Chronic Illness (Cantú-Guzmán, 2012, 2013, in press) was used. The results obtained in this research show that minors used instrumental, affective and religious coping strategies, while the predominant emotions were positive. In relation to primary caregivers, they also used instrumental strategy; However, the emotions that predominated in them were negative, this could be related to the lack of emotional expression and to have the perception of not having the sufficient and necessary support.

Key words: Coping strategies, Emotions, Childhood Cancer, Primary caregiver.

# INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>15</b>
INTRODUCCION.....	15
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA .....	18
JUSTIFICACIÓN.....	23
OBJETIVO GENERAL .....	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	25
LIMITACIONES Y DELIMITACIONES .....	26
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>27</b>
MARCO TEÓRICO.....	27
EL MODELO DEL SENTIDO COMÚN DE LA ENFERMEDAD DESARROLLADO POR HOWARD LEVENTHAL.....	27
IMPACTO PSICOSOCIAL Y EMOCIONAL DEL CÁNCER EN EL MENOR Y EN EL CUIDADOR .....	31
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL MENOR .....	34
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL CUIDADOR PRIMARIO ..	38
EMOCIONES EN EL MENOR .....	42
EMOCIONES EN EL CUIDADOR PRIMARIO.....	45
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>49</b>
MÉTODO.....	49
DISEÑO UTILIZADO .....	49
PARTICIPANTES .....	49
INSTRUMENTO.....	49
PROCEDIMIENTO.....	51
RECOLECCIÓN DE DATOS .....	51
ANÁLISIS DE DATOS.....	52
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>53</b>
RESULTADOS .....	53

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL MENOR .....	54
AFRONTAMIENTO EN EL CUIDADOR PRIMARIO .....	55
EMOCIONES EN EL MENOR .....	56
EMOCIONES EN EL CUIDADOR PRIMARIO .....	56
CORRELACIONES ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EMOCIONES .....	57
CORRELACIÓN DE “INTENTO SABER MÁS Y PREGUNTAR SOBRE LO QUE TENGO” CON LA EMOCIÓN “OPTIMISMO” .....	57
CORRELACIÓN DE “INTENTO SABER MÁS Y PREGUNTAR SOBRE LO QUE TENGO” CON LA EMOCIÓN “SOLEDAD” .....	57
CORRELACIÓN DE “INTENTO SABER MÁS Y PREGUNTAR SOBRE LO QUE TENGO” CON “VERGÜENZA” .....	58
CORRELACIÓN DE “INTENTO SABER MÁS Y PREGUNTAR SOBRE LO QUE TENGO” CON LA EMOCIÓN DE “INQUIETUD” .....	58
CORRELACIÓN DE “INTENTO SABER MÁS Y PREGUNTAR SOBRE LO QUE TENGO” Y LA EMOCIÓN “PREOCUPACIÓN” .....	59
CORRELACIÓN DE “ME INTERESA LO QUE DICE EL DOCTOR Y SIEMPRE LE HAGO CASO” CON LA EMOCIÓN “TRISTEZA” .....	59
CORRELACIÓN DE “PLATICO CON MIS PADRES SOBRE LO QUE TENGO Y COMO ME SIENTO EMOCIONALMENTE” CON LA EMOCIÓN “OPTIMISMO” .....	60
CORRELACIÓN DE “HABLO CON DIOSITO O REZO SOBRE LO QUE ME PASA AHORA” CON LA EMOCIÓN “ALEGRÍA” .....	60
CORRELACIÓN DE “ME INTERESA LO QUE DUCE EL DOCTOR Y SIEMPRE LE HAGO CASO” CON “ALEGRÍA” .....	61
CORRELACIÓN DE “PLATICO CON MIS PADRES SOBRE LO QUE TENGO Y COMO ME SIENTO EMOCIONALMENTE” CON “INQUIETUD” .....	62
CORRELACIÓN DEL ÍTEM “PLATICO CON MIS PADRES SOBRE LO QUE TENGO Y CÓMO ME SIENTO EMOCIONALMENTE” CON “PREOCUPACIÓN” .....	63
CORRELACIÓN DEL ÍTEM “PLATICO CON MIS AMIGOS EN LA ESCUELA SOBRE LO QUE TENGO” Y “OPTIMISMO” .....	64
CORRELACIÓN DE LAS CUIDADORAS PRIMARIAS EN RELACIÓN AL ÍTEM “HAGO UN GRAN ESFUERZO PARA OLVIDARME DE LA ENFERMEDAD DE MI HIJO/A” Y LA EMOCIÓN DE “OPTIMISMO” .....	65

CORRELACIÓN DE LAS CUIDADORAS PRIMARIAS EN RELACIÓN AL ÍTEM “ACEPTO UNA SITUACIÓN QUE ANTES NO TENÍA” Y LA EMOCIÓN DE “OPTIMISMO”.....	66
CORRELACIÓN DEL ÍTEM “ACEPTO QUE TENGO UNA SITUACIÓN QUE ANTES NO TENÍA” Y LA EMOCIÓN DE “CONFIANZA”. .....	66
CORRELACIÓN DEL ÍTEM “BUSCO ATENCIÓN PROFESIONAL MÉDICO Y SIGO AL PIE DE LA LETRA LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS” Y LA EMOCIÓN DE “SUFRIMIENTO”.....	67
CORRELACIÓN DEL ÍTEM “BUSCO AYUDA ESPIRITUAL EN RELACIÓN A MI ENFERMEDAD” Y LA EMOCIÓN “SUFRIMIENTO”.....	68
CORRELACIÓN DEL ÍTEM “RECLAMO MI ENOJO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE MIS PROBLEMAS” Y LA EMOCIÓN DE “CULPA”. .....	69
CORRELACIÓN DEL ÍTEM “CREO QUE LA ENFERMEDAD DE MI HIJO/A ES DEBIDO A UN ERROR POR PARTE DE LOS INVOLUCRADOS” Y LA EMOCIÓN DE “CULPA”.....	70
CORRELACIÓN DEL ÍTEM “BUSCO PERSONAS QUE ME PUEDAN AYUDAR A MANEJAR LA SITUACIÓN” Y LA EMOCIÓN “ALEGRÍA”.....	71
CORRELACIÓN DEL ÍTEM “BUSCO AYUDA ESPIRITUAL EN RELACIÓN A MI ENFERMEDAD” CON LA EMOCIÓN “SOLEDAD”.....	72
CORRELACIÓN DEL ÍTEM “TRABAJO MUCHO PARA OLVIDAR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS A LA ENFERMEDAD” CON LA EMOCIÓN “SOLEDAD”. .....	73
CORRELACIÓN DEL ÍTEM “BUSCO ATENCIÓN PROFESIONAL PSICOLÓGICA EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD DE MI HIJO/A” CON LA EMOCIÓN “SOLEDAD”. .....	74
CORRELACIÓN DEL ÍTEM “INTENTO MANTENERME OCUPADO PARA NO PENSAR EN MI ENFERMEDAD” CON LA EMOCIÓN “SOLEDAD”... ..	75
CORRELACIÓN DEL ÍTEM “INTENTO NO HABLAR Y QUE NO ME HABLEN DE LA ENFERMEDAD DE MI HIJO/A” CON LA EMOCIÓN “ENOJO”. .....	76
CORRELACIÓN DEL ÍTEM “HABLO CON MIS AMIGOS Y AMIGAS DE CÓMO ME SIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN” CON LA EMOCIÓN “RESIGNACIÓN”. .....	77
CORRELACIÓN DEL ÍTEM “BUSCO APOYO EMOCIONAL EN FAMILIARES QUE VIVEN EN CASA EN RELACIÓN A MI ENFERMEDAD” CON LA EMOCIÓN “RESIGNACIÓN”. .....	78

CORRELACIÓN DEL ÍTEM “INTENTO NO HABLAR Y QUE NO ME HABLEN DE LA ENFERMEDAD DE MI HIJO/A” CON LA EMOCIÓN “MIEDO” .....	79
IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LOS MENORES DE EDAD POR AÑOS.....	80
T DE STUDENT PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES EN RELACIÓN A LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. ....	80
CAPITULO V .....	90
DISCUSION.....	90
CAPITULO VI .....	100
CONCLUSIONES.....	100
REFERENCIAS .....	102
ANEXO 1 .....	119
ANEXO 2 .....	129

## **Tablas**

Tabla 1 .....	54
Afrontamiento en el menor de edad .....	54
Tabla 2 .....	55
Afrontamiento en el cuidador primario .....	55
Tabla 3 .....	56
Emociones en el menor de edad. ....	56
Tabla 4 .....	56
Emociones en el cuidador primario .....	56
Tabla 5 .....	57
Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo y Optimismo.....	57
Tabla 6 .....	57
Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo y Soledad.....	57
Tabla 7 .....	58
Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo y Vergüenza. ....	58
Tabla 8 .....	58
Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo e Inquietud. ....	58
Tabla 9 .....	59
Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo y Preocupación. ....	59
Tabla 10 .....	59
Me interesa lo que dice el doctor y siempre le hago caso - Tristeza.....	59
Tabla 11 .....	60
Platico con mis padres sobre lo que tengo y como me siento emocionalmente – Optimismo.....	60
Tabla 12 .....	60
Hablo con Diosito o rezo sobre lo que me pasa ahora – Alegría. ....	60
Tabla 13 .....	61
Me interesa lo que dice el doctor y siempre le hago caso – Alegría. ....	61
Tabla 14 .....	62
Platico con mis padres sobre lo que tengo y como me siento emocionalmente – Inquietud. ....	62

Tabla 15.....	63
Platico con mis padres sobre lo que tengo y cómo me siento emocionalmente y Preocupación.....	63
Tabla 16.....	64
Platico con mis amigos en la escuela sobre lo que tengo y Optimismo.....	64
Tabla 17.....	65
Hago un gran esfuerzo para olvidarme de la enfermedad de mi hijo/a y Optimismo.....	65
Tabla 18.....	66
Acepto una situación que antes no tenía y Optimismo.....	66
Tabla 19.....	66
Acepto una situación que antes no tenía” con la emoción y Confianza.....	66
Tabla 20.....	67
Busco atención profesional médico y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos y Sufrimiento.....	67
Tabla 21.....	68
Los resultados de “Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad y Sufrimiento.....	68
Tabla 22.....	69
Reclamo mi enojo a las personas responsables de mis problemas y Culpa. ...	69
Tabla 23.....	70
Creo que la enfermedad de mi hijo/a es debido a un error por parte de los involucrados y Culpa.....	70
Tabla 24.....	71
Busco personas que me puedan ayudar a manejar la situación y Alegría.....	71
Tabla 25.....	72
Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad y Soledad.....	72
Tabla 26.....	73
Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad y Soledad.....	73
Tabla 27.....	74

Busco atención profesional psicológica en relación a la enfermedad de mi hijo/a y Soledad.....	74
Tabla 28.....	75
Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad y Soledad. ..	75
Tabla 29.....	76
Intento no hablar y que no me hablen de la enfermedad de mi hijo/a y Enojo..	76
Tabla 30.....	77
Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la situación y Resignación.....	77
Tabla 31.....	78
Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad y Resignación.....	78
Tabla 32.....	79
Intento no hablar y que no me hablen de la enfermedad de mi hijo/a y Miedo.	79
Tabla 33.....	81
<i>t</i> de student para muestras independientes, años de padecimiento y estrategias de afrontamiento en el menor.....	81
Tabla 34.....	83
Años de padecimiento y emociones.....	83
Tabla 35.....	85
Estrategias de afrontamiento en las cuidadoras y años de padecimiento.....	85
Respecto a los años del padecimiento con la variable “Emociones”, la tabla 36 tiene los resultados obtenidos en base al análisis estadístico que se realizó..	88
Tabla 36.....	88
Emociones en las cuidadoras primarias.....	88

# **CAPITULO I**

## ***INTRODUCCION***

En el ámbito de la salud se han realizado diversas investigaciones sobre el impacto que tiene el cáncer en la población infantil. Donde se ha encontrado una amplia literatura que está relacionada al estudio del padecimiento oncológico; para la realización de esta investigación se tomó en cuenta las variables de emociones y estrategias, esto con el fin de averiguar el impacto que genera la enfermedad en estas las estrategias de afrontamiento y en las emociones. Antes de proseguir, es fundamental comprender el fenómeno del cáncer, por eso, es necesario definir de manera general que es el cáncer.

Una de las principales característica de la enfermedad oncológica es que las células anormales suelen fragmentarse sin control, llegando a invadir otros tejidos; éstas células pueden ir a otras partes del cuerpo por medio del sistema sanguíneo y del sistema linfático. El nombre del cáncer se basa dependiendo del órgano o de las células en donde inicia, por ejemplo: carcinoma, para el cáncer que inicia en la piel o en tejidos que cubren los órganos internos. Los sarcomas, inicia en los huesos, en el cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido de sostén. La leucemia, comienza en el tejido que se forma en la sangre, como la médula ósea causando grandes cantidades de células sanguíneas anormales; las cuales entran en la sangre. Linfoma y mieloma, son los cánceres que inician en las células del sistema inmunitario. Finalmente está el cáncer del sistema nervioso central, aquel que inicia en los tejidos del cerebro y de la médula espinal (National Cancer Institute, 2014).

La enfermedad oncológica genera pérdidas como la propia salud, perdida laboral –en caso de estar trabajando- perdida académica e incluso de roles, como la autonomía. A su vez afecta la imagen corporal, ocasionando que disminuya la seguridad y la autoestima. Cabe aclarar que los duelos no serán exclusivos para el

paciente, ya que también los familiares del paciente iniciaran con distintos duelos. De esta manera, es preciso brindar apoyo en aquellas personas que estén pasando por una situación similar, para de este modo se pueda afrontar las dificultades e incluso aceptar de una manera no tan caótica la situación de enfermedad (Malca, 2005).

De momento queda claro que la enfermedad es un generador de cambios para el paciente, el resto de los familiares, pero particularmente en los cuidadores primarios. Cabe esclarecer que no todos los cambios que surjan deben o pueden ser negativos, puesto que la medicina actual genera un mejor beneficio para la recuperación de la salud del paciente; aun así en la población sigue existiendo la creencia de que el cáncer es una enfermedad mortal que conlleva al deceso.

Posiblemente esta percepción este desarrollada por las connotaciones socioculturales, en donde los medios de comunicación, la mala información y la falta de prevención, tienen un papel importante en tener una creencia negativa sobre lo que es el cáncer. Otra posible situación que propicia que se vea la enfermedad como mortal podría ser la situación económica y académica; sin generalizar o estereotipar se espera que las personas carentes de educación no estén al tanto de las múltiples alternativas que tiene la medicina actual para tratar lo que es el cáncer. Por ende, estos argumentos conllevan que las personas tengan distintas creencias en relación a la enfermedad.

Dejando de momento las creencias individuales o colectivas, es necesario mencionar ahora como es la situación del cáncer en la población infantil de México. Basándose en las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), indica que en el 2014, habitaban 40.2 millones de menores de entre de 0 a 17 años de edad, el cual representaban un 36% la población del país. De esa cantidad, se argumentó que al año se diagnosticaban 5,000 a 6,000 casos de cáncer menores de 18 años. Desafortunadamente, de esos cinco mil a seis mil paciente habría 2,150 decesos por año (Secretaría de Salud, 2015).

La cifra proporcionada por el INEGI, contrasta con la encuesta GLOBOCAN (que es realizada por la Organización Mundial de la Salud, OMS), pues denuncian que para el 2012 se registraron 3738 casos de cáncer en menores de 0 a 14 años de edad, con una tasa de mortalidad de 1691 casos -392 mujeres y 465 varones-, por tanto, se pudiera afirmar que esta enfermedad podría ir en aumento en la población infantil de México (cabe revelar que la encuesta elaborada por el INEGI abarca únicamente la edad de los 0 a 17 años y en la encuesta GLOBOCAN es únicamente de los 0 a los 14 años). De esta manera, se considera que la enfermedad oncológica infantil sigue siendo aún un problema de salud para la población infantil.

Mientras tanto, el INEGI (2015) indica que la leucemia, los linfomas, los tumores del sistema nervioso central y los sarcomas, son los tipos de cáncer más frecuentes en los menores del país; siendo la leucemia el más habitual en dicha población. Anteriormente se argumentó que los casos de cáncer en la población infantil parecieran ir en aumento, donde lamentablemente en varios casos las familias con algún miembro que padezca algún tipo de cáncer no cuentan con los recursos económicos necesarios. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE, 2011), asevera que el rezago socio-económico es el factor principal para que algunos niños no cuenten con atención médica oportuna, dado que únicamente mil quinientos cuentan con seguro social.

Con anterioridad argumento que el cáncer suele una enfermedad de gran impacto para el paciente y su cuidador primario. Por tanto se esperaría que se afrontara de manera óptima la enfermedad, ¿pero cómo sería un afrontamiento óptimo? Un afrontamiento óptimo sería la existencia de estrategias y emociones positivas; por consiguiente, ambas variables contribuyen a un mejor bienestar en la salud. Por ejemplo, las estrategias de afrontamiento han sido estudiadas en el campo de la salud mental desde hace tiempo, puesto que están vinculadas con el estrés, las emociones y la solución de problemas (Lee-Baggley & Preece, 2005). Como también en los esfuerzos cognitivos, conductuales, fisiológicos y en la

interacción que emplea la persona al momento de padecer alguna enfermedad como lo es el cáncer (Compas, Jaser, Dunn & Rodríguez, 2012). Para que esto suceda se tiene que realizarse un trabajo holístico.

De esta manera, se señala que el estudio tiene como objetivo identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento y emociones que emplean los menores de edad con cáncer y su cuidador primario. Para conocer las estrategias y emociones se aplicó la adaptación infantil de la Batearía de Evaluación Psicosocial del Suceso de Enfermedad Crónica (Cantú-Guzmán, 2012, 2013, en prensa). Mientras que en los cuidadores se empleó la Bateria de Evaluación del Suceso de Enfermedad Crónica (Cantú-Guzmán, 2012, 2013, en prensa)

## **DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

De acuerdo a la OMS (2015), en el 2012 existieron 14 millones de nuevos casos oncológicos en la población en general; los cuales hubo 8,2 millones de decesos; siendo el cáncer de pulmón, próstata, colon, recto, estomago e hígado los más comunes en los varones. Mientras que en las mujeres los más frecuentes fueron el de mama, colon, recto, pulmón, cuello uterino y el de estómago. En cuanto a la estadística en la población infantil con algún tipo de cáncer; la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014), indica que la incidencia anual en menores de edad es de 12,45 por 100.000 niños menores de 15 años; dominando, la leucemia, los linfomas, los tumores del sistema nervioso central, tumor de Wilms, los neuroblastomas, osteosarcoma y sarcoma de Ewing, retinoblastoma, rabdomiosarcoma y los tumores de las células germinales.

La OMS (2011), menciona que el cáncer es una enfermedad de gran impacto social y económico; pues aproximadamente del 65% al 90% de las familias no cuentan con derechos de seguridad social y con la solvencia económica para poder tener una atención adecuada, conllevando de esta manera el abandono del tratamiento. Por tanto, esta situación podría complicar aún más la

mejoría del paciente. Después de las estadísticas mencionadas por la OM, el INEGI y de la OPS, se pudiera inducir que la enfermedad oncológica es una de los padecimientos más comunes en la infancia; la cual llega a considerarse como una de las principales causantes de defunciones en los menores de edad (Salcedo & Chaskel, 2009). Cabe mostrar que los menores pueden presentar cáncer en las mismas partes del cuerpo que en un adulto, sin embargo existen diferencias, en cuanto a síntomas y signos (Garza & Juárez, 2014).

Esta investigación toma como variables a estudiar en función de los menores con cáncer el empleo de estrategias de afrontamiento además del impacto de estas variables en relación a su cuidador primario. El concepto de estrategias de afrontamiento hace referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales, que tienen como objetivo manejar demandas externas o internas personales que el sujeto vaya experimentando. En este caso, basándose en como la persona enfrenta su situación de enfermedad se espera que la persona ponga en marcha estrategias de afrontamiento para afrontar la enfermedad (Leventhal, 1980, Lazarus & Folkman, 1991).

Otra variable a estudiar son las emociones, puesto que tienen relación con las estrategias de afrontamiento en personas que padezcan de alguna enfermedad crónica (Leventhal, 1970). Así mismo, las emociones suelen ser intensas, con una duración media y se enfocan hacia una persona o alguna situación específica e incluso hacia algún objeto. Estas características permite diferenciar las emociones con los estados de ánimo, dado que los estados de ánimo generalmente son más perdurables y no precisamente están asociados a objetos específicos (Montes, Rodríguez y Serrano, 2014).

El argumento sobre como las personas viven un contexto de enfermedad ha sido trabajado desde diferentes perspectivas teóricas. En este estudio investigación se toma como marco teórico El Modelo del Sentido Común (MSC) elaborado por Howard Leventhal (1970); este modelo explica la relación entre el afrontamiento y las emociones en función de las representaciones que hace la persona respecto a una situación de enfermedad.

El MSC explica como las personas hacen representaciones o creencias acerca la situación de enfermedad por la que están viviendo. A su vez, el modelo cuenta con dos tipos representaciones: Las representaciones de carácter cognitivo y las representaciones de carácter emocional. La primera representación indica que las personas tienden a buscar explicaciones ante las condiciones que están viviendo; que incluye la enfermedad, medicamento, instituciones médicas, etc. Y a partir de esto surgirán afrontamientos para manejar lo que se considera como amenazante. La segunda representación, alude a los sentimientos que concibe la persona ante el contexto de la enfermedad, este elemento es al igual relevante en función a la situación por la que pasa la persona. Por tanto, los individuos buscan afrontar el suceso para de este modo obtener un control emocional; que de igual manera se generaran afrontamientos para el manejo emocional, esto debido por las representaciones de la enfermedad (Leventhal, Meyer & Nerez, 1980).

En otras palabras, el MSC sugiere que a partir de las representaciones que realiza la persona en cuanto a su situación, establecerá estrategias de afrontamiento que utilizara para afrontar precisamente la situación de enfermedad. Por tanto, el MSC es relevante en esta investigación, puesto que esta teoría embona con las variables a estudiar.

En relación a la variable de las estrategias de afrontamiento respecto a los menores que padecen cáncer, la literatura reciente muestra, que surgen factores estresantes en ellos como: faltar a la escuela, por los tratamientos que recibirá y

por las dudas que irán surgiendo en el transcurso de la enfermedad. De este modo la literatura propone, que para bajar los niveles de estrés, el menor tendría que emplear estrategias de afrontamiento que beneficien su salud; pues las estrategias permitirá que los menores sean más activos en las decisiones relacionadas con el tratamiento y con el estilo de vida (Compas et al., 2012). Llegan a ser más participativos ante el padecimiento; presentan menos trastornos como depresión y manifestaran menos conductas de rebeldía (Celma, 2009). Sin embargo, cabe demostrar que el uso de las estrategias no es siempre garantía de éxito para la mejora de salud (Amarís, Madariaga, Valle & Zambrano, 2013).

En cuanto a las emociones, su papel es de gran relevancia en el proceso de la enfermedad. No obstante antes de revelar su importancia en el proceso de la salud, es primordial diferenciar las emociones de los estados de ánimo. Para Montes, Rodríguez y Serrano (2014), los estados de ánimos son más perdurables y no están asociados a objetos específicos. En contraparte, las emociones suelen ser más intensas, son de menor duración, ser más discretas y se enfocan hacia una persona, objeto o a situaciones específicas.

Siguiendo con el concepto de las emociones, Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007), separan las emociones en positivos y en negativos; los autores refieren que las emociones positivas influyen en la salud a través de funcionamientos fisiológicos. A la vez refieren que aquellas personas que emplean emociones positivas suelen buscar atención médica y se involucran en conductas que sean saludables. En cuanto a las emociones negativas, los autores señalan que los pacientes que usan emociones negativas tienen más predisposiciones a tener enfermedades infecciosas; tener una disminución en buscar atención médica e inducir conductas no saludables. Lo anterior se relaciona con lo dicho de Vecina (2006), quien puntea que las emociones positivas prevendrán enfermedades.

Otra variable a estudiar en esta investigación y que es de gran relevancia para la recuperación del menor es la del cuidador primario; esto quiere decir que es la persona que se encarga de cubrir las necesidades físicas y emocionales de un enfermo (Astudillo & Mendinueta, 2008). Por tanto, el cuidador primario también experimenta sus propios procesos de afrontamiento y emocionales que son fundados en la representación que se produce en cuanto a la situación de tener un ser querido con alguna enfermedad.

Por cuestiones culturales, aquella madre que tenga un hijo hospitalizado llega a ser la más afectada, puesto que en todo el proceso de la enfermedad que va desde el diagnóstico hasta la recuperación, o en el peor de los casos el deceso; suele manifestar mayor ansiedad y depresión en comparación con el resto de sus familiares (González, 2006). En ocasiones las cuidadoras primarias emplean el apoyo social como una estrategia de afrontamiento, además de hacer uso de la expresión emocional. No obstante, esto no es garantía de bienestar puesto que el apoyo social que consiguen suele ser de las amistades o los familiares que del personal médico, lo cual conlleva a que no cuenten con un soporte adecuado respecto a la información (Beléndez, 2012).

Se destaca que el cuidador no solo lucha contra los cambios personales que ha generado la enfermedad en uno de sus hijos, puesto que tiene que enfrentarse a los cambios psicológicos y emocionales que muestra su hijo. Estos cambios y demandas las cuales son constantes, generan una sobre carga física y emocional para la cuidadora, donde por obvias razones surgen emociones negativas como angustia, ansiedad o cambios en la alimentación, etc. Por tanto, esta situación conlleva una afectación en la calidad de vida del propio cuidador (Kohlsdorf & Costa, 2011).

Además, el cuidador tiene en ocasiones que cumplir con el mantenimiento y cohesión familiar (Astudillo & Mendinueta, 2008). Este rol es una gran responsabilidad, pues tiene que hacer un gran esfuerzo para que logre un buen

vínculo emocional con el paciente, de lo contrario, puede que surja una pobre relación que sobrelleva problemas conductuales y emocionales en el paciente (Noel, 2011).

## **JUSTIFICACIÓN**

Una de las principales razones para que este estudio se enfocara en cáncer de tipo infantil es por la alta incidencia que existe en la población de México. De acuerdo al INEGI (2015), en los últimos años hubo un aumento significativo de ingresos hospitalarios en menores de quince años de edad con tumores malignos, siendo la leucemia, los linfomas, los tumores del sistema nervioso central y los sarcomas los tipos de cáncer más usuales en la población infantil.

Previamente se dio hincapié en que la enfermedad oncológica afecta a miles de niños en todo el país. Por tanto se considera que esta enfermedad crónica es la segunda causante de decesos en la infancia –los accidentes ocupan el primer lugar- Para darnos una idea sobre como el cáncer sigue siendo un problema en la salud pública; en el país existen únicamente 135 oncólogos pediatras para los más de seis mil casos de cáncer infantil que se registran anualmente, además se destaca que aproximadamente cada cuatro horas fallece un niño debido a esta enfermedad (Centro de Apoyo a Niños con Cáncer, CANICA, 2015).

Cabe indicar que el cáncer afecta a cualquier persona sin importar la edad, etnia, género o nivel socio-económico. Además la enfermedad oncológica llega a estar asociada comúnmente a pensamientos negativos y de generar cambios en el paciente y en el cuidador. Algunos cambios en el menor serían: dejar la escuela incertidumbre si habrá o no cura, pérdida de la salud; en ocasiones estar aislado, mostrar una baja autoestima, pérdida de autonomía -especialmente en adolescentes-, cambios físicos derivados por los tratamientos y posibles cambios conductuales. Por parte del cuidador primario surgen pensamientos infortunados

sobre la enfermedad que padece su hijo, hay cambios en los roles de la familia; las cuestiones económicas suelen ser por lo general una de las principales preocupaciones; existen cambios en las rutinas diarias como la alimentación, el sueño, el aseo personal y de cambios conductuales.

Todos estos cambios que son derivados por la situación de la enfermedad, consiguen generar trastornos emocionales en el paciente y en su cuidador primario. Trastornos emocionales que incluso estarán presentes si la persona llegara a recuperarse. Por ejemplo, Wenniger et al., (2013), reseñan que la intensidad de los tratamientos pudiera generar en un futuro estrés postraumático. Padecimiento que podrá estar presente en el enfermo y su cuidador una vez que se haya recuperado del padecimiento, dado a esta situación es necesario un proceso de adaptación, aunado a un empleo o ajuste adecuado en las emociones para quienes hayan padecido cáncer, para sus respectivos cuidadores y para el resto de la familia (Cieślak et al, 2013).

