

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



CREENCIAS SOBRE SALUD Y ENFERMEDAD:
EL CASO DEL CANCER INFANTIL

TESIS

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN CIENCIAS
CON ACENTUACION EN PSICOLOGIA
DE LA SALUD

PRESENTA:

ROSA ISELA SANCHEZ CISNEROS

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JAVIER ALVAREZ BERMUDEZ

MONTERREY, NUEVO LEON.

AGOSTO DE 2004

TM

Z7201

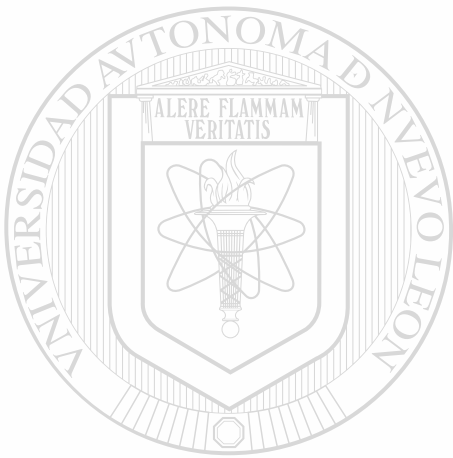
FPS

2004

.S26



1020150097



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



CREENCIAS SOBRE SALUD Y ENFERMEDAD:
EL CASO DEL CANCER INFANTIL

TESIS

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN CIENCIAS
CON ACENTUACION EN PSICOLOGIA
DE LA SALUD

PRESENTA:

ROSA ISELA SANCHEZ CISNEROS

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JAVIER ALVAREZ BERMUDEZ

MONTERREY, NUEVO LEON.

AGOSTO DE 2004

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**CREENCIAS SOBRE SALUD Y ENFERMEDAD:
EL CASO DEL CÁNCER INFANTIL**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
TESIS

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA EN
CIENCIAS CON ACENTUACIÓN EN PSICIOLOGÍA DE LA SALUD

PRESENTA:

ROSA ISELA SANCHEZ CISNEROS

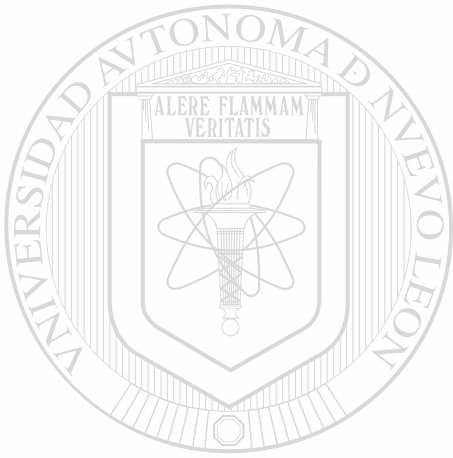
DIRECTOR DE TESIS:

DR. JAVIER ÁLVAREZ BERMÚDEZ

MONTERREY, NUEVO LEON, AGOSTO DEL 2004.

987160

TH
Z 7201
FPs
2004
.S26



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



FONDO
TESIS

A DIOS

Por ser mi sostén y aliento en los momentos que siento no poder más

A MIS PADRES

Quienes aún sin entenderme en muchas ocasiones siempre permanecen a mi lado apoyándome

A MI ASESOR DE TESIS

Por acercarme a un mundo fascinante de conocimientos

A JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ Y ARNOLDO TÉLLEZ

Quienes hicieron posible el que realizara esta Maestría con su gran apoyo

A MIS DOS ANGELES DE LA GUARDA: SUSANA Y MEMO

Por permanecer conmigo, alentarme y cuidarme en todo momento

A TODAS MIS AMISTADES

Quienes siempre han visto en mí a alguien especial y han hecho mi vida inigualable

Y a todos aquellos que en el día a día me han enseñado a disfrutar la vida y a engrandecer mi existencia con sus compartires.

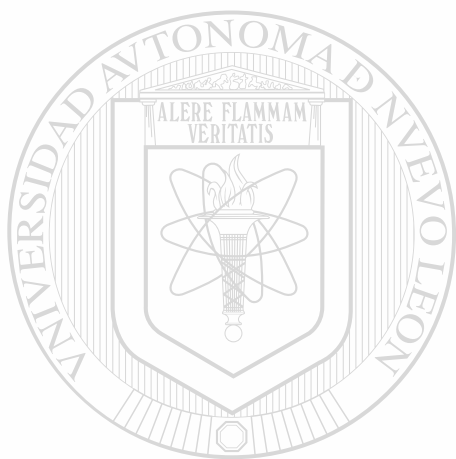
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

GRACIAS

ÍNDICE

CAPITULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	4
OBJETIVOS	5
GENERAL:	5
ESPECIFICOS:	5
CAPITULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
I. ENFERMEDADES CRÓNICAS	7
1. ORIGEN Y DEFINICIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	7
2. CAMBIOS EN LOS PATRONES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	14
2.1 SITUACIÓN MUNDIAL	14
2.2 SITUACION DE AMERICA LATINA	20
2.3 SITUACIÓN DE MÉXICO	23
3. IMPLICACIONES FISIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.	27
3.1 IMPLICACIONES FISIOLÓGICAS	27
3.2 IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES	30
II. CÁNCER	35
1. HISTORIA Y EPIDEMIOLOGÍA	35
2. ETIOLOGÍA	41
3. IMPLICACIONES FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES	44
4. TRATAMIENTO MÉDICO Y PSICOLÓGICO	51
III. SURGIMIENTO Y DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD	58
1. INICIOS	58
2. DESARROLLO	66
3. ESTADO ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD	69
3.1 SITUACIÓN MUNDIAL	69
3.2 SITUACIÓN EN AMÉRICA LATINA	71
3.3 SITUACIÓN EN MÉXICO	74
IV. ALGUNAS DIMENSIONES PSICOLÓGICAS DE ESTUDIO EN LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD	77
1. CREENCIAS	78
2. AFRONTAMIENTO	84
3. EMOCIONES	88
HIPOTESIS	93
CAPITULO III	95
MÉTODO	95
1. TIPO DE ESTUDIO	95
2. SUJETOS	95
3. INSTRUMENTOS	96
4. PROCEDIMIENTO	98
CAPITULO IV	99

ANÁLISIS Y RESULTADOS	99
CAPITULO V	114
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	114
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	122
ANEXOS.....	134



UANL

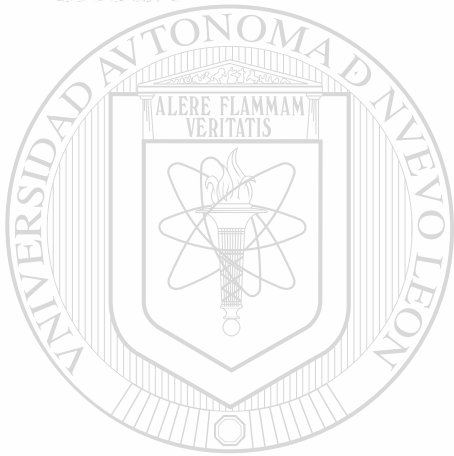
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

<i>FIGURA 2.1 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD A NIVEL MUNDIAL (OMS, 1999)</i>	18
<i>TABLA 2.1 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR EDAD Y SEXO EN LA UNION EUROPEA (OMS, 1999)</i>	19
<i>FIGURA 2.2 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LOS PAÍSES DE BAJOS INGRESOS (OMS, 1999)</i>	19
<i>TABLA 2.2 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MÉXICO EN 1993 (ABURTO 2001),</i>	25
<i>TABLA 2.3 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MÉXICO (INEGI, 2001)</i>	26
<i>TABLA 4.1 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO</i>	99
<i>TABLA 4.2 FRECUENCIA DE ESCALA DE AFRONTAMIENTO</i>	101
<i>TABLA 4.3 ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE EMOCIONES</i>	103
<i>TABLA 4.4 FRECUENCIA DE EMOCIONES DE LOS NIÑOS</i>	104
<i>TABLA 4.5 FRECUENCIA DE EMOCIONES DE LOS PADRES</i>	105
<i>TABLA 4.6 ANÁLISIS COMPARATIVO DE EMOCIONES</i>	106
<i>TABLA 4.7 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA FRECUENCIA DE CATEGORÍAS DE CREENCIAS.</i>	108
<i>GRÁFICA 4.1 RELACIÓN DE PORCENTAJES ENTRE TIPOS DE CREENCIAS Y AFRONTAMIENTO.</i>	110
<i>GRÁFICA 4.2 RELACIÓN DE PORCENTAJES ENTRE TIPOS DE CREENCIAS Y EMOCIONES.</i>	112
<i>TABLA 4.8 PERFILES PRINCIPALES ENCONTRADOS.</i>	113



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Creencias sobre salud y enfermedad: el caso del cáncer infantil

Rosa Isela Sánchez Cisneros y Javier Álvarez Bermúdez*
Universidad Autónoma de Nuevo León
Fac. de Psicología. Maestría en Ciencias
Psicología de la Salud

RESUMEN

El presente estudio se realizó en base al interés generado por el aumento cada vez más palpable de las enfermedades crónicas en nuestro país, retomándose específicamente al cáncer para conocer el impacto psicológico que provoca en los niños que lo padecen y en sus padres en cuanto a tipo de afrontamiento, emociones y creencias. Este estudio es de tipo correlacional, con un diseño no experimental-transversal, en el cual participaron 21 niños con diagnóstico de cáncer y 21 padres de éstos (ya fuera el padre o la madre), que se encontraban en tratamiento en el Hospital Regional #25 del IMSS. En el procedimiento se aplicaron en forma de entrevista individual la Escala de Creencias de Álvarez (1999); la Escala versión resumida de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1988) y el Listado de Emociones diseñado por Álvarez (2002). Los resultados mostraron que las creencias presentadas por los sujetos ante la enfermedad son inexplicables, con un alto impacto emocional y con un afrontamiento diferente entre los niños y sus padres.

Palabras claves: psicología de la salud, enfermedades crónicas, cáncer, afrontamiento, emociones, creencias

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Correo electrónico: isela2901@yahoo.com y jabnl@hotmail.com

*Subdirector de Posgrado. Facultad de Psicología, U.A.N.L.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad, se ha observado como las cuestiones de enfermedad han tenido etapas y cambios, pues como han cambiado las circunstancias del hombre -contexto ambiental, social, económico- también han variado las enfermedades o tipos de enfermedad que han padecido o que han preocupado o caracterizado a determinado período.

En relación a ello, es como se cuenta ya con una teoría de la transición epidemiológica (derivada a la vez de la teoría de la transición demográfica) la cual intenta explicar esos cambios en los patrones de salud y enfermedad que cada país o región pasa a través de su desarrollo.

Dentro de esta teoría se ha descrito cómo durante una primera etapa las enfermedades contagiosas son las dominantes y exigentes de atención, pero cómo poco a poco se va conduciendo hacia otra etapa donde las enfermedades crónico-degenerativas van tomando posesión del espectro sanitario (Morales, 1999)

Esta transición exige a la vez, que se generen estrategias y planes de acción en el sector salud para brindar la atención y cuidados que se van necesitando y que los actuales programas no han logrado abordar.

Es importante mencionar que esta transición está ligada a las transformaciones que se van dando en los terrenos social, económico y demográfico y, tomando esto en cuenta podemos aceptar como punto de referencia lo que se ha presentado en los países desarrollados que ya están viviendo este cambio.

Dentro de nuestro contexto, podemos notar cómo ya se ha entrado a esta transición y cómo cada vez las estadísticas en cuanto a enfermedades van cambiando (INEGI, 2000) no al mismo ritmo que los programas nacionales de salud, que se van viendo superados por la problemática cada vez más compleja.

Sin embargo, una parte vital que acelera o dilata la presentación de dichos cambios en el perfil de salud está cercanamente relacionada con lo que somos, hacemos y dejamos de hacer.

Ante esto, se vira el interés por el estudio de los estilos de vida –es decir, cómo viven y cómo piensan las personas- y el papel tan evidente del sentido social de la enfermedad, que difiere del factor orgánico.

En esta línea de lo social, se ha señalado la importancia de las creencias que se tienen en torno a la salud y la enfermedad (Álvarez, 2002) debido sobre todo a la manera que influyen en la autopercepción de síntomas por parte de las personas en general y de los pacientes en particular (Prohaska, Keller, Leventhal y Leventhal, 1987) sobre todo en estos, para el seguimiento de la medicación, las recomendaciones médicas y la comunicación entre pacientes y personal de salud (Chaves, Mullin, Mishra y Hubbell, 2001). Además, es

importante hacer notar, que esto tiene un impacto económico, pues se da la pérdida de tiempo y recursos materiales.

Es de primera necesidad entonces, establecer procedimientos para el trabajo en este campo, pero primeramente es necesario conocer cuáles son las creencias que en nuestro ambiente se tiene sobre la salud y la enfermedad e ir las integrando en el estudio en conjunto.

Es entonces, que se abre una gran gama de posibilidades a estudiar, pero el lograr especificar cuál sería mi objetivo de interés, me lo brindó mi trabajo diario con los niños en diversas situaciones, donde una de ellas me ha dado la oportunidad de convivir con aquellos niños que se encuentran viviendo una situación algo inusual; el tratamiento de una enfermedad crónica: cáncer.

Aunque algunos no se sienten diferentes ni especiales, al escucharlos hablar uno puede recibir una clase completa explicándonos la enfermedad que padecen y el tratamiento que están recibiendo, incluso mencionando los términos empleados al respecto.

Es una rara combinación entre inocencia y conocimiento, lo que despierta la curiosidad por descubrir qué tanto de esto se comprende o cómo se esta entendiendo.

Es aquí, donde surge mi motivación por conocer más a fondo el proceso que se lleva a cabo después de darse el diagnóstico de cáncer, pues trabajos al respecto hay en el área de los adultos, pero ¿Qué pasa con los niños?, quienes apenas están construyendo su visión del

mundo y de si mismos, quienes son influidos por lo que escuchan y observan de la gente a su alrededor.

En este sentido, considero importante para la elaboración de intervenciones, el primero conocer cuáles son las creencias, el tipo de afrontamiento y las emociones que tienen los niños sobre su enfermedad y cómo éstas pueden afectar la evolución de la misma, además de no solo en ellos, sino también en sus padres, para así tener más fácil el camino para la creación y aplicación de programas de orientación y apoyo.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Son muchas las posibilidades o caminos que se nos presentan para comenzar o seguir trabajando en la investigación de lo relacionado con el tema de las enfermedades crónicas en niños, sin embargo cada una nos presenta una vasta actividad a realizar.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Es así como el decidir cuál sería un buen comienzo, nos plantea delimitarnos en algo en sí; el poder generar estrategias de intervención al respecto de las enfermedades crónicas infantiles, lo cual nos exige estudiar las diferentes dimensiones psicológicas presentes.