Hasta el momento se han realizado pocas investigaciones sobre las variables de estrategias de afrontamiento y emociones entre las ciudades de Monterrey Nuevo León y Torreón Coahuila. De esta manera, nos hace ver la importancia de llevar a cabo la investigación sobre el tema en nuestro contexto geográfico. Se argumenta que el cáncer es una enfermedad de gran impacto para el paciente y para su cuidadora. Por eso, surge la importancia de llevar a cabo esta investigación con diseño descriptivo correlacional, que tiene como fin conocer las estrategias de afrontamiento y emociones que emplean los menores de edad que padezcan de algún tipo de cáncer, y de conocer estas mismas variables en el cuidador primario.

## **OBJETIVO GENERAL**

1. Identificar las estrategias de afrontamiento y las emociones predominantes del menor con cáncer y del cuidador primario.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Conocer las estrategias de afrontamiento del menor con cáncer.
2. Conocer las emociones del menor con cáncer.
3. Conocer las estrategias de afrontamiento del cuidador primario.
4. Conocer las emociones del cuidador primario.
5. Identificar la relación de las estrategias de afrontamiento y las emociones del menor; además de las estrategias de afrontamiento con las emociones del cuidador primario.

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

1. ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que emplean los menores y el cuidador primario?
2. ¿Cuáles son las emociones que predominan en menores y cuidadores primarios al afrontar cáncer?
3. ¿Existen diferencias entre las estrategias y emociones empleadas por los pacientes y los cuidadores?

## **LIMITACIONES Y DELIMITACIONES**

El estudio se enfocó a estudiar únicamente las emociones y estrategias de afrontamiento que emplean los menores con cáncer y su cuidador primario. Las limitaciones que se tuvieron en la realización de este trabajo fueron de tipo administrativo, puesto que hubo dificultades para poder tener acceso a la población a trabajar. Además de tener una muestra no representativa, pues la población con la que se trabajó en este estudio fue de conveniencia. Una limitación más que cuenta este trabajo es que únicamente se trabajó con dos instituciones. Por último, una limitación en cuanto al instrumento que se empleó, fue la dificultad que tenían los cuidadores primarios en comprender los ítems que se les iba indicando.

## CAPITULO II

### *MARCO TEÓRICO*

#### **EL MODELO DEL SENTIDO COMÚN DE LA ENFERMEDAD DESARROLLADO POR HOWARD LEVENTHAL.**

Para este trabajo se tomó en cuenta el modelo teórico del sentido común, realizado por Howard Leventhal, la teoría está centrada en cómo las personas generan representaciones ante la situación de la enfermedades (Leventhal, 1970). A su vez, Leventhal, Diefenbach y Leventhal (1992), señalan que este modelo está constituido por el sistema cognitivo y afectivo, por el cual estos factores favorecen la salud y los comportamientos de la enfermedad. Como se mencionó con anterioridad, este modelo teórico tiene dos componentes; que son las representaciones cognitivas y las representaciones emocionales. Cabe revelar que ambas representaciones llegan a interactuar para de este modo generar afrontamientos.

Dentro de las representaciones cognitivas, existen cinco componentes referentes en como las personas representan la enfermedad, estos componentes son:

- .- **Identidad**, es la condición en donde la persona le pone una etiqueta o interpreta los síntomas que está presentando.
- .- **Causa**, es la representación personal sobre lo que pudo o puede estar causando la enfermedad.
- .- **Consecuencia**, hace referencia al impacto que la enfermedad generara en la persona de manera física.

.- **Línea de tiempo**, se refiere a la creencia de cuánto tiempo durara la enfermedad, si será aguda o crónica.

.- **Curabilidad**, la cual son las creencias sobre si la enfermedad es curable.

Por último, está un componente adicional que es el procesamiento paralelo que se refiere a las representaciones cognitivas y emociones que las personas generan en cuanto a la enfermedad (Leventhal, 1997).

Respecto a las emociones en cuanto al MSC, Martin, Rothrock, Leventhal y Leventhal (2003) indica que los síntomas que percibe la persona en relación a la situación de la enfermedad pueden provocar temores, ansiedad, desanimo, irritación u otros estados emocionales que afecten la salud del individuo. En cuanto al temor, los autores refieren que dicho estado afectivo puede ser una herramienta útil para pacientes con enfermedades crónicas; siempre y cuando el médico le aporte al paciente información adecuada y combinada con un plan de acción, puesto que esto beneficia la salud del sujeto. Esto concuerda con lo que expusieron anteriormente Leventhal, Hansell, Diefenbach, Leventhal y Glass (1996), los autores realizaron un estudio longitudinal con adultos mayores, concluyendo que los estados emocionales negativos provocan que haya un aumento de síntomas y que afecte el sistema inmune.

El MSC está constituido por las representaciones cognitivas (Identidad, la causa, la consecuencia, la línea de tiempo y la curabilidad) y las representaciones emocionales. Cuando una persona padece alguna enfermedad; surgirán representaciones cognitivas y representaciones emociones. Si el individuo representa la enfermedad como muy amenazante surgirán emociones que perjudiquen la salud hasta llegar a trastornos como la ansiedad; Leventhal (2003), señala que si el sujeto identifica o etiqueta síntomas, esta persona experimenta más ansiedad. De este modo, es importante saber cómo los pacientes y los cuidadores han reaccionado previamente ante situaciones estresantes.

Se ha demostrado que los pacientes que padezcan de alguna enfermedad crónica y hagan empleo de emociones negativas habrá más posibilidades de reportar síntomas físicos. Esto es generado por las representaciones que se le da a la enfermedad y a los síntomas físicos (McAndrew, Mora, Quigley, Leventhal & Leventhal, 2014). El tema de las representaciones cognitivas y las representaciones emocionales que propone este modelo teórico ha sido estudiado en diferentes ocasiones; dado que el objetivo ha sido ver las relaciones de las representaciones ante una situación de enfermedad, ya que dichas representaciones están relacionadas entre sí a pesar de ser dos conceptos independientes.

Para tener una idea sobre los trabajos previos, Baumann, Cameron, Zimmerman y Leventhal (1989), reportaron las representaciones que tenían 51 voluntarios con presión sanguínea, concluyendo que el estrés tiene un papel importante; esto es debido a que el estrés influirá en las representaciones que se tomen en cuanto al padecimiento para posteriormente realizar planes de afrontamientos. También refieren que las creencias previas ante alguna otra enfermedad perjudicarían la búsqueda de información, esto con el fin de reafirmar o negar la presencia de algún padecimiento, dado que las personas suelen buscar los síntomas que tienen para verificar si cuentan con alguna enfermedad.

Hagger y Orbell (2003) evaluaron las representaciones de pacientes con enfermedades crónicas, refiriendo que el componente curación y control están relacionados con el afrontamiento activo, el cognitivo y con aquellos que centran su atención en el problema; mientras que los componentes consecuencia, identidad y duración están vinculadas con estrategias negativas y evitativas. Igualmente, Hekler et al (2008), realizaron una investigación con 102 pacientes afroamericanos que tenían hipertensión; su objetivo era estudiar la conducta, las creencias y el control de la enfermedad usando el MSC; concluyendo que los pacientes que mostraban creencias de control ante la enfermedad generaba una reducción de estrés, además de mejorar sus hábitos de salud.

Asimismo, la literatura indica que los pacientes con diabetes tienen barreras para su mejoría. Entre esas barreras se encuentra; un bajo compromiso por parte de los pacientes para seguir las recomendaciones del autocuidado, la segunda barrera sería una inadecuada adherencia al tratamiento. Concluyendo que las creencias de cada paciente son los predictores más notables para la toma del medicamento (Mann, Ponienman, Leventhal & Halm, 2009).

En el 2009, Quiles, Terol y Marzo, evaluaron la representación de la enfermedad y los afrontamientos en 98 mujeres que padecían algún trastorno alimenticio, obteniendo como resultado que aquellas mujeres que tenían un rango de edad de 12 a 15 años empleaban estrategias de afrontamiento evitativas y centradas en las emociones en comparación de aquellas mujeres de 24 a 27 años. También señalan que la “identidad” se asoció al uso de afrontamiento evitativo, como pensamientos desiderativos y la auto-culpa. Mientras que la dimensión de “curación” se relaciona con afrontamientos positivos como, búsqueda de apoyo social y religiosidad. En otras palabras, si existe una mayor “identidad” de síntomas dificultara el afrontar la enfermedad, en cambio, si ven una representación positiva en cuanto a la “curación”, se empleara como estrategia la búsqueda de apoyo y las estrategias religiosas.

Estos argumentos dan a entender que las representaciones de las personas ante la enfermedad llegan a influir en la salud. Por tal motivo, se toma en cuenta esta teoría, pues tiene una importante relación entre la variable de las estrategias de afrontamiento y las emociones. Por ende, ambas variables están relacionadas con la progresión, mejoría o prevención de la enfermedad, incluyendo los pensamientos que aparecen cuando la persona pasa ante una situación en donde su salud este en juego.

## **IMPACTO PSICOSOCIAL Y EMOCIONAL DEL CÁNCER EN EL MENOR Y EN EL CUIDADOR**

El hecho de tener a un familiar hospitalizado suele verse la situación como una experiencia traumática. Incluso puede ser percibida como un factor desintegrador para la familia. No obstante, para otras personas dicha experiencia puede ser vista como positiva, puesto que percibirán la enfermedad como un fortalecedor para el sistema familiar (Baider, 2003).

Específicamente, el tener un hijo con alguna enfermedad crónica, surgirán reacciones que dependerán de las estrategias y de la vulnerabilidad que sientan ante la situación por la que estén experimentando. Por eso es importante tomar en cuenta el nivel socio-económico, los sistemas de apoyo a los que se tenga acceso, la calidad de servicios sanitarios, educativos y experiencias pasadas ante problemáticas médicas. Por tanto es importante que el personal médico tenga los conocimientos sobre cómo los cuidadores podrían actuar ante una enfermedad de este tipo, dado que a partir de esa circunstancia se brindaría un mejor apoyo al paciente y para el resto de la familia (Grau & Fernández, 2010).

De este modo se requiere que el cuidador primario y aquellas personas que sean un soporte para él o la cuidadora obtengan apoyo psicológico; no obstante esto suele ser complicado, ya sea por las creencias que tengan sobre la terapia o incluso por aspectos académicos y económicos. Un ejemplo, sería aquellos niños que viven con un bajo nivel académico, pues la literatura señala que las personas con un bajo nivel de estudio tienen más riesgos de padecer alguna enfermedad crónica, o bien, tener limitaciones en actividades relacionadas con la salud, además de tener necesidades médicas insatisfechas o recibir cuidados médicos tardíos. Estas carencias no se verán tanto en padres que tengan un nivel socioeconómico y educativo superior, dado que se espera que tendrán mayor conocimiento sobre los buenos hábitos sanitarios y tener acceso a los cuidados médicos (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009).

Se puede indicar que los problemas financieros son generadores de estrés cuando se tiene un miembro de la familia con alguna enfermedad crónica. En ocasiones, cuando existe un problema económico, los cuidadores primarios llegan a alterar el horario del trabajo o incluso tener que renunciar, especialmente en casos donde no esté presente la imagen paterna o materna, con el fin de cuidar a su hijo (Fletcher, 2010). El abandono del trabajo por parte del cuidador repercutirá en los recursos económicos donde habrá una mayor vulnerabilidad, desarrollando posteriormente en los cuidadores sentimientos como frustración y temor (Ballestas et al., 2013).

Continuando con las dificultades que pudieran padecer los cuidadores, es común que aparezca el estrés; aunque, este trastorno suele aparecer desde el momento en que se da a conocer el diagnóstico. Una dificultad más que presentarían los cuidadores primarios serían los conflictos psicosociales (Sloper, 1996). También surgirán distintas emociones, por ejemplo: rabia, dolor o negación; posteriormente rasgos depresivos y finalmente aceptación. Algunos cuidadores sienten culpa e impotencia por creer no poder proteger a su hijo. Incertidumbre por saber si funcionarían los tratamientos, generando sobreprotección en su hijo enfermo (Méndez et al., 2004). O bien, puede que estén a la defensiva. Como se puede apreciar existe una ambivalencia de sentimientos, por lo que podría ser un factor que imposibilita el cuidado adecuado del niño (Quintana, Hastenpflug, Pereira & de Quadros., 2013).

Los cuidadores del menor deben lidiar también con el dolor físico que su hijo está experimentando y aprender los diferentes tipos de tratamientos (Torres & Pérez 2011). Generalmente suelen enfocarse en la cura de la enfermedad y en reducir el sufrimiento (Joubert et al., 2001), conllevando a que aparezca en los cuidadores primarios depresión, estrés postraumático y ansiedad; por tanto estos síntomas llegan a agudizarse en algunas fases de la enfermedad (Wijnberg-Williams, Kamps, Klip & Hoekstra-Weebers, 2006). Pudiendo interferir en el entendimiento, en la comprensión y adherencia al tratamiento, además de influir

de manera negativa en el comportamiento del menor (Streisand, Braniecki, Tercyak & Nazak, 2001). Por eso, mucha de las veces es común que las personas que están al pendiente de un enfermo sean permisivos, optando hacer trueques con su hijo para que acuda a los tratamientos o para que tome los medicamentos, (Wenniger et al., 2013).

Este cambios puede generar en los cuidadores seguridad para ayudar a su hijo o incluso pueden experimentar altos niveles de estrés, consiguiendo desconfiar del personal médico (dos Santos, de Brito & Yamaguchi, 2013). Se deduce que la enfermedad es un generador de diversos cambios para los padres que tienen un hijo con cáncer; los padres con un hijo que padece algún tipo de neoplasias suelen percibir problemas con la pareja, con su hijo enfermo y el resto de sus hijos en caso de que tenga más de un hijo e incluso con el resto de los familiares (Grau & Espada, 2012).

De esta manera, el personal médico debe tomar en cuenta la cultura, el lenguaje y la vulnerabilidad del paciente y su cuidador en cuanto a la información que se les vaya a servir (Kästel, Enskär & Björk, 2011). Será necesario evitar explicaciones largas, no dar mucha información en un tiempo limitado, debe existir una consciencia de las explicaciones que se van dar, puesto que las explicaciones que se darán estarán dirigidas al menor; esto tiene como fin, que la información que se dé sea retenida (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009). Al mismo tiempo, el personal médico debe contar con competencias profesionales y mostrar un contacto emocional con los cuidadores (Grau, Espada & Fortes, 2010).

Singh y Hodgson (2011), refieren que los profesionales de la salud también deben promover el afrontamiento positivo, dado que esto genera en los menores de edad esperanza, optimizando el bienestar emocional. A la vez revelan que el cáncer no necesariamente conduce consecuencias negativas, pues, si la persona tiene relaciones positivas con el personal de salud formara aspectos que beneficien al menor enfermo.

En síntesis, la enfermedad crónica no solo afecta al menor sino a todas las personas que sean cercanos a él, especialmente en el cuidador primario. Aun así, si el menor logra superar la enfermedad, en algunos casos su funcionalidad psicosocial se verá alterada; esto en contraste con aquellas personas que han tenido el deceso de un hijo, puesto que la familia que ha experimentado la pérdida de uno de sus hijos generara reacciones y emociones dispersas. Por ende, la labor del psicólogo es aumentar la calidad de vida de los supervivientes o en efecto, asimilar la pérdida del niño por parte de los padres (Méndez et al., 2004). Por último, en algunos casos algunas personas suelen presentar estrés postraumático después de haberse recuperado de la enfermedad, por el cual puede existir en el paciente y en su cuidador primario preocupaciones, miedos a la recaída de la enfermedad o irá en relación a la enfermedad (Ljungman et al., 2014).

## **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL MENOR**

Las estrategias de afrontamiento llegan a tener una relación con las emociones. Para señalar como las estrategias se relacionan, la literatura reciente indica que un adulto sin ansiedad emplea estrategias de afrontamiento como solución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social; en cuanto a las personas con síntomas de ansiedad emplean solución de problemas, reevaluación positiva y evitación cognitiva (Gantiva, Luna, Dávila & Salgado, 2010). Estas estrategias varían de acuerdo al desarrollo personal, del ambiente en donde se desenvuelve y del estado emocional; de esta manera surge el interés de encontrar que estrategias emplean los menores.

Es de importancia denunciar que las estrategias de afrontamiento se van modelando de acuerdo al sistema familiar y socioeducativo; esto surge porque el menor al ser parte del sistema familiar vera las diferentes estrategias de afrontamiento que emplean los integrantes de la familia cuando están ante una situación de estrés (Amarís et al., 2013). Por ejemplo, Richaud (2005), señala que

aquellos menores que tengan padres democráticos facilitara los afrontamientos adaptativos, como la reestructuración cognoscitiva y poner acciones hacia los problemas; los padres controladores generan afrontamientos desadaptativas como la evitación cognitiva o búsqueda de otras alternativas gratificantes; por otra parte, aquellos niños que buscan apoyo como estrategia para afrontar el problema es generado por tener unos padres autoritarios.

Para un adecuado uso de estrategias de afrontamiento se requiere estabilidad en áreas como en lo social, lo afectivo, e incluso en lo económico. Por ejemplo, el estrés crónico elevado interrumpe el desarrollo de capacidades de autorregulación y de las estrategias de afrontamiento para que el niño enfermo aprendan a manejar las demandas del medio ambiente (Evans & Kim, 2012). Igualmente, el empleo de las estrategias de afrontamiento positivas generan una mejor recuperación de la enfermedad en comparación de aquellos que usan estrategias negativas (Cardenal, Cerezo, Martínez, Ortiz-Tallo & Blanca, 2012).

Rodríguez, Esteve y López (2000), estudiaron la relación que existía entre las estrategias de afrontamiento y el dolor en pacientes oncológicos, llegando concluir que al existir un mayor control de emociones genera un uso frecuente de estrategias de afrontamiento activas al dolor en pacientes oncológicos. Del mismo modo, las estrategias de afrontamiento pasivas, están asociadas a un mayor dolor, a quejas continuas y tiene continuas visitas al médico.

A la vez, Anarte, Ramírez, López y Esteve estudiaron en el 2001, la influencia de las estrategias de afrontamiento y el dolor en 197 pacientes con dolores oncológicos (97 hombres y 100 mujeres); con edades que comprendían de los 20 a 88 años. Los autores encontraron que los pacientes que usaron estrategias pasivas tenían mayor dolor crónico; además de esto, mencionan que la edad no guarda relación con el dolor crónico.

Respecto a menores de edad que tiene cáncer, Ballestas et al. (2013), evaluaron la funcionalidad de 90 niños, obteniendo como resultados que el 68,9% de los menores era independiente; el 22,2% era medianamente dependiente y el 8,9% era dependiente hacia su cuidador primario. Este estudio se toma en cuenta, debido a la necesidad de hacer entender a los cuidadores que el desarrollo de las estrategias positivas pueden ser afectadas por factores como la sobreprotección, puesto que en ocasiones los padres ejecutan de manera consciente o inconscientemente en sus hijos una sobreprotección que pudiera interferir de manera negativa en las estrategias de los menores. Es entendible que la enfermedad desarrollara preocupaciones. Sin embargo, aquellas personas que están cerca del menor enfermo tienen que comprender que la sobreprotección hacia sus hijos puede perjudicar aún más la salud.

En otro aspecto, se ha visto que en los primeros meses de la enfermedad, los menores no suelen manifestar altos niveles de ansiedad, depresión, preocupación por la imagen corporal o tener menor autoestima que aquellos menores sanos y que tengan la misma edad. Pues esto dependerá del estilo de afrontamiento que el niño empleó y del apoyo que reciba por parte de los padres (Barakat et al., 2003). Aun así el niño enfermo llegara a adaptarse a la enfermedad y a los tratamientos, mientras que algunos padres llegaran a adaptarse a la enfermedad después de dos años en que se les dio el diagnóstico del padecimiento de su hijo (Muglia-Wechsler, Bragado-Álvarez & Hernández-Lloreda, 2014).

Morales y Trianes (2010), estudiaron la relación de las estrategias de afrontamiento, el ajuste emocional y las manifestaciones de comportamiento en menores ante problemas con los padres y la salud; la muestra estuvo comprendida con 402 sujetos con edades de 9 y 12 años de edad. En el aspecto médico –que es de interés para este trabajo- obtuvieron que la estrategia de afrontamiento improductivo tiene una correlación positiva con el estrés cotidiano, con el desajuste escolar, desajuste clínico y síntomas emocionales; en cuanto a la

variable emoción encontraron que existe una correlación positiva con el desajuste clínico y síntomas emocionales. Llegando a concluir que los menores con problemas médicos, educativos y con sus pares emplearon estrategias improductivas, estos datos contrastan con los menores que utilizaron estrategias más positivas, pues suelen tener efectos positivos en la salud emocional.

Dicho esto, se deduce que aquellos menores que padecen de alguna enfermedad crónica como el cáncer requieren hacer empleo de estrategias positivas para tener una mejoría en su salud. No obstante esto suele ser complicado; debido a que actualmente existen diferentes razones que impiden un uso adecuado de las estrategias de afrontamiento, como el hecho de que aún no hay hospitales que brinden con apoyo psicológico para el paciente y para el cuidador primario. O bien, por cuestiones económicas y por las creencias que puedan tener los pacientes y sus familiares.

Lo anterior se relaciona de manera positiva con lo que señala Leventhal en su teoría del sentido común, esto en correspondencia a las creencias que pueden tener los menores ante una enfermedad crónica, pues la literatura que ya se expuso muestra una serie de factores que pueden percibir los menores de manera independiente para de este modo dar una propia identificación de los síntomas del padecimiento. En este apartado se manifestó que regularmente los padres son quienes moldean las estrategias de afrontamiento en los menores, la cuestión sería si las creencias pueden ser moldeadas en un menor con cáncer como en el caso de las estrategias de afrontamiento.

## **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL CUIDADOR PRIMARIO**

Las estrategias son un conjunto de procesos cognitivos, afectivos y comportamentales, las que se pueden clasificar como activas y pasivas (Espada & Grau, 2012), aunque algunos autores las denominan también como positivas y negativas, ambos tipos de estrategias, tienen un grado de vulnerabilidad (Carver, Scheeier & Weintraub, 1989). También, las estrategias de afrontamiento favorecen la adaptación al contexto en el que interactúa la persona; por tanto, cada individuo tienen una variación de estrategias de afrontamiento en función al problema a resolver (Figuroa & Cohen, 2006).

Anteriormente se expresó que la enfermedad oncológica sigue contemplándose como una amenaza, esto a pesar de los avances de la medicina, por eso los cuidadores primarios tendrán que hacer uso de estrategias para afrontar la enfermedad, estas estrategias pueden ser: espíritu de lucha, evitación o negación, aceptación o cualquier otra estrategia (Méndez, 2005). Cabe aclarar que el uso de las estrategias depende de factores personales, por cómo se percibe la enfermedad o por factores ambientales.

Generalmente la madre es quien asume el rol del cuidador primario, siendo la principal persona en tomar las decisiones; en la administración de medicamentos, en brindar apoyo al paciente y de continuar con las actividades familiares, estos factores llegan a generar niveles de ansiedad más altos que los padres (McGrath, 2001). Esta situación generara un incremento de estrés en el cuidador que a su vez afectará al menor, pues las figuras parentales son vistas como modeladores de las estrategias (Hoekstra-Weebers, Wijnber-Willims, Jaspers, Kamps & Van de Wiel, 2012). Además, los cuidadores que tienen mayor seguridad generaran mayor empatía en sus hijos, esto datos son referido de acuerdo al estudio de González-Arratia, Nieto y Valdez (2011).

De aquí nace la importancia de saber las estrategias que ha empleado el cuidador primario ante previas crisis, puesto que esto revela las estrategias y estilos de afrontamiento serán de beneficio ante una nueva crisis (Torres & Pérez, 2011). De este modo es fundamental que exista una aceptación y una elaboración adecuada de las estrategias pasadas, ya que ayuda a que exista una consciencia de estilos y patrones que podrían favorecer o damnificar las respuestas actuales, una vez que la persona reconozca las estrategias de afrontamiento del pasado podrá reflexionar que estrategias se adecuan mejor a la crisis actual (Doka, 2010).

Conjuntamente, el cuidador es quien se encarga de atender las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, su rol es importante para las personas que atiende y rodea al enfermo, asume diversas responsabilidades como ayudar al paciente en actividades que no puede realizar por su propia cuenta. Estas responsabilidades pueden generar problemas físicos, psíquicos y socio-familiares. Por esto, es importante atender las necesidades del cuidador para que pueda sobrellevar los esfuerzos que realiza durante el cuidado diario del enfermo (Infocáncer, 2013).

Por otra parte, se ha reportado que las cuidadoras de niños con una edad más joven reportan depresión (Grootenhuis & Last, 1997), además de ansiedad cuando los menores no pasan de los seis años, esto es posiblemente por la vulnerabilidad que representan los niños y de la existencia de mayores demandas de atención que requiere el niño o la niña (Kohlsdorf & Costa, 2011). Hernández, Lorenzo y Nacif (2009), revelan que esto es generado por que los menores de cinco años no poseen la madurez necesaria para comprender la enfermedad como aquellos niños mayores. Resaltan que los menores de cinco años tienen preocupaciones como separarse de la madre y preocupaciones por el abandono y la soledad.

En cuanto a estudios previos, en el 2006, de la Huerta, Corona y Méndez, reportaron en su estudio descriptivo con diseño exploratorio, retrospectivo y transversal que las cuidadoras centran sus acciones en el análisis, la valoración y revaloración de demandas provocadas por la enfermedad de su hijo, de esta manera modifican la tensión generada por la situación, además muestran que la estrategia más frecuente en las cuidadoras primarias fue el cognitivo activo con un 61% de la población en la ya mencionada investigación. Greening y Stooppelbein (2007), refieren que el afrontamiento de evitación, complica la resolución de experiencias traumáticas, el cual llega a aumentar riesgos de padecer estrés postraumático. De igual forma observaron que el afrontamiento optimista/religioso disminuye la ansiedad que padecen los padres que tienen un hijo con cáncer.

Para el 2009, Moral y Martínez, realizaron un estudio correlacional, donde midieron los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento en quince parejas de padres que tuvieran un hijo con cáncer. Obteniendo como resultado que cuatro de las 15 madres (27%) y once de los padres (73%), presentaron altos niveles de estrés. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, señalan que las madres emplean estrategias de afrontamiento focalizados en la solución de problemas, afrontamiento religioso y evaluación positiva. Mientras que los padres, suelen ser más evitativos y estar más estresados que las madres.

Después, Kohlsdorf y Costa (2011) efectuaron un estudio con 44 participantes para determinar las estrategias de afrontamiento que empleaban los cuidadores primarios al tener un hijo con leucemia, llegando a concluir que los cuidadores recurrían a estrategias implicadas en prácticas religiosas y pensamientos imaginativos, seguido por afrontamiento centrado en el problema y búsqueda de apoyo social.

En cuanto a las estrategias religiosas, Pinto (2007), realizó una investigación descriptiva cuantitativo transversal con 60 cuidadores que tuvieran hijos que padecieran de alguna enfermedad crónica, llegando a la conclusión que

el 55% de los cuidadores cree en un ser supremo; el 50% de los cuidadores mantenían actividades espirituales; el 56% concluye que el impacto de una enfermedad genera un bajo nivel espiritual.

Continuando únicamente con los aspectos religiosos, Flórez-Torres, Montalvo-Prieto, Herrera-Lian y Romero-Massa, compararon en el 2010 los bienestar que conforman la calidad de vida en cuidadores primarios de niños y adultos con enfermedades crónicas. En su estudio colaboraron con 91 cuidadores de niños y 97 cuidadores de pacientes adultos, para comprar los bienestar de estos grupos emplearon la prueba de T de Student, resumiendo que los cuidadores de niños con enfermedades crónicas están más afectados que los cuidadores de adultos (23,7 el promedio en cuidadores con niños y 22,6 para cuidadores de adultos).

Con anterioridad se citó que las estrategias han sido estudiadas un sinfín de veces, por tanto se han realizado diversas técnicas, sistemas, modelos, etc. Que pudieran ser de gran ayuda para formar estrategias de afrontamiento. Para ejemplificar, en 2010, Espada, Grau y Fortes comprobaron que los padres que tuvieran un hijo con cáncer empleaban estrategias activas, como: Resolución de problemas, búsqueda de información, regulación afectiva y búsqueda de apoyo social. De acuerdo a estos datos, señalan que estas estrategias generaran en el padre un adecuado control de estrés y de sus emociones, para obtener estos resultados trabajaron con cortometrajes que enseñaran estrategias de afrontamiento positivas.

Cabe demostrar que el uso de cortometrajes no es precisamente una técnica nueva y exclusiva para adultos y/o cuidadores primarios; pues el empleo de esta herramienta puede ser utilizado en menores de edad, donde se les instruye el uso de estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación, la importancia de la expresión emocional etc (Ortigosa, Méndez & Quiles, 1996).

Para concluir este apartado, es fundamental que los cuidadores primarios realicen un empleo de estrategias positivas. Esta afirmación tiene como objetivo que el niño o niña hospitalizada emplee las estrategias que observa y por ende aprende de su cuidador, pues esto permitirá que exista una disminución en trastornos como lo es la ansiedad y el estrés.

## **EMOCIONES EN EL MENOR**

En cuanto a la variable de las emociones, se tiene que señalar primero que son sentimientos que surgen cuando una persona se encuentra en diferentes interacciones de la vida cotidiana, además que son caracterizadas por el comportamiento que refleja el placer o el desagrado del estado actual de la persona, pueden adoptar formas específicas como la alegría, el temor, el enojo, entre otras. Las emociones son divididas por emociones positivas y negativas, en las positivas se encuentra la alegría, el entusiasmo y el amor, mientras que las negativas incluyen la ansiedad, el enojo, la culpa y la tristeza (Santrock, 2007).

Una enfermedad crónica no es un proceso unitario, dado que trae un sinnúmero de cambios de los cuales en ocasiones llegan a hacer una gran amenaza para la vida, a su vez puede ser un gran desafío para la estabilidad emocional del paciente y el de la familia (Rodríguez et al., 2002). Torres y Pérez (2010), mencionan que toda persona cuenta con emociones positivas y se van desarrollando. Aquellas personas que cuentan con emociones positivas para afrontar la situación de la enfermedad reducen la intensidad del estrés, generando que se disminuya la presencia de ansiedad y de depresión (González, Valdez, Oudhof & González, 2009). Del mismo modo quienes emplean emociones positivas, no solo hace que la persona se sienta bien en el presente, pero también, generaran que se sientan mucho mejor en experiencias futuras (Fredrickson, 2001).

Respecto a las emociones negativas, se ha encontrado que dichas reacciones emocionales generan conductas inadecuadas e incluso interfieren en los hábitos de salud, lo cual esto interfiere de manera negativa en la salud de la persona. Estas emociones están vinculadas con trastornos como ansiedad, depresión, las cuales pueden afectar el sistema inmune (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009). En otros aspectos, cuando persisten emociones negativas, las personas tienen cambios en el comportamiento (Fredrickson, 2004).

Como se ha venido indicando, el cáncer es un generador de cambios para el paciente y el resto de sus familiares; donde en muchos de los casos surgirán diferentes emociones, que aparecen en el momento de dar el diagnóstico hasta en la fase de supervivencia o en el peor de los casos en la fase paliativa. Para ser específicos, Malca (2005) señala que al momento de dar el diagnóstico se verán emociones en el paciente y en su familia como lo es la ira, la negación, culpa, desesperación, entre otras emociones. Al mismo tiempo, la enfermedad genera problemas en la integración e interacción social, como también mermar habilidades escolares e incluso generar trastornos de aprendizaje, esto debido a todo lo que conllevaba la enfermedad (Méndez, 2005).

El cáncer infantil además de tener un tratamiento específico tiene un impacto emocional en los niños debido a las continuas visitas al hospital, los cuidados pueden ser en ocasiones extremos y los medicamentos pueden ser largos e intensos. Las investigaciones indican que existe una diferencia entre los niños más pequeños que aquellos niños mayores, debido a que los más pequeños llegan a experimentar preocupación por el dolor y miedo por separarse de sus padres. Esto contrariamente en los niños más grandes, pues en ellos surgirán sentimientos de soledad (Méndez, Orgilés, López-Roig & Espada, 2004). Al mismo tiempo, la literatura marca que existen preocupaciones por la imagen corporal, esto es por la pérdida de cabello, los cambios del peso corporal, amputaciones, alteraciones en la piel, dichos cambios crearan vergüenza y miedo que darán como respuesta una pérdida en la autoestima (Salcedo & Chaskel, 2009).

Permaneciendo con las comparaciones de edad, los menores de 12 años suelen tener más problemas psicosociales y de comportamiento que los adolescentes, por cual se requiere que los niños más pequeños cuenten con un mayor apoyo emocional (Tsai et al., 2012). El menor con una enfermedad crónica llega a tener un cambio repentino en su vida, ya que ahora se enfrenta a estados emocionales negativos, como la ansiedad, el miedo, la tristeza y la preocupación (Cruz, Mejías & Machado, 2014). De esta manera es importante tener en claro que el proceso evolutivo y madurativo del menor sigue avanzando ante la enfermedad, por tanto es de importancia tratar que los menores no se vean tan afectados ante la enfermedad (López-Ibor, 2009).

En el 2005, Cabrera, Urrutia, Vera, Alvarado y Vera-Villaruel, evaluaron los estados emocionales en 65 niños, de los cuales solo 16 tenía Leucemia Linfobástica Aguda, los autores pretendían saber si existían diferencias en cuanto al sexo y la edad; llegando a concluir que no existían diferencias entre los estados emocionales de los niños y las niñas, también refieren que los menores que tenían más tiempo con la enfermedad manifestaban menos ansiedad, estos datos contrastan con aquéllos menores que tenían menos tiempo con el padecimiento. Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos y Urbano (2008) demuestran que el mantener una buena autoestima es importante para el bienestar psicológico, ya que se asocia al uso de estrategias de adaptación positivas, menos depresión y de comportamientos resilientes.

Para el 2009, Hernández, López y Durá, estudiaron la sintomatología psicológica en 50 menores con cáncer, de los cuales un 32% de los menores tenía Leucemia Linfoblástica Aguda. Los autores refieren que la ansiedad es la dificultad más común en los menores, pues un 60% de los niños manifestaban dicho trastorno; seguido con problemas afectivos con un 44% de la población; el 40% manifestó problemas de conducta, mientras que un 37% de los menores presento quejas somáticas –estos porcentajes son la suma de los casos de que presentan indicadores de alteración leve y grave-. Esos resultados, son ejemplos de las

diversas problemáticas que crea la enfermedad oncológica, por el cual se requiere trabajar los aspectos emocionales del menor y el de sus familiares para de esta manera prevenir las problemáticas que pudieran afectar más la salud del niño o niña. Finalmente, cabe señalar que el uso de las emociones positivas generan un adecuado crecimiento personal, mejorar sus relaciones sociales generando una mejor perspectiva en su futuro (Fredrickson, 2001).

## **EMOCIONES EN EL CUIDADOR PRIMARIO**

A través de los años se ha tenido un interés por estudiar el papel de las emociones en los cuidadores al tener un hijo con cáncer, de esta manera han surgido diferentes estudios que aportan sobre la importancia de las emociones con la enfermedad. La literatura actual sugiere que él o la cuidadora deberían mostrar fortaleza a su hijo; esto teniendo como objetivo que el menor perciba la situación de la enfermedad no tan catastrófica. Puesto que el tener expectativas negativas en cuanto a la enfermedad, conlleva emociones negativas en el cuidador primario. En cambio, las expectativas positivas ante la enfermedad generan en los cuidadores optimismo y sentimientos de control (Grootenhuis & Last, 1997).

Juste (2011), refiere que el cuidador primario al tener el diagnóstico de su hijo, surgirán emociones y reacciones a corto plazo, dichas emociones y reacciones son:

- a) La búsqueda de un ¿por qué?, donde habrán cuestionamientos y reproches, y al no ser aclarados esos reproches, generaría emociones negativas como: dolor, ira, frustración, angustia y culpa.
- b) Dudas sobre cuando informar al menor sobre el diagnóstico, a pesar de que estén presentes emociones negativas como el miedo, los padres tendrán que dar explicaciones lógicas de acuerdo a la edad de su hijo.
- c) Toma de decisiones sobre diferentes cuestiones, la enfermedad generará una distorsión en el sistema familiar, por tanto será importante establecer funciones y roles en la familia.

Comúnmente la madre quien es quien cumple con el papel del cuidador primario brinda un gran apoyo emocional para su hijo, sin embargo, debido a la enfermedad que padece su hijo, llega a perder su función protectora de representaciones del niño, llegando a repercutir de manera negativa en él paciente (Cruz et al., 2014). El cuidador primario suele tener un aumento de ansiedad y de síntomas depresivos, no obstante los síntomas depresivos son los que van en aumento en la progresión de la enfermedad (Rodríguez et al., 2002).

Continuando con los trastornos de ansiedad y depresión, en 2012, Montero et al. Desarrollaron y evaluaron una intervención cognitivo conductual, que tenía como objetivo disminuir la ansiedad y depresión en veinte madres de familia que tenían el rol de cuidadoras primarias en niños con cáncer. Esta intervención obtuvo resultados favorables, dado que disminuyó con un 77% la depresión. En cuanto la ansiedad hubo una reducción significativa tras la intervención con un 65%. Además hubo una baja de síntomas somáticos como: llanto, cambios de apetito, pérdida de energía, cansancio, dificultades para concentrarse y cambios en los patrones de sueño.

En algunos casos, las cuidadoras que tienen un hijo con cáncer pueden llegar a presentar angustia, este estado afectivo afecta más al cuidador primario y por ende la salud de su hijo. Pues la angustia de la cuidadora la puede interiorizar su hijo, de esta manera se sugiere que las cuidadoras primarias reciban intervenciones psicológicas; por consiguiente esto beneficia la salud emocional y por ende la salud de la cuidadora primaria (Fedele et al., 2013). Aparte de la angustia, presentan también estrés, no obstante, suelen ser participativas ante programas que estén enfocados en su mejoría (Lutz et al., 2009). Se sugiere que los cuidadores cuenten con apoyo psicológico porque estos trastornos influirían negativamente en la salud del menor (Méndez, Ortigosa & Pedroche, 1996).

De la misma manera que las estrategias de afrontamiento, las emociones son estudiadas con regularidad en el campo de la salud, llegando ocasionalmente hacer uso de técnicas o modelos no tan comunes para tratar de comprobar efectos positivos entre las emociones y la salud del enfermo o de su cuidador.

En 2014, se evaluó a través de un estudio cuasi-experimental de tipo analítico transversal si la musicoterapia reduciría la ansiedad en cuidadores primarios que tuvieran un hijo con cáncer pediátrico. El estudio estuvo constituido por 128 cuidadores, los cuales se hicieron grupos de intervención y testigo, cada grupo estuvo compuesto por 64 participantes. Como resultado obtuvieron que en el grupo testigo un tamaño del efecto o significativo de 0,16; mientras que en la post medición del grupo con intervención se obtuvo una *d* de Cohen de 0,34. Detalladamente, el grupo con intervención ocho personas tenían ansiedad; 20 ansiedad leve, 21 ansiedad moderada; 14 ansiedad grave y uno ansiedad muy grave. Para la post medición fue: 20 cuidadores con ausencia de ansiedad; 26 con ansiedad leve; 12 con ansiedad moderada; cinco con ansiedad grave y permaneció una persona con ansiedad muy grave (Cabral-Gallo, Delgadillo-Hernández, Flores-Herrera & Sánchez-Zubieta, 2014).

El cuidador primario presenta diversos aspectos emocionales, Santo, Gaíva, Espinosa, Barbosa y Belasco (2011) realizaron un estudio realizaron un estudio transversal con 32 cuidadores primarios que tuvieran un hijo con cáncer, ellos tenían el objetivo de evaluar la sobrecarga y la calidad de vida en relación a cuidar a sus respectivos hijos. Como conclusión refieren en su estudio que los cuidadores primarios mostraron mayormente una media de 2.26 de aislamiento, el 6,25% presentaba depresión y un 9,38% de la población presento disforia. En conclusión, los autores enseñan la importancia de implementar intervenciones que promuevan el bienestar físico, social y emocional en los cuidadores primarios.

Continuando con la variable de las emociones, Noel, D'Anello, Araujo y De Sousa (2013). Realizaron un trabajo transaccional-descriptivo con 10 menores de edad con una edad de 4 a 16 años de edad incluyendo a sus respectivos cuidadores, esto con el fin de conocer las emociones que usaban ante la enfermedad; como resultados obtuvieron que los cuidadores empleaban emociones negativas como tristeza, depresión, miedo, impotencia, angustia y estrés, estos resultados se obtuvieron con un alto rango de entre 5 y 6 puntos en escala Likert. Consecuentemente plantean que los cuidadores tengan por parte del personal de la salud asesorías que tengan como finalidad brindar oportunidades de expresión emocional.

Generalmente las cuidadoras llegan a tener angustia en el momento del diagnóstico, aparece un desajuste emocional y expresiones afectivas negativas en los primeros meses del diagnóstico; posteriormente la angustia ira disminuyendo mientras va pasando el tiempo con el padecimiento (Dolgin et al., 2007). De esta manera, diversos estudios han recomendado que las instituciones de salud generen programas enfocados para el cuidador. Estos programas deben tener como objetivo formar apoyo emocional, apoyo social, que exista un desarrollo en distintas habilidades para el manejo de la enfermedad, promover el autocuidado y la adherencia al tratamiento, para que tengan una mejor calidad de vida (Achury, Castaño, Gómez & Guevara, 2011).

Además, en el 2015, Mangin, Juárez, Robles y Rivas, realizaron un estudio no probabilístico con 21 padres que tenían un hijo diagnosticado con Leucemia en condición de recaída. El 66% de estos cuidadores era de sexo femenino; los autores encontraron que los cuidadores presentan en el área emocional culpa, depresión y ansiedad, que al mismo tiempo dichas reacciones emocionales generan cambios de tipo cognitivo y conductual, como por ejemplo: que los cuidadores no comprendan ciertas situaciones y consecuencias de la experiencia vivida; temor por la muerte pero a la vez tienen altas expectativas de cura en sus respectivos hijos y modificaciones en rutinas de la vida cotidiana.

## **CAPITULO III**

### ***MÉTODO***

#### **DISEÑO UTILIZADO**

El diseño de este estudio es descriptivo - correlacional, con un enfoque cuali-cuantitativo, teniendo como objetivo cuales son las estrategias de afrontamiento y emociones que emplea el menor con cáncer y su respectivo cuidador primario.

#### **PARTICIPANTES**

Para esta investigación se consideró una muestra de conveniencia, teniendo una colaboración de un grupo de nueve diadas, siendo cuidador primario (todas madres de familia) e hijo/hija (dando un total de 18 participantes), pertenecientes al Hospital Infantil Universitario de Torreón Coahuila México y del Instituto AMANEC. Las cuidadoras primarias tenían un rango de edad de 27 a 53 años, mientras que la edad de los menores iba de los 6 a los 12 años, con una prevalencia del sexo masculino (siete hombres y dos mujeres). Seis de los menores tenían el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda, dos con Retinoblastoma y un menor con Neuroblastoma.

#### **INSTRUMENTO**

Para poder determinar que estrategias de afrontamiento y emociones empleaban los menores se utilizó la adaptación para niños de la Batería de Evaluación Psicosocial del Suceso de Enfermedades Crónicas (Cantú-Guzmán, 2012, 2013, en prensa). Para medir la variable de estrategias se utilizó la subescala de estrategias de afrontamiento que cuenta con once reactivos, las

estrategias de afrontamiento que se encuentran en la prueba se agrupan en Afrontamiento activo interpersonal (instrumental), que son aquellos ítems que están relacionados con la búsqueda de información; Afrontamiento afectivo y espiritual, corresponde a los ítems que están enfocados en la búsqueda de apoyo emocional por parte de algunos miembros de la familia, conjuntamente de la búsqueda de apoyo espiritual. En cuanto a la medición de la variable de emociones se utilizó la subescala de emociones, llegando a tener doce reactivos, que involucran emociones positivas y negativas. Por último, la adaptación de la prueba está compuesta por preguntas; cada interrogación tiene cinco respuestas que están presentadas como dibujos. Las ilustraciones fueron elaboradas por la artista plástica Griselda Villegas – licenciada en arte por la Universidad de Monterrey (UDEM) -

En cuanto al instrumento que se manejó en las cuidadoras primarias para determinar que estrategias de afrontamiento y emociones empleaban se utilizó la adaptación para cuidadores de la Batería de la Evaluación Psicosocial del Suceso de Enfermedad Crónico (Cantú-Guzmán, 2012, 2013, en prensa). De igual manera se utilizaron las subescalas de estrategias de afrontamiento y emociones; cada subescala tiene opciones de respuesta valoradas del uno al cinco (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre y 5 siempre). La escala de afrontamiento que tiene 20 reactivos consiguió un  $\alpha$  de Cronbach de .82. Las estrategias de afrontamiento también están clasificadas en Afrontamiento activo interpersonal (instrumental), Afrontamiento afectivo y espiritual y el afrontamiento activo evasivo. En cuanto a la subescala de emociones, que maneja con 20 reactivos obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .79, la escala está dividida por emociones positivas y negativas. La finalidad de emplear ilustraciones en la prueba como posibles respuestas, es por la facilidad que tendría el menor al momento de responder la pregunta, dado que es llamativo para ellos y no llegan a sentirse cansados al momento de responder.

## **PROCEDIMIENTO**

Para la aplicación del instrumento, se llevaron a cabo procedimientos éticos correspondientes. Se procedió a obtener la autorización de los directivos de la institución, AMANEC y del Hospital Infantil Universitario de Torreón Coahuila. Una vez obtenida la autorización de las instituciones, se obtuvo un acercamiento con los cuidadores primarios y con los menores para saber si existía una disposición para de este modo fueran parte del estudio. Para finalizar, una vez que hubo aceptación por parte de las cuidadoras primarias y de los menores se les otorgo un consentimiento informado a cada uno de los participantes para continuar posteriormente con la aplicación de las baterías.

## **RECOLECCIÓN DE DATOS**

Una vez que las cuidadoras primarias aceptarán su participación se tuvo un acercamiento con los menores enfermos para saber si quisieran ser parte del estudio. Al aceptar se les otorgó un formato con el consentimiento informado. Finalmente se empleo la Batería de Evaluación Psicosocial del Suceso de Enfermedades Crónicas (Cantú-Guzmán, 2012, 2013, en prensa) así como la adaptación de la misma prueba. En ninguno de los casos se les entrego las baterías para que respondieran ya que el aplicador de los instrumentos era quien escribía o circulaba las respuestas. La duración de las aplicaciones tenía un promedio de 30 a 45 minutos. Por último, en algunos casos la aplicación de los herramientas fue en los hogares de los menores o en la institución que facilitaron el acceso a los menores y las cuidadoras primarias.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

Con el objetivo de conocer en relación a las variables de afrontamiento y emociones, se realizó un análisis de medidas de tendencia central. Se proporcionaron primero los resultados referentes de los menores en relación a las variables a estudiar y después el de sus cuidadoras primarias, esto con el fin de saber que estrategias y emociones emplean mayormente los menores y sus cuidadoras. Una vez obtenidas las medidas de tendencia central se realizó un análisis de correlación bivariado con un coeficiente de correlación de Pearson, para saber que estrategias y emociones se correlacionaron entre sí. Para determinar los resultados se aplicó el software “Statistical Package for the Social Sociences” (SPSS, versión veintiuno).

## **CAPÍTULO IV**

### ***RESULTADOS***

En este apartado se muestran los resultados obtenidos de la Batería de Evaluación Psicosocial del Suceso de Enfermedades Crónicas (Cantú-Guzmán, 2012, 2013, en prensa). Ambas siendo una adaptación para cuidadoras, además de aplicar la adaptación para niños. Los resultados expuestos en este capítulo son: los análisis descriptivo, que se empleó para obtener las medias de las estrategias de afrontamiento y emociones que emplearon los menores y sus respectivos cuidadores primarios; además se presentan los resultados de las correlaciones de Pearson. Por último se prosiguió con un análisis *t* de student para muestras independientes, esto con la finalidad de encontrar las diferencias entre menores y cuidadoras respecto al tiempo que tienen con la situación de la enfermedad.

En este apartado se observan los resultados del análisis descriptivo en relación a la obtención de las medias de las variables estrategias de afrontamiento y emociones; seguido por los resultados que se obtuvieron de las correlaciones, para concluir se muestran los resultados del análisis *t* de student de muestras independientes, este análisis tuvo como objetivo determinar el impacto de la enfermedad en los menores y sus cuidadoras en dos grupos, aquellos que tenían más de tres años con la enfermedad y con menores y cuidadoras que tuvieran menos de tres años con el padecimiento.

## ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL MENOR

El análisis estadístico muestra con base en las medias de puntaje que las estrategias de afrontamiento que mayormente emplearon los menores son aquellos en relación a la búsqueda de información, además de las estrategias que involucran la expresión emocional, el espiritual, la negación. Por último, existe un menor empleo en las estrategias de orden académico.

Tabla 1  
Afrontamiento en el menor de edad

AFRONTAMIENTO	<i>M</i>	<i>SD</i>
“Me interesa lo que dice el doctor y siempre le hago caso”	4.56	1.01
“Platico con mi familia sobre lo que tengo y cómo me siento emocionalmente”	3.56	1.33
“Hablo con Diosito o rezo sobre lo que me pasa ahora”	3.56	1.66
“Juego mucho para distraerme y no pensar en lo que me pasa”	3.33	1.32
“Platico con mis padres sobre lo que tengo y como me siento emocionalmente”	3.33	1.58
“Por mi situación, cambie mucho mis actividades o lo que hacía”.	3.33	1.87
“Me gusta hablar de cómo me siento o me hablen de lo que me pasa”	3.22	.972
“Estudio mucho y me interesa más la escuela por la situación que vivo”	3.11	1.61
“Platico con mis amigos en la escuela sobre lo que tengo”	3.00	2.00
“Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo”	2.89	1.26

## AFRONTAMIENTO EN EL CUIDADOR PRIMARIO

En la tabla dos se observa que las cuidadoras primarias emplearon mayormente estrategias enfocadas en la búsqueda de atención, en la aceptación de la situación por la que están enfrentando, en la búsqueda de información, cambios en los hábitos de la salud y en la búsqueda de apoyo emocional de sus respectivas parejas.

Tabla 2

Afrontamiento en el cuidador primario

AFRONTAMIENTO	<i>M</i>	<i>SD</i>
Busco atención profesional médico y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos.	4.89	.333
Acepto que tengo una situación que antes no tenía.	4.78	.667
Intento informarme acerca de la enfermedad de mi hijo y lucho lo más que pueda contra ella.	4.33	1.32
A partir de la enfermedad cuido mis hábitos de salud (alimentos, ejercicio, descanso, sexo, otros)	3.44	1.13
Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a la enfermedad.	3.33	1.65

## EMOCIONES EN EL MENOR

La tabla tres se aprecia las medias y las desviaciones típicas en relación a las emociones que mayormente emplearon los menores, siendo éstas: El optimismo, la fe/esperanza, la alegría, la tranquilidad, tristeza y la preocupación.

Tabla 3

Emociones en el menor de edad.

EMOCIONES	<i>M</i>	<i>SD</i>
Optimismo	4.44	.882
Fe/Esperanza	4.22	1.09
Alegría	4.22	1.30
Tranquilidad	4.11	.928
Tristeza	3.22	1.20
Preocupación	2.67	1.41

## EMOCIONES EN EL CUIDADOR PRIMARIO

En cuanto a las emociones de las cuidadoras primarias, la tabla cuatro muestra que la emoción del sufrimiento, la tristeza, el miedo, la ilusión y la ansiedad fueron las que mayormente prevalecieron.

Tabla 4

Emociones en el cuidador primario

EMOCIONES	<i>M</i>	<i>SD</i>
Sufrimiento	4.44	1.32
Tristeza	4.33	1.00
Miedo	4.22	1.39
Ilusión	4.00	1.00
Ansiedad	3.89	1.53

## CORRELACIONES ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EMOCIONES.

### CORRELACIÓN DE “INTENTO SABER MÁS Y PREGUNTAR SOBRE LO QUE TENGO” CON LA EMOCIÓN “OPTIMISMO”.

En la tabla cinco, se aprecia que existe una relación negativa de  $-0,732^*$  con una significancia de  $0,025$ .

Tabla 5

Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo y Optimismo.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo - Optimismo.	025	$-0,732^*$

\*. La correlación es significativa en el nivel  $0,05$  (bilateral).

### CORRELACIÓN DE “INTENTO SABER MÁS Y PREGUNTAR SOBRE LO QUE TENGO” CON LA EMOCIÓN “SOLEDAZ”.

Por otra parte, la tabla seis, presenta que existe un *Rho* de  $0,685^*$  una significancia de  $0,042$ .

Tabla 6

Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo y Soledad.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo - Soledad.	042	$0,685^*$

\*. La correlación es significativa en el nivel  $0,05$  (bilateral).

## CORRELACIÓN DE “INTENTO SABER MÁS Y PREGUNTAR SOBRE LO QUE TENGO” CON “VERGÜENZA”.

La tabla siete, se muestra que existe un *Rho* de 738\* y una significancia de 023.

Tabla 7

Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo y Vergüenza.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo - Vergüenza	023	738*

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

## CORRELACIÓN DE “INTENTO SABER MÁS Y PREGUNTAR SOBRE LO QUE TENGO” CON LA EMOCIÓN DE “INQUIETUD”.

En la tabla ocho, se observa que existe una significancia .033 de y un *Rho* de 707\*.

Tabla 8

Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo e Inquietud.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo - Inquietud.	033	707*

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

## **CORRELACIÓN DE “INTENTO SABER MÁS Y PREGUNTAR SOBRE LO QUE TENGO” Y LA EMOCIÓN “PREOCUPACIÓN”.**

En relación entre el ítem “Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo” y el ítem “Preocupación”. Se obtuvo una significancia de .047. En cuanto al *Rho* es de .673\*. En la tabla nueve se pueden comprobar los resultados obtenidos.

Tabla 9

Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo y Preocupación.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo – Preocupación.	.047	.673*

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

## **CORRELACIÓN DE “ME INTERESA LO QUE DICE EL DOCTOR Y SIEMPRE LE HAGO CASO” CON LA EMOCIÓN “TRISTEZA”.**

En relación al ítem “Me interesa lo que dice el doctor y siempre le hago caso” con la emoción “Tristeza”, se halló una significancia de .033, con una *Rho* de -.709\*, en la tabla diez se aprecian los datos que se encontraron gracias al SPSS.

Tabla 10

Me interesa lo que dice el doctor y siempre le hago caso - Tristeza

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Me interesa lo que dice el doctor y siempre le hago caso - Tristeza.	.033	-.709*

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

### **CORRELACIÓN DE “PLATICO CON MIS PADRES SOBRE LO QUE TENGO Y COMO ME SIENTO EMOCIONALMENTE” CON LA EMOCIÓN “OPTIMISMO”.**

La tabla once presenta la relación que existe entre el ítem “Platico con mis padres sobre lo que tengo y como me siento emocionalmente” con el “Optimismo”, la significancia entre estas variables fue de .021, mientras que el *Rho* fue de -.747\*.

Tabla 11

Platico con mis padres sobre lo que tengo y como me siento emocionalmente – Optimismo.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Platico con mis padres sobre lo que tengo y como me siento emocionalmente - Optimismo.	.021	-.747*

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

### **CORRELACIÓN DE “HABLO CON DIOSITO O REZO SOBRE LO QUE ME PASA AHORA” CON LA EMOCIÓN “ALEGRÍA”.**

En relación al ítem “Hablo con Diosito o rezo sobre lo que me pasa ahora” que es perteneciente al apartado de las estrategias y al ítem del “Alegría”, que es parte del apartado de las emociones, se encontró un *Rho* de .685\* y una significancia de .042 estos datos se pueden comprobar observando la tabla 12.

Tabla 12

Hablo con Diosito o rezo sobre lo que me pasa ahora – Alegría.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Hablo con Diosito o rezo sobre lo que me pasa ahora - Alegría.	.042	.685*

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

## CORRELACIÓN DE “ME INTERESA LO QUE DUCE EL DOCTOR Y SIEMPRE LE HAGO CASO” CON “ALEGRÍA”.

Tomando en cuenta el ítem “Me interesa lo que dice el doctor y siempre le hago caso” con la emoción de “Alegría”, se halló una significancia de .042, y un *Rho* de 685\*. En la tabla 13 se pueden comprobar los datos mencionados.

Tabla 13

Me interesa lo que dice el doctor y siempre le hago caso – Alegría.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Me interesa lo que dice el doctor y siempre le hago caso - Alegría.	.042	.685*

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

## CORRELACIÓN DE “PLATICO CON MIS PADRES SOBRE LO QUE TENGO Y COMO ME SIENTO EMOCIONALMENTE” CON “INQUIETUD”.

Mientras tanto, en la tabla 14 se puede observar los resultados que arrojó el software en relación a los ítems “Platico con mis padres sobre lo que tengo y como me siento emocionalmente” e “Inquietud”, la significancia es de .014, y un *Rho* de .775\*.

Tabla 14

Platico con mis padres sobre lo que tengo y como me siento emocionalmente – Inquietud.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Platico con mis padres sobre lo que tengo y como me siento emocionalmente - Inquietud.	.014	.775*

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

## **CORRELACIÓN DEL ÍTEM “PLATICO CON MIS PADRES SOBRE LO QUE TENGO Y CÓMO ME SIENTO EMOCIONALMENTE” CON “PREOCUPACIÓN”.**

En cuanto a la relación que existe entre “Platico con mis padres sobre lo que tengo y cómo me siento emocionalmente” con la emoción de “Preocupación” se obtuvo una significancia de .013 y el *Rho* fue de .783\*, dichos resultados se observan en la tabla 15.