Este estudio solo retomará principalmente una, tratando de abordarla adecuadamente y de establecer su relación con otras dimensiones y aspectos.

El planteamiento entonces se menciona de la siguiente manera:

1. ¿Cuáles son las creencias, el afrontamiento y las emociones que los niños con la enfermedad crónica de cáncer presentan en relación a la enfermedad?
2. ¿Cuáles son las creencias, el afrontamiento y las emociones que los padres de estos niños presentan en relación a la enfermedad que padecen sus hijos?
3. ¿Cuál es la relación que se presenta entre las creencias que sobre la enfermedad tienen los niños que padecen cáncer y uno de sus padres, con el tipo de afrontamiento que emplean y las emociones que presentan?

OBJETIVOS

GENERAL:

- En los niños que tienen cáncer y uno de sus padres, conocer el tipo de afrontamiento, las emociones y las creencias que presentan, así como la relación que se da entre el tipo de creencia que sobre la enfermedad se tiene y el tipo de afrontamiento empleado y las emociones presentadas.

ESPECIFICOS:

- Indagar acerca de las creencias o tipos de creencias que presentan los niños sobre la enfermedad que padecen y uno de sus padres respecto a la enfermedad que presenta su hijo.
- Determinar si las creencias sobre la enfermedad son las mismas en los niños y uno de sus padres.

- Conocer el tipo de afrontamiento que presentan los niños con cáncer y uno de sus padres.
- Determinar si el tipo de afrontamiento empleado ante la enfermedad es el mismo en los niños y uno de sus padres.
- Identificar el tipo de emociones que presentan tanto el paciente como uno de sus padres.
- Determinar si es el mismo tipo de emociones que se presenta ante la enfermedad en el niño y en uno de sus padres.
- Determinar si la creencia que se tiene sobre la enfermedad crónica que se padece influye en el tipo de afrontamiento empleado ante ella.
- Determinar si el tipo de creencia que se tiene sobre la enfermedad influye en el tipo de emociones que se presentan.

En general el presente estudio pretende realizar algunas aportaciones al área de estudio de la Psicología de la Salud en lo referente a su aplicación en las enfermedades crónicas.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

A continuación se contextualiza el problema de investigación con las aportaciones

teóricas que se han realizado en el área.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

I. ENFERMEDADES CRÓNICAS

1. ORIGEN Y DEFINICIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

El hombre ha estado siempre interesado por entender cómo se dan los eventos a su alrededor, por encontrar las respuestas o las explicaciones a sus interrogantes, por conocer cuáles son las relaciones que se establecen para llegar a desencadenar determinado fenómeno en su ambiente. Este interés es el que lo ha llevado a través de la historia a estudiar la gran diversidad de fenómenos que ocurren a su alrededor, por medio de las diversas disciplinas de investigación y análisis que ha establecido.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Un objeto de interés ha sido y es sin duda el concerniente a la salud, y sin poder ser separado de ella, el estudio de las enfermedades; la importancia de ello es implícita a su propia supervivencia y permanencia en el mundo. Es por ello que en todo momento de la historia de la humanidad ha habido personas interesadas en establecer las causas o causantes de que se goce de salud o de que se llegue a enfermar, para a través de sus hallazgos tratar de dar las explicaciones necesarias para los demás, que sean útiles para el mantenimiento de su salud y así, desarrollar sus actividades cotidianas de manera adecuada.

El estudio de la salud se remonta a los propios inicios de la humanidad, pues se han encontrado referencias de ello tan antiguas como las primeras civilizaciones de que se tenga constancia. Los primeros planteamientos estaban relacionados con aquellas enfermedades que con mayor frecuencia se presentaban en las sociedades y que llegaban a tener un efecto devastador entre la población, al atacar a un gran número de habitantes, aunque también eran narradas aquellas enfermedades que les parecían extrañas o sobresalientes, aunque solo se presentarán aisladamente.

El desarrollo de la medicina, encargada principal del estudio de la salud y la enfermedad, permitió una mayor claridad en las explicaciones brindadas dentro de este campo. Así, las primeras orientaciones se dirigían a señalar y ahondar en el estudio de las enfermedades denominadas infecciosas, pues eran las que numéricamente sobresalían entre las causantes de enfermedad y muerte en las primeras poblaciones.

Como lo señala Vera (2000), la revolución acontecida dentro del campo de la medicina en el último tercio del siglo XIX, se dio en base a la formulación de la teoría infecciosa de las enfermedades. Grandes cambios en medicina, salud, educación y numerosos adelantos tecnológicos y científicos se dieron además después de las dos guerras mundiales. Todos ellos impulsaron el interés principal de esta teoría, que trataba de establecer cuáles eran los agentes causales de cada padecimiento, entendidos éstos como agentes externos que ingresaban al organismo y alteraban el funcionamiento normal del mismo.

Con estos acontecimientos se trató de establecer un esquema de estudio guiado en primera instancia por la formulación de la teoría de la Transición Epidemiológica, propuesta por Abdel Omran en 1971, donde se buscaba proponer como había sido la evolución de las enfermedades causantes de muerte. El punto central de esta teoría está dado en el papel fundamental que la mortalidad juega en la dinámica de la población y trata de explicar cómo durante el proceso de desarrollo de cada país o región ocurren cambios en las enfermedades que pueden llegar a considerarse universales, pues éstos pueden ser aplicados en los diferentes países del mundo.

En esta teoría, podemos resaltar cómo se establece como supuesto elemental, a las enfermedades infecciosas, primeras en aparecer junto con el hombre, pero que así como se desarrolla éste, se va dando un cambio en las causantes de enfermedad, pues las infecciosas van siendo desplazadas progresivamente por otro tipo de enfermedades, las denominadas degenerativas o las que son producidas, ya no por un agente externo, sino por el propio ser

humano en relación a sus actividades y estilos de vida. (Santos, Villa, García, León, Quezada y Tapia, 2003)

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Siguiendo a estos autores, nos establecen el camino que se ha dado, en el desarrollo o planteamiento de la evolución de las enfermedades, que ha padecido la humanidad, según los modelos tradicionales de transición epidemiológica, mencionando que se puede resumir bajo tres etapas:

1. La era de las epidemias y la peste, donde la mortalidad es alta y la esperanza de vida al nacer es baja y variable, entre los 30 y 40 años.

2. La era del receso de las pandemias, donde la mortalidad declina y las enfermedades infecciosas graves tienden a disminuir y la expectativa de vida aumenta.
3. La era de las enfermedades degenerativas y las provocadas por los estilos de vida, donde la mortalidad es baja, pero las enfermedades crónico degenerativas, los accidentes y violencias desplazan poco a poco a las infecciones.

Al observar estos planteamientos, surgen las dudas respecto a cómo entender y enfrentar estas nuevas enfermedades, pues ya no se pueden enfrentar como lo proponía el modelo médico de atención, brindando un medicamento que contrarrestara los efectos del agente patógeno dentro del organismo, lo cual en la mayoría de los casos, implicaba un período corto de tiempo, pues con este cambio, el peso de la enfermedad se desplazó de los grupos más jóvenes hacia los adultos y sobre todo los viejos y, el padecer una enfermedad dejó de ser un proceso de corta duración para ser ahora parte de la existencia diaria (Sepúlveda y Gómez, 2001)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Este tipo de padecimientos empezaron a tener una gran representatividad a partir de la segunda mitad del siglo XX, siendo entonces y a partir de estos momentos los causantes de un número cada vez mayor de muertes previsibles (Schwarzer y Gutiérrez-Doña, 2000).

El sobresalir cada vez más de estas enfermedades, iba aunado a las expectativas mayores de vida al nacer, que la mayoría de los países lograban en relación a su desarrollo y los avances científicos alcanzados, además del control eficiente de las enfermedades infecciosas que mermaban la salud de la población, principalmente. Es entonces, que el interés gira hacia este nuevo grupo de enfermedades que comenzaban a incapacitar al

hombre, sin matarlo directa o prontamente, pero si al irle privando poco a poco de su vida normal, de su desenvolvimiento cotidiano.

Poco a poco los términos de enfermedad crónica o degenerativa, comienzan a estar en boca de todos y surgen las dudas respecto a qué enfermedades entran en este rubro, por lo que se tiene la necesidad de definiciones claras, pues en relación a ellas, muchas personas no se sienten aludidas al escucharlas, y es entonces que se cae en riesgos o descuidos que se deben de tener al padecerlas o estar en propensión a adquirirlas.

Una definición clara es la que proponen Velasco y Sinibaldi (2001), quienes nos dicen que “La enfermedad crónica es un padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, causando un continuo deterioro físico, mental o ambos, en el individuo que la padece, llevándolo incluso a la muerte”.

Una diferenciación importante que se hace en referencia a estos padecimientos, es aquella en la cual, las enfermedades agudas o infecciosas, no presentan una larga duración, pues o son curadas relativamente pronto o se muere rápidamente; mientras que contrariamente, las enfermedades crónicas son persistentes y, si llegan a causar la muerte, solo es después de un largo período de enfermedad (Brannon y Feist, 2000)

Aunado a esto, Ortiz (2003) explica que el término crónico-degenerativas plantea que estas enfermedades van avanzando progresivamente hasta que terminan con la vida de la persona, sin que exista hasta el momento cura alguna para detenerlas.

En la mayoría de las propuestas de explicación que hacen los autores sobre el término “enfermedad crónica”, se encuentra implicado el aspecto de temporalidad de los síntomas o padecimientos, así como la duración del tratamiento o empleo de medicamentos. Estos aspectos son quienes hacen la diferenciación entre estas enfermedades y las llamadas agudas o infecciosas y, dan pie a clasificar un padecimiento en una u otra categoría; además un punto central para esta clasificación es la recuperación total de la salud o un alivio parcial o solo una disminución en los niveles de los síntomas para hacerlos tolerables, lo cual se traduce en una reintegración a las actividades cotidianas con normalidad o no.

Hay sin embargo, una aclaración que debe de realizarse en relación al empleo de los términos crónico y degenerativo, pues las enfermedades que son catalogadas dentro de este apartado no cubren precisamente los dos aspectos, pues algunas de ellas como la cardiopatía isquémica y el cáncer, no son consideradas por los especialistas como un proceso biológico degenerativo relacionado con la edad, pues pueden aparecer en cualquier etapa de la vida, incluso desde los primeros años de vida (Vera, 2000). Es entonces que hay que establecer que las enfermedades en este rubro son crónicas, pues se establece que la persona que la padece lo hará por el resto de su vida, pero no todas son degenerativas en el sentido de hacer referencia a la edad de aparición en las personas, como solo propias de la tercera edad o de los adultos mayores.

En este sentido, Pitts (1991) señala que se han presentado dos tendencias conflictivas en la literatura generada sobre el tema: la primera, trata de considerar a la enfermedad crónica como un concepto unitario sin tener en cuenta la naturaleza de la enfermedad, su duración y su origen; la otra tendencia ha sido la de citar “los efectos

psicológicos de” y entonces examinar un desorden específico sin considerar la literatura sobre otras enfermedades las cuales pueden tener alguna relación con él.

Como enfermedades crónicas podemos entonces considerar la artritis, diabetes mellitus, cáncer, insuficiencias cardíacas, hipertensión arterial, enfermedades obstructivas crónicas como el enfisema pulmonar, alzheimer, además de que algunos especialistas consideran otros padecimientos como el asma, el SIDA y las úlceras, dentro de este mismo apartado.

Estos padecimientos en muchas ocasiones están caracterizados por síntomas vagos, los cuales son relativamente suaves en su inicio. Así, tales síntomas inicialmente pasan desapercibidos por la gente y no diagnosticados por los doctores. Tales desordenes, frecuentemente son progresivos, difíciles de tratar y algunas veces imposibles de curar, que además pueden generar un deterioro gradual de las funciones (Pitts, 1991). Y como

Pelechano nos dice (1999) que en cuanto a enfermedades crónicas, se encuentra uno frente a estados de enfermedad a los que no se les conoce solución definitiva y donde el criterio de éxito radica en el mantenimiento de un estado funcional lo más cercano posible al óptimo para la persona enferma, lo cual depende entonces de la ingestión sistemática de uno o más productos indispensables para esta estabilidad.

En esta misma línea, podemos volver a mencionar que también algunos autores mencionan que hay enfermedades crónico-degenerativas que aparecen propiamente en personas de edad avanzada y que estas enfermedades no causan la muerte desde el momento en el que se establecen, sino que van acompañando a las personas en sus vidas

generándoles limitaciones en sus actividades cotidianas que antes realizaban sin ningún inconveniente (Morales, 1999).

Con las consideraciones anteriormente planteadas, podemos observar entonces las diferencias que se deben plantear en el tratamiento de las enfermedades, de acuerdo al grupo al que pertenezca aquella que se pretende tratar. Además de intentar entender más claramente el porqué de esta separación y sobre todo el porqué de la importancia del trabajar con ellas de diferente manera, aunque aún puede quedar la incógnita de la importancia que han ahora tomado las enfermedades crónicas y sobre todo previniendo para el futuro el porqué buscar estrategias de intervención que permitan estar preparados para afrontar aquellas situaciones de enfermedad que comienzan a establecerse y a aumentar dentro de nuestras sociedades.

2. CAMBIOS EN LOS PATRONES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

2.1 SITUACIÓN MUNDIAL

Así como los índices de mortalidad en los primeros estudios que se tienen registrados en la historia de la humanidad, se encontraban dominados por enfermedades de tipo infeccioso, donde la salud era alterada por la acción de algún agente biológico externo al organismo, que lo invadía y así ocasionaba los malestares y síntomas; poco a poco comenzó a aumentar el número de casos en los cuales la enfermedad de las personas no era

debida a estos causantes, por lo que surgen entonces, o se define mejor dicho, las enfermedades crónicas, las cuales no quiere decir que no existían anteriormente, sino que su representatividad en las estadísticas era escasa, pues las personas enfermaban y morían sobre todo por los efectos de las enfermedades infecciosas, además de que las esperanzas de vida eran cortas y las personas no llegaban a padecer entonces enfermedades del tipo crónico.

Conforme se fue tratando de establecer un esquema de evolución en los patrones de mortalidad mundial, que en la mayoría de los casos ha sido sintetizado en la teoría de la transición epidemiológica, se manejó un primer período en la historia de la humanidad, donde se encontraba caracterizado por una alta mortalidad debida a enfermedades del tipo infeccioso, conforme los avances de la medicina lograron controlar estas enfermedades, se menciona que se logró una disminución en esta alta mortalidad que, dio pie a que poco a poco se fueran haciendo más visibles otro tipo de enfermedades denominadas crónicas, las cuales serían según las tendencias las nuevas causantes de la mayoría de las muertes.

Con estas afirmaciones podría pensarse que esto se ha dado tal cual y en todos los países del mundo, pero como Vera (2000) nos aclara, hay que tomar con cuidado estas propuestas y analizar a detalle, de dónde surgieron y basadas en qué. Para ello sería importante conocer, que la mayoría de los datos que sirvieron para elaborar esta propuesta, provienen de países desarrollados, los cuales lograron primeramente los avances científicos y tecnológicos que ayudaron a controlar las enfermedades infecciosas principales, todo esto implica que los países en desarrollo, no lo hicieron a la par, pues la situación económica es

un condicionante para llevar las mismas propuestas de salud y atención a su población de igual forma que en los países con los recursos necesarios se hicieron.

Además esta misma autora nos señala que aunque se logró controlar y casi erradicar la mayoría de las enfermedades infecciosas, aún actualmente surgen brotes de ellas que ocasionan un gran número de muertes, además de que nuevas enfermedades del tipo infeccioso como el SIDA han surgido y ocasionado una nueva necesidad para atenderlas.

Es entonces que se ha vivido una situación dispar entre aquellas regiones con un estándar de vida alto y las que presentan una situación de vida baja, que ha sido representada por las diferencias entre las causas de mortalidad, las primeras regiones con cambios paulatinos entre sus causas de mortalidad principales, pasando de las enfermedades infecciosas en los primeros lugares a las enfermedades crónicas; mientras que en las segundas regiones, se mantienen las muertes por enfermedades infecciosas como las primeras en los registros, aunque también en ellas comenzó ha hacerse notable la aparición de casos de muerte ocasionados por enfermedades crónicas.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Como ejemplo de lo anterior, Morales (1999) menciona que en Europa Occidental en el siglo XIX, las principales causas de enfermedad e incluso de muerte entre sus habitantes eran el tétanos, la fiebre tifoidea, la tuberculosis y el cólera. Estas enfermedades fueron disminuidas o eliminadas gracias al control que se pudo hacer de ellas con los conocimientos adquiridos en el área de la medicina y ayudo a que cada vez fueran menos los casos en los que éstas afectarían a la población, por lo que en estos mismos países ahora

podemos notar la frecuente presencia en los primeros lugares de causas de muerte, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, el cáncer y los accidentes.

Este mismo patrón se ha presentado en Estados Unidos, país que cuenta con los mismos recursos o estándares de vida que en los países de Europa Occidental, donde las enfermedades infecciosas dejaron de ocupar exclusivamente los primeros lugares como causas de muerte, para ceder espacios a las enfermedades crónicas, pues ya para 1975 las cinco principales causas de muerte eran:

1. Enfermedades del corazón
2. Tumores malignos
3. Enfermedades cerebrovasculares
4. Accidentes
5. Neumonías e influenza

Con el interés puesto en el identificar plenamente estos cambios en los aspectos de morbilidad y mortalidad y tener la información adecuadamente recabada y almacenada, la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha dedicado a la labor de estudio de estos aspectos en la mayoría de los países del mundo, para tratar de con ello observar estas fluctuaciones y las diferencias que se presentan en las diferentes regiones del mundo, tratando de identificar las variables que se dan de acuerdo a la situación económica, la distribución de los recursos y la calidad o accesibilidad a los servicios de salud con que cuenten los habitantes de cada país.

Como muestra de estos estudios realizados podemos observar los resultados que la OMS proporcionó en 1999, en relación a las principales causas de muerte a nivel mundial:

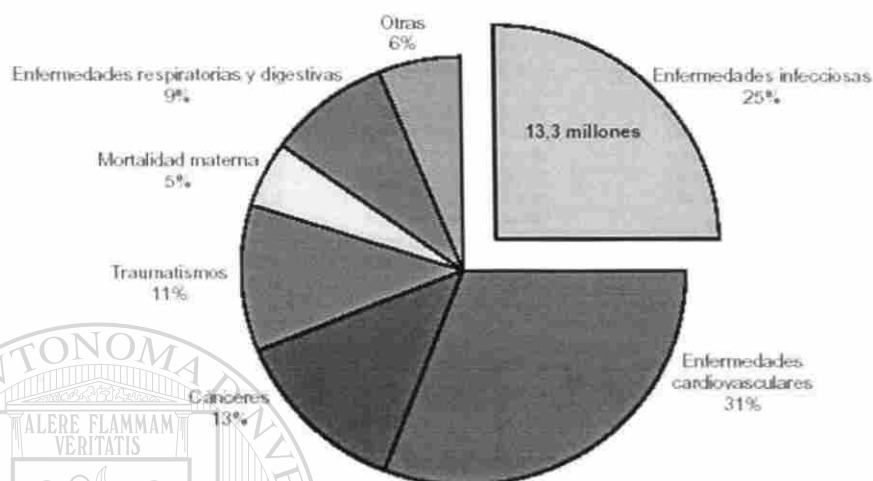


Figura 2.1 Principales causas de mortalidad a nivel mundial (OMS, 1999)

Esta misma organización nos da la oportunidad de observar las diferencias que se dan entre los países de altos y bajos ingresos en referencia a las principales causas de muerte que se presentan en sus poblaciones, en las siguientes gráficas que nos proporciona:

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Edad	Varones	Mujeres
Hasta 1 año	Hipoxia, asfixia al nacer y demás afecciones respiratorias	Hipoxia, asfixia al nacer y demás afecciones respiratorias
De 1 a 4 años	Accidentes de tráfico	Anomalías congénitas del corazón y del aparato circulatorio
De 5 a 9 años	Accidentes de tráfico	Accidentes de tráfico
De 10 a 14 años	Accidentes de tráfico	Accidentes de tráfico
De 20 a 24 años	Accidentes de tráfico	Accidentes de tráfico
De 28 a 29 años	Accidentes de tráfico	Accidentes de tráfico
De 30 a 34 años	Accidentes de tráfico	Suicidios
De 35 a 39 años	Suicidios	Cáncer de mama
De 40 a 44 años	Infarto de miocardio agudo	Cáncer de mama
De 45 a 49 años	Infarto de miocardio agudo	Cáncer de mama
De 50 a 54 años	Infarto de miocardio agudo	Cáncer de mama
De 55 a 59 años	Infarto de miocardio agudo	Cáncer de mama
De 60 a 64 años	Infarto de miocardio agudo	Cáncer de mama
De 65 a 69 años	Infarto de miocardio agudo	Infarto de miocardio agudo
De 70 a 74 años	Infarto de miocardio agudo	Infarto de miocardio agudo
De 74 a 79 años	Infarto de miocardio agudo	Infarto de miocardio agudo
De 80 a 84 años	Infarto de miocardio agudo	Enfermedades cerebrovasculares agudas
Más de 85 años	Enfermedades de la pequeña circulación y demás cardiopatías	Enfermedades de la pequeña circulación y demás cardiopatías

Tabla 2.1 Principales causas de muerte por edad y sexo en la Unión Europea

(OMS, 1999)

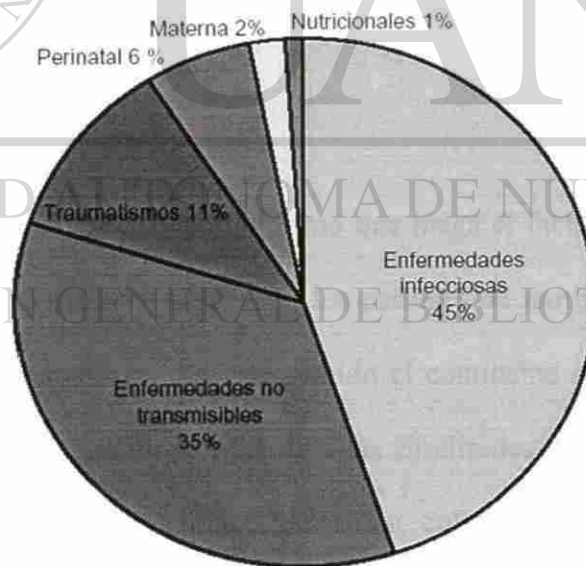


Figura 2.2 Principales causas de mortalidad en los países de bajos ingresos

(OMS, 1999)

En ellas podemos apreciar las variaciones que se dan entre los países de la Unión Europea con un alto nivel de vida y, los países de Asia Sudoriental y África que poseen bajos ingresos.

2.2 SITUACION DE AMERICA LATINA

Como en los países desarrollados se venían dando cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad importantes, que aunados a su desarrollo científico y económico, les permitió pasar de tratar en los sistemas de salud con enfermedades infecciosas a enfrentar ahora las consecuencias del padecimiento de enfermedades crónicas, así mismo en el resto de los países del mundo los cambios no se evitaron, aunque esta transición ha sido más lenta o no se ha dado realmente una transición, sino un paralelismo entre estos dos tipos de enfermedades en su población.

Así de nuevo resalta el papel importantísimo que juega el factor económico en las cuestiones de salud para determinar o conformar los patrones de morbilidad o mortalidad que determinada región o país tendrá. En este sentido el continente americano, se puede plantear conformado por dos regiones de acuerdo a las similitudes que entre los países se tienen en relación a su desarrollo económico, científico, cultural e incluso de idioma: la primera de ellas sería Norteamérica conformada por Canadá y los Estados Unidos y la siguiente región sería Latinoamérica, conformada por el resto de los países del continente.

Como ejemplo de la situación que se vive en Norteamérica, tenemos el caso de los Estados Unidos, donde las enfermedades crónicas se han hecho presentes en la vida de una gran mayoría de la población y como muestra de ello se tiene la situación de la hipertensión crónica, la cual la padecen 23 millones de personas y además de ello esta enfermedad es la causante de 60 mil muertes al año y un factor principal para conducir a la adquisición de otras enfermedades cardiovasculares que provocan en este país en su conjunto, más de un millón de defunciones anuales (Linn y Linn, 2003).

Enfocándonos en América Latina, podemos notar la diferencia que existe entre los países que forman esta región con aquellos considerados desarrollados, pues los niveles de vida y los recursos disponibles son todavía dispares entre las poblaciones de los diferentes países. Incluso como bien lo menciona Palloni (1990, citado en Vera, 2000) las mejoras que los países en vías de desarrollo han logrado en los estándares de vida, no han sido generalizadas y no han cubierto al total de la población.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Observando como entonces se han dado los cambios en la región de América Latina, se han proporcionado datos al respecto de la situación que se ha vivido en el perfil de morbilidad y mortalidad, donde los cambios que se han dado varían de un país a otro en lo concerniente a la velocidad con que se presentan, pero en lo demás han sido muy similares. Estos cambios han sido los presentados en la enorme reducción de muertes por enfermedades transmisibles, mientras que las defunciones e incapacidades secundarias a los padecimientos crónicos y las lesiones van aumentando. Como muestra de ello tenemos que en 1950 el 36% de las defunciones fueron debidas a enfermedades gastrointestinales y respiratorias, mientras que en las previsiones para el 2020 estas enfermedades solo

ocasionarán el 10% de muertes, pero por el contrario el 11% de muertes ocasionadas por enfermedades del corazón en ese mismo año, pasarán al futuro a tener un número de casi 39% de muertes en el mismo periodo estimado. En estos cambios se puede apreciar también como las infecciones respiratorias agudas, causantes de un gran número de muertes han disminuido en los últimos veinte años en la mayoría de los países de la región, pero por otro lado, las enfermedades crónicas como los tumores malignos, la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares han mantenido una tendencia creciente, pues en los años treinta sólo representaban el 8% del total de las defunciones, pero para 1990 representaban ya un 34% y si siguen con esa misma tendencia se pronostica que para el 2020 estos padecimientos serán responsables de casi el 60% de las defunciones que se den en la región (Sepúlveda y Gómez, 2001)

Aunque anteriormente se había mencionado la importancia de la situación económica de cada país para determinar las condiciones de salud que la población tendrá, también es además importante reconocer la distribución que se hace de los recursos sanitarios para influir en estas condiciones, es decir, para observar los indicadores de morbilidad o mortalidad que presentan. Es decir, que aunque distintos países presenten diferente desarrollo económico, pueden presentar similares índices de morbilidad y mortalidad, tal es el caso de ello de los Estados Unidos y Cuba, que a pesar de sus diferentes ingresos económicos muestran grandes similitudes en las principales causas de muerte en su población. En la década de 70's, estos dos países presentaban las mismas principales causas de muerte: enfermedades del corazón, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares (Morales, 1999).

Así como a nivel mundial la OMS, ha llevado a cabo estudios para mostrar la situación de cada país o región en las cuestiones de morbilidad y mortalidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se encarga de realizar estos estudios a nivel regional en nuestro continente.

Es así como podemos observar los importantes cambios que ha presentado y seguirá presentando nuestra región en las cuestiones de salud, lo que nos muestra la relevancia que en los estudios de salud toman estos indicadores para marcar el camino que en cada país se deberá seguir para enfrentar la situación presente y futura con estrategias acordes a las necesidades vividas.

2.3 SITUACIÓN DE MÉXICO

A la par de los cambios que en América Latina se han vivido, México también ha vivido una evolución en lo referente a las cuestiones de salud y aquellas enfermedades que padece la población y que en determinado momento llegan a ser las causantes de defunciones.

Al igual que la mayoría de las sociedades latinoamericanas, México a finales del siglo XX dejó de estar formado por una sociedad netamente rural para convertirse en una sociedad urbana, a raíz de estos cambios en los aspectos económicos y culturales, se pudo generar una transformación en las condiciones de salud en nuestro país, por un lado positivas que tendieron a la prevención y a la protección de la salud, como las campañas de vacunación, las medidas sanitarias de prevención de las diarreas, entre otras que

permitieron que la esperanza de vida al nacer presentara una tendencia ascendente de 1950, donde era de 50.8 años a 70.3 en 1995 y donde se plantea que para finales del 2020 llegará a ser de 75.3 años (Sepúlveda y Gómez, 2001).

Este mejoramiento en las expectativas de vida para los habitantes de México, representa en gran medida el control que se ha logrado sobre las enfermedades infecciosas, que eran las principales causantes de muerte en nuestro país, pero a la vez implicó el paso como la mayoría de los países a presentar una tendencia creciente en el aspecto de aparición de casos de enfermedades crónicas al ver elevado el número de años de vida que cada persona ahora alcanzaba.