Tabla 15

Platico con mis padres sobre lo que tengo y cómo me siento emocionalmente y Preocupación.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Platico con mis padres sobre lo que tengo y cómo me siento emocionalmente – Preocupación.	.013	.783*

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

## **CORRELACIÓN DEL ÍTEM “PLATICO CON MIS AMIGOS EN LA ESCUELA SOBRE LO QUE TENGO” Y “OPTIMISMO”.**

En relación a los ítems “Platico con mis amigos en la escuela sobre lo que tengo” con “Optimismo”. La significancia de acuerdo al análisis estadístico empleado es de .033 y una correlación negativa de  $-.709^*$ . Para poder comprobar estos resultados, se puede observar la tabla 16.

Tabla 16

Platico con mis amigos en la escuela sobre lo que tengo y Optimismo.

Pearson	Sig.	Rho
Platico con mis amigos en la escuela sobre lo que tengo y Optimismo.	.033	$-.709^*$

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**CORRELACIÓN DE LAS CUIDADORAS PRIMARIAS EN RELACIÓN AL ÍTEM “HAGO UN GRAN ESFUERZO PARA OLVIDARME DE LA ENFERMEDAD DE MI HIJO/A” Y LA EMOCIÓN DE “OPTIMISMO”.**

En cuanto a la relación que existe entre “Hago un gran esfuerzo para olvidarme de la enfermedad de mi hijo/a” con la emoción “Optimismo”. Se obtuvo una significancia de .017 mientras que el *Rho* es de  $-.762^*$ , estos datos se pueden comprobar observando la tabla 17.

Tabla 17

Hago un gran esfuerzo para olvidarme de la enfermedad de mi hijo/a y Optimismo.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Hago un gran esfuerzo para olvidarme de la enfermedad de mi hijo/a – Optimismo.	.017	$-.762^*$

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**CORRELACIÓN DE LAS CUIDADORAS PRIMARIAS EN RELACIÓN AL ÍTEM “ACEPTO UNA SITUACIÓN QUE ANTES NO TENÍA” Y LA EMOCIÓN DE “OPTIMISMO”.**

En cuanto a la relación que existe entre “Acepto una situación que antes no tenía” con la emoción “Optimismo”. Se obtuvo una significancia de .004 mientras que el *Rho* es de .848\*\*, estos datos se pueden comprobar observando la tabla 18.

Tabla 18

Acepto una situación que antes no tenía y Optimismo.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Acepto una situación que antes no tenía – Optimismo.	.004	.848**

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

**CORRELACIÓN DEL ÍTEM “ACEPTO QUE TENGO UNA SITUACIÓN QUE ANTES NO TENÍA” Y LA EMOCIÓN DE “CONFIANZA”.**

Además se halló que existe una relación entre “Acepto una situación que antes no tenía” con la emoción “confianza”. La significancia entre estos ítems fue de .029 en cuanto al *Rho* fue de 719\*, estos datos se observan en la tabla 19.

Tabla 19

Acepto una situación que antes no tenía” con la emoción y Confianza.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Acepto una situación que antes no tenía” con la emoción – Confianza.	.029	719*

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**CORRELACIÓN DEL ÍTEM “BUSCO ATENCIÓN PROFESIONAL MÉDICO Y SIGO AL PIE DE LA LETRA LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS” Y LA EMOCIÓN DE “SUFRIMIENTO”.**

La tabla 20 se ha colocado una significancia de .000 y un *Rho* de .969\*\*, estos resultados son pertenecientes a los ítems “Busco atención profesional médico y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos” y “Sufrimiento”.

Tabla 20

Busco atención profesional médico y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos y Sufrimiento.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Busco atención profesional médico y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos – Sufrimiento.	.000	.969**

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

## CORRELACIÓN DEL ÍTEM “BUSCO AYUDA ESPIRITUAL EN RELACIÓN A MI ENFERMEDAD” Y LA EMOCIÓN “SUFRIMIENTO”.

Los resultados de “Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad” con la emoción de “Sufrimiento”, fue de una significancia de .001, mientras que el *Rho* fue de .898\*\*, estos datos se comprueban en la tabla 21.

Tabla 21

Los resultados de “Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad y Sufrimiento.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad – Sufrimiento.	.001	.898**

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

## CORRELACIÓN DEL ÍTEM “RECLAMO MI ENOJO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE MIS PROBLEMAS” Y LA EMOCIÓN DE “CULPA”.

Por otra parte, en la tabla veintidós se han colocado los resultados del ítem “Reclamo mi enojo a las personas responsables de mis problemas” teniendo únicamente un *Rho* de 1.000\*\*, cabe aclarar que el ya anunciado ítem se correlaciono con la emoción de “Culpa”.

Tabla 22

Reclamo mi enojo a las personas responsables de mis problemas y Culpa.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Reclamo mi enojo a las personas responsables de mis problemas – Culpa.	000	1.000**

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

**CORRELACIÓN DEL ÍTEM “CREO QUE LA ENFERMEDAD DE MI HIJO/A ES DEBIDO A UN ERROR POR PARTE DE LOS INVOLUCRADOS” Y LA EMOCIÓN DE “CULPA”.**

Por otra parte, en la tabla veintitrés se han colocado los resultados del ítem “Creo que la enfermedad de mi hijo/a es debido a un error por parte de los involucrados” teniendo únicamente un *Rho* de .906\*\*, cabe aclarar que el ya anunciado ítem se correlaciono con la emoción de “Culpa”.

Tabla 23

Creo que la enfermedad de mi hijo/a es debido a un error por parte de los involucrados y Culpa.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Creo que la enfermedad de mi hijo/a es debido a un error por parte de los involucrados – Culpa.	001	906**

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

## CORRELACIÓN DEL ÍTEM “BUSCO PERSONAS QUE ME PUEDAN AYUDAR A MANEJAR LA SITUACIÓN” Y LA EMOCIÓN “ALEGRÍA”.

Los resultados de “Busco personas que me puedan ayudar a manejar la situación” con la emoción de “Alegría”, fue de una significancia de .033, mientras que el *Rho* fue de  $-.708^*$ , estos datos se comprueban en la tabla 24.

Tabla 24

Busco personas que me puedan ayudar a manejar la situación y Alegría.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Busco personas que me puedan ayudar a manejar la situación – Alegría.	.033	$-.708^*$

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

## **CORRELACIÓN DEL ÍTEM “BUSCO AYUDA ESPIRITUAL EN RELACIÓN A MI ENFERMEDAD” CON LA EMOCIÓN “SOLEDAD”.**

Por parte del ítem “Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad” con el ítem de “Soledad”. La significancia es de .021, y un *Rho* de  $-.746^{**}$ , este dato se observa en la tabla 25.

Tabla 25

Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad y Soledad.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad – Soledad.	.021	$-.746^*$

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**CORRELACIÓN DEL ÍTEM “TRABAJO MUCHO PARA OLVIDAR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS A LA ENFERMEDAD” CON LA EMOCIÓN “SOLEDAD”.**

Así mismo, la emoción de la “Soledad” se hizo presente también en el ítem “Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad”. La significancia fue de .007, y se obtuvo un 815\*\* de *Rho*. Para comprobar los resultados, la tabla 26 muestra los resultados.

Tabla 26

Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad y Soledad.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad – Soledad.	.007	.815**

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

**CORRELACIÓN DEL ÍTEM “BUSCO ATENCIÓN PROFESIONAL PSICOLÓGICA EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD DE MI HIJO/A” CON LA EMOCIÓN “SOLEDAD”.**

Así mismo, la emoción de la “Soledad” se hizo presente también en el ítem “Busco atención profesional psicológica en relación a la enfermedad de mi hijo/a”. La significancia fue de .040, y se obtuvo un 689\* de *Rho*. Para comprobar los resultados, la tabla 27 muestra los resultados.

Tabla 27

Busco atención profesional psicológica en relación a la enfermedad de mi hijo/a y Soledad.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Busco atención profesional psicológica en relación a la enfermedad de mi hijo/a – Soledad.	.040	.689*

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

## CORRELACIÓN DEL ÍTEM “INTENTO MANTENERME OCUPADO PARA NO PENSAR EN MI ENFERMEDAD” CON LA EMOCIÓN “SOLEDAD”.

En cuanto a la relación que existe entre “Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad” con la emoción de “Soledad”. Se encontró una significancia de .006, mientras que un *Rho* de .827\*\*, estos datos se aprecian en la tabla 28.

Tabla 28

Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad y Soledad.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad – Soledad.	.006	.827**

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

## **CORRELACIÓN DEL ÍTEM “INTENTO NO HABLAR Y QUE NO ME HABLEN DE LA ENFERMEDAD DE MI HIJO/A” CON LA EMOCIÓN “ENOJO”.**

Respecto al ítem “Intento no hablar y que no me hablen de la enfermedad de mi hijo/a” con la emoción de “Enojo” que hace alusión al apartado de Estrategias de Afrontamiento; el Software del SPSS arrojó una significancia de .042 y un *Rho* de .684 la tabla 29 muestra los resultados encontrados.

Tabla 29

Intento no hablar y que no me hablen de la enfermedad de mi hijo/a y Enojo.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Intento no hablar y que no me hablen de la enfermedad de mi hijo/a – Enojo.	.042	.684*

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

### **CORRELACIÓN DEL ÍTEM “HABLO CON MIS AMIGOS Y AMIGAS DE CÓMO ME SIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN” CON LA EMOCIÓN “RESIGNACIÓN”.**

A su vez, el SPSS muestra que existe una significancia de .031 y un *Rho* de .713\* entre los ítems “Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la situación” y “Resignación”. En la tabla 30 se han arrojado los resultados para que puedan apreciarse por el lector.

Tabla 30

Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la situación y Resignación.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la situación – Resignación.	.031	.713*

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**CORRELACIÓN DEL ÍTEM “BUSCO APOYO EMOCIONAL EN FAMILIARES QUE VIVEN EN CASA EN RELACIÓN A MI ENFERMEDAD” CON LA EMOCIÓN “RESIGNACIÓN”.**

A su vez, el SPSS muestra que existe una significancia de .049 y un *Rho* de .668\* entre los ítems “Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad” y “Resignación”. En la tabla 31 se han arrojado los resultados para que puedan apreciarse por el lector.

Tabla 31

Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad y Resignación.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad – Resignación.	.049	.668*

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

## CORRELACIÓN DEL ÍTEM “INTENTO NO HABLAR Y QUE NO ME HABLEN DE LA ENFERMEDAD DE MI HIJO/A” CON LA EMOCIÓN “MIEDO”.

Por último, respecto a las correlaciones, la tabla 32 se puede observar una significancia de .013 y un *Rho* de  $-.778^*$  entre el “Intento no hablar y que no me hablen de la enfermedad de mi hijo/a”, y el ítem de “Miedo”.

Tabla 32

Intento no hablar y que no me hablen de la enfermedad de mi hijo/a y Miedo.

Pearson	Sig.	<i>Rho</i>
Intento no hablar y que no me hablen de la enfermedad de mi hijo/a – Miedo.	.013	$-.778^*$

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

## **IMPACTO DE LE ENFERMEDAD EN LOS MENORES DE EDAD POR AÑOS.**

Se realizó un análisis estadístico *t* de student para muestras independientes, para poder determinar el impacto de la enfermedad en los menores y sus cuidadoras en comparación con aquellas personas que tenían más de tres años con la enfermedad y con aquellos quienes tienen menos de tres años, el impacto de los años se relacionó en cuanto a las variables emociones y estrategias de afrontamiento.

## **T DE STUDENT PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES EN RELACIÓN A LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.**

Con el objetivo de conocer si hay diferencias significativas, entre el grupo de pacientes y cuidadoras que tienen más de cuatro años con la enfermedad y los que tienen menos de cuatro años con el padecimiento, se realizó un análisis con una prueba *t* de student para muestras independientes en función a la variable de emociones y estrategias de afrontamiento para conocer sus diferencias.

En la tabla treinta tres, se exponen los resultados del análisis estadístico, entre las variables de variable estrategias de afrontamiento con la variable de tiempo de enfermedad, esto en respecto a los menores de edad.

Tabla 33

*t* de student para muestras independientes, años de padecimiento y estrategias de afrontamiento en el menor.

		<i>M</i>	<i>SD.</i>	Sig (bilateral)
Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo.	4 años o más.	3.00	.000	.899
	1 año a tres.	2.86	1.464	.805
Juego mucho para distraerme y no pensar en lo que me pasa.	4 años o más.	3.50	.707	.855
	1 año a tres.	3.29	1.496	.790
Platico con mi familia sobre lo que tengo y como me siento emocionalmente.	4 años o más.	4.00	1.414	.626
	1 año a tres.	3.43	1.397	.674
Platico con mis padres sobre lo que tengo y como me siento emocionalmente.	4 años a más.	3.50	.707	.879
	1 año a tres.	3.29	1.799	.809
Me gusta hablar de cómo me siento o que me hablen de lo que me pasa.	4 años o más.	3.50	.707	.677
	1 año a tres.	3.14	1.069	.623
Hablo con diosito o rezo sobre lo que me pasa ahora	4 años o más.	2.50	2.121	.343
	1 año a tres.	3.86	1.574	.524
Estudio mucho y me interesa más la escuela por la situación que vivo.	4 años o más.	4.00	1.414	.414
	1 año a tres.	2.86	1.676	.440

Continuación de la tabla 33 en relación al análisis *t* de student de muestras independiente.

		<i>M</i>	<i>SD</i>	Sig (bilateral)
Platico con mis amigos en la escuela sobre lo que tengo.	4 años o más. 1 año a tres.	1.00 3.57	.000 1.902	.111 .012
Por mi situación cambie mucho mis actividades o lo que hacía.	4 años o más. 1 año a tres.	4.50 3.00	.707 2.000	.351 .151
Hablo con mis maestros de la escuela sobre lo que tengo y como me siento emocionalmente.	4 años o más. 1 año a tres.	1.00 3.43	.000 1.397	.052 .004
Me interesa lo que me dice el doctor y siempre le hago caso.	4 años a más. 1 año a tres.	3.00 5.00	1.414 .000	.002 .295

En la tabla treinta cuatro, se perciben los resultados del análisis estadístico, en cuanto a la comparación la variable de emociones y el tiempo de la enfermedad en los menores.

Tabla 34

Años de padecimiento y emociones

		<i>M</i>	<i>SD.</i>	Sig (bilateral)
Fe/Esperanza.	4 años o más.	4.00	1.414	.768
	1 año a tres.	4.29	1.113	.826
Alegría.	4 años o más.	3.00	2.828	.140
	1 año a tres.	4.57	.535	.575
Tranquilidad.	4 años o más.	3.50	.707	.322
	1 año a tres.	4.29	.951	.320
Optimismo.	4 años a más.	5.00	.000	.345
	1 año a tres.	4.29	.951	.094
Tristeza.	4 años o más.	2.00	1.414	.104
	1 año a tres.	3.57	.976	.338
Miedo.	4 años o más.	3.00	.000	.193
	1 año a tres.	1.86	1.069	.030
Culpa.	4 años o más.	2.00	1.414	.052
	1 año a tres.	1.00	.000	.550
Soledad.	4 años o más.	2.50	2.121	.644
	1 año a tres.	1.86	1.574	.745
Enojo.	4 años o más.	2.00	1.414	.912
	1 año a tres.	1.86	1.574	.915

Continuación de la tabla 34, en relación al análisis *t* de student de muestras independientes.

		<i>M</i>	<i>SD.</i>	Sig (bilateral)
Vergüenza.	4 años o más.	2.00	1.414	.768
	1 año a tres.	1.86	1.574	.826
Inquietud.	4 años o más.	2.50	2.121	.140
	1 año a tres.	2.14	1.574	.575
Preocupación.	4 años o más.	2.50	2.121	.322
	1 año a tres.	2.71	1.380	.320

Respecto a las cuidadoras primarias, en la tabla 35 se han colocado los resultados que arrojó el SPSS en cuanto a los años de padecimiento y la variable estrategias de afrontamiento.

Tabla 35

Estrategias de afrontamiento en las cuidadoras y años de padecimiento.

		<i>M</i>	<i>SD</i>	Sig (bilateral)
Niego que tiene la enfermedad.	4 años o más.	1.00	.000	-
	1 año a tres.	1.00	.000	-
Intento informarme acerca la enfermedad de mi hijo.	4 años o más.	5.00	.000	.456
	1 año a tres.	4.14	1.464	.172
Hago un gran esfuerzo para olvidarme de la enfermedad.	4 años o más.	3.00	2.828	.747
	1 año a tres.	2.57	1.272	.866
Busco ayuda emocional en mis padres en relación a la enfermedad.	4 años a más.	2.50	.707	.388
	1 año a tres.	3.29	1.113	.324
Busco atención profesional médico.	4 años o más.	5.00	.000	.626
	1 año a tres.	4.86	.378	.356
Reclamo mi enojo a las personas de mis problemas.	4 años o más.	1.00	.000	.468
	1 año a tres.	1.71	1.254	.182
Acepto que tengo una situación que antes no tenía.	4 años o más.	4.00	1.414	.052
	1 año a tres.	5.00	.000	.500

Continuación de la tabla 35.

		<i>M</i>	<i>SD</i>	Sig (bilateral)
Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi familia.	4 años a más.	2.00	1.414	.324
	1 año a tres.	3.43	1.718	.356
Busco personas que me puedan ayudar a manejar la situación.	4 años o más.	2.50	2.121	.738
	1 año a tres.	3.00	1.732	.799
Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad.	4 años o más.	1.00	.000	.179
	1 año a tres.	2.82	1.676	.026
Tomo alcohol u otras sustancias para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad.	4 años o más.	1.00	.000	-
	1 año a tres.	1.00	.000	-
Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad.	4 años o más	1.00	.000	.044
	1 año a tres.	3.71	1.496	.003
Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad.	4 años o más.	3.50	.707	.182
	1 año a tres.	1.86	1.464	.093
Busco atención profesional psicológica en relación a la enfermedad de mi hijo.	4 años o más.	3.00	2.828	.462
	1 año a tres.	2.00	1.291	.705

Continuación de la tabla 35.

		<i>M</i>	<i>SD</i>	Sig (bilateral)
Intento mantenerme ocupado	4 años a más.	3.50	.707	.260
para no pensar en mi	1 año a tres.	2.14	1.464	.144
enfermedad.				
Busco apoyo emocional en mi	4 años o más.	2.50	2.121	.457
pareja en relación a mi	1 año a tres.	3.57	1.618	.603
enfermedad.				
Creo que la enfermedad de mi	4 años o más.	1.00	.000	.345
hijo es debido a un error por	1 año a tres.	1.71	.951	.094
parte de los involucrados.				
A partir de la enfermedad	4 años o más.	3.50	.707	.943
cuido mis hábitos de salud.	1 año a tres.	3.43	1.272	.924
Hablo con mis amigos y	4 años o más	1.00	.000	.004
amigas de cómo me siento.	1 año a tres.	3.43	.787	.000
Intento no hablar y que no me	4 años o más.	2.50	2.121	.963
hablen de la enfermedad de mi	1 año a tres.	2.57	1.813	.971
hijo.				

Respecto a los años del padecimiento con la variable “Emociones”, la tabla 36 tiene los resultados obtenidos en base al análisis estadístico que se realizó.

Tabla 36  
Emociones en las cuidadoras primarias.

		<i>M</i>	<i>SD</i>	Sig (bilateral)
Esperanza	4 años a más.	3.50	2.121	.797
	1 año a tres.	3.86	1.574	.854
Tristeza	4 años o más.	4.00	1.414	.626
	1 año a tres.	4.43	.976	.744
Alegría	4 años o más.	3.00	2.828	.456
	1 año a tres.	1.86	1.574	.669
Miedo	4 años o más.	4.00	1.414	.817
	1 año a tres.	4.29	1.496	.830
Confianza	4 años o más	2.00	1.414	.052
	1 año a tres.	4.00	1.000	.265
Culpa	4 años o más.	1.00	.000	.468
	1 año a tres.	1.71	1.254	.182
Optimismo	4 años o más.	3.00	2.828	.468
	1 año a tres.	3.71	.488	.782
Sufrimiento	4 años o más.	4.50	.707	.952
	1 año a tres.	4.43	1.512	.929
Ilusión	4 años o más.	4.00	1.414	1.000
	1 año a tres.	4.00	1.00	1.000

Continuación de la tabla 36.

		<i>M</i>	DESVIACIÓN TÍPICA.	Sig (bilateral)
Soledad	4 años a más.	5.00	.000	.147
	1 año a tres.	2.71	1.890	.019
Animo	4 años o más.	2.00	1.414	.290
	1 año a tres.	3.14	1.215	.441
Enojo/coraje	4 años o más.	3.00	.000	.692
	1 año a tres.	2.57	1.397	.448
Tranquilidad	4 años o más.	2.00	1.414	.360
	1 año a tres.	3.14	1.464	.439
Resignación	4 años o más	1.00	.000	.042
	1 año a tres.	3.57	1.397	.003
Alivio	4 años o más.	1.00	.000	.098
	1 año a tres.	3.00	1.414	.010
Vergüenza	4 años o más.	1.00	.000	.487
	1 año a tres.	1.43	.787	.200
Seguridad	4 años o más.	4.00	1.414	.714
	1 año a tres.	3.57	1.397	.749
Ansiedad	4 años o más.	3.00	2.828	.389
	1 año a tres.	4.14	1.215	.669
Calma	4 años o más.	2.00	1.414	.210
	1 año a tres.	3.29	1.113	.401
Desesperación	4 años o más	5.00	.000	.281
	1 año a tres.	3.43	1.813	.062

## **CAPITULO V**

### ***DISCUSION***

Anteriormente se expuso que el interés por realizar esta investigación estaba relacionada con el aumento de las enfermedades oncológicas en la población infantil de México (INEGI, 2014). Gracias a estos argumentos, se considera que el cáncer de la población infantil del país pudiera ser visto como un problema de salud; cabe aclarar que este tipo de enfermedades afectan las cuestiones físicas, conductuales y emocionales. Además como se ha vendido indicando, el padecimiento no solo afecta al individuo enfermo, puesto que aquella persona que toma la tarea de ser el cuidador primario se verá afectada.

Continuando con el impacto que genera el cáncer, se sabe que desarrolla una serie de complicaciones de índole emocional y conductual; pues los trastornos de carácter afectivo-emocional como lo es la ansiedad, el estrés y la depresión, afectaran la salud del cuidador y del enfermo. De esta manera se refuerza el interés de incluir como los pacientes y sus cuidadoras hacen frente a su situación, tomando en cuenta al mismo tiempo el impacto que tiene la enfermedad en las emociones. Para dar una explicación de estas variables, se tiene que aclarar que en el presente trabajo se tomó en cuenta el modelo explicativo de la teoría del sentido común de Leventhal, se toma en cuenta el trabajo del autor gracias al enfoque que le dio en cuanto a las representaciones que realizan las personas ante la enfermedad que padecen. Además, el modelo del sentido común propone dos componentes que se relacionan con las variables de emociones y estrategias de afrontamiento, dichos componentes son: las representaciones cognitivas y las representaciones emocionales.

Por otra parte, en relación a los resultados obtenidos, una vez más se exterioriza la utilización de la aplicación de la Batería de Evaluación Psicosocial del Suceso de Enfermedad Crónica (Cantú-Guzmán, 2012, 2013, en prensa), para las cuidadoras primarias y para los menores, la adaptación de la batería de Evaluación Psicosocial del Suceso de Enfermedad Crónica (Cantú-Guzmán, 2012, 2013, en prensa). De manera general se indica que hubo diferencias respecto a las variables de estrategias de afrontamiento y emociones en el menor y en su cuidadora primaria, esto en relación a la situación de la enfermedad de los participantes. A continuación en los siguientes párrafos se exponen los resultados encontrados gracias a la utilización de la aplicación de los instrumentos y del SPSS.

Una vez que se aclararon los aspectos teóricos y parte del proceso de evaluación, se da paso a los resultados encontrados, por parte de la variable estrategias de afrontamiento, los afrontamientos más empleada por los menores fue de tipo instrumental, posiblemente esto es generado por tener iniciativa respecto a cuestionar al personal médico sobre su mejoramiento; existe a su vez una afluencia respecto a la estrategia de tipo afectivo, se propone que esto surge por utilizar una manifestación expresiva respecto a la situación por la que atraviesan. Del mismo modo también, hay uso de afrontamiento espiritual, pues tratan de encontrar una solución o respuestas de sus padecimientos a través del uso de la oración. Hasta aquí pareciera que suelen usar una expresión verbal para obtener bienestar, no obstante dentro de los resultados encontrados; se determinó que los menores usan el juego como modo de escape ante la realidad que afrontan, quedando claro que usan también un afrontamiento de tipo evitativo.

En progresión está una vez más el afrontamiento afectivo, pero ahora reflejado en un aspecto verbal que va dirigido a los progenitores, llegando a platicar sobre su enfermedad y sus estados emocionales. Del mismo modo, los menores refieren que tras el padecimiento surgió un cambio en sus actividades, esto se interpreta como un afrontamiento instrumental. Por último, los pacientes buscan hablar sobre su estado de salud, considerándose como un afrontamiento de tipo afectivo.

Hasta ahora se ha puesto de manifiesto que los niños platican con el personal médico, sus padres y el resto de la familia sobre cómo se sienten emocionalmente; estos datos demuestran que la expresión verbal permite en los menores obtener información sobre su padecimiento, para de esta modo tener un soporte emocional. Esta expresión verbal la emplean también con los compañeros de la escuela, así como con los docentes sobre lo que tienen y como se sienten; por ende, se afirma que la expresión verbal es un punto a favor para los menores. Sin embargo, lo encontrado en este estudio no concuerda con lo obtenido por Sánchez y Álvarez (2004), ambos autores refieren que los pacientes de su estudio emplearon un afrontamientos de tipo emocional, afrontamiento pasivo, evitativo, un afrontamiento agresivo a la causa y el afrontamiento a olvidar, por tanto es notorio el contraste de esos resultados con los que se exponen en este trabajo.

Además, Amarís et al (2013), refieren que las estrategias de afrontamiento son moldeadas de acuerdo al sistema familiar, pues el menor vera las diferentes estrategias de afrontamiento que emplean sus allegados para de esta manera reproducirlas. Los resultados que ellos encontraron difieren con lo establecido de este trabajo, pues en este estudio no prevalecen las mismas estrategias entre los pacientes y las cuidadoras; tal vez el afrontamiento instrumental que presentan los pacientes tiene que ver más con la imagen que el menor percibe del sistema médico, pues comúnmente los menores tienen mayor atención en comparación de sus cuidadoras primarias, generando en los infantes más motivación para querer estar informados y colaborar con el proceso de curación.

Se aprecia también que los pacientes exponen un mayor empleo de estrategias positivas que están centrados en el problema, debido a que existe un mayor uso de afrontamiento de tipo instrumental, que a su vez puede ser beneficioso para su salud. Para ejemplificar, se retoman los datos de Morales y Trianes (2010), quienes estudiaron las estrategias de afrontamiento, en 402 menores de 9 y 12 años de edad; llegando a concluir que los infantes que usan estrategias negativas manifiestan mayor problemas médicos, educativos y con sus pares; refieren también que estos tipos de problemas tenían una relación con trastornos como el estrés.

Permaneciendo con la variable de estrategias en cuanto a los pacientes, García y Gómez-Maqueo (2016), estudiaron los afrontamientos en 23 adolescentes que tenían algún tipo de cáncer, teniendo como rango de edad en los pacientes 12 a 19 años, en el estudio encontraron que el afrontamiento que mayormente emplearon los menores fue el afrontamiento de tipo espiritual con una puntuación media de 55.58. Los datos de ese estudio difieren en este trabajo; como se reveló, el afrontamiento más usado por los pacientes fue de tipo instrumental y afectivo; esto muestra posiblemente que el uso de la estrategia de afrontamiento varía dependiendo de diferentes necesidades o circunstancias como lo es la edad. Los resultados adquiridos en este trabajo podrían ser considerados como positivos si retomamos lo que mencionaron en su momento Ortigosa, Méndez y Riquelme (2009), ya que demuestran que los pacientes infantiles se muestran colaboradores con el personal médico lo cual genera beneficios para su propia salud.

Respecto a la misma variable pero en relación a las cuidadoras primarias se encontró que el afrontamiento dominante fue de tipo instrumental, puesto que las cuidadoras buscan al personal médico para obtener información y así cumplir con las recomendaciones que se les indica. De igual forma existe una aceptación a la experiencia que están viviendo; de indagar en cuanto a la enfermedad de sus hijos e interés por cambiar sus hábitos de salud, estos resultados nos señalan que el

afrontamiento que mayor tienen las cuidadoras es de tipo instrumental. De igual manera encontramos un afrontamiento afectivo, debido a que las cuidadoras señalan buscar apoyo emocional por parte de sus respectivas parejas sentimentales. De acuerdo a los datos vemos que existe un mayor empleo de afrontamiento instrumental, pues llegan a buscar información en relación a la enfermedad que padecen sus hijos.