Es conveniente además señalar que México es uno de los países que presentan una polaridad social y económica, donde coexisten índices de salud diferentes entre la población de bajos recursos y la de altos ingresos (Santos y cols., 2003); esto por lo tanto se ve reflejado en los tipos de enfermedades que prevalecen en cada población, pero que sin embargo siguen de una u otra forma las tendencias mundiales con sus particularidades.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los registros que se han realizado en nuestro país nos pueden mostrar con mayor claridad estos cambios, pues se ha ido aumentando el interés por conocer con mayor detalle la situación que se ha ido presentando en México. Una información proporcionada en este tema fue la brindada por Mora y Hersch (1990, citado en Morales, 1999) quienes establecen que en 1982 las cinco principales causas de muerte fueron:

1. Enfermedades del corazón
2. Accidentes

3. Diarreas y enteritis
4. Neumonías e influenza
5. Morbilidad perinatal

En aproximadamente una década estas causas sufrieron una fuerte variación, pues las enfermedades infecciosas que aún permanecían en los primeros lugares dejaron de hacerlo para ceder su lugar a enfermedades crónicas como la siguiente tabla nos lo muestra:

Num. de orden	Causa	Clave CIE (9ª rev.)	Defunciones	Tasa ⁺
1	Enfermedades del corazón, excepto hipertensión esencial y enfermedad renal hipertensiva.	390-400, 402, 404-429	60 622	68.5
2	Tumores malignos.	140-208	44 951	50.8
3	Accidentes y efectos adversos.	E800-E949	37 024	41.8
4	Diabetes mellitus.	250	29 581	33.4
5	Enfermedad cerebrovascular.	430-438	21 571	24.4
6	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.	760-779	20 954	23.7
7	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado.	571	20 490	23.2
8	Neumonía e influenza.	480-487	18 608	21.0
9	Homicidio e intervención legal.	E960-E978	16 050	18.1
10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y afecciones afines.	490-496	15 536	17.6
	Demás causas.		130 948	148.0
Total			416 335	470.6

Tabla 2.2 Principales causas de mortalidad en México en 1993 (Aburto 2001),

En los años siguientes se han presentado estas mismas causas de mortalidad en los primeros lugares, pues así quedó demostrado en el año de 1999, donde las principales causas de muerte fueron de nuevo: enfermedades isquémicas del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus y los accidentes (Reynoso y Seligson, 2002).

Para observar cómo se encuentran actualmente los indicadores de mortalidad en nuestro país, podemos recurrir a la información presentada por la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2001).

Principales causas de mortalidad general, 2001.

Nacional					
Orden	Clave CIE 10a Rev	Descripción	Defunciones	Tasa	%
	A00-Y98	Total	441,004	433.09	100.0
1	F10-E14	Diabetes mellitus	49,855	48.96	11.3
2	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	45,421	44.61	10.3
3	K70, K72 I, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	25,704	25.24	5.8
4	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	25,657	25.20	5.8
5	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	18,192	17.87	4.1
6	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	15,944	15.66	3.6
7	-	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	13,761	13.51	3.1
8	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	13,101	12.87	3.0
9	N00-N19	Nefritis y nefrosis	10,477	10.29	2.4
10	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	10,170	9.99	2.3
11	X85-Y09, Y87-I	Agresiones (homicidios)	10,165	9.98	2.3
12	E40-E46	Desnutrición calórico-proteica	8,615	8.46	2.0
13	C33-C34	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6,404	6.29	1.5
14	C16	Tumor maligno del estómago	4,986	4.90	1.1
15	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	4,897	4.81	1.1
16	C53	Tumor maligno del cuello del útero	4,501	4.42	1.0
17	B20-B24	VIH SIDA	4,317	4.24	1.0
18	F10, G31.2	Uso de alcohol	4,216	4.14	1.0
19	C22	Tumor maligno del hígado	4,203	4.13	1.0
20	C61	Tumor maligno de la próstata	4,015	3.94	0.9

Tabla 2.3 Principales causas de mortalidad en México (INEGI, 2001)

El creciente número de personas que en nuestro país se encuentran y se encontrarán padeciendo alguna enfermedad crónica, plantea entonces la urgente necesidad de estudiar todos los aspectos relacionados a estas enfermedades, como anteriormente se realizó con las enfermedades infecciosas y que permitieron a la postre lograr controlarlas. Esta investigación sin embargo no es exclusiva del área médica, si no que implica la colaboración de todas aquellas disciplinas que pueden aportar información necesaria y útil para su abordaje. Para ello es entonces adecuado conocer cuáles son los aspectos que una enfermedad crónica afecta y cuáles son las consecuencias para el individuo de padecerla. Lo cual se abordará en el siguiente apartado.

3. IMPLICACIONES FISIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

3.1 IMPLICACIONES FISIOLÓGICAS

Hoy en día, las enfermedades crónicas pueden ser consideradas el mayor problema de salud que enfrentan las instituciones de salud. Algunos aspectos para considerarla así, tienen que ver con los largos períodos en que el individuo tiene que convivir con su enfermedad, que implican que haga una reestructuración de su vida tanto a nivel personal en relación con sus actividades, ocupaciones e incluso en sus cogniciones o pensamientos, como también en cuestión familiar en relación a las personas con las cuales convive cercanamente (familiares, amistades, etc.) (Fitzpatrick, 1990).

Es en relación a estos aspectos, donde se han planteado los puntos que guían el estudio sobre las enfermedades crónicas; el primero de ellos es el correspondiente a las cuestiones de atención médica, prioridad en el tratamiento integral, que buscan primeramente sanar a la persona de sus malestares físicos o en el menor de los casos controlarlos, en este sentido habría que mencionar una concepción positiva que surgió y aún se encuentra presente en los ámbitos médicos, en relación a ver a las enfermedades crónicas como preferibles que las agudas, pues al menos no acaban de inmediato con la vida de las personas (Pelechano, 1999), un ejemplo en este sentido, son los esfuerzos que se hacen para convertir al SIDA en una enfermedad crónica.

Sin embargo, esta visión un tanto positiva sobre las enfermedades crónicas, ha sido afectada por el aumento considerable en el número de personas que las padecen, lo cual ha hecho necesario el adoptar una postura diferente en cuanto a la importancia y peligrosidad de estas enfermedades, pues las personas que padecen de alguna de ellas tienen que ir cambiando su vida de acuerdo a las características de su enfermedad y al tratamiento asignado para atacarla, dentro de esto, hay que considerar que algunas presentan una sintomatología muy variada y restringe gravemente el modo de vida, como las diálisis hospitalarias, otras en las cuales prácticamente son nulos los síntomas, como en la hipertensión, y otras enfermedades en las cuales la sintomatología fluye entre estos dos polos, como el cáncer o la diabetes.

De acuerdo a la variabilidad de los síntomas que la persona padezca, la llevará tal vez incluso a permanecer por largos periodos de tiempo en hospitalización o acudir a

revisiones constantes o a por los menos depender constantemente del consumo de medicamentos.

Todo lo anteriormente mencionado, afecta el desenvolvimiento de las personas en sus actividades cotidianas, escolares, laborales, familiares o de esparcimiento, además del gran coste económico. Este coste económico en algunos países implica ya enormes pérdidas, que pueden deberse a los años de vida laboral productiva perdidos por las discapacidades que genera la enfermedad, los períodos prolongados de hospitalización o cuando la enfermedad es padecida por un hijo o cónyuge, la atención o cuidados que se le deben de dar y que implican el retiro de sus ocupaciones cotidianas. Así, también hay que mencionar la enorme inversión que los sistemas sanitarios tienen que realizar para atender a una persona que padece una enfermedad crónica, pues requiere de aparatos tecnológicos modernos, medicamentos caros y personal especializado (Taylor y Aspinwall, 1990).

Como Ortiz (2003) señala, algunas implicaciones fisiológicas pueden ser además grandes alteraciones que se le presentan a la persona a raíz de la enfermedad original, como la diabetes que puede llevar a la amputación de algún miembro, a la ceguera o a la insuficiencia renal; esto puede generar en la persona dificultades para realizar sus actividades y con ello que su autoestima y el sentimiento de control personal se vean disminuidos.

Otro elemento a considerar es que en algunos casos el mismo tratamiento implica alteraciones secundarias que derivan en síntomas o molestias a consecuencia de lo utilizado, como la aplicación de quimioterapia en el caso del cáncer o del empleo de

tanques de oxígeno permanente en las personas con enfisema pulmonar u otras enfermedades respiratorias crónicas.

3.2 IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

A) EN EL PACIENTE

La forma en que una enfermedad crónica trastoca la vida de la persona que la padece se ve primeramente en la variedad de desordenes fisiológicos que le ocasiona, pero además de ello le implica un gran impacto psicológico que la mayoría de las veces involucra una serie de desajustes emocionales y sociales. Una enfermedad crónica presenta una crisis en la vida de las personas que va más allá de los ajustes que tiene que hacer a la enfermedad por la enfermedad misma. En primer lugar, una enfermedad crónica produce problemas financieros, cambia la forma en que el paciente se ve a si mismo y afecta gravemente las relaciones con su familia y amigos; aunado a ello el paciente debe desarrollar y mantener una relación constante con el personal médico y de atención (Brannon y Feist, 2000).

El padecer una enfermedad crónica produce muchos cambios que requieren atención, como se había mencionado estos cambios van desde en el trabajo, en la vida familiar hasta en las emociones o aspectos psicológicos como la autoestima. Una enfermedad crónica genera una variedad de resultados adversos como dolores y molestias, miedo e incertidumbre sobre el futuro y varios efectos emocionales como ansiedad y depresión, los cuales además pueden exacerbar la intensidad de los dolores y molestias y

disminuir más las posibilidades de regresar a la realización de las actividades cotidianas en forma normal o regular (Taylor y Aspinwall, 1990; Thorn, Boothby y Sullivan, 2002).

Como la literatura lo menciona, no solo el individuo entra en crisis al padecer la enfermedad, sino que esta crisis envuelva también a los miembros de su familia e incluso a amistades. Es por eso que se resalta la importancia de la atención no solamente al paciente, sino también hacia su familia.

Esta atención implica conocer la forma en que la familia participa en la terapia o tratamiento, la información que posee sobre la enfermedad y la percepción que hace de ella, estas consideraciones deben de diferenciar la forma en que cada familia puede reaccionar y tomar en cuenta que un elemento para estas variaciones es la edad que el paciente tiene al momento en que surge la enfermedad.

Para los adultos, los cambios que resultan de la enfermedad alteran sus relaciones y redefinen su identidad, pero en los niños la enfermedad puede ser un importante factor en la formación de su identidad, limitar su desarrollo físico y su establecimiento de amistades. Es un punto de ayuda el diferenciar como afecta una enfermedad crónica en distintos periodos, sea ésta en la vejez, en adultos, en adolescentes o en la infancia; pues en cada una de estas etapas se presentan diferencias específicas (Velasco y Sinibaldi, 2001).

La mayoría de la investigación sobre las implicaciones de las enfermedades crónicas se ha centrado en estudios realizados con adultos o personas mayores, suponiendo la mayor cantidad de personas de estos grupos que llegan a padecerlas, sin embargo el número de

niños que desarrollan una enfermedad de este tipo ha aumentado y con ello llevado a realizar estudios en este grupo de pacientes.

Estudios realizados en este sentido han mostrado que un niño que padece una enfermedad crónica presenta cambios en su funcionamiento social, debido a las limitaciones que sufre como consecuencia de su padecimiento, al no poder disfrutar de actividades físicas y convivir con otros niños, al abandonar sus estudios y dejar de realizar muchas de las actividades que disfrutaba. Todo ello puede interferir en el tratamiento que se le realice al mostrar el niño conductas negativas hacia las intervenciones médicas creando dificultades en la adaptación emocional, que sería conveniente y necesaria para la mejor evolución de la enfermedad (Adams, Streisand, Zawacki y Joseph, 2002; McQuaid y Nassau, 1999).

La adaptación que los niños realizan a la enfermedad depende de su edad, de la complejidad de la enfermedad y los tratamientos que conlleve (Palomo, 1995); todos estos eventos llegan a producir en el niño un elevado número de emociones negativas que incluso pueden llegar a convertirse en depresión (Burke y Elliot, 1999) y aunar conductas negativas que representan dificultades para la intervención pues incluso pueden ser abiertamente contrarias a las indicaciones médicas.

Además como ya se había mencionado, la dificultad que presentan los niños en sus relaciones sociales, en su convivencia con sus pares se traduce en el hogar en dificultades con sus hermanos y estas dificultades han ocasionado una fuente de problemas tanto para el niño enfermo como para los hermanos que ha levantado un reciente interés por estudiar

cuales son estas situaciones que se generan, las que en ocasiones son que los hermanos se sienten con la responsabilidad de cuidar al niño enfermo o a otros hermanos, llegando a actuar como padres y tal vez esto se refuerce con alguna sobrecarga de responsabilidades que los padres asignen debido a sus constantes ausencias del hogar si el niño enfermo lo requiere, lo que provoca también sentimientos de abandono en los hermanos e incluso de enojo hacia el niño enfermo por contar con la atención de los padres constante, sentimiento que a la vez les puede provocar que se sienten culpables por sentirlo. Aunque simplemente el ver la preocupación de los padres y no saber que es lo que pasa (cuál es la enfermedad, cuál es el pronóstico, etc.) les ocasiona dificultades escolares o en sus relaciones sociales (Lobato y Kao, 2002; Sharpe y Rossiter, 2002).

Así como los hermanos presentan dificultades tras la enfermedad crónica de un niño, los padres de este niño pasan también por una serie de alteraciones tras la noticia que comienzan con el reestructurar la organización familiar, pues uno de los padres – en la mayoría de los casos la madre- será quien cuide permanentemente al niño enfermo y deje de realizar sus actividades cotidianas dentro del hogar y si trabajaba, abandonar su empleo, pues el padre es quien suele quedarse con la responsabilidad económica, este punto, por supuesto es una fuente de estrés, pues las necesidades económicas para tratar una enfermedad crónica son muy altas.

La madre entonces siendo la cuidadora principal puede llegar a sentirse fatigada y desesperada por la situación lo cual puede llevarla a experimentar altos niveles de depresión, ansiedad y hostilidad (Silver, Westbrook y Stein, 1998; Gibson, 1995; Drotar, 1997) a los cuales se pueden añadir conflictos con la pareja que puede sentirse abandonada,

enojada y a la vez culpable por esos sentimientos, lo cual puede llegar a terminar en separación. Una fuente más de conflictos para los padres, puede ser la que surge en el trato con todo el personal de salud que atiende al niño, si no se logra establecer una comunicación adecuada entre ambas partes.

Todas las implicaciones que conlleva una enfermedad crónica –fisiológicas, psicológicas o sociales- se encuentran cada día presentes en un mayor número de personas en todo el mundo, pues como las estadísticas lo señalan, este tipo de enfermedades van en un constante aumento y como se está planteando actualmente, no se espera un cambio importante en este sentido. Las implicaciones que se mencionan en la literatura hacen en un buen número de estudios referencia a todas las enfermedades catalogadas como de este tipo para brindar una visión general de los efectos que éstas producen, aunque también se hace la aclaración de que cada una de las enfermedades incluidas en este rubro presentan algunas características particulares que tiene que ver las diferencias propias de su actuación en el organismo y sus consecuencias fisiológicas.