En relación al tema, López y Álvarez (2009), realizaron un estudio que pretendió conocer las estrategias de afrontamiento que empleaban las cuidadoras primarias que tenían un hijo con leucemia; encontraron que el afrontamiento que mayor manejaron fue de tipo espiritual/religioso en el momento del diagnóstico. Sin embargo, con el paso del tiempo surgió un cambio en relación al empleo de afrontamiento, ya que la estrategia que posteriormente usaron fue de tipo instrumental, no obstante seguía prevaleciendo el afrontamiento religioso.

Por su parte, Sánchez y Álvarez (2004), en su investigación involucraron a los cuidadores primarios, aludiendo que los cuidadores usaban mayormente un afrontamiento emocional, de agresión a la causa y evasivo. Conjuntamente, en esta investigación se indica que las cuidadoras tratan de estar informadas ante la situación de la enfermedad; por ende buscan información por parte del médico, esto sucede porque suelen sentirse confiadas con el personal médico; de ser así, estos resultados difieren con los resultados de Dos Santos, de Brito y Yamaguchi (2013), debido a que los autores indican que algunos cuidadores suelen desconfiar del personal médico conllevando a entorpecer una mejoría en la salud del menor.

En cuanto a la variable de las emociones, se encontró que los pacientes manifiestan emociones positivas, entre ellas: Optimismo, fe/esperanza, alegría y tranquilidad. En este apartado retomamos la teoría de Leventahl (1970), insinuando que los pacientes de esta investigación tenían quizás una representación de la enfermedad no tan catastrófica; pues en la teoría del sentido

común sugiere que las personas dan representaciones a las enfermedades. Una de las representaciones que tomamos para explicar esta situación es la representación emocional; esta representación indica que si el paciente tiene un empleo de emociones negativas habrá un aumento de síntomas que dañen aún más el bienestar del paciente. Como contraparte la manifestación de emociones positivas ayudara a tener un mejor manejo de la sintomatología y de la situación de la enfermedad, generando en el paciente un mejor bienestar.

Otra posible razón del porque los menores emplearon emociones positivas, pudiera estar relacionado con lo que mencionó Leventhal et al (1996), en proporción a la atención médica que reciba el paciente por parte del personal de salud, los autores sugieren que si los médicos brindan a los pacientes información adecuada en cuanto a su nivel de entendimiento y aclaran las dudas que vayan surgiendo en el paciente existirá una pronta mejoría y un uso de estrategias y emociones productivas. A su vez Mestre, Samper, Tur-Porcar, Richaud de Minzi y Mesurado (2012), refieren que los pacientes que usan emociones positivas ante una enfermedad tienen una mayor autoestima y una mejor capacidad para controlar situaciones conflictivas, llegando generar que actúen de una manera eficaz. A demás Bragado et al., (2008) refieren que el uso de emociones positivas se relaciona con estrategias positivas para afrontar adecuadamente la enfermedad.

Siguiendo con la variable de emociones, pero enfocándose en las cuidadoras; se encontró un mayor empleo de emociones negativas, como sufrimiento, tristeza, miedo y ansiedad. Estos datos se relaciona con lo que indico Noel, D'anello, Araujo y de Sousa en el 2012, los autores señalan que las cuidadoras que tienen un hijo con cáncer tienden a exteriorizar emociones negativas como tristeza, depresión, miedo, impotencia, angustia y estrés. Una explicación, estaría concerniente con los factores de tipo expresivo, dado que las cuidadoras de este estudio llegaban a reprimir expresiones emotivas para no afectar la salud de sus hijos.

Cabe aclarar que las cuidadoras no tienen la misma atención que obtienen y perciben los menores, debido a que los pacientes llegan a tener una mayor atención por parte de sus familiares, personal médico, vecinos, etc. Otra posibilidad del resultado de estos hechos se asocia a la teoría del sentido común de Leventhal, puesto que las cuidadoras de este estudio están más centradas en atender la situación de sus hijos, por consiguiente, lo que tiene que ver con sus propias emociones se van dejando en segundo y tercer plano e inician a ponerle atención a sus emociones hasta que se sienten abrumadas.

Una vez que se obtuvieron los resultados en cuanto a saber que estrategias y que emociones usaban los participantes, se prosiguió por realizar una correlación de Pearson entre las variables de estrategias de afrontamiento y emociones; consiguiendo que los infantes tienen una correlación negativa entre la emoción de optimismo y el ítem “Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo”, este ítem es propio de la estrategia de tipo instrumental. Al ser una correlación negativa da la impresión de que los menores suelen tener menos optimismo, una posible justificación de dicho argumento sería que al momento de obtener la información descubren aspectos negativos de su padecimiento, conllevando pensamientos negativos. Además, este afrontamiento se correlaciona también con emociones negativas como lo es la soledad, la vergüenza, la inquietud y la preocupación; de este modo se pudiera afirmar que al obtener mayor información desemboca emociones que perjudican el bienestar emocional de los menores.

Continuando con la emoción del optimismo, se encontró también correlaciones negativa, con los ítems “Platico con mis padres sobre lo que tengo y como me siento emocionalmente” y con “Platico con mis amigos en la escuela sobre lo que tengo”; estos dos ítems pertenecen a un afrontamiento afectivo. De la misma manera se pudiera señalar que al obtener mayor información menor optimismo obtienen; por tanto, se cuestiona como y que tipo de datos reciben los menores al hablar sobre su experiencia vivida. Ante estas explicaciones, es

necesario indicar que existe una relación entre el ítem “Me interesa lo que dice el doctor y siempre le hago caso” con la emoción de tristeza; de esta manera se refuerza que a mayor información, mayor tristeza, pero menor optimismo. No obstante, hay una ambigüedad en los datos ya señalados, dado que los menores muestran alegría al tener también interés por lo que dicen el doctor, puesto que existe una correlación entre la alegría y la estrategia de tipo informal. Por último, quizás la alegría se ve reforzada con las situaciones espirituales, esta información se señala por la correlación que existe con dicha emoción y el uso de un afrontamiento espiritual.

Respecto a las cuidadoras primarias, se encontró una correlación negativa entre el ítem “Hago un gran esfuerzo para olvidarme de la enfermedad de mi hijo/a” (estrategia evitativa) con el optimismo; existe también una correlación negativa entre la alegría y la búsqueda de apoyo afectivo; interpretando el dato como a mayor búsqueda de apoyo, mayor alegría. Sin embargo, a su vez hay una relación negativa entre el miedo y la evitación, y entre la soledad y un uso de afrontamiento espiritual. Fuera de las correlaciones negativas y prosiguiendo con la emoción de soledad, se destaca la relación entre la emoción negativa con los afrontamientos de tipo evitativo; sugiriendo que a mayor afrontamiento de tipo evitativo, mayor soledad percibirán las cuidadoras, esto surge a pesar de que las cuidadoras tratan de buscar información sobre el padecimiento que tienen sus hijos.

En otro sentido, a pesar de que las cuidadoras buscan apoyo por parte de sus familiares y amistades, persisten las estrategias evitativas y emociones como enojo y culpa, puesto que reclaman su malestar y culpan a otras personas. Además, hay relación entre el sufrimiento y la estrategia de información; argumentando que a mayor información más sufrimiento habrá, esto pese al uso de afrontamiento espiritual y afectivo. Estos fundamentos pudieran ser visto como negativos, no obstante es importante indicar que se halló una correlación entre optimismo y aceptación; tomando este dato como positivo para las cuidadoras.

Posteriormente se realizó una comparación entre los dos grupos usando como análisis estadístico la *t* de student, teniendo como primicia ver cómo eran las reacciones emocionales de las cuidadoras al tener a sus hijos diagnosticados con algún tipo de cáncer entre; las comparaciones estuvieron compuestas por el grupo que estuviera pasando por dicha situación por más de cuatro años, y el otro grupo que tuviera a su hijo con cáncer en un periodo menor a tres años. Alcanzando como resultado que los menores de edad que tienen menos de un año con el padecimiento llegan a hablar más de su situación que los menores que tienen más de 4 años con el padecimiento; además, suelen estar más interesados de lo que dice el doctor que aquellos infantes que tienen mayor tiempo con el cáncer.

Por parte de la variable de emociones, los niños que tienen de un año a tres años con el cáncer expresan mayor optimismo; por contraparte, los niños que tienen más tiempo con el padecimiento reflejan más culpa y miedo que aquellos niños que apenas inician con el padecimiento de cáncer. Lo mismo quisimos indagar acerca de la relación de estas variables con las cuidadoras primarias y encontramos que aquellas que tienen mayor tiempo con la situación, revelan más aceptación y trabajar más para olvidar los problemas que aquellas cuidadoras que tienen de uno a tres años con estas circunstancias.

Contrariamente en las cuidadoras que apenas inician con esta situación buscan más apoyo emocional, ayuda espiritual y hablar con sus amistades que las cuidadoras que tienen esta experiencia desde hace cuatro años. En relación de las emociones, las cuidadoras que inician con esta nueva circunstancia demuestran más confianza, resignación y alivio. Por otra parte, las cuidadoras que tienen más de cuatro años en dicho contexto, manifiestan mayor soledad y desesperación que las cuidadoras que tienen un año con el padecimiento.

Gracias a estos datos, podemos determinar que a mayor tiempo con la situación de la enfermedad existirá más culpa y miedo en los pacientes que tienen más de cuatro años con el cáncer que los pacientes que apenas inician, puesto que los menores que inician con esta experiencia tienen mayor optimismo; una explicación del porqué surge este acontecimiento estaría asociado en que los pacientes que están comenzando suelen estar más interesados, buscan más información por distintos medios; el hablar con sus padres, familiares, docentes y amigos de la escuela sobre la situación por la cual están atravesando. De esta manera se toma como referencia la teoría de Leventhal, respecto al uso de emociones positivas, debido a que él menciona que las emociones positivas favorecen la salud y el bienestar de los enfermos.

Respecto a las cuidadoras primarias, encontramos que quienes tienen más de cuatro años con la situación emplean un afrontamiento de tipo instrumental y de aceptación, sin embargo existen emociones como soledad y desesperación. En cuanto a las cuidadoras que tienen de un año a tres con la experiencia de tener un hijo diagnosticado con cáncer buscan más apoyo emocional y espiritual, teniendo como empleo emociones como confianza, resignación y alivio.

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES**

Los datos encontrados en el estudio, nos hacen ver de forma general que las estrategias y emociones del menor y de su cuidadora difieren entre ambas muestras; quizás estas oposiciones serían generadas por todo el apoyo que llega a percibir el menor por parte de los familiares, del personal médico, amistades, etc. Por tanto, esta situación conlleva que los pacientes y las cuidadoras tengan creencias totalmente diferentes.

Se pudo percibir que los menores emplean más estrategias de tipo informativo, que permite a su vez una expresión verbal que beneficia la salud de los menores, esto contrasta con los afrontamientos que emplean las cuidadoras, puesto que llegan a usar más la evitación como estrategia; gracias a estos datos se determina una ambigüedad, dado que las cuidadoras buscan apoyo, pero al mismo tiempo evitan cualquier tipo de conversación que esté relacionado con la situación de enfermedad que experimentan sus hijos. Por parte de las emociones se pudo observar que los menores emplean más emociones positivas que sus cuidadoras primarias; pues ellas emplean más emociones negativas, como se expuso con anterioridad, esto podría ser debido al soporte afectivo y social que reciben los menores. Los resultados encontrados en nuestra investigación son similares a los que refiere Cantú-Guzmán (2012), puesto que en su estudio, revela que los afrontamientos que emplearon los participantes eran de tipo instrumental, así como buscar un apoyo social; además el autor refiere que los partícipes usan emociones positivas.

Por último, los menores que tienen menos de un año con el padecimiento llegan a hablar más de su situación y manifestar más interés por lo que dice el doctor que aquellos menores que tienen más de 4 años con el padecimiento; así

mismo, los niños que tienen de un año a tres años con el cáncer expresan mayor optimismo, mientras que los menores que tienen más tiempo con el padecimiento muestran culpa y miedo. Por parte de las cuidadoras primarias se encontró que las cuidadoras que tienen mayor tiempo con la situación, tienden a aceptar y trabajar más para olvidar los problemas que aquellas cuidadoras que tienen de uno a tres años con estas circunstancias. Respecto a las emociones, las cuidadoras que inician con esta nueva circunstancia demuestran más confianza, resignación y alivio.

De manera general, estos fundamentos permiten recomendar el mantenimiento de estados emocionales positivos y alentar afrontamientos efectivos por parte de los pacientes. En relación a las cuidadoras primarias se sugiere que se brinden intervenciones que estén enfocadas a la transformación del estado emocional, para que permita disminuir el dolor psicológico que viven durante el proceso, además de fortalecer un afrontamiento más apropiado para de esta manera lograr que tengan cambios positivos para su salud; para lograr esto sería necesario que en las instituciones se le dé una mayor importancia a la cuidadora, ya que generalmente es relegada.

Cabe destacar que el apoyo que se brinde tendría que ser progresivo para intentar mantener las estrategias y emociones positivas, puesto que es común que solo se le brinde atención al paciente y su cuidador en el comienzo de la enfermedad, por último este estudio brinda la oportunidad de conocer las áreas a desarrollar o trabajar con los pacientes y sus cuidadoras; además de conocer las carencias que podrían presentarse ante una experiencia de este tipo. Como sugerencia, se recomienda que en los próximos estudios se trabaje con una mayor población, de instruir al paciente, los cuidadores y a su vez al personal médico en cuanto a los beneficios de tener un uso de estrategias y emociones óptimas para de este modo beneficiar la salud emocional y física del paciente y su cuidadora.

## REFERENCIAS

- Amarís, M. M., Madariaga, O. C., Valle, A. M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Achury, M. D., Castaño, R. M. H., Gómez, R. A. L., & Guevara, R. M. N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(1), 27-46.
- Anarte, T. M., Ramírez, C., López, E. A., & Esteve, R. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Revista de la sociedad española del dolor*, 8, 102-110.
- Astudillo, A. W., & Mendinueta, A. C. (2008). Necesidades de los cuidadores del paciente crónico, derechos de los enfermos y cuidadores. Recuperado de [http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/pac\\_cronico\\_y\\_cuidadores.pdf](http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/pac_cronico_y_cuidadores.pdf)
- Avendaño, M. J. M., & Barra A. E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 165-172.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 505-520.
- Ballestas, C. H., López, O. E., Meza, Bustillo, R., Palencia, S. K., Ramos, P. D., &

- Montalvo, P. A. (2013). Cuidadores familiares de niños con cáncer y su funcionalidad. *Salud Uninorte*, 29(2), 249-259.
- Barakat, L. P., Hetzke, J. D., Foley, B., Carey, M. E., Gyato, K., & Phillips, P. (2003). Evaluation of a social skills training group intervention with children treated for brain tumors: A pilot study. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(5), 299 – 307. doi: 10.1093/jpepsy/jsg019.
- Baumann, J. L., Cameron, D. L., Zimmerman, S. R., & Leventhal, H. (1989). Illness representations and matching labels with symptoms. *Health Psychology*, 8(4), 449-469.
- Beléndez, M. (2012). Estrategias de afrontamiento y bienestar emocional en padres y madres de niños y adolescentes con diabetes: Diferencias de género. *Ansiedad y estrés*, 18(2-3), 177-186.
- Bragado, C., Hernández-Lloreda, J.M., Sánchez-Bernardos, L.M., & Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. *Psicothema*, 20(3), 413-419.
- Centro de Apoyo a Niños con Cáncer. (2015). Cáncer Infantil. Recuperado de [http://www.canica.org.mx/cancer\\_infantil.php](http://www.canica.org.mx/cancer_infantil.php)
- Cabral-Gallo, Delgadillo-Hernández, Flores-Herrera., & Sánchez-Zubieta. (2014). Manejo de la ansiedad en el paciente pediátrico oncológico y su cuidador primario durante la hospitalización a través de musicoterapia. *Psicooncología*, 11(23), 243-258.
- Cabrera, P., Urrutia, B., Vera, V., Alvarado, M., & Vera-Villarreal. (2005). Ansiedad

- y depresión en niños diagnosticados con cáncer. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 10(2), 115-124.
- Cantú-Guzmán, R. (2012). *Perfiles de comportamiento y representación social en la enfermedad crónica degenerativa: Una evaluación psicosocial en Cáncer, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión*. Disertación de Doctorado en Filosofía con especialidad en Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Cantú-Guzmán, R., & Álvarez, J. (2013). Batería de evaluación psicosocial del suceso de enfermedad crónica: Niveles de confiabilidad y estructura factorial. *Medicina, salud y sociedad*, 4(1), 59-80.
- Cantú-Guzmán, R., & Álvarez-Bermúdez, J. (en prensa). *De la salud médica a la salud integral; investigación y evaluación psicosocial en la enfermedad crónica*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. En prensa.
- Cardenal, V., Cerezo, V. M, Martínez, J., Ortiz-Tallo. M., & Blanca, J. M. (2012). Personality, Emotions and Coping Styles: Predictive Value for the Evolution of Cancer Patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 756-767.
- Carver, C. S., Scheeier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Celma, A. (2009). Psicooncología Infantil y Adolescente. *Revistas Científicas Complutense*, 6(2-3), 285-290.
- Cieślak, K., Pawlukiewicz, M., Gołąb, D., Konys, M., Kuśnierkiewicz, M., & Kleka, P. (2013). Styles of coping with stress of cancer in patients treated with

- radiotherapy and expectations towards medical staff – practical implications. *Reports of practical oncology & radiotherapy*, 18(2), 61-65.
- Compas, E. B., Jaser, S. S., Dunn, J. M., & Rodríguez, M. E. (2012). Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 455-480. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108.
- Cruz, M. O., Mejías, L. M., & Machado, M. Y. (2014) Características emocionales de niños escolares hospitalizados con enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(4), 462-469.
- De Castro, E. K., & Moreno-Jiménez, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: Aspectos teóricos. *Psicología em Estudo*, 12 (1), 81-86
- De la Huerta, H. R., Corona, M. J., & Méndez, V.J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría*, 39(1), 46-51.
- Doka. J. K. (2010). [Counseling Individuals with Life-threatening Illness]. *Psicoterapia para Enfermos en Riesgo vital*. España: Desclée De Brouwer.
- Dolgin, J. M., Phipps, S., Fairclough, L. D., Sahler, Z. J. O., Askins, M., Noll, B. R., Butler, W. R., Varni, W. J., & Katz, R. E. (2007). Trajectories of adjustment in mother of children with newly diagnosed cancer: A natural history investigation. *Journal of pediatric psychology*, 32(7), 771-782. doi:10.1093/jpepsy/jsmo13.
- Dos Santos, A. F. D., de Brito, G. E., & Yamaguchi, K. A. (2013). Stress related to care: The impact of childhood cancer on the lives of parents. *Revista*

*Latino-Americana de Enfermagem*, 21(1), 356-362.

Espada, C.M., & Grau, C. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología*, 9(1), 25-40. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2012.v9.n1.39136.

Espada, C.M., Grau, M. C., & Fortes. (2010). Enseñar estrategias de afrontamiento a padres de niños con cáncer a través de un cortometraje. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(3), 259-269.

Evans, W.G., & Kim, P. (2012). Childhood poverty, chronic stress, self-regulation, and coping. *Child development perspectives*, 7(1), 43-48. doi: 10.1111/cdep.12013.

Fedele, A. D., Hullmann, E. A., Chaffin, M., Kenner, C., Fisher, J. M., Kirk, K., Eddington, R. A., Phipps, S., McNall-Knapp, y. r., & Mullins, L. L. (2013). Impact of a parent-based interdisciplinary intervention for mother's adjustment in children newly diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(5), 531-540. doi: 10.1093/jpepsy/jst010.

Figuroa, I. M., & Cohen, I. S. (2006). Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/69213145/Las-estrategias-y-estilos-de-afrontamiento-1>.

Fletcher, C. P. (2010). My child has cancer: the costs of mothers' experiences of having a child with pediatric cancer. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 33, 164-184. doi: 10.3109/01460862.2010.498698.

Flórez-Torres, E. I., Montalvo-Prieto, A., Herrera-Lian, A., & Romero-Massa, E.

- (2010). Afectación de los bienestar en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica. *Revista Salud Publica*, 12(5), 754-764.
- Fredrickson, L. B. (2001). The Role Of Positive Emotions in Positive Psychology. *American Psychologist*, 56(3), 218-226
- Fredrickson, L. B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56(3), 218-226
- Fredrickson, L. B. (2004). The broaden and build theory of positive emotions. *The royal society*, 359, 1367-1377
- Gantiva, D. C. A., Luna V. A., Dávila, A. M., & Salgado, M. J. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(1), 63-72.
- García, G. A. A., & Gómez-Maqueo, E. M. (2016). Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15(1), 3-9.
- Garza, S. J., & Juárez, S. P. (2014). El cáncer en los niños. En de la Garza, S. (Eds), *El cáncer* (pp. 147-148). Monterrey, México: La ciencia a tu alcance.
- Gaviria, M. A., Vinaccia, S., Riveros, F. M., & Quiceno, M. J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, (20), 50-75.
- González- Arratia, I. N., Nieto, D., & Valdez, L. J. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 113-123. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2011v8.n1.9.

- González, H. Y. R. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer. *Actualidades en Psicología*, 20(107), 22-44.
- González, H. E. A., Fregoso, C. C. Y., Zerquera, T. G., Marchena, M. H., & Guerra, C. C. (2008). Bioética de las enfermedades crónicas de la infancia. *MediSur*, 6(1).
- González, A.L.F.I.N., Valdez, M.L.J., Oudhof, B. H., & González, E.S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencias Ergo Sum*, 16(3), 247-253.
- Grau, E., & Espada, C. M. (2012). Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. *Psicooncología*, 9(1), 125-136. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2012.v9.n1.39142
- Grau, C., & Fernández, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 33(2), 203-212.
- Grau, C., Espada, C. M., & Fortes, M. C. (2010). Relaciones padres-médicos en oncología: Un enfoque cualitativo. *Anales del Sistema sanitario de Navarra*, 33(3), 277-285.
- Greening, L., & Stoppelbein, L. (2007). Brief Report: Pediatric Cancer, Parental Coping Style, and Risk for Depressive, Posttraumatic Stress, and Anxiety Symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(10), 1272-1277.
- Grootenhuis, A. M., & Last, F. B. (1997). Predictors of parental emotional adjustment to childhood cancer, *Psycho-oncology*, 6, 115-128.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & health*, 18, 141- 184.

- Hernández, S., López, C., & Durá, E. (2009). Indicadores de alteraciones emocionales y conductuales en menores oncológicos. *Psicooncología*, 6(2-3), 311-325.
- Hernández, N. P. M., Lorenzo, R., & Nacif, L. (2009). Impacto emocional: El cáncer infantil-inmigración. *Psicooncología*, 6(23), 445-457.
- Hekler, B. E., Lambert, J., Leventhal, E., Leventhal, H., Jahn, E., & Contrada, J. R. (2008). Commonsense illness beliefs, adherence behaviors, and hypertension control among African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 391-400. doi: 10.1007/s10865-008-9165-4.
- Hoekstra-Weebers, E. H. M. J., Wijnber-Willims, J. B., Jaspers, P. C. J., Kamps, A. W., & Van de Wiel, B. M. H. (2012). Coping and its effect on psychological distress of parents of pediatrics cancer patients: A longitudinal prospective study. *Psycho-Oncology*, 21, 903-911. doi: 10.1002/pon.1987.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (Septiembre, 2015). Estadísticas a propósito de día mundial contra el cáncer. Recuperado de [http://www.equidad.org.mx/images/stories/documentos/Cancer\\_2015.pdf](http://www.equidad.org.mx/images/stories/documentos/Cancer_2015.pdf).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (Septiembre, 2015). "Estadísticas a propósito del... día del niño (30 de abril)". Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/ni%C3%B1o0.pdf>
- INFOCÁNCER. (2013). El síndrome de desgaste del cuidador primario. Recuperado de <http://www.infocancer.org.mx/el-sndrome-de-desgaste-del-cuidador-primario-con543i0.html>
- Joubert, D., Sadéghi, MR., Elliott, M., Devins GM., Laperrière, N., & Rodin, G.

- (2001). Physical sequelae and self-perceived attachment in adult survivors of childhood cancer. *Psychooncology*, 10(4), 284-292.
- Juste, C. A. J. (2011). *Intervención psicosocial en adolescentes con cáncer. Niños con cáncer, federación española de padres*. Recuperado de <http://www.cancerinfantil.org/wp-content/uploads/2011/03/Libro-Interv.Psicosocial-en-Adolescentes-C%C3%A1ncer-FEPNC.pdf>
- Kästel, A., Enskär, K., & Björk, O. (2011). Parents' views on information in childhood cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 290-295. doi: 10.1016/j.ejon.2010.10.007.
- Kohlsdorf, M., & Costa, J. Á. (2011). Coping strategies and caregiver's anxiety in pediatric oncohematology. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(2), 272-280.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1991). *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.
- Lee-Baggley, D., & Preece, M. (2005). Coping with interpersonal stress: Role of big, five traits. *Journal of Personality*, 73(5), 1141-1180.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. En S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology* (pp. 7–30). New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H. (1979). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 119-186.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, A. E. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, (2), 143-163.

- Leventhal, A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. En L. D. Camero (Ed.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 42-65). New York: Routledge.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, A. E., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). *Perceptions of health and illness*. [Version para lector digital]. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=875kAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA19&dq=Illness+representations:Theoretical+foundations.&ots=LRvKC3Z7WS&sig=2ohkoCXEMarjii1wF6Ks2CX5rOc#v=onepage&q=Illness%20representations%3A%20theoretical%20foundations.&f=false>
- Leventhal, E. A., Hansell, S., Diefenbach, M., Leventhal, H., & Glass, D. C. (1996). Negative affect and self-report of physical symptoms: Two longitudinal studies of older adults. *Health Psychology, 15*, 192-199.
- Ljungman, L., Cernvall, M., Grönqvist, H., Ljótsson, B., Ljungman, G., & von Essen. (2014). Long-Term positive and negative psychological late effects for parents of childhood cancer survivors: A systematic review. *PLoS One, 9*(7). doi: 10.1371/journal.pone.0103340.
- López, H. J., & Álvarez, B. J. (2009). Emociones y afrontamiento en madres de hijos con cancer. *Psicología e investigación en enfermedades crónicas degenerativas, 153-171*.
- López-Ibor, B. (2009). Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer infantil. *Psicooncología, 6*(23), 281-284.

- Lutz, S. M., Kazak, E. A., Alderfer, A. M., Rodriguez, A., Hwang, W-T., Pai, H. L. A., Boeving, A., & Reilly, A. (2009). Conducting a randomized clinical trial of an psychological intervention for parents/caregivers of children with cancer shortly after diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology, 34*(8), 803-816. doi: 10.1093/jpepsy/jsn130.
- Mangin, V. M., Juárez, G. F., Robles, G. R., & Riveros, R. A. (2015). Repercusiones psicológicas y estrategias de afrontamiento en cuidadores de niños en transplante de células madre hematopoyéticas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 5*(1), 9-17.
- Malca, S. B. (2005). Psicooncología: Abordaje emocional en oncología. *Persona y Bioética, 9*(2), 64-67.
- Mann, M. D., Ponieman, D., Leventhal, H., & Halm, A. E. (2009). Predictors of adherence to diabetes medications: The roles of disease and medication beliefs. *Journal of Behavioral Medicine, 32*, 278-284. doi: 10.1007/s10865-009-9202-y.
- Martin, R., Rothrock, N., Leventhal, H., & Leventhal, E. (2003). Common sense models of illness: Implications for symptom perception and health-related behaviors. En J. Suls & K. A. Wallston (Eds), *Social Psychological Foundations of health & illness* (pp 199-225). Maldema, MA: Blackwell Publishing.
- McAndrew, M. L., Mora, A. P., Quigley, S. K., Leventhal, A. E., & Leventhal, H. (2014). Using the common sense model of self-regulation to understand the relationship between symptom reporting and trait negative affect.