Es en este sentido que resulta interesante conocer como se dan las situaciones específicas que acontecen cuando se da la aparición de una enfermedad crónica específica, el cáncer, la cual es en la actualidad causante de un gran número de defunciones en todo el mundo, sin distinguir su aparición entre países pobres o ricos. Por lo que a continuación nos enfocaremos únicamente en este padecimiento.

II. CÁNCER

1. HISTORIA Y EPIDEMIOLOGÍA

La importancia de las enfermedades crónicas ha ido poco a poco cobrando mayor relevancia conforme el número de personas que las padece va aumentando, lo que ha orillado a una constante necesidad de atenderlas, ante lo cual los sistemas de salud han aceptado su deficiente preparación para hacerles frente, al no contar con los recursos o herramientas para darles la atención que implican, dentro de lo cual también está incluido el aspecto de conocimientos sobre ellas. Aunado a ello, como ya se comentó, el lidiar con una enfermedad permanente, que será parte del individuo y que tendrá consecuencias constantes de mayor o menor intensidad, es un elemento extra a considerar.

A nivel mundial, la incidencia de enfermedades crónicas presenta un número muy elevado, dentro de este grupo, la enfermedad de cáncer ha aumentado considerablemente su presencia pues ha pasado de ser la causa de defunción de 6 millones de personas en 1975, a más de 7 millones durante el 2002, según la OMS.

El cáncer es entonces una enfermedad crónica de gran impacto, pues es la segunda causa de defunción en la mayoría de los países desarrollados, mientras que en América Latina y en el resto de los países en desarrollo no se está muy lejos de estos niveles. Si continúa esta tendencia pronto llegará a ser la primera causa de defunciones en muchos países (Romero, Grau, Gómez, Infante, Chacón, Asén y cols., 2003).

Solamente en México, las personas que fallecen a consecuencia de padecer cáncer, llegan ya a ser más de 60,000 al año (Aburto, 2001), de los cuales casi 24 mil son niños; además de que es necesario sumar a estos números muchas otras muertes que no son incluidas pues en las zonas del país en donde se producen no se tiene la atención ni el conocimiento de esta enfermedad y en las actas de defunción se señalan otras causas que denotan síntomas del cáncer (Mejía y Scherer, 2002), lo anteriormente planteado se traduce en una constante alarma, que exige una seria atención.

Con la información presentada, podemos deducir el porqué de la importancia que recientemente se ha dado al estudio del cáncer, además las palabras que menciona la Sociedad Americana de Cáncer (citado en Wilhardt, 2001) vuelven a subrayar la magnitud de la presencia del cáncer: “la mitad de todos los hombres y un tercio de todas las mujeres, desarrollarán cáncer durante algún momento de sus vidas”.

Al mencionarse que el cáncer se encuentra dentro del grupo de enfermedades crónicas, y que éstas han cobrado importancia solo últimamente, se puede pensar que el cáncer es una enfermedad de reciente aparición; sin embargo, el cáncer no es una enfermedad nueva, pues en los escritos de los primeros estudiosos en el campo de la medicina, se ha encontrado que ya hacían referencia a este padecimiento, como ejemplo de ello, son las menciones que realizó Galeno en sus estudios sobre las mujeres que contraían cáncer de seno (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Revisando en la historia, se encontraron evidencias de que en el antiguo Egipto se conocía la existencia del cáncer en humanos, incluso en autopsias realizadas a algunas

momias se encontraron datos que establecen la existencia de tumores óseos. También en las escrituras médicas chinas y árabes se han encontrado descripciones de síntomas de enfermedades que se pueden suponer eran cánceres (Romero, 2002).

El primer documento médico que describió el cáncer fue el Ebers Papyrus, escrito aproximadamente alrededor del año 1500 a.c. Este documento no daba realmente una descripción detallada de lo que es el cáncer, solo hacía una descripción de las inflamaciones o hinchazones que acompañaban a algunos tumores. Fue Hipócrates quien le dio el nombre de cáncer a este desorden y, Galeno quien por primera vez usó el término tumor. Estos antiguos médicos no sabían mucho al respecto de este padecimiento, debido a las limitaciones tecnológicas de su época, pues el desarrollo de los microscopios y el uso de las disecciones fueron procedimientos que ayudaron grandemente a la facilitación de la comprensión del cáncer (Braun, 1977 citado en Brannon y Feist, 2000).

Definir lo que el cáncer es, ha presentado variaciones en ello, pero comúnmente se ha descrito al cáncer como “un grupo grande de enfermedades caracterizado por un crecimiento incontrolado y propagado de células anormales” (American Cancer Society citado en Kaplan, Sallis y Patterson, 1993). Con esta definición podemos entender que no se hace referencia a un solo padecimiento ni una sola condición, pues el término cáncer engloba aproximadamente unos 200 tipos de condiciones médicas.

En relación a lo anterior hay que añadir que el cáncer puede afectar a casi cualquier órgano del sistema humano y es en función del órgano afectado que variará su pronóstico y su sintomatología.

Como ya quedó presentado, el cáncer no es una enfermedad reciente, pero no fue sino hasta el siglo XIX con los avances logrados en el terreno científico y tecnológico, que se avanzó en el estudio de ella, siendo en este mismo siglo cuando se comenzaron a realizar las primeras revisiones de los patrones de aparición de esta enfermedad en poblaciones específicas de Europa como Inglaterra y Suiza (Romero, 2002), estos registros siguieron tratando de ir anexando los casos que se iban presentando, hasta que en la época posterior a la Segunda Guerra Mundial, se le da un impulso a la epidemiología en general y a su vez a la epidemiología del cáncer, que busca establecer la frecuencia en que se diagnostican los diferentes tipos de cáncer, así como sus patrones de distribución, su prevalencia y mortalidad.

Al lograrse estos avances en el trabajo realizado por los epidemiólogos, se obtuvo un fuerte impulso a la investigación en el tema del cáncer, pues estos investigadores además de describir la aparición del cáncer, observando las diferencias entre hombres y mujeres, personas de diferentes edades, clases sociales, ocupaciones, zonas de un país y hasta entre diferentes países, han aportado conocimientos sobre las causas de la enfermedad o de su historia natural, lo cual ha podido dar algunas sugerencias sobre cuestiones referidas a la prevención.

Es así como la importancia de trabajar en la epidemiología del cáncer, resulta en grandes beneficios que han permitido avanzar en el estudio de tan complicado tema, y donde se observa ya, diversas ciencias pueden y deben abordar el estudio del mismo, dejando de ser exclusivo de las ciencias médicas, pues éstas han recibido los beneficios del apoyo brindado por otras áreas de estudio.

Con los trabajos realizados desde la epidemiología se han realizado presentaciones donde se establecen los niveles de incidencia de los distintos tipos de cánceres en el mundo y esto a su vez ha permitido que organizaciones como la OMS den recomendaciones específicas para estos lugares, lo que en los países en desarrollo representa una gran contribución y ayuda.

El estudio de la incidencia del cáncer en el mundo, como anteriormente se veía, cuenta con registros con los cuales se ha tratado de establecer como ha ido presentándose esta enfermedad en los distintos contextos geográficos y sobre todo ir elaborando propuestas o alternativas para contrarrestarla. Una de estas medidas y quizá la principal, ha sido la referida a la prevención, para la cual se ha tratado de seguir constantemente y con el mayor cuidado, de realizar todos los registros lo más confiablemente posible.

Enfocándonos en América Latina, la mayoría de los países involucrados ha tratado de seguir las pautas de los países desarrollados como Estados Unidos o Alemania, en lo referente a la elaboración de registros poblacionales de cáncer.

Es en base a ellos, que Romero (2002) nos presenta que en el año 2000, se estimaron 459,000 defunciones debidas al cáncer en América Latina y el Caribe, lo que al ser comparado con las cifras del mismo concepto que se tenían en 1990, mostraron un incremento del 33%.

Siguiendo con esta misma autora, la información se ha tratado de especificar más y así, se puede conocer que en :

- el Caribe el cáncer del pulmón es la primera causa de muerte, el cáncer de próstata ocupa el segundo lugar, mientras que el cáncer de colon/recto el tercer lugar y finalmente el cáncer cervicouterino ocupa el cuarto lugar como causa de muerte.
- América Central también el cáncer de pulmón es la primera causa, pero éste es seguido aquí por el cáncer de estómago, el de cervix y finalmente por el de próstata, en segundo, tercero y cuarto lugar respectivamente.
- Finalmente, refiere que en Sur América de nueva cuenta el cáncer de pulmón ocupa el primer lugar como causa, seguido en esta región por el cáncer de estómago, de mama y posteriormente por el de colon/recto.

Los datos encontrados en América Latina, concuerdan de igual manera con los del resto del mundo en el sentido de los dos primeros tipos de cáncer que causan el mayor número de muertes, estos son el cáncer de pulmón y el cáncer de estómago, con lo que a pesar de las diferencias entre los países en cuestiones de desarrollo, economía, geográficas o culturales, estas no cambian la incidencia de estos tipos de la enfermedad.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Con todo lo que se ha planteado queda de nuevo corroborado que el cáncer tiene una presencia muy fuerte en la actualidad en el mundo entero y que un área de estudio dentro del tema es sin duda su epidemiología, pero ligado a este tema tenemos otro aspecto trascendental para lograr avances en el tratamiento de los pacientes con cáncer y es sin duda la etiología de la enfermedad, que ha sido y sigue siendo una gran interrogante para los investigadores, pues el cáncer es una enfermedad que afecta tanto a niños como adultos

de cualquier lugar y nivel, por lo que entonces la etiología de la enfermedad se presenta como un reto a vencer.

2. ETIOLOGÍA

El plantear cuáles son las causas que originan que una persona desarrolle células cancerígenas es y ha sido un problema sin resolver claramente, es así que desde hace tiempo los investigadores han tratado de encontrar respuestas a esta interrogante. Durante el siglo XIX podemos ubicar los primeros grandes esfuerzos por encontrar las causas del surgimiento del cáncer, tratando de establecer como origen algún parásito o agente infeccioso, pero ningún investigador pudo corroborar tal afirmación.

Después de estos fallidos intentos, se viró hacia una nueva teoría de explicación, la cual hacía mención de una mutación ocurrida durante el proceso de evolución de las células, esta mutación era la que al final terminaba en la formación de un tumor. Esta hipótesis es la que al final se corroboró y aceptó como oficial. Es en relación a esta misma propuesta de origen, que Brannon y Feist (2000) explican que el cáncer no es exclusivo de los seres humanos, si no que hasta las plantas y animales pueden llegar a desarrollar cáncer, pues cualquier célula que pueda dividirse puede transformarse en una célula cancerígena.

Después de varias décadas de estudio e investigación se ha planteado que en el aspecto de la etiología del cáncer podemos hacer una división entre aquellos factores de naturaleza Exógena o Endógena. Así, con esta distinción podemos mencionar que los

factores exógenos hacen referencia a elementos del medio ambiente con los cuales el individuo entra en contacto y pueden provocar en él, los cambios en su sistema que lleven a la formación de un tumor.

Como factores exógenos se incluyen los de tipo físico como las radiaciones, tanto las ultravioletas como las de tipo ionizante (generadas por rayos X) y, los de tipo químico, que incluyen un gran número de procedimientos industriales y sus productos finales; ciertos elementos biológicos como los virus y algunos metabolitos orgánicos; drogas y fármacos; la dieta con sus variadas implicaciones, el alcohol y el tabaco (Aguiar, Aguiar y Bohn, 2002).

En el aspectos referente a la dieta se considera que todos aquellos alimentos procesados y que incluyen conservadores químicos representan una fuente de riesgo, además de aquellos que contienen un alto contenido de grasas saturadas y los que tienen un alto contenido de sal o son productos refinados.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los considerados factores endógenos son difícilmente controlables, estando dentro de ellos los factores genéticos, endocrinometabólicos e inmunológicos. Estos factores sin embargo, representan una mínima cantidad en comparación al número de casos de cáncer que son ocasionados por factores exógenos.

Además de estos dos tipos de factores exógenos y endógenos- se ha incluido un tercer tipo de factores que pueden ser desencadenantes del surgimiento de cáncer en una persona: los factores psicológicos. Estos han tomado un lugar importante dentro de los

estudios de pacientes con cáncer, en relación a la cantidad cada vez más grande de datos en los cuales las variables psicológicas se relacionarían en mayor o menor medida con el surgimiento y evolución de la enfermedad, añadiendo al respecto, que estos factores no son los causantes directos de la enfermedad, pero que si pueden ser variables que favorecen su manifestación, curso o posible remisión (Vera y Buela-Casal, 1999).

Como factores psicológicos se consideran la supresión de las emociones, es decir, la incapacidad para expresar emociones, además de que se ha intentado establecer una relación entre las personas que presentan un tipo de personalidad denominado C y el cáncer. Las personas con este tipo de personalidad presentan una fuerte necesidad de relaciones sociales armoniosas y una tendencia a no expresar emociones (Schwarzer y Gutiérrez-Doña, 2000). Es conveniente hacer la aclaración que este último punto, se encuentra como un gran centro de interés en las investigaciones, para poder aportar una mayor cantidad de datos que permitan realmente sustentarlo.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Con las investigaciones realizadas en relación al tema del cáncer, podemos contar con datos muy interesantes y aclaradores de la situación que puede desencadenar en esta enfermedad, aunque aún quedan muchas lagunas que cubrir para que la explicación sea clara y muy específica y permita así poder desarrollar medidas preventivas mucho más eficaces para evitar que se desarrolle, aunque medidas ya hay pero no se han propagado eficazmente para permitir ser fuente de control para el surgimiento del cáncer.

Como se mencionó, también se han incluido ya factores psicológicos que pueden aumentar el riesgo de desarrollar el cáncer, pero esta enfermedad al igual que todas las

consideradas como crónicas ocasiona en las personas que las padecen grandes implicaciones de físico, psicológico y social, que son una gran área de investigación y trabajo, pues particularmente el cáncer presenta una serie de elementos que conllevan un gran peso para la persona, por lo que conocer cuáles implicaciones se presentan es un punto muy importante.

3. IMPLICACIONES FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

Simplemente la mención de la palabra cáncer provoca una serie de reacciones diversas en las personas, aunque todas ellas de índole negativo. Para muchas personas el cáncer es el más temido de los padecimientos, siendo incluso sinónimo de muerte; sin embargo, hay que mencionar que en muchas sociedades a la vez se desconoce este término y en los actas de defunción se llega a colocar como causa de muerte frases como larga enfermedad, una bola en determinado lugar o muerte por ojo de gato o términos específicos de determinada región (Mejía y Scherer, 2002).