- International Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 989-994. doi: 10.1007/s12529-013-9372-4.
- McGrath, P. (2001). Findings on the impact of the treatment for childhood acute lymphoblastic leukaemia on family relationships. *Childs and Family Social Work*, 6(3), 229 – 237.
- Méndez, X., Orgilés, M., López-Roig, S., & Espada, P. J. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1(1), 139-154.
- Méndez, X. F., Ortigosa, M. J., & Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*, 4(2), 193-209.
- Méndez, V. (2005). Intervención emocional y conductual para el niño con cáncer y su familia. *Gamo*, 4(3), 60-64.
- Mestre, E. V., Samper, G. P., Tur-Porcar, M. A., Richaud de Minzi, C., & Mesurado, B. (2012). Emociones, estilos de afrontamiento y agresividad en la adolescencia. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1263-1275.
- Montes, P. C., Rodríguez, F. M., & Serrano, M. G. (2014). Estrategias de manejo de conflicto en clave emocional. *Anales de psicología*, 30(1), 238-246.
- Montero, P. X., Jurado, C. S., Robles, G. R., Aguilar, V. J., Figueroa, L. C. G., & Méndez, V. J. (2012). Carga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer: Efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(2), 118-124.
- Morales, F. M., & Trianes, M. V. (2010). Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes. *European Journal of Education and*

*Psychology*, 3(2), 275-286.

Moral, R. J., & Martínez, R. J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: Estrés y afrontamiento. *Psicología y salud*, 19(2), 189-196.

Muglia-Wechsler, A., Bragado-Álvarez, C., & Hernández-Lloreda, J. M. (2014). Effectiveness of psychological interventions intended to promote adjustment of children with cancer and their parents: An overview. *Anales de psicología*, 30(1), 93-103. doi.org/10.6018/analesps.30.1.49161.

National Cancer Institute. (Diciembre, 2014). Defining Cancer. Recuperado de <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer>.

Noel, G. (2011). Participación de la familia en la adaptación de niños y adolescentes que sobreviven al cáncer. *Anales de la universidad metropolitana*, 11(1), 71-89.

Noel, G., D'Anello, S., Araujo, L., & De Sousa, J. (2012). Factores emocionales y familiares asociados a la adaptación de adolescentes con cáncer. Reporte de 10 casos. *MedULA*, 21, 140-146.

Organización Mundial de la Salud. (Abril, 2015). Cáncer. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2008). Cáncer infantil a nivel mundial. Recuperado de <http://censia.salud.gob.mx/contenidos/cancer/nivelmundial.html>

Organización Mundial de la Salud. (2011). Aumenta o disminuye el número de cáncer en el mundo. Recuperado de [www.who.int/temas de salud/cáncer](http://www.who.int/temas_de_salud/cancer).

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Diagnóstico temprano del cáncer

en la niñez. Recuperado de [http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/Manual%20AIEPI\\_ESP.pdf](http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/Manual%20AIEPI_ESP.pdf)

Ortigosa, M. J., Méndez, X. F., & Riquelme, A. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (II): Modelado filmado. *Psicología Conductual*, 4(2), 211-230.

Ortigosa, M. J., Méndez, X. F., & Riquelme, A. (2009). Afrontamiento Psicológico de los Procedimientos Médicos Invasivos y Dolorosos Aplicados Para el Tratamiento del Cáncer Infantil y Adolescente: La Perspectiva Cognitivo-Conductual. *Revista de psicooncología*, 6(2-3), 413-428.

Papalia, E. D., Wendkos, O. S., & Duskin, F. R. (2009). [A Child's World: Infancy Through Adolescence]. *Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia*. México: McGraw-Hill.

Pinto, A. N. (2007). Bienestar Espiritual de los cuidadores familiares de niños que viven enfermedad crónica. *Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo*, 9(1), 20-35.

Piqueras, R. A. J., Ramos, L. V., Martínez, G. E. A., & Oblitas, G. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicología*, 16(2), 85-112.

Quiles, M. Y., Terol, C. C. M., & Marzo, C. C. J. (2009). Representación de la enfermedad, afrontamiento y ajuste en los trastornos alimentarios. *Clínica y salud*, 20, (2), 159 – 175.

Quintana, M. A., Hastenpflug, W. S., Pereira, C. V., & de Quadros, C. E. (2013). Childhood cancer: Meanings attributed to the disease by parent caregivers.

- Paidéia*, 23(55), 253-261. doi: 10.1590/1982-43272355201313.
- Richaud, M. C. M. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista latinoamericana de psicología*, 37(01), 47-58.
- Rodríguez, V. B, Ortiz, V. A., Palao, T. A., Avedillo, C., Sánchez-Cabezudo, A., & Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *The European Journal of Psychiatry*, 16(1), 27-38.
- Rodríguez, P. J. M., Esteve, Z. M. R., & López, M. E. A. (2000) Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3), 339-345.
- Salcedo, M. C., & Chaskel, R. (2009). Impacto psicosocial del cáncer en niños y adolescentes. *Sociedad colombiana de pediatría*, 8(3), 5-18.
- Sánchez, C. I. R., & Álvarez, B. J. (2004). *Creencias sobre salud y enfermedad: El caso del cáncer infantil* (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey Nuevo León.
- Santo, E. R. A. E., Gaíva, M. A. M., Espinosa, M. M., Barbosa, A. D., & Belasco, S. G. A. (2011). Taking care of children with cancer: Evaluation of the caregivers burden and quality of life. *Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 515-522.
- Santrock, W. J. (2007). Estudio de las emociones. En Islas, L. N (Eds.), *Desarrollo Infantil* (Séptima edición., pp 332-333). México, D.F.: Mc Graw Hill.
- Secretaria de Salud. (2015). Cáncer infantil en México. Recuperado de [http://censia.salud.gob.mx/contenidos/cancer/cancer\\_infantil.html](http://censia.salud.gob.mx/contenidos/cancer/cancer_infantil.html)

- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2011). Cáncer en niños y adolescentes en México. Recuperado de [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P\\_EPI\\_DEL\\_CANCER\\_EN\\_NI%C3%91OSyADOLESCENTE\\_S\\_MEXICO.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_CANCER_EN_NI%C3%91OSyADOLESCENTE_S_MEXICO.pdf)
- Singh, K., & Hodgson, D. (2011). How can the multi-disciplinary team meet the psychological needs of adolescents with cancer? A review of the literature. *Journal of Radiotherapy in Practice*, 10, 55-64. doi:10.1017/S1460396910000117.
- Sloper, P. (1996). Needs and responses of parents following the diagnosis of childhood cancer. *Child: Care, health and development*, 22(3), 187-202.
- Streisand, R., Braniecki, S., Tercyak, KP., & Kazak, AE. (2001). Childhood illness-related parenting stress: The pediatric inventory for parents, *Journal of Pediatric Psychology*, 26(3), 155-162.
- Torres, Y., & Pérez, B. I. (2011). Guía de apoyo psicosocial para padres de niños con cáncer. *Anales de la universidad metropolitana*, 11(1), 171-184.
- Tsai, M. H., Hsu, J. F., Yang, C. P., Jaing, T. H., Hung, I. J., Huang, H. R., & Huang, Y. S. (2012). Psychosocial and emotional adjustment for children with pediatric cancer and their primary caregivers and the impact on their health-related quality of life during the first 6 months. *Qual Life Res*, (22), 625-634. doi: 10.1007/s11136-012-0176-9.
- Vecina, J. M. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17.
- Wenniger, K., Helmes, A., Bengel, J., Lauten, M., Völkel, S., & Niemeyer, Ch. (2013). Coping in long-term survivors of childhood to psychological distress. *Psycho-Oncology*, 22(4), 854-861. doi: 10.1002/pon.3073

- Williams, K. L., McCarthy, C. M., Eyles, D., & Drew, S. (2013). Parenting a child with cancer: Perceptions of adolescents and parents of adolescents and younger children following completion of childhood cancer treatment. *Journal of family studies*, 19(1), 80-89. doi: 10.5172/jfs.2013.19.1.80
- Wijnberg-Williams, B.J., Kamps, W.A., Klip, C., & Hoekstra-Weebers, J.E. (2006). Psychological adjustment of parents of pediatric cancer patients revised: Five years later. *Psychooncology*, 1(5), 1-8. doi: 10.1002/pon.927.
- Zeltzer, K. I., Recklitis, C., Buchbinder, D., Zebrack, B., Casillas, J., Tsao, C. I. J., Lu, Q., & Krull, K. (2009). Psychological status in childhood cancer survivors: A report from the childhood cancer survivor study. *Journal of clinical oncology*, 27(14), 2396-2404. doi:10.1200/JCO.2008.21.1433

# **ANEXO 1**



# BATERÍA DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DE LA VIVENCIA DE SUCESOS VITALES.

Javier Álvarez Bermúdez  
Facultad de Psicología, UANL

Rodrigo Cantú Guzmán  
Departamento de Servicios Médicos, UANL

## **BATERÍA DE EVALUACION PSICOSOCIAL DE LA VIVENCIA DE SUCESOS VITALES.**

La batería permite evaluar las siguientes dimensiones psicológicas: emociones, afrontamiento, soporte social, sucesos de vida y conceptualización de la situación vivida. Se recomienda su aplicación considerando el tiempo de vivencia de la situación

Por favor conteste lo más honestamente posible y lea cuidadosamente las indicaciones, evite dejar respuestas en blanco.

### **FICHA DE IDENTIDAD**

Nombre: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre Mujer Estado civil: \_\_\_\_\_

Cuántas personas viven con Ud. En casa \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios (concluidos):

- a) Sin estudios o no termino la primaria
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Preparatoria
- e) Técnico
- f) Universidad
- g) Posgrado

¿Cuál es su ingreso mensual aproximado? \_\_\_\_\_

¿En qué nivel socioeconómico considera que se encuentra usted?

Bajo Medio Alto

Podría describirnos brevemente su situación en relación a su hijo/a

---

---

---

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta situación \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la fecha en que esto inicio? Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

¿Qué tipo de apoyo ha recibido Ud. para salir de esta situación?

---

---

---

¿Alguno(s) de sus familiares viven esta misma situación? SI NO

¿Quiénes? \_\_\_\_\_

### **APARTADO 1**

#### **IDEAS Y PENSAMIENTOS ACERCA DE LA ENFERMEDAD DE SU HIJO/A**

**Por favor señale la respuesta que mejor describa o se acerque a su situación.**

¿Cómo fue la noticia del diagnóstico de la enfermedad de su hijo/a?

*Inesperado Esperado*

¿Cómo se sintió emocionalmente en relación a la enfermedad de su hijo/a?

*Mal Regular Bien Muy bien Excelente*

¿Cómo se sintió emocionalmente en relación a la enfermedad de su hijo/a?

*Mal Regular Bien Muy bien Excelente*

De las siguientes opciones, le pedimos por favor que clasifique de acuerdo a su opinión, aquellos conceptos o ideas que considere mejor describan la enfermedad de su hijo/a. Indique con el "1" la primera más importante, con el "2" la segunda más importante y con el "3" la tercera más importante.

Considero que la enfermedad de mi hijo/a es algo:

- Positivo y de beneficio
- Que incapacita en las actividades cotidianas
- Que es una señal importante de la vida
- Que afecta emocionalmente
- Grave
- Relacionada a la muerte
- Que afecta a la familia
- Como algo natural
- Como un castigo
- Que genera problemas en la vida social
- Que afecta el trabajo
- Cuestión de mala suerte

Si considera otras opciones por favor escríbalas en el renglón: \_\_\_\_\_

**APARTADO 2**  
**EMOCIONES RELACIONADAS A LA ENFERMEDAD**

Enseguida se le presenta un listado de palabras referentes a diversas emociones, por favor señala el número correspondiente a la intensidad de la emoción en cada una de ellas, en relación a como se sintió cuando se enteró de la enfermedad de su hijo/a. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) poco, (2) muy poco, (3) regular, (4) moderado y (5) mucho.

	Poco	Muy poco	Regular	Moderado	Mucha
Esperanza	1	2	3	4	5
Tristeza	1	2	3	4	5
Alegría	1	2	3	4	5
Miedo	1	2	3	4	5
Confianza	1	2	3	4	5
Culpa	1	2	3	4	5
Optimismo	1	2	3	4	5
Sufrimiento	1	2	3	4	5
Ilusión	1	2	3	4	5
Soledad	1	2	3	4	5
Ánimo	1	2	3	4	5
Enojo o coraje	1	2	3	4	5
Tranquilidad	1	2	3	4	5
Resignación	1	2	3	4	5
Alivio	1	2	3	4	5
Vergüenza	1	2	3	4	5
Seguridad	1	2	3	4	5
Ansiedad	1	2	3	4	5
Calma	1	2	3	4	5
Desesperación	1	2	3	4	5

### APARTADO 3

#### COMPORTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD DE SU HIJO/A

Enseguida se le presenta un listado de frases, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se haya presentado, en relación a que hizo cuando se enteró de la enfermedad de su hijo/a. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) poco, (2) muy poco, (3) regular, (4) moderado y (5) mucho.

Niego que tiene la enfermedad	1	2	3	4	5
Intento informarme acerca de la enfermedad de mi hijo y lucho lo más que puedo contra ella.	1	2	3	4	5
Hago un gran esfuerzo para olvidarme de la enfermedad de mi hijo/a.	1	2	3	4	5
Busco apoyo emocional en mis padres en relación a la enfermedad de mi hijo/a.	1	2	3	4	5
Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos.	1	2	3	4	5
Reclamo mi enojo a las personas responsables de mis problemas.	1	2	3	4	5
Acepto que tengo una situación que antes no tenía.	1	2	3	4	5
Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi situación.	1	2	3	4	5
Busco personas que me puedan ayudar a manejar la situación.	1	2	3	4	5
Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi situación.	1	2	3	4	5
Tomo alcohol u otras sustancias para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad.	1	2	3	4	5
Busco ayuda espiritual en relación a la enfermedad de mi hijo/a.	1	2	3	4	5
Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad.	1	2	3	4	5
Busco atención profesional psicológica en relación a la enfermedad de mi hijo/a.	1	2	3	4	5
Intento mantenerme ocupado para no pensar en la enfermedad de mi hijo/a.	1	2	3	4	5
Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a la enfermedad de mi hijo/a.	1	2	3	4	5
Creo que la enfermedad de mi hijo/a es debido a un error por parte de los involucrados.	1	2	3	4	5
A partir de la enfermedad cuido mis hábitos de salud (alimentación, ejercicio, descanso, sexo, otros)	1	2	3	4	5
Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la situación.	1	2	3	4	5
Intento no hablar y que no me hablen de la enfermedad de mi hijo/.	1	2	3	4	5

#### APARTADO 4

#### APOYO EN LA ENFERMEDAD DE SU HIJO

Enseguida se le presenta un listado de frases, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se haya presentado, en relación al apoyo que recibió durante el inicio de la enfermedad de mi hijo/a. Responde de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas.	1	2	3	4	5
Recibo reconocimientos cuando hago bien mis actividades.	1	2	3	4	5
Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad de mi hijo.	1	2	3	4	5
Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad de mi hijo/a	1	2	3	4	5
Obtengo apoyo de amistades en relación a la situación.	1	2	3	4	5
Recibo apoyo del médico en cuanto a tratamientos y tramites en relación a la situación.	1	2	3	4	5
Obtengo apoyo emocional de mi padre e relación a la situación.	1	2	3	4	5
Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento.	1	2	3	4	5
Percibo apoyo de mi madre en relación a la situación.	1	2	3	4	5
Obtengo apoyo de mi padre en relación a la situación.	1	2	3	4	5
Percibo que tengo apoyo de la gente que me rodea.	1	2	3	4	5
Obtengo ayuda económica o de información de mi situación de familiares que no viven en casa.	1	2	3	4	5
Percibo que cuento con ayuda de parte de mi padre en relación a la situación.	1	2	3	4	5
Tengo ayuda económica o de información de mi situación de familiares que viven en mi casa.	1	2	3	4	5
Percibo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación al a situación.	1	2	3	4	5
Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a mi situación.	1	2	3	4	5
Percibo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la situación.	1	2	3	4	5
Obtengo apoyo de mi madre en relación a la situación.	1	2	3	4	5
Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la situación.	1	2	3	4	5
Obtengo apoyo de información o económica de mi padre en relación a la situación.	1	2	3	4	5
Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la situación.	1	2	3	4	5
Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la situación.	1	2	3	4	5
Percibo que cuento con ayuda de parte de mis amistades en relación a la situación.	1	2	3	4	5
Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la situación.	1	2	3	4	5
Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo/a en relación a la situación.	1	2	3	4	5
Cuento con personas que se preocupan de mis problemas.	1	2	3	4	5
Percibo apoyo emocional del médico en relación a la situación de mi hijo/a	1	2	3	4	5
Obtengo apoyo económico o información de la situación de mi hijo de un grupo de ayuda.	1	2	3	4	5

## APARTADO 5 SUCESOS DE LA SITUACIÓN

Enseguida se le presenta un listado de sucesos que ha vivido en su situación, por favor señale el número correspondiente de acuerdo al nivel de preocupación que haya sentido en cada uno de ellos a la par de su experiencia de la situación. Responde de acuerdo al nivel de preocupación lo siguiente, (1) nada, (2) poca, (3) regular, (4) moderada y (5) mucha.

Cambio en el ritmo de sueño.	1	2	3	4	5
Discusiones fuertes con familiares que viven en casa.	1	2	3	4	5
Muerte de algún familiar cercano (padre, hermano otros).	1	2	3	4	5
Reducción sustancial de los ingresos.	1	2	3	4	5
Discusión o problemas con los amigos.	1	2	3	4	5
Asenso en el trabajo.	1	2	3	4	5
Discusión o problemas con los vecinos.	1	2	3	4	5
Cambios de horarios o de las condiciones de trabajo actual.	1	2	3	4	5
Divorcio o separación.	1	2	3	4	5
Abandono familiar.	1	2	3	4	5
Cambio en las costumbres personales (salir, vestir, otros).	1	2	3	4	5
Discusiones fuertes con familiares que viven en casa.	1	2	3	4	5
Nacimiento de un hijo.	1	2	3	4	5
Conflicto con jefe o compañeros del trabajo.	1	2	3	4	5
Hospitalización de algún miembro de la familia.	1	2	3	4	5
Situación difícil de un miembro de la familia.	1	2	3	4	5
Quedarse sin trabajo.	1	2	3	4	5
Repentino y/o serio deterioro de la audición, visión u otras funciones.	1	2	3	4	5
Dificultades en su actividad sexual.	1	2	3	4	5
Éxito personal importante.	1	2	3	4	5
Enamorarse o iniciar una amistad íntima y/o profunda.	1	2	3	4	5
Abuso u ofensa sexual.	1	2	3	4	5
Muerte de un amigo íntimo.	1	2	3	4	5
Dificultades sexuales con la pareja.	1	2	3	4	5
Otras situaciones prolongadas que requieren tratamiento.	1	2	3	4	5
Rotura de noviazgo o relación similar.	1	2	3	4	5
Amenazas a usted o a su familia.	1	2	3	4	5
Atentados contra usted o su familia.	1	2	3	4	5

Robos o asaltos.	1	2	3
Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja.	1	2	3
Muerte de pareja y/o esposo (a).	1	2	3

**APARTADO FINAL**  
**CONSIDERACIONES FINALES ACERCA LA SITUACIÓN DE MI HIJO/A**

**Por favor conteste las siguientes preguntas de la manera más honesta posible y exprésese libremente.**

De las emociones sentidas cuando entendió la situación ¿cual o cuales fueron las más duraderas y por cuánto tiempo?

---



---



---

¿Qué pensó en el momento de caer en cuenta de cuál era la situación?

---



---



---

¿Qué hizo en ese momento?

---



---



---

¿En este momento como se siente emocionalmente referente a la situación?

---



---



---

¿Ha hablado usted de su situación con alguien más?, ¿Usted ha tocado el tema?, ¿Con quiénes?, ¿De qué exactamente ha hablado?

---



---



---

Por último, desde su punto de vista, ¿Cuál considera que sería la mayor dificultad en su situación actual?

---



---



---

## **ANEXO 2**



# BATERÍA DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DEL SUCESO DE ENFERMEDAD CRÓNICA EN ETAPA INFANTIL

**Dr. Javier Álvarez Bermúdez**  
*Facultad de Psicología UANL*

**Dr. Rodrigo Cantú Guzmán**  
*Departamento de Servicios Médicos UANL*

Ilustración: Griselda Villegas

**El entrevistador una vez capacitado, tendrá que dar una explicación de los objetivos y fines de la investigación, así como aclarar dudas de los participantes, una vez dado esto se prosigue con el consentimiento informado.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS FAMILIARES DEL PARTICIPANTE**

Los datos son completamente confidenciales y para uso exclusivo con fines académicos y de investigación, al contestar los reactivos y/o aceptar la entrevista, Usted acepta que su hijo(a) participe voluntariamente en el estudio y es libre de abandonarlo en cualquier momento. Participar o no en este estudio no afecta de ninguna manera el que siga recibiendo atención y tratamiento médico en la institución que se atienda. Si está de acuerdo por favor firme en el renglón.

Nombre del niño entrevistado(a):

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del familiar e indicar parentesco: \_\_\_\_\_  
parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre del investigador(a) o investigador(a) asistente: \_\_\_\_\_  
Contacto del investigador (teléfono, otro): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## BATERÍA DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DEL SUCESO DE ENFERMEDAD CRÓNICA EN ETAPA INFANTIL

La batería permite evaluar las siguientes dimensiones psicosociales: emociones, afrontamiento, soporte social, sucesos de vida y creencias/conceptualización asociadas a la enfermedad crónica en la etapa infantil.

Por favor conteste lo más honestamente posible y lea cuidadosamente las indicaciones del entrevistador, evite dejar respuestas en blanco.

### FICHA DE IDENTIDAD Y ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD (Entrevista a Padres)

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Num. empleado (expediente): \_\_\_\_\_

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Institución donde se atiende: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: (1)Hombre (2)Mujer

¿Cuántas personas viven en casa?: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios de su hijo(a): Grado escolar: \_\_\_\_\_ Actualmente no estudia: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de su hijo(a): \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Metástasis (tumores que se han dirigido a otros órganos): 1)Sí 2)No

Señale el tipo o tipos de tratamiento médico que recibe o ha recibido: # \_\_\_\_\_

1)quimioterapia 2)radioterapia 3)cirugía 4)quimioterapia y radioterapia 5)quimioterapia y cirugía 6)radioterapia y cirugía 7)los tres 8)ninguno

## INICIO DE LA ENTREVISTA Y EVALUACIÓN

### Instrucciones

El entrevistador inicia estableciendo rapport con el niño y puede empezar indagando sobre el porqué de sus visitas al hospital y cómo denomina o entiende el padecimiento que tiene, (ej. ¿Por qué razón acudes o visitas al doctor, en esta institución u hospital?, ¿Tienes alguna enfermedad? ¿Cómo se llama?, entre otras), a partir de ahí se prosigue con las preguntas específicas y los apartados de evaluación, por favor señale la imagen correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se presenta de cinco opciones. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre. Las ilustraciones solo son apoyos para el entrevistador y no contienen las palabras de la intensidad de la respuesta, es importante hacerle ver al niño solo por las imágenes el nivel de escala de respuestas para cada una de las preguntas. Marca con una "X" grande que abarque toda la imagen la figura que haya elegido el niño.

### Ejemplo de reactivo

2.- Considero que mi situación de enfermedad es algo... Que no me deja hacer cosas, (que me limita).



nunca



casi nunca



algunas veces



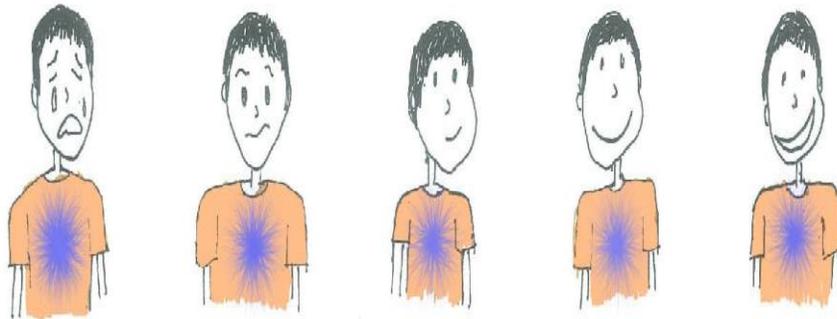
casi siempre



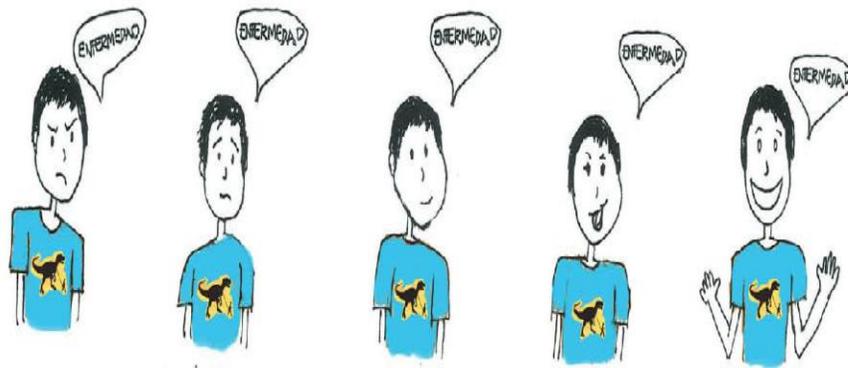
siempre

APARTADO 1  
PERCEPCIONES Y CREENCIAS ACERCA DE LA ENFERMEDAD  
ESCALA GENERAL DEL PADECIMIENTO

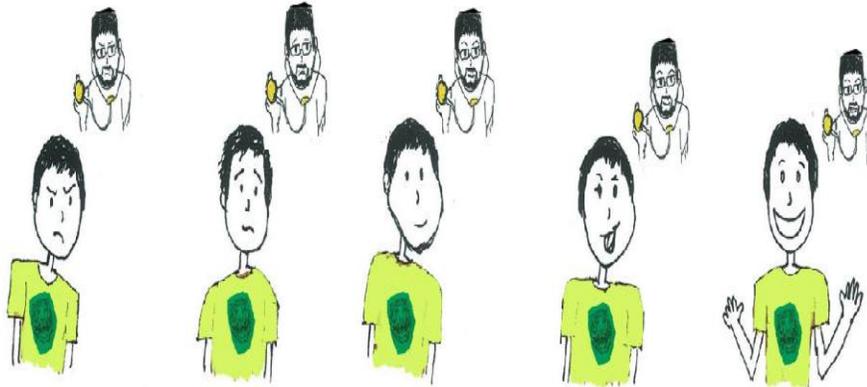
1.- ¿Cómo te sientes emocionalmente por esta situación?



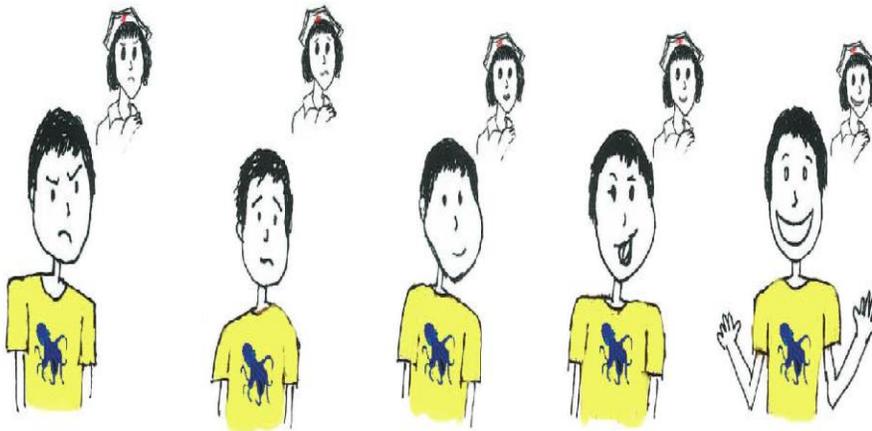
2.- ¿Cómo consideras que es tu relación con la enfermedad?



### 3.- ¿Cómo te trata el doctor?



### 4.- ¿Cómo te tratan las enfermeras?

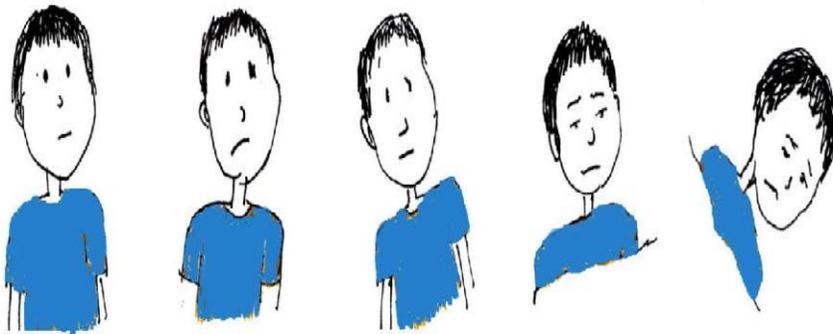


ESCALA CREENCIAS DE LA ENFERMEDAD

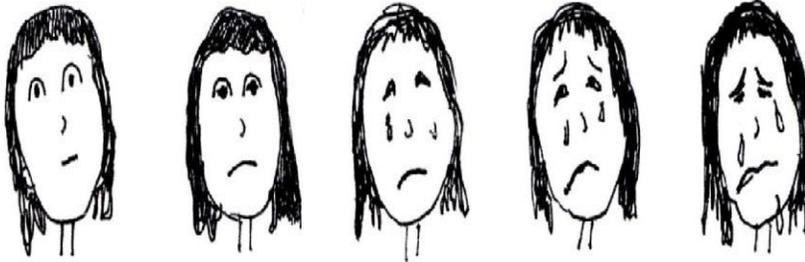
1.- Considero que mi situación de enfermedad es algo... Positivo.



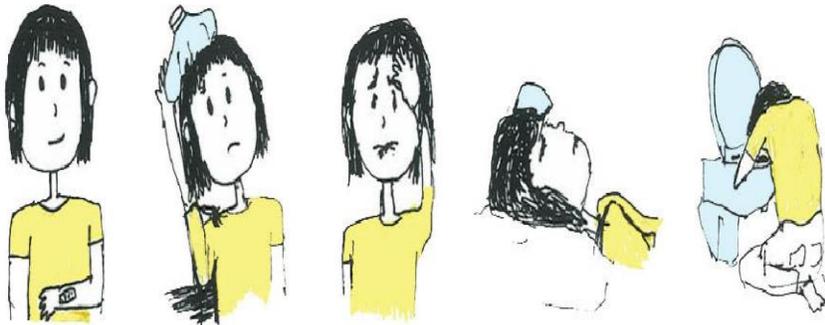
2.- Considero que mi situación de enfermedad es algo... Que no me deja hacer cosas, (que me limita).



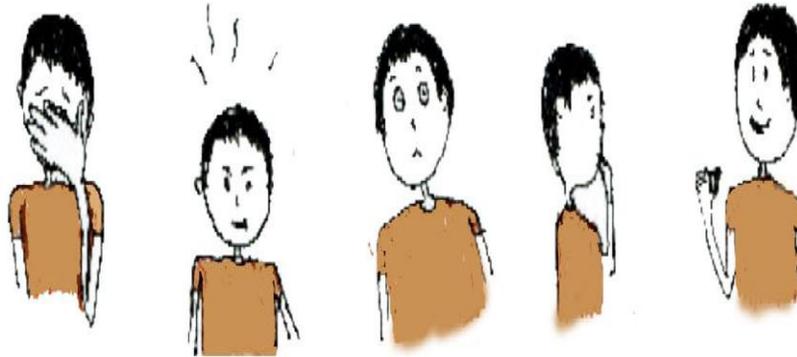
3.- Considero que mi situación de enfermedad es algo... Que me hace sentir triste o mal.



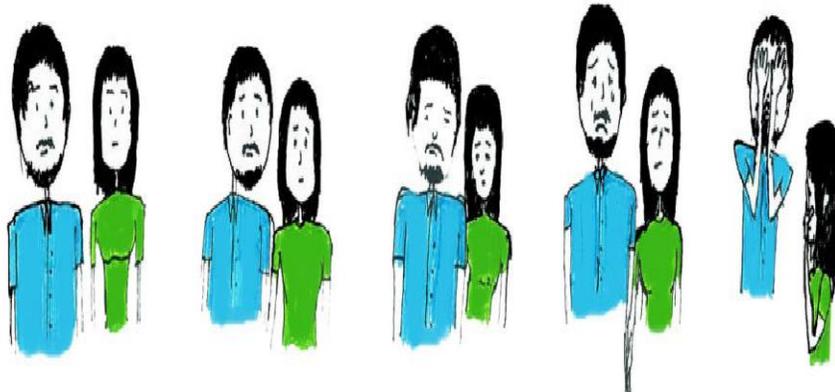
4.- Considero que mi situación de enfermedad es algo... Grave.



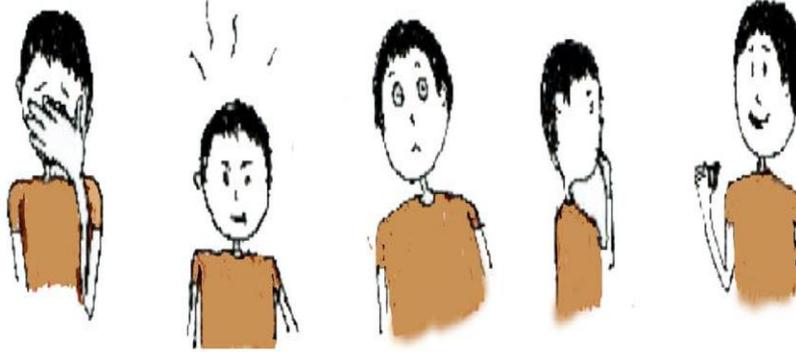
5.- Considero que mi situación de enfermedad es algo... Que me hace pensar en que me voy a recuperar.



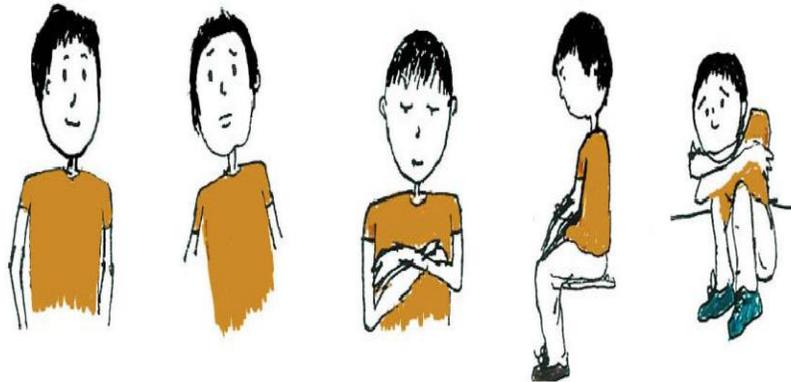
6.- Considero que mi situación de enfermedad es algo... Que le duele a mi familia.



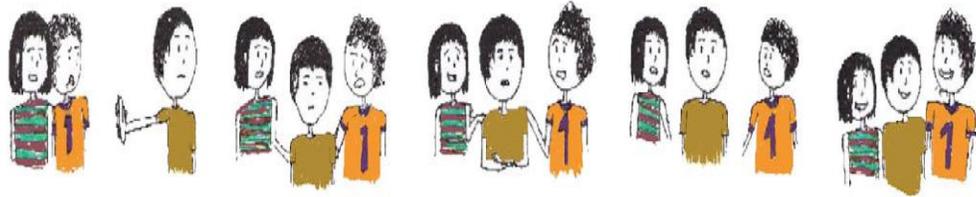
7.- Considero que mi situación de enfermedad es algo... Normal.



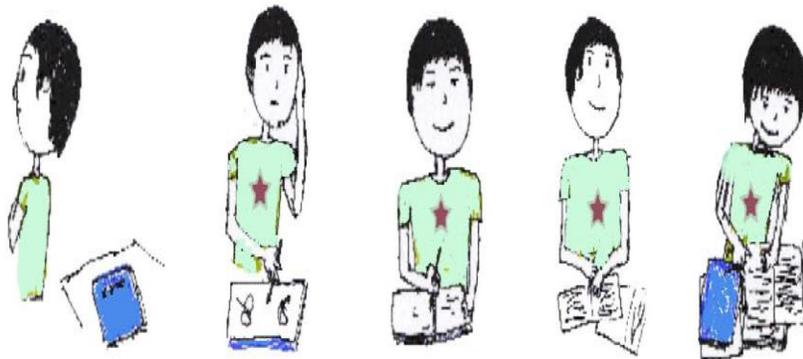
8.- Considero que mi situación de enfermedad es algo... Como un castigo.



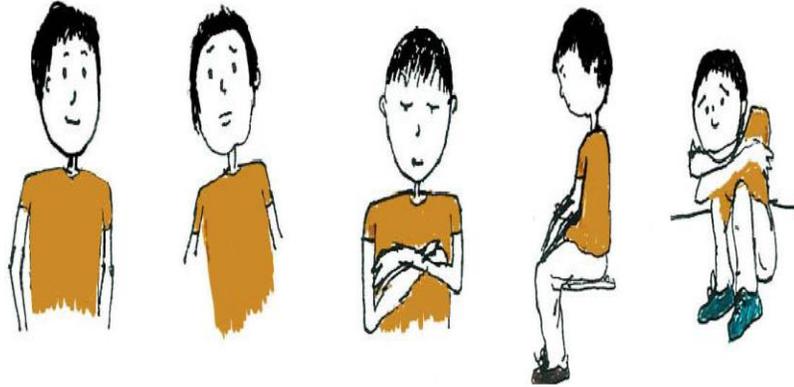
9.- Considero que mi situación de enfermedad es algo... Que no me genera problemas con mis amigos.



10.- Considero que mi situación de enfermedad es algo... Que no me afecta en la escuela.

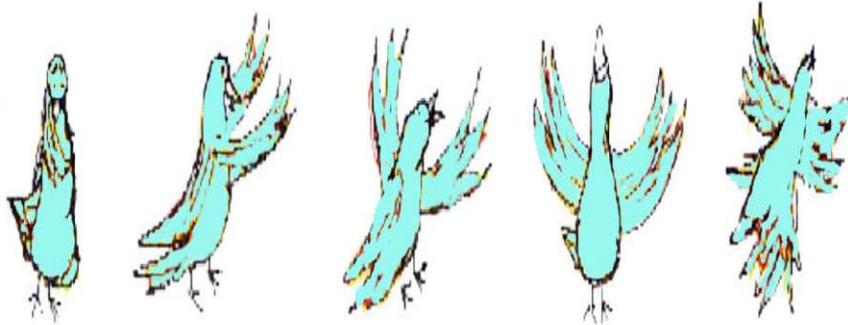


11.- Considero que mi situación de enfermedad es algo... Que tengo por mala suerte.

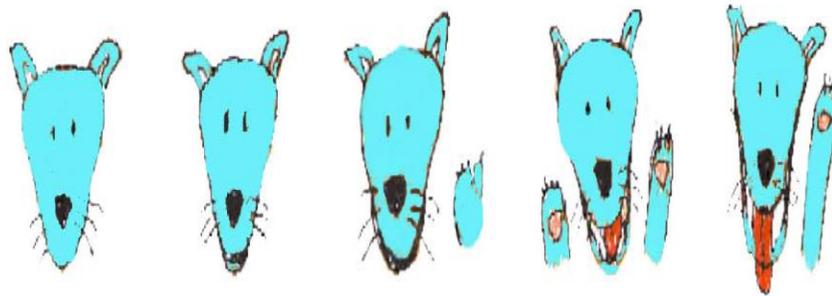


APARTADO 2  
EMOCIONES RELACIONADAS A SU ENFERMEDAD  
ESCALA EMOCIONES

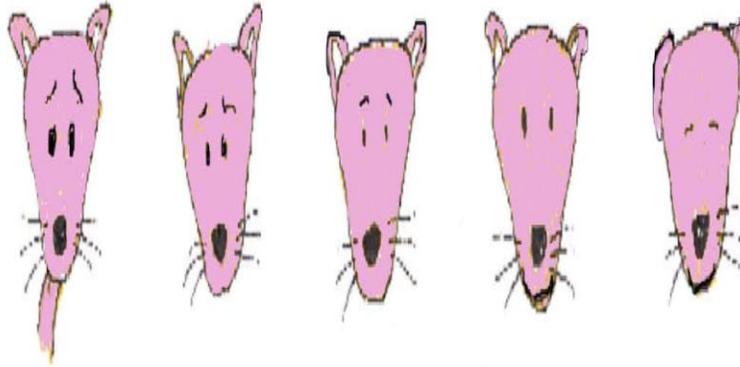
1.- Actualmente respecto a mi enfermedad me siento con Fe/Esperanza.



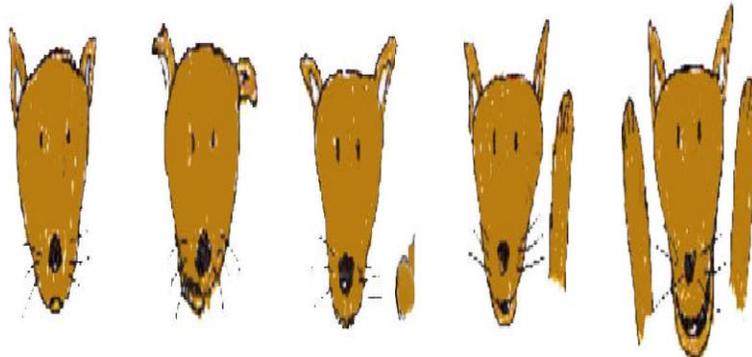
2.- Actualmente respecto a mi enfermedad me siento con Alegría.



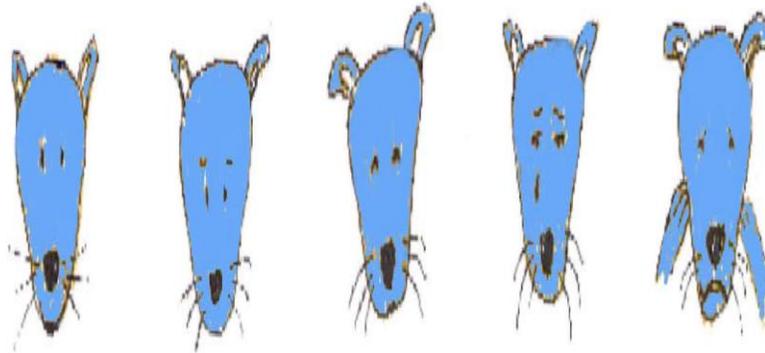
3.- Actualmente respecto a mi enfermedad me siento con Tranquilidad.



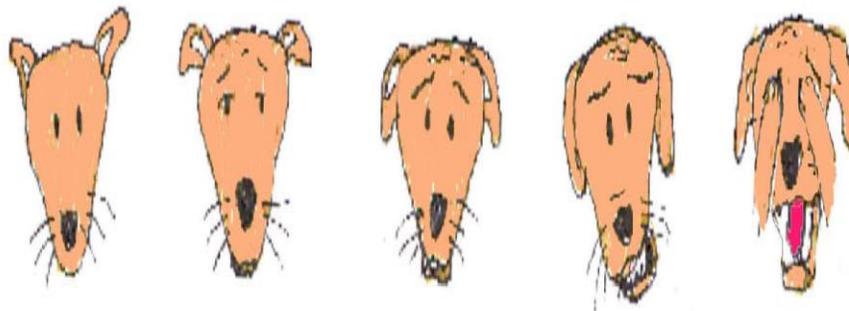
4.- Actualmente respecto a mi enfermedad me siento con Optimismo.



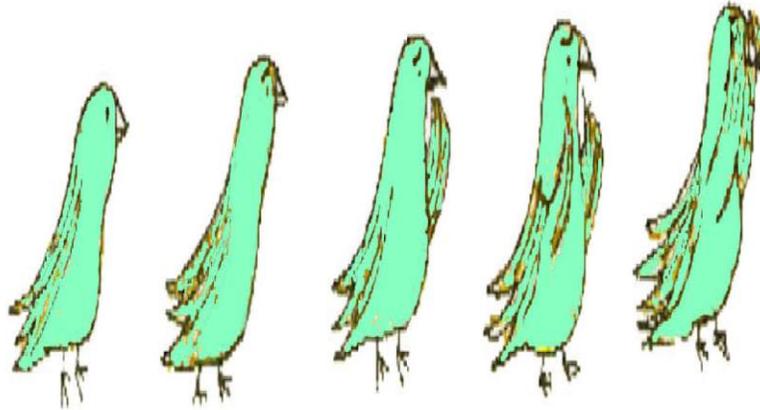
5.- Actualmente respecto a mi enfermedad me siento con **Tristeza**.



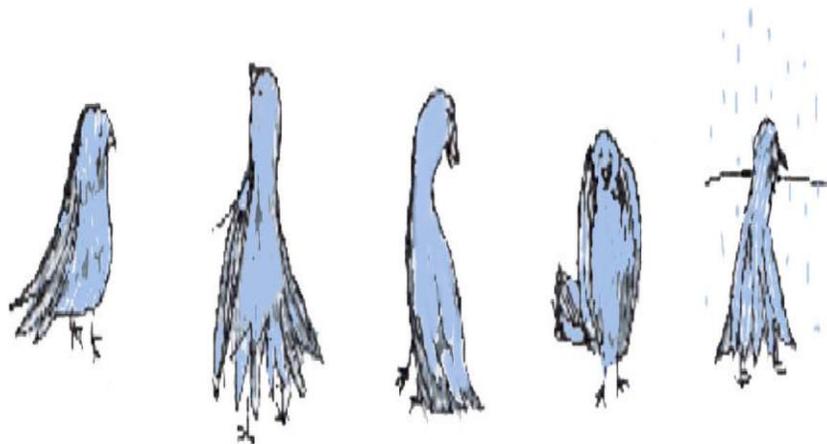
6.- Actualmente respecto a mi enfermedad me siento con **Miedo**.



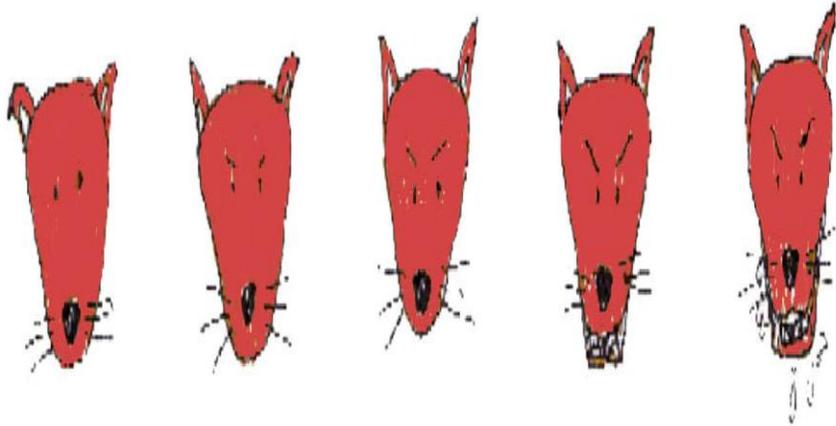
7.- Actualmente respecto a mi enfermedad me siento con Culpa.



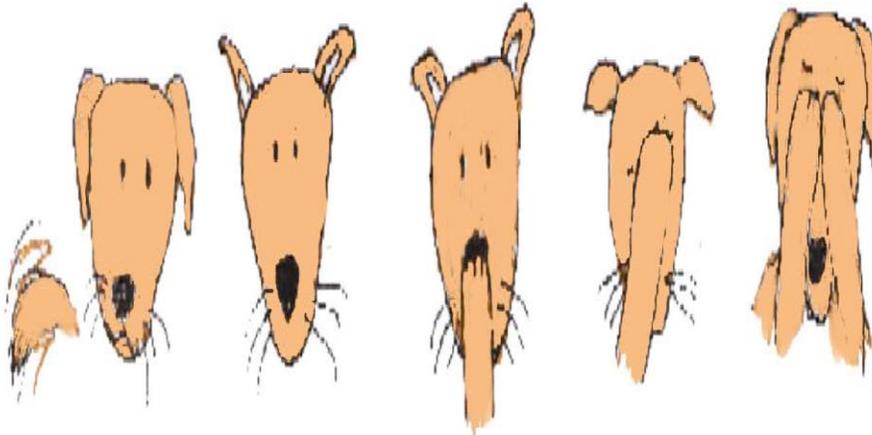
8.- Actualmente respecto a mi enfermedad me siento con Soledad.



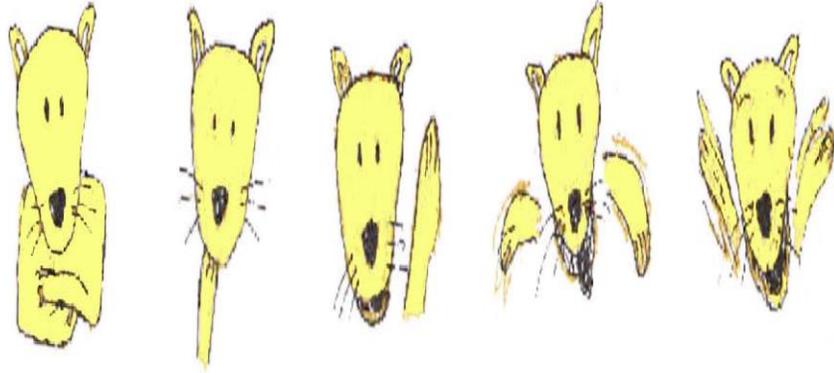
9.- Actualmente respecto a mi enfermedad me siento con Enojo.



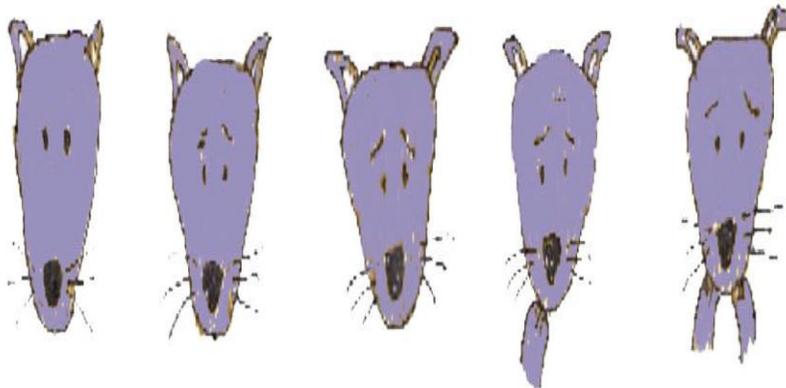
10.- Actualmente respecto a mi enfermedad me siento con Vergüenza.



11.- Actualmente respecto a mi enfermedad me siento con Inquietud.



12.- Actualmente respecto a mi enfermedad me siento con Preocupación.

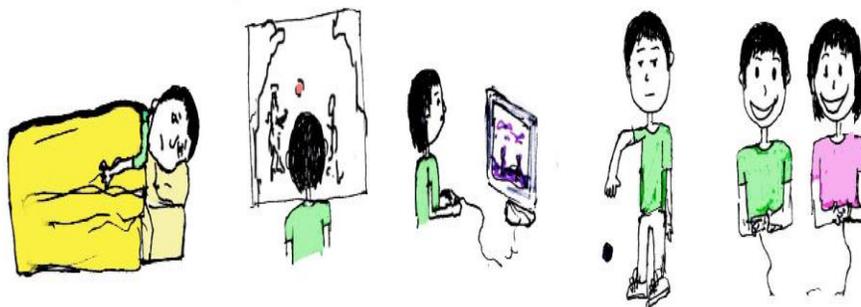


APARTADO 3  
COMPORTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD  
ESCALA AFRONTAMIENTO

1.- Intento saber más y preguntar sobre lo que tengo.



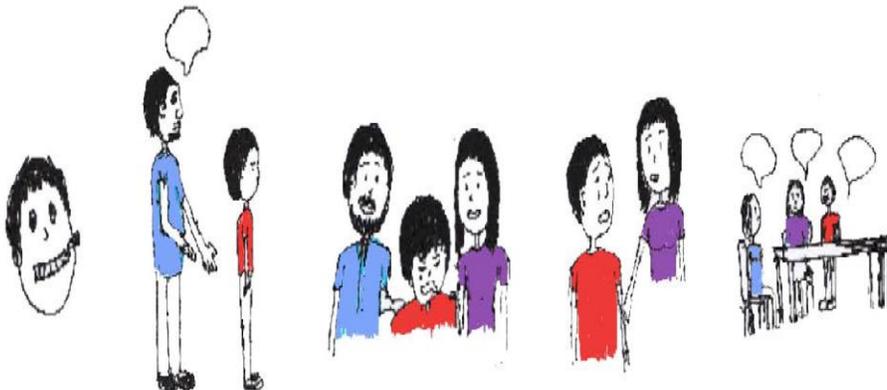
2.- Juego mucho para distraerme y no pensar en lo que me pasa.



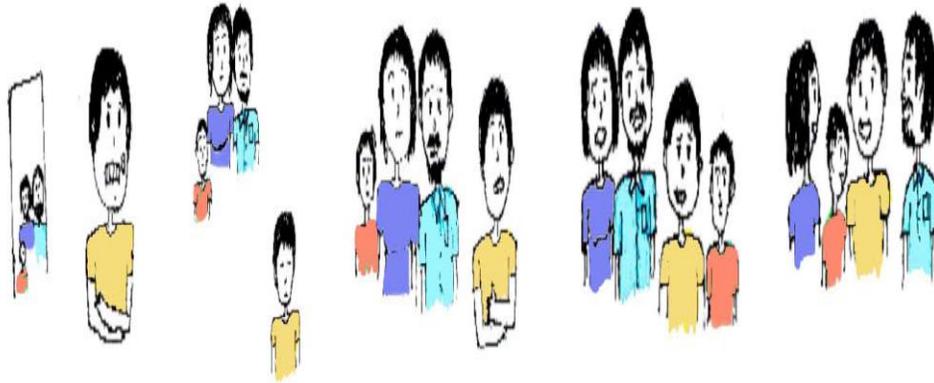
3.- Platico con mi familia sobre lo que tengo y cómo me siento emocionalmente.



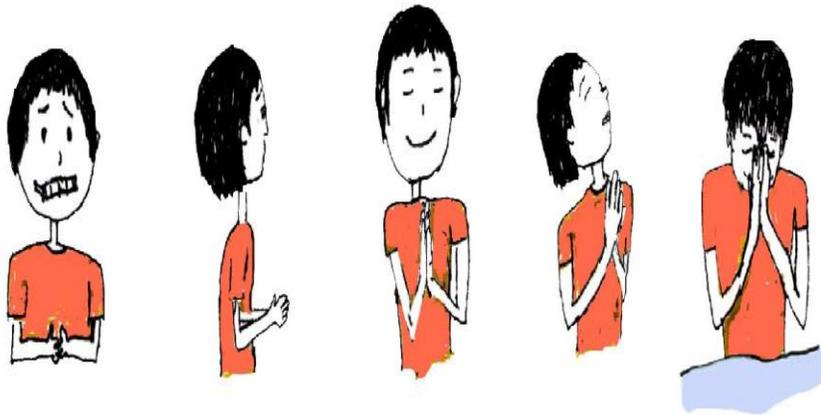
4.- Platico con mis padres sobre lo que tengo y cómo me siento emocionalmente.



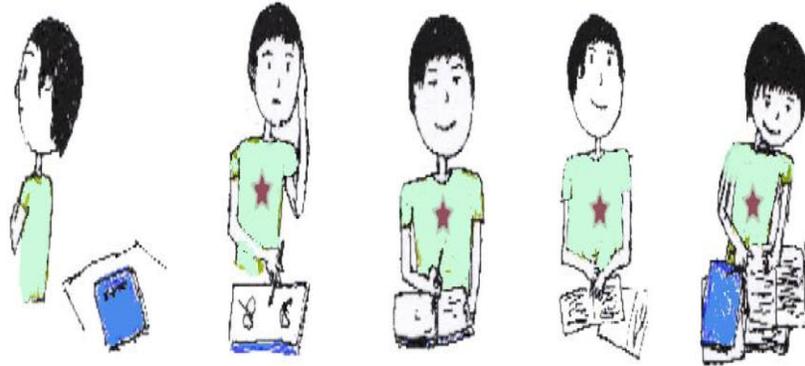
5.- Me gusta hablar de cómo me siento o que me hablen de lo que me pasa.



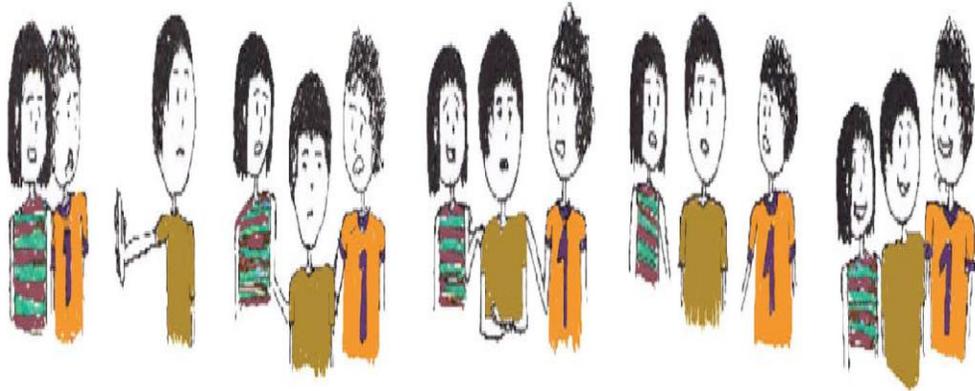
6.- Hablo con diosito o rezo sobre lo que me pasa ahora.