Como toda enfermedad, el cáncer conlleva una serie de alteraciones físicas que la persona tiene que padecer día a día, algunas de ellas llegan a ser muy fuertes y negativas, como son los dolores que se presentan en algunos tipos de cánceres, que suelen ser muy intensos y difíciles de controlar. Dependiendo de la ubicación del tumor serán las dificultades que la persona padecerá, pues alterará el funcionamiento normal de ese órgano y del área circundante, además si en la persona se produce una metástasis, es decir que las células cancerígenas se expandan a otras áreas, esto implicará mayores alteraciones en el funcionamiento normal del organismo en cuestión.

Otra fuente de complicaciones para la persona que padece cáncer, proviene de los propios procedimientos de diagnóstico y tratamiento a los cuales debe de someterse y que consisten en la aplicación de fuertes medicamentos que le provocan efectos secundarios severos, tales como mareos, vómitos o intolerancia a los alimentos o en otros casos cirugías importantes que terminan en la pérdida de algún miembro de su cuerpo.

Implícitamente todo ello, involucra largos períodos de hospitalización que hacen que se vea el paciente alejado de realizar sus actividades diarias como acudir a la escuela o al trabajo, además que los efectos secundarios del tratamiento pueden aumentar los periodos de incapacidad y retardar su reincorporación a su rutina normal.

El propio tratamiento de la enfermedad, añadiendo a ello las incapacidades constantes si el paciente es adulto o las ausencias necesarias para cuidar a un hijo enfermo, implica grandes gastos para la familia y un motivo de preocupación tanto para conseguir lo

necesario para tratar al paciente, como para no descuidar al resto de los miembros de la familia. No solamente para la familia involucrada, el tratamiento de un paciente con cáncer es muy costoso, si no que para los sistemas de salud también representa un alto costo, pues simplemente el atender a un niño con cáncer le cuesta en México a un hospital público alrededor de millón y medio de pesos (Mejía y Scherer, 2002).

Tras el diagnóstico de cáncer, se puede presentar una tensión y un conflicto muy fuerte, en pacientes adultos y sus familias, aunque en niños esto no es lo que le causa estrés, si no más bien los diferentes tratamientos aplicados y su asociación con dolor físico. Velasco y Sinibaldi (2001) plantean una serie de situaciones que complican la adaptación

que la persona puede realizar al hecho de padecer cáncer y que son aspectos a considerar, pues dependiendo de la adaptación que la persona haga a la situación tendrá o no mayores dificultades en el curso de la enfermedad. Los planteamientos se refieren a:

- a) La situación médica que presente la persona en relación a la cantidad de síntomas que padezca y el pronóstico recibido.
- b) A menor edad del paciente pueden presentarse mayores dificultades para que éste y su familia se adapten a la situación.
- c) Consideran que en cuanto al género, los varones reaccionan por lo general, con pautas más negativas que las mujeres y son más renuentes para buscar apoyo profesional.
- d) En relación al estado civil, los casados se adaptan mejor que los solteros, pues en la pareja pueden encontrar un apoyo constante.

Todas las menciones hechas ponen de manifiesto algunos de los constantes motivos de dificultades en la persona o familia de quien padece cáncer. Aunque es importante

expresar que aún para la sociedad misma, el cáncer tiene un importante número de connotaciones negativas en comparación con otras enfermedades de similar o peor pronóstico, representando una amenaza para el grupo en general, además de que la palabra cáncer es comúnmente asociada al momento de expresar una situación fatal o desagradable, como cuando se dice “la corrupción es el cáncer de la sociedad”.

Otro aspecto que se denota en los estudios de cáncer, son las ideas o mitos irracionales que se relacionan a él y que ocasionan que anticipadamente los pacientes o la familia, den por hecho la aparición de consecuencias físicas o psicológicas negativas. Con este planteamiento, se ha establecido el interés por las actitudes que se desarrollen en

relación a la enfermedad y como enfrentarla, pues esto también representará un problema de salud si son contrarias a las indicadas o favorables para mejorar la situación.

Tratando de establecer aspectos concretos en los cuales el padecimiento puede alterar el desempeño o desarrollo de quien padece esta enfermedad, podemos mencionar la alteración que se presenta en las relaciones sociales que la persona mantenía anteriormente; la dependencia que le provoca con respecto a otros y principalmente en quien es su cuidador primario; el dejar de tener metas o esperanzas para el futuro, pues siente que ya no puede planear o esperar eventos a distancia; los cambios que debe realizar en cuanto a su imagen corporal y su integridad, añadiendo a ello las alteraciones físicas que debe de tolerar a consecuencia de los efectos secundarios del tratamiento y; el miedo constante a la posibilidad de morir y si se tiene familia a dejarla sola (Rowland, 1989).

Los niños y adolescentes pueden experimentar sentimientos de temor, ansiedad e incluso ira, al estar alejados de sus amigos e impedidos de realizar sus actividades diarias a diferencia de los demás de su edad, lo cual puede llegar hasta una depresión (Burke y Elliott, 1999). En este sentido se han realizado estudios que buscan respaldar esta situación, pero se han encontrado con la situación de que los autoreportes que los niños dan tienden a minimizar los efectos estresores de la enfermedad, por lo que se ha planteado que la aparente ausencia de disturbios afectivos es reflejo de una adaptación represiva que los niños están haciendo (Phipps y Srivastava, 1997), muchas veces con el propósito de preocupar menos a sus padres y disminuir la tensión familiar.

En muchas ocasiones además, la información que se les brinda a los niños es escasa o nula y no se le hace participe de todo el proceso de intervención, lo cual en lugar de brindarle tranquilidad le genera mayor ansiedad al no saber que es lo que esta ocurriendo. Como Palomo (1995) menciona, es importante brindarle la información necesaria al niño de la situación de acuerdo a su edad, tratar de aclararle todas sus dudas, además de poder darle la oportunidad de expresar sus sentimientos, que como ya se ha dicho pueden ser de tristeza, temor o confusión, incluso de ira.

Estos sentimientos pueden surgir a partir del diagnóstico al no conocer lo que significa la enfermedad, al observar las reacciones de la familia, los cambios en sus actividades diarias, en el padecer los síntomas físicos que la enfermedad le produzca o aquellas consecuencias de los tratamientos implementados. Dentro de esto último, las constantes estancias en el hospital o la aplicación o ingesta continua de medicamentos plantea un problema que genera estrés y alteración en el niño (Sorgen y Manne, 2002)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

En los adolescentes estos sentimientos suelen ser los mismos, aunque un aspecto que se ve seriamente dañado es el que concierne a la autoimagen, la cual se ve afectada por los estresores que en este caso, el padecer cáncer le ocasiona. En esta etapa, la autoimagen cobra una importancia relevante para la conformación de la persona, así que al verse afectada suele ser un área de conflicto, además de que las relaciones entre pares, que son trascendentales se ven interrumpidas, aunado a ello la percepción que hacen los adolescentes del control que pueden ejercer sobre las situaciones que surgen después del diagnóstico, también es fuente de conflicto, sobre todo con su familia (Stern, Norman y Zevon, 1993; Manne y Miller, 1998).

Como ya se ha mencionado, las implicaciones que genera el padecer la enfermedad, no solamente se presentan en el paciente, sino que éstas se expanden hacia todos los miembros de la familia. Cuando hablamos de que el paciente es un niño, los padres se encuentran desde un inicio sometidos a un constante estrés. Esta situación puede provocar problemas de comunicación entre la familia y entre la pareja, que pueden ocasionar distanciamientos y dificultades para afrontar el problema, además de que en el niño enfermo pueden obstaculizar su adaptación al evento y el seguimiento de las instrucciones médicas necesarias para su mejoría (Manne, Jacobsen, Gorfinkle, Gerstein y Redd, 1993). Entre mejor sea la relación entre padres e hijo mejores serán las posibilidades de que se realicen adecuadamente las recomendaciones médicas dadas para buscar una mejoría en el estado de salud.

Los altos niveles de estrés a los que se encuentran sometidos los padres pueden además de generar conflictos de pareja, llegar a presentar síntomas depresivos en mayor o menor nivel, cuando los padres y sobre todo el cuidador primario se sienten superado por las demandas que la enfermedad le implica, aunado a ello el ver como su hijo sufre a consecuencia del padecimiento o de que el resto de su familia se encuentra desorganizada (Manne, Lesanics, Meyers, Wollner, Steinherz y Redd, 1995; Hoekstra-Weebers, Jaspers, Kamps y Klip, 1999; Sloper, 2000; Nelson y Rushton, 2001).

Aunque es conveniente aclarar, que también se han planteado diferencias en los niveles de estrés que se dan entre la pareja, pues se ha encontrado que aunque ambos se encuentran sometidos al mismo evento, la situación específica que cada uno tiene que enfrentar tiende a ser diferente, en el sentido de que las madres suelen ser quienes pasan

más tiempo con los niños y alejadas de todo lo que solían realizar, mientras que los padres continúan de una u otra forma haciendo sus actividades cotidianas, pues son quienes por lo general cumplen el papel de sostén económico y así su trabajo actúa como medio de distracción para la situación estresante (Hoekstra-Weebers, Jaspers, Kamps y Klip, 1998; Yeh, 2002). Esto puede resultar en que las madres son quienes presentan más altos niveles de estrés y en consecuencia algunos problemas psicológicos como ansiedad o depresión.

Además de todos los cambios que los padres deben de enfrentar a raíz del diagnóstico de cáncer, los de más miembros de la familia, en este caso los hermanos del niño, también tienen que lidiar con todos ellos. Los hermanos de niños con cáncer presentan problemas psicológicos y sociales debidos a la disrupción familiar que se da por las constantes separaciones de la familia, como Sargent, Sahler, Roghmann, Mulhern, Barbarian, Carpenter y cols. (1995) señalan, la falta de atención, el que solo se enfoquen en el niño enfermo y la preocupación por el estado de salud de él, provocan en los hermanos sentimientos negativos para los demás miembros de la familia, contra ellos mismos y para con el cáncer, su tratamiento y efectos; además del miedo constante a la muerte. En todo esto, la edad de los hermanos definirá las diferencias en las respuestas que éstos den.

Todo lo que se ha mencionado permite observar cómo el padecer cáncer trae como consecuencias un gran número de implicaciones negativas en diferentes áreas: físicas, psicológicas y sociales; además de que no solo se presentan en la persona que padece la enfermedad, sino que se extiende hacia los miembros de la familia cercanos a ella. Es así como cobra una relevancia importante, no solamente el tratamiento médico, que permitirá a la persona reducir los síntomas de la enfermedad y buscará detenerla o eliminarla, sino que

las implicaciones mencionadas dejan en claro que la intervención debe realizarse a la par en las demás áreas, buscando una mejoría integral para el paciente y su familia.

4. TRATAMIENTO MÉDICO Y PSICOLÓGICO.

En el estudio del cáncer, se emplean varios términos para hacer mención a esta enfermedad, el término tumor se utiliza para denominar a aquellas situaciones en las cuales las células crecen dentro de masas de tejido, estos tumores posteriormente son clasificados en benignos y malignos, los primeros son aquellos que no incluyen células cancerígenas, mientras que los segundos se encuentran constituidos por ellas.

Cuando tras el diagnóstico realizado, se establece que la persona presenta un tumor canceroso, se clasifica en alguno de los cuatro grupos principales que hay, según el órgano que están afectando, los cuales son denominados: Carcinomas, sarcomas, leucemias y linfomas. Los carcinomas son aquellos cánceres de tejido epitelial, tales como los de piel, los recubrimientos del estómago y las membranas mucosas. Los sarcomas se refieren a aquellos cánceres que afectan las células de los tejidos conectivos, tales como los de los huesos, músculos y cartílagos. Las leucemias hacen referencia a los cánceres que se originan en la sangre y por último, los linfomas se refieren a aquellos cánceres que afectan al sistema linfático.

Tras la clasificación establecida, el médico determina el tratamiento adecuada para ese paciente, que variará de acuerdo al tumor, su localización, tamaño, etapa evolutiva y otras condiciones biológicas del paciente. El tratamiento puede consistir de:

- La aplicación de quimioterapia, la cual es un procedimiento terapéutico farmacológico, que busca destruir el tumor mediante la administración de drogas que impiden la reproducción celular o paralizan su crecimiento. Estas drogas pueden ser aplicadas por diversas vías, ya sea a oral, intravenosa, etc. en períodos de tiempo que el médico establece, cada 7, 21 o 28 días (Aguilar, Aguiar y Bohn, 2002).
- La aplicación de radioterapia, la cual se basa en el empleo de radiaciones ionizantes (rayos X) que actúan sobre las células del área u órgano afectado para tratar de modificarlas (Hernández y Ruiz, 2002).
- Cirugía, la cual busca extirpar el tumor antes de que las células cancerígenas se dispersen a otras áreas diferentes a donde se originó el tumor y afecten otras funciones (Hernández, Marchena, Fernández y Hernández, 2002).

Los diferentes tipos de intervenciones mencionados, pueden emplearse individualmente, aunque en algunas ocasiones se indica el empleo de la combinación de

algunos de ellos, ya sea a la par, o uno después de otro, para tratar de lograr la recuperación

total. Para la aplicación de cada uno de ellos es necesaria la intervención de diversos especialistas, el médico oncólogo, radiólogo, cirujano, anestesista, enfermeras y otros profesionales como nutriólogo, oftalmólogo, terapeuta físico, por mencionar algunos de ellos. La diversidad de conocimientos requeridos para una intervención más eficaz en el tratamiento del cáncer, es primordial, por lo que algunos autores (Kisker, Fethke y Tannous, 1997) mencionan la necesidad de compartir el manejo de los pacientes con cáncer en un equipo multidisciplinario, con lo cual los resultados de la intervención tendrán mayores probabilidades de éxito, lo cual será en beneficio del propio paciente.

Aunque las alternativas de supervivencia para un paciente con cáncer están representadas por los tratamientos mencionados, éstos conllevan una serie de efectos colaterales a su aplicación, los cuales van desde la provocación de náuseas, vómitos, mareos, deshidratación y falta de apetito, provocados por la quimioterapia y la radioterapia hasta la pérdida de algún miembro o parte del cuerpo tras una cirugía. Estos efectos también demandan atención médica a la par de la que se brinda a los síntomas propios de la enfermedad.

Además de que en muchas ocasiones no solamente la atención médica funciona en ellos o no solo su atención logra los mejores resultados, por lo que se ha venido resaltando la necesidad de brindarle al paciente con cáncer, la atención médica combinada con atención psicológica, que entonces forma parte integral también del tratamiento desde las primeras etapas de intervención.

Los aspectos psicológicos dentro del tratamiento del cáncer, han sido cada vez más resaltados y abarcan un amplio rango de oportunidades de intervención, desde los estudios de diagnóstico que se realizan para determinar la enfermedad hasta las etapas finales del paciente que no ha podido superar el padecimiento.

Ha sido tan relevante el papel de la psicología dentro del tratamiento de los pacientes con cáncer, que se ha creado una subespecialidad denominada psicooncología, la cual busca estudiar y trabajar en las dimensiones psicológicas de esta enfermedad: (1) el impacto del cáncer sobre la función psicológica del paciente, su familia y el staff; (2) el rol que las variables psicológicas y conductuales pueden tener como riesgos de cáncer y en los

sobrevivientes (Holland, 1989). Esta rama busca promover durante cada etapa de la enfermedad conductas deseables que le permitan al paciente y a su familia afrontar las demandas que las intervenciones le requieren.

Estas demandas se dan desde que la persona es informada de la enfermedad y tiene que enfrentar el conocer en qué consiste, cuál es su pronóstico y los cambios en su vida que tendrá que realizar, pues las concepciones que sobre esta enfermedad se tiene en la sociedad la comparan a una muerte segura.

Posteriormente durante las intervenciones de tratamiento, la participación de la psicología es esencial para lograr que el paciente disminuya o controle los efectos colaterales que éste le provoca. En este apartado, Palacios (2000) menciona que el trabajo del psicólogo debe enfocarse a:

- Decrementar los niveles de ansiedad determinados tanto por el significado cultural

que se le da a estos tratamientos, así como la incertidumbre causada por la inseguridad de la efectividad del tratamiento.

- Proporcionar estrategias para desarrollar el autocuidado en el paciente.
- Proporcionar estrategias cognitivo conductuales para el manejo de náusea y vómito anticipatorio a la quimioterapia.
- Proporcionar estrategias de para afrontar los efectos colaterales del tratamiento a nivel de autoimagen, autoconcepto, autoeficacia y autoestima.

Para lograr primeramente que el paciente acepte las nuevas condiciones que tendrá que superar y que además se encuentre en las mejores condiciones para colaborar con los

requerimientos que el médico le imponga, la intervención psicológica ha tratado de establecer herramientas para lograr esta cooperación y colaboración en el seguimiento de instrucciones médicas, pues la no adherencia al tratamiento puede darse desde en niños hasta en adultos y ocasionar una evolución negativa (Manne, Miller, Meyers, Wollner, Steinherz y Redd, 1999; Yeh, 2001).

Dentro de esta área de trabajo, se han elaborado programas para apoyar al paciente, como muestra de ellos han sido los programas desarrollados en base a estrategias cognitivo conductuales para capacitar al paciente para desarrollar diversas habilidades que le permitan hacer frente a las situaciones que la enfermedad le plantea (Romero y cols. 2003; Hoekstra-Weebers, Heuvel, Jaspers, Kamps y Klip, 1998; Miller, Manne y Palevsky, 1998; Elkin, Whelan, Meyers, Shipps y Glaser, 1998).

Otros ejemplos más específicos son los trabajos realizados por diversos autores

(Manne, Redd, Jacobsen, Gorfinkle, Schorr y Rapkin, 1990; Manne y Andersen, 1991; Manne, Bakeman, Jacobsen, Gorfinkle, Bernstein y Redd, 1992; Manne, Bakeman, Jacobsen, Gorfinkle y Redd, 1994) para el control del dolor, producido tanto por la enfermedad, como por los procedimientos médicos de tratamiento.

Un área de trabajo realizado también dentro del tratamiento del cáncer, es aquella que considera dar tratamiento psicológico no solo al paciente, si no también a la familia de éste. La noticia de que un familiar padece cáncer es un motivo de aparición para el estrés, que en este caso no será solamente momentáneo o pasajero, si no que estará presente durante un largo periodo de tiempo e incluso podrá ir aumentando, por lo que hoy en día

está ya comprobada la necesidad de brindar intervención psicológica a los familiares, incluso a aquellos que parecen no presentar ninguna alteración o sintomatología (McGrath, 1999), todo ello con el fin de buscar una recuperación favorable y evitar en lo más posible cualquier complicación futura.

En los casos en los cuales el paciente con cáncer es un niño, se ha observado que los padres de éste manifiestan altos niveles de estrés mientras que lo que se espera es que éstos sean un apoyo para el niño durante todo el tiempo del tratamiento, por lo que aquí es imperante la necesidad de brindarles herramientas que les proporcionen la adaptación psicológica que les permita actuar como fuente de apoyo para el niño.

Con las investigaciones realizadas (Drotar, 1997; Hoekstra-Weebers, Jaspers, Kamps y Klip, 2001) se ha podido conocer que hay ciertos aspectos que ayudan a la familia a superar las condiciones negativas que se presentan durante el proceso de la enfermedad,

dentro de estos aspectos han sobresalido los denominados apoyo social y afrontamiento.

Estos aspectos han sido objeto de estudio para conocer más detalladamente su papel dentro del tratamiento de cáncer y establecer el cómo el psicólogo puede hacer uso de éstos para apoyar a la familia durante este período.

Aunque también se ha observado que los conflictos que la familia y el paciente padecen durante el tratamiento de cáncer, no se desvanecen al terminar el tratamiento, si no que estas dificultades persisten aún y cuando ya han pasado varios años de concluido el tratamiento y sin que el paciente haya presentado ninguna anomalía o síntoma (McCubbin, Balling, Possin, Frierdich y Bryne, 2002; Knafl y Deatrck, 2002; Kazak, Simms, Barakat y

Hobbie, 1999; Kupst, Natta, Richardson, Schulman, Lavigne y Das, 1995; Nixon y Noh, 1991), aún la familia puede sentirse temerosa y encontrarse a la expectativa de cualquier indicador de que la enfermedad puede regresar.

Estos sentimientos pueden a la vez impedir que el paciente regrese a su vida normal con lo cual se alarga el tiempo de recuperación de éste y a la vez de la familia. Aunado a ello, los estereotipos que se tienen de los sobrevivientes de cáncer, hacen más difícil que superen esta etapa en sus vidas, pues incluso hasta el personal médico puede verlos como más débiles, con menos capacidades y en consecuencia con un menor rendimiento en las actividades académicas, sociales, etc. (Stern, Ross y Bielas, 1991; Stern y Arenson, 1989).

Como ha descrito, el número de pacientes con enfermedades crónicas y en especial con cáncer ha aumentado drásticamente y ha llevado a los servicios de salud y en ellos a sus profesionales ha buscar trabajar adecuadamente con este tipo de pacientes, teniendo que

hacer adaptaciones importantes para lograr brindarles una atención digna, cubriendo las necesidades que requieren tanto de índole médica como psicológica. Para ello han tenido que ver más allá de lo que se tenía como atención y buscar un desarrollo integral entre diversas disciplinas que aportando sus conocimientos colaboran para el desarrollo de intervenciones vanguardistas, sobre todo previniendo un futuro que si se sigue como hasta ahora, estará exigiendo la atención de un inmenso número de personas con padecimientos crónicos como el cáncer.

III. SURGIMIENTO Y DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1. INICIOS

El nuevo interés por atender a las personas con enfermedades físicas a través de una visión integral, recibió un empuje importante, gracias a la apertura que permitió el cambio propuesto por el modelo biopsicosocial de atención, diversas ciencias se enfocaron entonces a estudiar la salud, entre ellas la epidemiología, la sociología, la antropología social y la psicología. Aunque ya desde tiempo atrás, diferentes ciencias aparte de las médicas, estudiaban la salud, pero sus trabajos cobraron importancia a partir del planteamiento del modelo biopsicosocial, abriéndose las oportunidades de inclusión para otros profesionales en áreas que antes eran exclusivas de los médicos.

Sin embargo, antes de la Segunda Guerra Mundial no se contaba con una organización específica y formal que reuniera a los profesionistas interesados en el trabajo de los aspectos relacionados a la salud, ni mucho menos se contaba con políticas al respecto. Es hasta que finaliza la guerra en 1945, que comienzan a surgir los sistemas de salud en diversas naciones y con la formación de la Organización de las Naciones Unidas, se logró integrar por primera vez a miembros de los distintos países interesados en el estudio de la salud, a través del apartado de este organismo interesado en ella, la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Dentro de los profesionales interesados por estudiar la salud, los psicólogos desde el surgimiento de la disciplina habían mostrado interés por estudiar la salud, aunque en un inicio solamente la salud mental, a través de la Psicología Clínica.

El primer paso que se dio en la dirección de la intervención de la Psicología en las cuestiones que manejaran lo relacionado al proceso de atención de un enfermo, se dio a partir del intento de comenzar a tratar de explicar los diversos elementos que intervienen para que se de el reestablecimiento de la salud, siendo entonces que surge el área denominada Psicología Médica, la cual trataba de entender las características de personalidad del enfermo, del médico y de los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia. Como se puede notar es un área confusa y al revisar la aplicación del término se cae en confusiones de uso y aplicación, pues en algunos lugares se entiende o aplica como psiquiatría (Becona, Vázquez y Oblitas, 2000).

En base a estas razones, esta área no se empleo mucho, pero fue precursora para la formación de otra área dentro de la Psicología que busca trabajar en el campo de la salud-enfermedad con mucho mayor énfasis: la Medicina Conductual o Comportamental. El origen de este término proviene de los trabajos realizados por Birk en 1973, cuando planteó su propuesta de estudio dentro del campo de la biorretroalimentación o biofeedback. Sin embargo, la Medicina Comportamental no se centró solamente en el empleo de estas técnicas, sino que también se conformo por la aplicación de las técnicas del enfoque conductual, es decir, de las propuestas de la modificación de conducta (Bucla-Casal y Carrobles, 1996).

En algunas ocasiones la Medicina Comportamental ha sido confundida con la Medicina Psicosomática, por lo que hay que diferenciar entre cada una. La Medicina Psicosomática tiene sus raíces en los trabajos realizados desde la corriente psicoanalítica, buscando en sus inicios establecer la relación entre los rasgos o características de personalidad y el desarrollo o incremento de una enfermedad, aunque en la actualidad ha evolucionado hacia nuevos campos de interés dentro de ella, como el estudio del estrés y sus efectos sobre la fisiología y el desarrollo de enfermedades.

A través de estas diversas áreas de aplicación, la Psicología ha tratado de abordar el estudio de los procesos de salud-enfermedad desde diversos puntos de vista o retomando elementos de este proceso para su estudio, sin embargo, es gracias a estas áreas precursoras que se fue abriendo la oportunidad de la creación de una nueva área que integrara de una nueva manera y abordara en sí a través de un continuo los procesos de salud-enfermedad.

Los psicólogos vieron entonces la necesidad de introducirse en el campo de la salud, pero la presencia de otros factores que se fueron presentando conforme transcurría el tiempo y se daban cambios en la humanidad a nivel socioeconómico, ambiental y científico, les dio el impulso final para entrar de lleno a este campo.

Retomando a Schwarzer y Gutiérrez-Doña (2000) el surgimiento de una nueva orientación dentro de la Psicología estuvo motivado por tres factores que podemos englobar de la siguiente manera:

1. El cambio en los patrones de enfermedad y muerte; manifestado a través de la evolución de un primer patrón donde las principales causas de muerte eran las

enfermedades infecciosas como la influenza, la neumonía, tuberculosis o gastroenteritis, a una etapa donde las causas de muerte estaban relacionadas con enfermedades denominadas como crónicas, tales como las deficiencias cardíacas, pulmonares, cáncer o con accidentes.

2. Los altos costos de los cuidados médicos, pues así como se iban dando grandes avances en la medicina moderna, logrando nuevos tratamientos o instrumentos para la atención de las personas, también el aplicarlos implicaba grandes inversiones, añadiendo a ello el tiempo que implica la atención de una enfermedad crónica.
3. La emergencia de una nueva forma de entender la salud y la enfermedad, representada por el modelo biopsicosocial, el cual considera que la salud y la enfermedad son el resultado de un interjuego de determinantes biológicos, psicológicos y sociales, lo cual a su vez implica que no se puede hacer una separación entre cuerpo y mente para entender los procesos relacionados a la salud.

Con la influencia de estos factores ya mencionados, se encontraba ya listo el terreno para el surgimiento de una nueva área de trabajo de la Psicología, lo cual vino a concluir en el nacimiento de la Psicología de la Salud, la que se vio beneficiada por sus predecesoras: Psicología Clínica, Psicología Comunitaria, Psicología Médica y Medicina Comportamental.

Tratando de ubicarnos en el tiempo, podemos notar que fue en 1969, la primera ocasión en que se abordó el tema de la psicología de la salud, con la publicación de un artículo en la revista *American Psychologist* por parte de W. Schofield, en el cual él realizó una revisión de los *Psychological Abstracts* de los años de 1966 y 1967, para ubicar

aquellos relacionados a la salud, y donde obtuvo como resultado la escasez de éstos, por lo cual él hacía notar la carencia de participación de los psicólogos en este terreno y hacía un llamado a trabajar en ella (Simón, 1999).

Después del trabajo realizado por Schofield, podemos ver el siguiente paso dado hacia la conformación de la Psicología de la Salud, en 1973 cuando la Junta de Científicos de la American Psychological Association (APA) se propuso como tarea estudiar el potencial del rol del psicólogo en la investigación en salud, obteniendo tres años más tarde, al igual que Schofield, que la participación de psicólogos en esta área no era frecuente, pero que su participación era necesaria e indispensable (Brannon y Feist, 2000).

A raíz de esta investigación, dentro de la APA surgió la gran motivación para impulsar esta nueva orientación dentro de la Psicología, por lo que para 1978 auspició una conferencia que agrupó a diversos profesionistas interesados en el trabajo en el área de salud, naciendo así formalmente la División 38 dentro de la misma, denominada Psicología de la Salud (Schwarzer y Gutiérrez-Doña, 2000; Kaplan, Sallis y Patterson, 1993; Brannon y Feist, 2000).

Aunque hay que mencionar sin embargo, que desde la década de los 60's en Cuba ya se estaba trabajando en esta área (Morales, 2002; Grau, 1999) a través del desarrollo de recursos humanos para la atención primaria de salud, gracias a la estructura y concepción de su sistema nacional de salud, lo que hay que reconocer, coloca a este país como un modelo a observar o retomar.

Pero siguiendo con el desarrollo más difundido de la Psicología de la Salud, también hay que mencionar que el primer libro de texto que empleó el título de Psicología de la Salud (Health Psychology) fué publicado en 1979 por George Stone, el cual logró dar evidencia científica de que si había trabajo acumulado en relación a la psicología y los problemas en salud (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993), si buscamos a la vez en Cuba, en esta misma época ya se encontraba formada la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud la cual impulsaba en ese país la actividad del psicólogo en este campo (Grau, 1999).