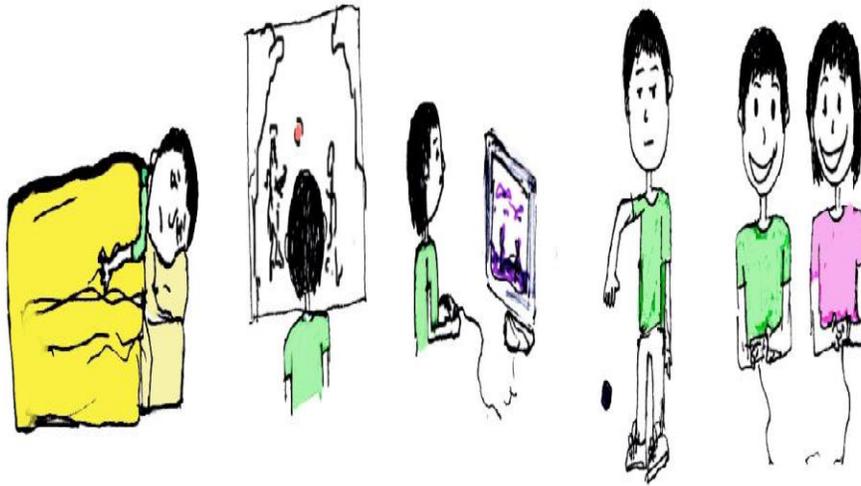
7.- Estudio mucho y me interesa más la escuela por esta situación que vivo.



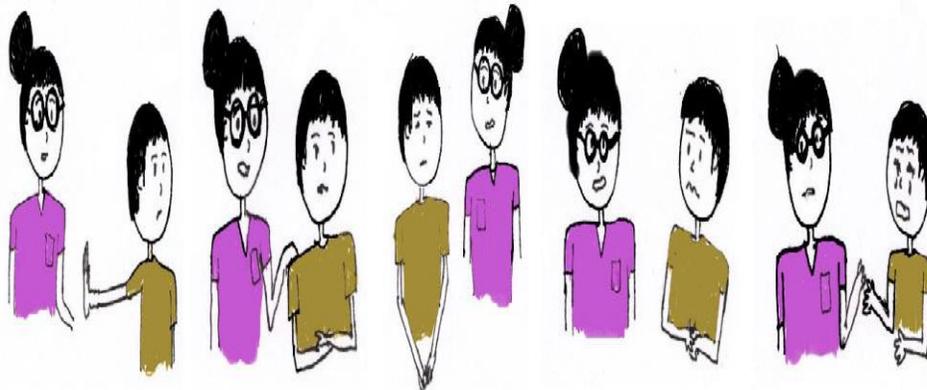
8.- Platico con mis amigos en la escuela sobre lo que tengo.



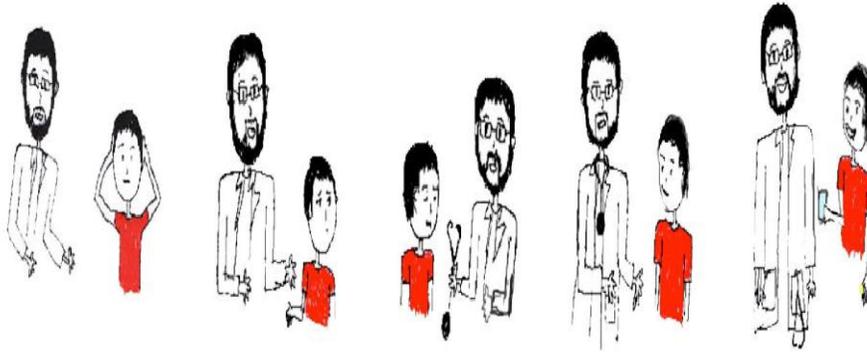
9.- Por mi situación, cambié mucho mis actividades o lo que hacía.



10.- Hablo con mis maestros de la escuela sobre lo que tengo y cómo me siento emocionalmente.



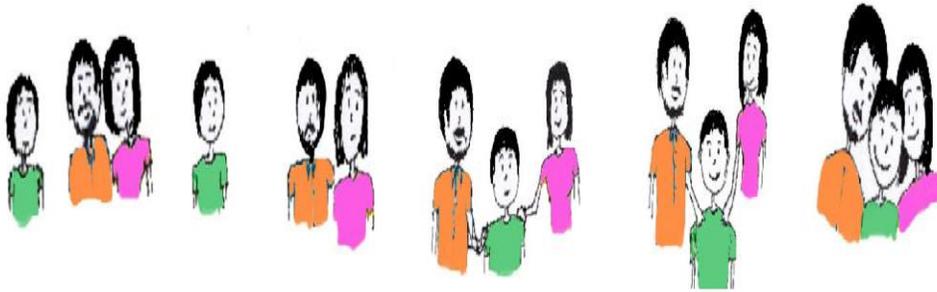
11.- Me interesa lo que me dice el doctor y siempre le hago caso.



**APARTADO 4**  
**APOYO EN LA ENFERMEDAD**  
**ESCALA APOYO SOCIAL**

\*Diferenciar preguntas en cuanto a cercanía emocional y ayuda instrumental

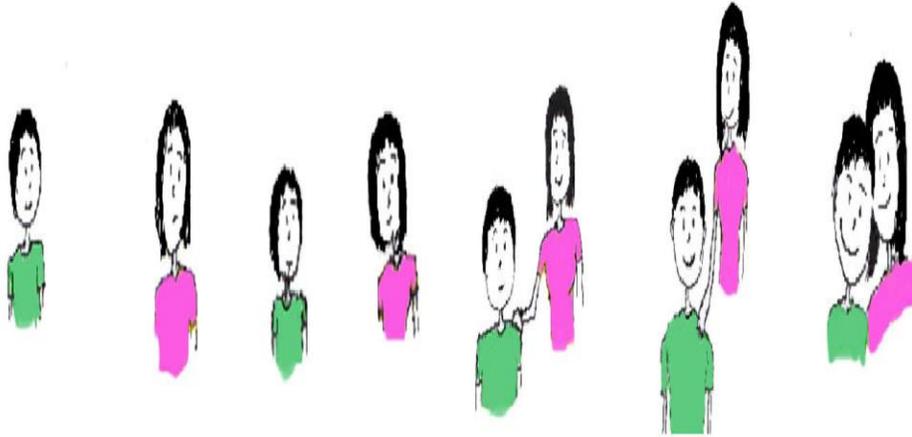
1.- ¿Qué tan cercanos a ti sientes a tus Papás en relación a la enfermedad?  
(emocionalmente)



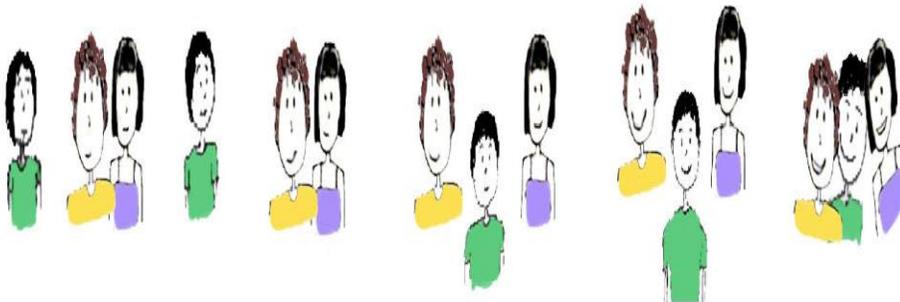
2.- ¿Qué tan cercano sientes a tu Papá?



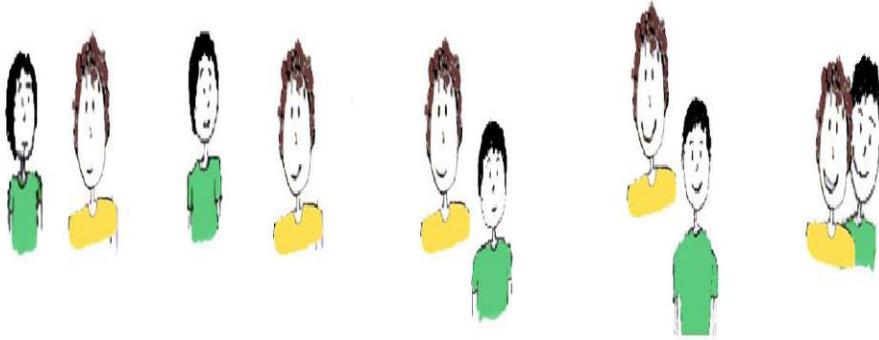
3.- ¿Qué tan cercana sientes a tu Mamá?



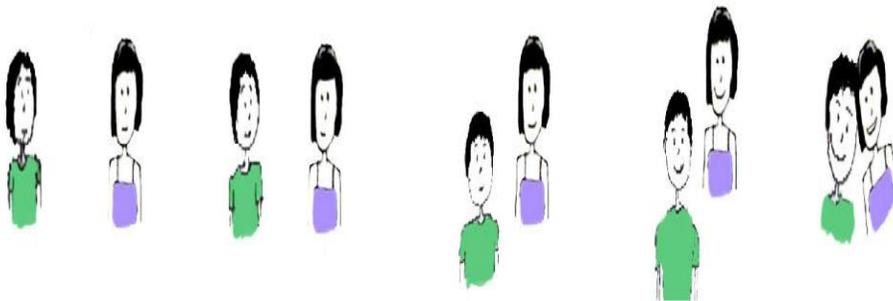
4.- ¿Qué tan cercanos a ti sientes a tus Hermanos?



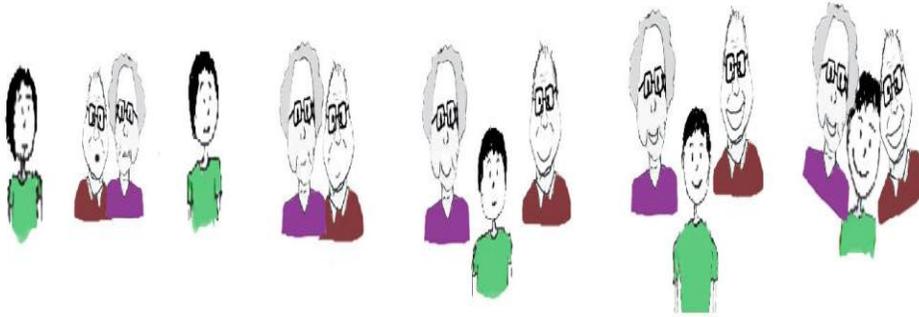
5.- ¿Qué tan cercano sientes a tu Hermano?



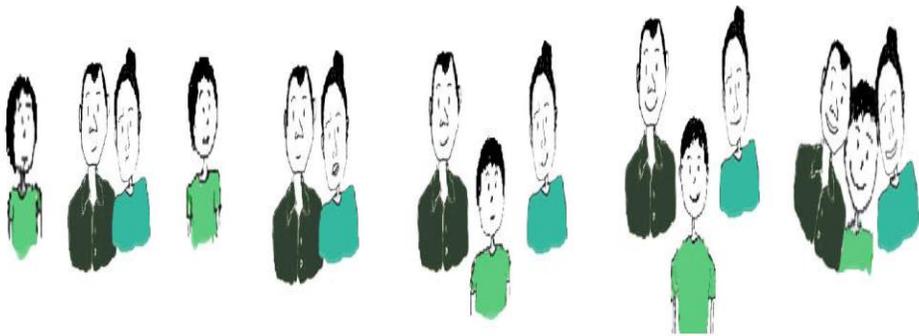
6.- ¿Qué tan cercana sientes a tu Hermana?



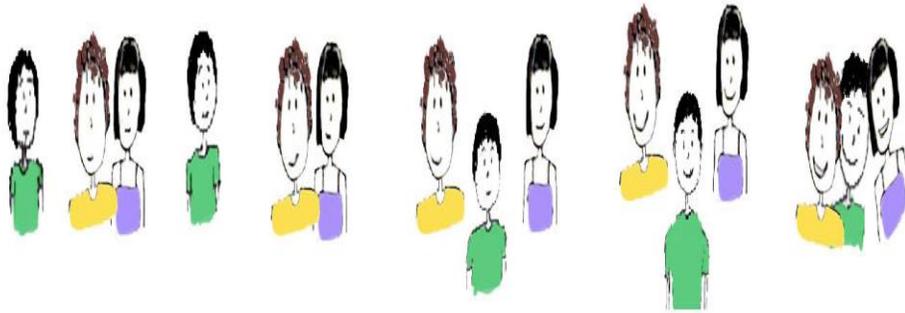
7.- ¿Qué tan cercanos a ti sientes a tus Abuelos?



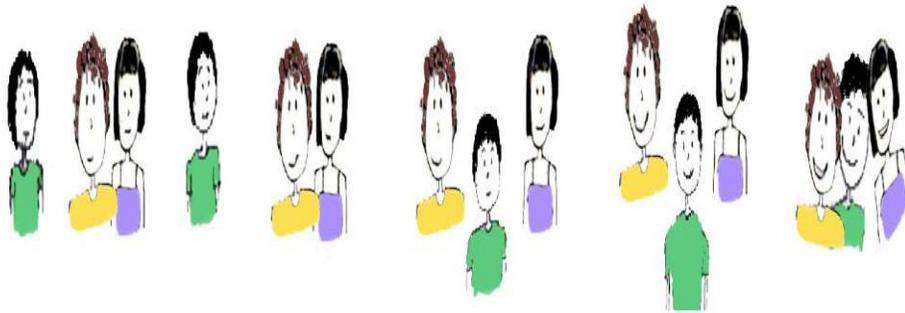
8.- ¿Qué tan cercanos a ti sientes a tus Tíos?



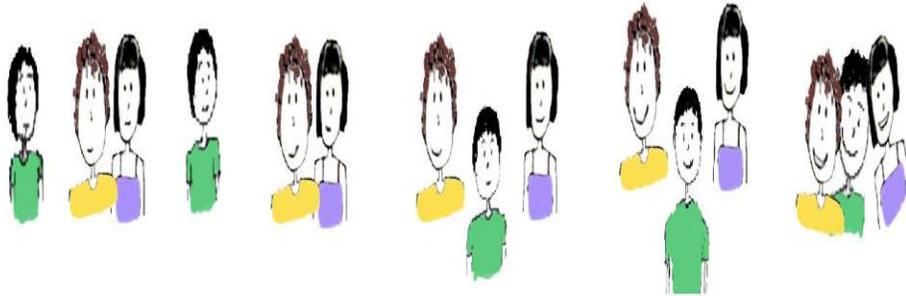
9.- ¿Qué tan cercanos a ti sientes a tus Primos?



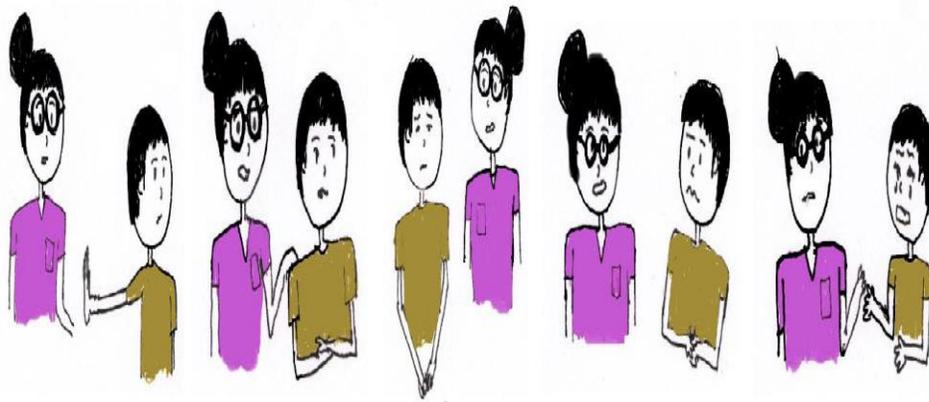
10.- ¿Qué tan cercanos a ti sientes a tus Vecinos?



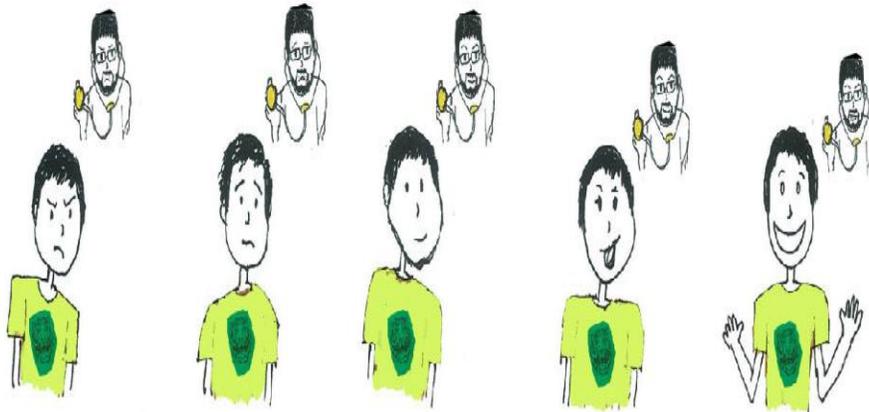
11.- ¿Qué tan cercanos a ti sientes a tus Amigos?



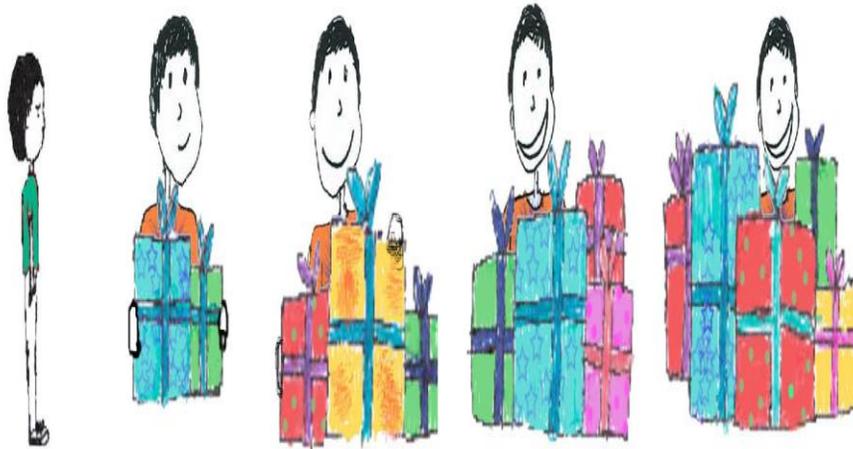
12.- ¿Qué tan cercanos a ti sientes a tus Maestros?



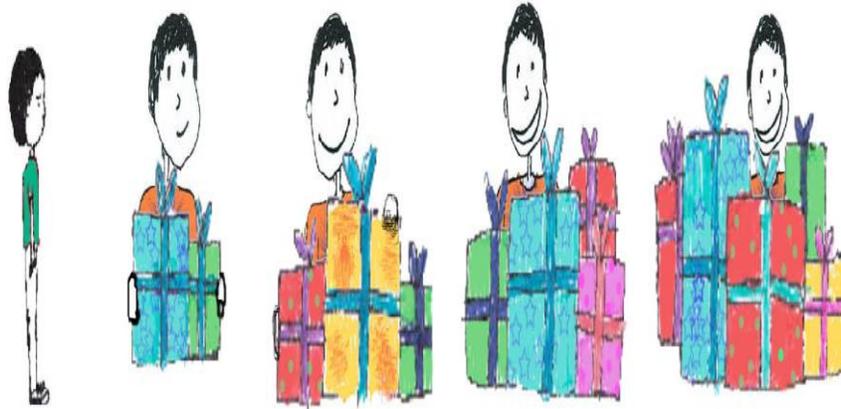
13.- ¿Qué tan cercano sientes a tu Doctor?



14.- ¿Cuántos Premios/Regalos o ayuda recibes de tus Papás?



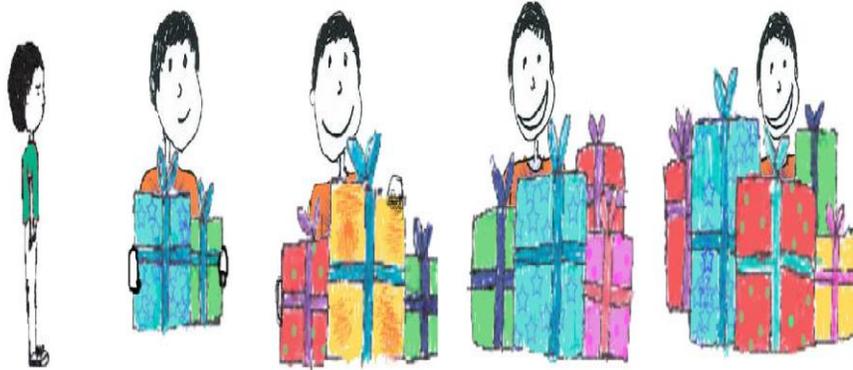
15.- ¿Cuántos Premios/Regalos o ayuda recibes de tus Mamá?



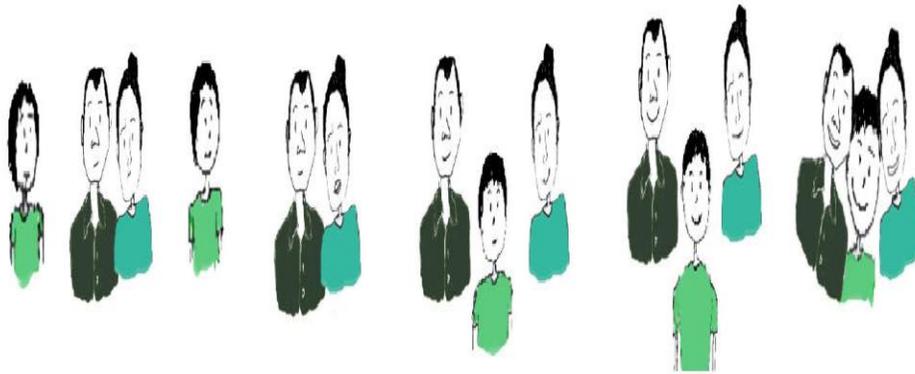
16.- ¿Cuántos Premios/Regalos o ayuda recibes de tu Papá?



17.- ¿Cuántos Premios/Regalos o ayuda recibes de otras personas?



18.- Siento que las personas que me rodean se preocupan de mí.

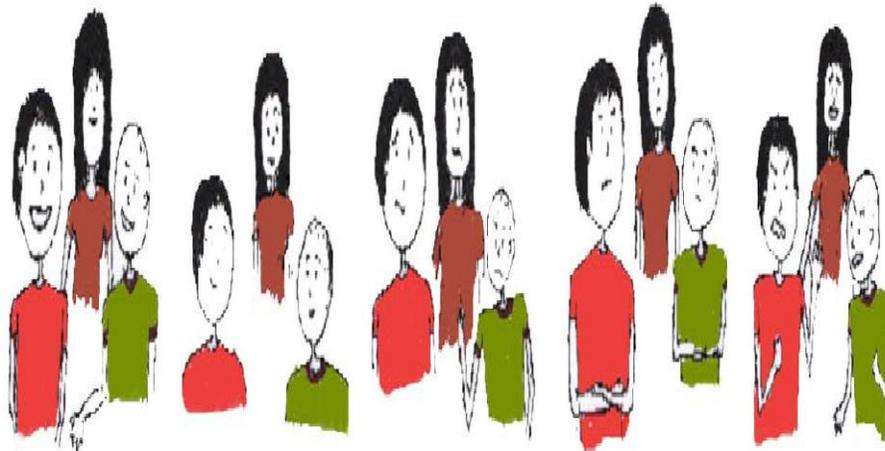


19.- Recibo felicitaciones de las personas cuando hago bien mis actividades.

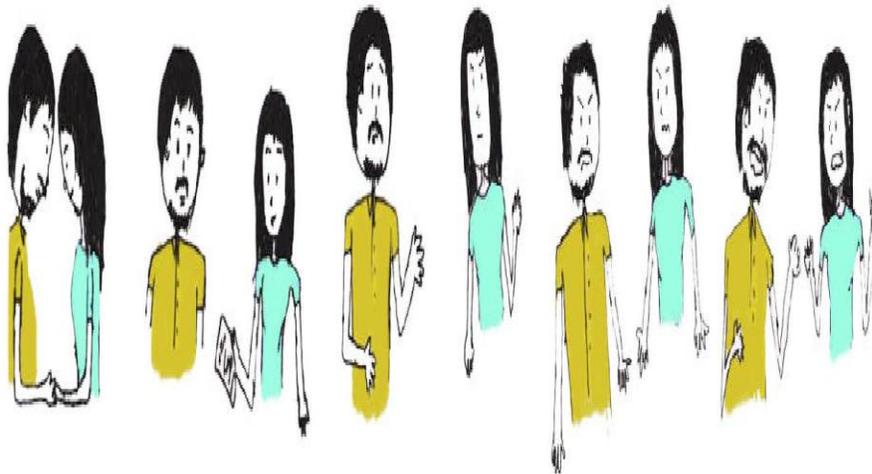


APARTADO 5  
OTROS SUCESOS ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD  
ESCALA DE SUCESOS VITALES

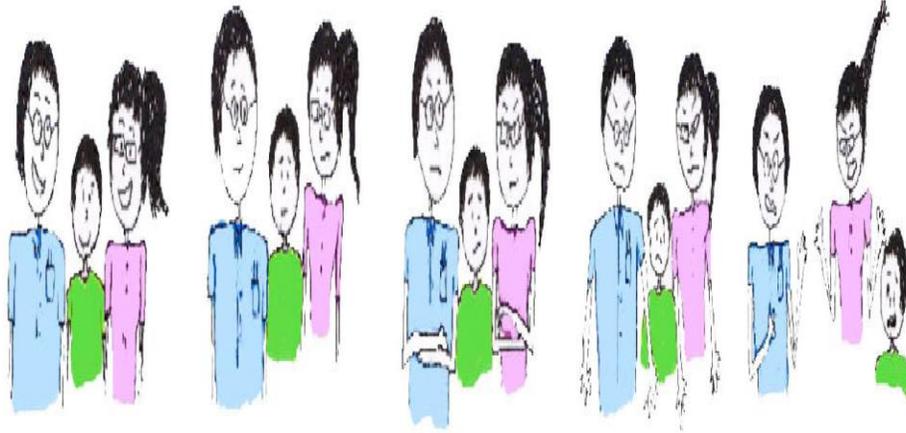
1.- ¿A partir de tu situación de enfermedad hay discusiones en tu familia?



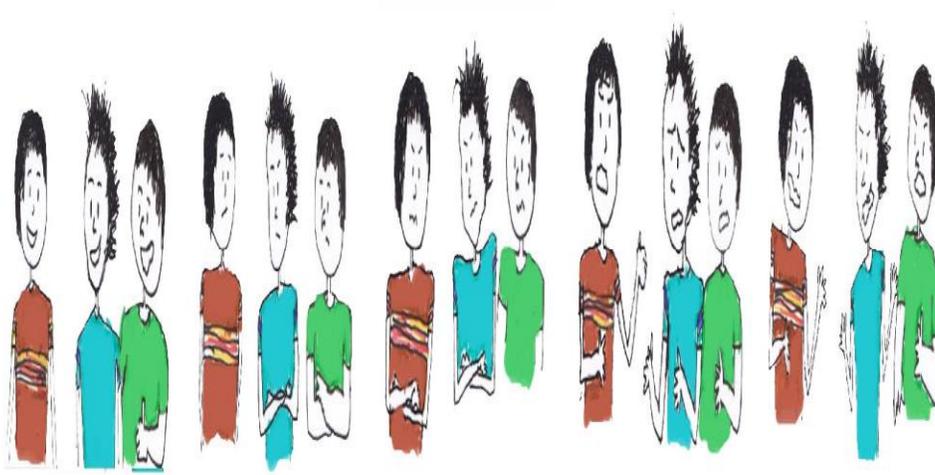
2.- ¿Tus papás discuten o tienen problemas a partir de tu situación (enfermedad)?



3.- ¿A partir de tu situación hay discusiones o problemas en tu escuela?



5.- ¿A partir de tu situación hay discusiones entre tus amigos/compañeros?



**APARTADO FINAL**  
**CONSIDERACIONES FINALES SOBRE EL PADECIMIENTO**

Por favor conteste las siguientes preguntas de la manera más honesta posible y exprésese libremente.

¿Qué piensas de tu enfermedad en general?

---

¿Qué es lo que más te ha ayudado en general en tu enfermedad?

---

¿Qué ha sido lo más difícil de tu enfermedad en general?

---

¿Qué piensas y cómo te sientes de haber contestado estas preguntas que te hice?

---

¿Qué piensas de los dibujos que viste?

---

**¡Gracias por tu tiempo y apoyo!**

Dudas, comentarios y colaboraciones escribir a los autores:  
Dr. Javier Álvarez Bermúdez - jabnl@hotmail.com  
Dr. Rodrigo Cantú Guzmán - rodrigocantu@yahoo.com  
Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL)

**Referencia sobre el desarrollo del instrumento en enfermos crónicos adultos, consultar:**

▪ Cantú-Guzmán, R. (2012). *Perfiles de comportamiento y representación social en la enfermedad crónica degenerativa: Una evaluación psicosocial en Cáncer, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión*. Disertación de Doctorado en Filosofía con especialidad en Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.