Pero fue hasta 1980 que Matarazzo (en Pitts, 1991) se encargó de definir a la Psicología de la Salud como “el conjunto de contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, para la prevención y tratamiento de la enfermedad, para la identificación de correlatos etiológicos de la salud y diagnósticos de salud-enfermedad, de las disfunciones relacionadas, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y las políticas de atención de la salud”. Siendo esta la definición más ampliamente aceptada y retomada en la literatura.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Aunque otros autores a la vez han dado su propuesta de lo que es la Psicología de la Salud, entre los que tenemos a Naus, Atkins y Baker (2002) quienes la definen como “la subárea de la psicología dedicada a entender las influencias psicológicas sobre la salud, enfermedad y las respuestas a estos estados así como los orígenes psicológicos y el impacto de las políticas de salud y las intervenciones”.

Además de la anterior definición, Simón (1993) propone que “La Psicología de la Salud es el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos utilizando para ello los actuales conocimientos de la Psicología”.

Como también lo mencionan Gómez y Quintero (2000) la psicología de la salud es una subdisciplina que a diferencia de las anteriormente mencionadas, Psicología Clínica, Psicología Médica o Psicología Comunitaria, además de interesarse por el trabajo del tratamiento y rehabilitación, enfatiza la importancia del trabajo a nivel preventivo de enfermedades y de la promoción de la salud.

Otro aspecto importante a resaltar dentro de la concepción de Psicología de la Salud, es que en ella los psicólogos que realizan su trabajo dejan de considerarse clínicos, psicofisiólogos o cognitivistas, para ser unificadamente psicólogos de la salud por su interés en las áreas delineadas por Matarazzo (Pitts, 1991).

Como en todas las disciplinas, en la Psicología de la Salud también se han establecido objetivos para su desempeño, siendo la misma APA quién estableció diez objetivos prioritarios para su labor (Buela-Casal y Carrobles, 1996):

1. Comprender y evaluar la interacción que se da entre el estado de bienestar físico y los factores biológicos, psicológicos y sociales.

2. Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación pueden aplicarse para mejorar el efecto de los enfoques biomédicos en la promoción y tratamiento de la enfermedad.
 3. Comprender el papel que desempeña el estrés en la etiología y adquisición de muchos problemas de salud.
 4. Entender la aplicabilidad de los métodos y técnicas conductuales y cognitivas para afrontar y controlar el estrés.
 5. Desarrollar habilidades para el diseño y aplicación de programas que tengan como objetivo el crear o incrementar hábitos y estilos de vida saludables.
 6. Comprender las dificultades que atraviesan los pacientes al tener que decidirse a buscar tratamiento para sus molestias.
 7. Ser consciente de las condiciones que los pacientes experimentan en los ámbitos hospitalarios, así como los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en las relaciones médico-paciente.
-
8. Entender las diferencias entre los métodos médicos y psicológicos para la reducción del dolor y como combinarlos para aumentar su eficacia.
 9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen además de en los propios pacientes, en sus familias.
 10. Descubrir y entender como las técnicas y principios psicológicos se pueden aplicar para ayudar a los pacientes para afrontar y controlar las enfermedades crónicas.

Stone (1988) como ya se había mencionado fue un gran impulsor del trabajo de los psicólogos de la salud y trató de aclarar sus tareas, por lo que reunió una serie de

actividades específicas planteadas por diversos autores, las cuales podemos plantear de la siguiente manera:

- Investigación sobre las relaciones dadas entre personalidad y susceptibilidad a la enfermedad o a poder enfrentarla.
- Diseños educativos para controlar enfermedades específicas como la diabetes.
- Enseñar a diversos profesionales de la salud, como los médicos, a facilitar la adhesión a los programas de medicación o tratamiento que formulan.
- Trabajar en organizaciones de salud para asistirles en la definición de sus objetivos y evaluar sus alcances.

Como se puede notar estas actividades caen dentro de alguno de los objetivos que ya habíamos mencionado propuso la APA, quién continuamente busca orientar a los profesionales dedicados a esta área y a través de sus continuas publicaciones aclara o añade mayor información a los interesados. Así, en el 2003 establece la importancia del trabajo de los psicólogos de la salud con otros profesionales también dedicados al área de la salud como enfermeras, trabajadores sociales, nutriólogos, terapeutas físicos, dentistas. Esta colaboración se da desde en el trabajo en la atención a los pacientes, como en la investigación.

2. DESARROLLO

A partir de la creación del campo de la Psicología de la Salud, éste ha crecido rápidamente, tanto en número de profesionistas dedicados a esta área, como en el número de publicaciones de investigaciones realizadas por psicólogos sobre temas de salud. La

primera revista de este campo fue la editada por la División de Psicología de la Salud de la APA, en 1982 denominada *Health Psychology*, siendo en sus inicios una publicación trimestral, para a partir de 1984 ser una publicación bimestral debido al gran número de manuscritos enviados a ella para ser publicados (Simón, 1999).

Al observar todas las contribuciones que los trabajos realizados dentro de la Psicología de la Salud realizaban, se fue extendiendo cada vez más el interés por seguir ahondando en esta área, aumentando con ello la demanda de profesionistas capacitados dentro de este campo. Sin embargo, se ha especificado que un psicólogo de la salud necesita prepararse para este campo, obteniendo conocimientos de diversas índoles como: (1) bases biológicas de la conducta, salud y enfermedad; (2) bases cognitivas y afectivas de la conducta, de la salud y enfermedad; (3) bases sociales de la salud y enfermedad; (4) bases psicológicas de la salud y enfermedad, con especial hincapié en las diferencias individuales; además de (5) colaboración interdisciplinaria, para lograr efectivas intervenciones en los ambientes donde se desempeñe (Brannon y Feist, 2000).

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Es así, que el campo de aplicación de la Psicología de la Salud se ha hecho

extensísimo y con una tendencia constante al crecimiento, además de que se ha hecho presente en la mayoría de los países del mundo, buscando ser un área de trabajo real para los psicólogos interesados en ella, además de buscar que sean reconocidas las aportaciones que a los profesionistas del área médica les puede traer la colaboración de los psicólogos de la salud en las intervenciones de tratamiento que realicen.

Además de hacerse parte de los equipos de intervención dentro de los ambientes hospitalarios y de atención a la salud, un elemento trascendente dentro del desarrollo de la Psicología de la Salud, es aquel que busca mostrar la importancia de esta disciplina para apoyar las políticas y programas de salud, sobre todo mostrando las ventajas que las intervenciones de estos profesionistas realizan, añadiendo en ello, la cuestión económica que se puede ver favorecida por la inclusión de estos profesionistas, al reducir los altos costos que el tratamiento de una persona enferma implica.

Para poder sostener la importancia de la inclusión de los psicólogos de la salud en los diversos medios de atención a la salud, se ha tratado de establecer cuales son las actividades que distinguen a un psicólogo de esta área, para lo cual la División 38 de la APA (Lopez y Jones, 2003) ha establecido actualmente un listado que trata de especificar estas actividades:

1. Participación en programas de cuidados primarios, unidades médicas y unidades especializadas en por ejemplo, manejo de dolor, rehabilitación, oncología entre otros. Además trabaja en universidades, corporaciones y agencias gubernamentales.
2. Realiza actividades clínicas como intervenciones para manejo del estrés, cognitivo conductuales, biofeedback, psicoeducativas y para lograr conductas preventivas de salud
3. Es investigador constante enfatizando en el uso del modelo biopsicosocial, buscando las causas y desarrollo de enfermedades, métodos para ayudar a las

personas a desarrollar estilos de vida saludables y el tratamiento de la gente durante la atención a sus problemas médicos, entre otros.

Aunque para la implementación de las anteriores actividades se ha tenido que trabajar en un proceso complicado que ha implicado cambios estructurales y funcionales en los sistemas de salud, en la cultura ciudadana y en la formación de los profesionistas a nivel teórico y práctico, aunque en algunos países esto ya se ha logrado y es factible de irlo logrando en el resto de los países del mundo a un ritmo distinto dependiendo de la situación y características propias de cada nación.

3. ESTADO ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

3.1 SITUACIÓN MUNDIAL

Desde los inicios de la Psicología de la Salud, se ha buscado que esta disciplina tenga alcances a nivel mundial y sea proveedora de beneficios para la mayor población posible. Un impulso en este sentido se dio por parte de la OMS, organismo que se ha preocupado a nivel mundial de buscar estrategias de intervención dentro del campo de la salud para atacar los problemas que afectan a la población.

Así, casi a la par del nacimiento de esta disciplina, la OMS ha buscado establecer pautas de apoyo en este sentido, la primera de ellas brindada en la reunión de Alma Ata en 1979, que dio pie a que se dieran periódicamente conferencias a nivel mundial que

permitieran una evolución de las discusiones sobre salud y bienestar entre la mayor cantidad de naciones posibles a través de sus representantes (Werner, Pelicioni y Chiattonne, 2001).

Un aspecto a mencionar dentro del desarrollo de esta disciplina ha sido el que se ha dado primeramente en países desarrollados, muestra de ello es su nacimiento formal en los Estados Unidos, lugar donde rápidamente se expandió y estableció una propia división de estudios, además de editar una revista especializada en el campo y formular directrices para la formación de especialistas en el ramo, contando actualmente con un gran número de profesionales asociados a esta área, siendo el país donde se han editado los textos más reconocidos del campo.

En Europa, diversos países han abordado temas de estudio de la Psicología de la Salud, aunque cada uno desarrollando sus investigaciones con particularidades; como ejemplo de ellos tenemos a Suecia que desde finales de los 70's ha estudiado el modo en que las personas reaccionan a las tensiones de la vida cotidiana, a través de estudios psicofisiológicos sobre estrés; en Alemania, Austria y Francia, se ha enfatizado la enseñanza de psicología en las escuelas de medicina, buscando estudiar los problemas psicológicos de los pacientes, las tensiones del ambiente hospitalario y el manejo de los enfermos crónicos, sobre todo en lo concerniente a la relación médico-paciente; en España por su parte, se ha dado un desarrollo muy amplio, pues se ha enfocado por el trabajo en una gran cantidad de problemas prácticos del campo de la salud, pero sobre todo tratando de vincular su estudio a los servicios de atención primaria (Morales, 1999).

A pesar de las diferencias que se han dado entre los países que constituyen Europa, se han organizado secciones de Psicología de la Salud en casi todas las Sociedades y Asociaciones de Psicología, así como grupos de trabajo como el de la Federación Europea de Asociaciones Profesionales de Psicología (EFPPA), esta federación ha mantenido un contacto muy cercano con la OMS; además de que han surgido diversas revistas especializadas entre las que destacan *Psychology and Health*, en 1987 y el *Journal of Health Psychology* en 1996 (Simón, 1999).

A diferencia de los avances logrados en los países anteriormente mencionados, en la mayoría de los países de África, que padecen situaciones de pobreza extrema, no se han reportado estudios ligados al área de la Psicología de la Salud, al igual que en China, donde la causa no ha sido la pobreza, sino la presencia mayoritaria del ejercicio de la psicología clínica tradicional.



3.2 SITUACIÓN EN AMÉRICA LATINA

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

A través del estudio del desarrollo de la Psicología de la Salud, podemos observar cómo se hizo mención sobre todo del surgimiento de ella en Estados Unidos y posteriormente en Europa, los cuales son países en su mayoría desarrollados y con diferentes características propias de su cultura y evolución. Salvo Cuba, que como se dijo anteriormente inició la aplicación de la Psicología de la Salud primeramente, el desarrollo de esta disciplina en el resto de América Latina fue posterior.

América Latina esta conformada por países en vías de desarrollo, en los cuales sin embargo, también se ha dado el mismo cambio que en los países industrializados en cuanto a los patrones de enfermedad y muerte, aunque a otro ritmo, pero lo que ha llevado a que también se busque trabajar con la salud desde sus componentes sociales y psicológicos.

La Psicología de la Salud es así que ha crecido en América Latina a partir de dos vertientes de políticas, las derivadas de las políticas públicas de salud de la Organización Panamericana de la Salud y las políticas regionales de los gobiernos locales, universidades y las llamadas organizaciones no gubernamentales, además de que se ha visto afectada por las variaciones socioeconómicas, el impacto de los desastres naturales y los cambios en las políticas de los diferentes regímenes de gobiernos por los que han atravesado los países (Schwarzer y Gutiérrez-Doña, 2000).

Pero aunque no a la par del desarrollo que ha alcanzado en los países industrializados, la Psicología de la Salud en Latinoamérica poco a poco se va abriendo paso dentro de las disciplinas que estudian los procesos de salud, aunque cabe aclarar que como menciona Stone (1988) en algunos países latinoamericanos se ha asumido un punto de vista más amplio del campo de aplicación del que comúnmente se da en los Estados Unidos. Este punto de vista esta en relación a la necesidad del enfoque preventivo e integrador en el contexto comunitario, como tal es el caso que se ha dado en Costa Rica, donde se ha buscado enfocarse en los esfuerzos preventivos en un contexto de sistemas de cuidado de la salud socializado y en Cuba, donde se ha buscado enfatizar la actividad en la comunidad y sobre la prevención por medio de la educación.

Sin embargo, hay que hacer notar que los obstáculos que se pueden considerar dentro del desarrollo de esta disciplina en nuestros países, son los relacionados a la investigación realizada en países con diferentes características y donde sus resultados son aplicados en Latinoamérica sin consideraciones a las diferencias en las poblaciones. Más trascendente aún es la poca formación que se tiene dentro de las universidades desde los primeros años, en el terreno de la psicología de la salud, pues aún prevalece la orientación hacia los campos clínico o educativo y los estudiantes se concretan a estas dos aplicaciones (Morales, 2002; Werner, Pelicioni y Chiattonne, 2001) aunado a ello, las prácticas que se tienen no están ubicadas en los sistemas de salud establecidos.

De cualquier modo, continuamente se trabaja para mejorar estos aspectos considerados como obstáculos para el desarrollo, pues como se ha dicho en los países de Latinoamérica, dadas sus condiciones de crecimiento económico, presentan una combinación de los dos patrones de enfermedad y muerte, pero no tienen las ventajas de los países desarrollados en cuanto a la capacidad de innovación tecnológica, sobre todo para la atención de las enfermedades denominadas crónicas, por lo que la actuación de los psicólogos de la salud es fundamental.

Entre los avances positivos que se ha dado dentro de esta disciplina en Latinoamérica, podemos mencionar el rápido crecimiento de recursos humanos, aunque con una insuficiente incorporación de ellos en el sector salud (Grau, 1999), además de un gran número de trabajos de investigación realizados en países como México, Brasil, Argentina, Venezuela, Cuba y Chile. De los diversos países que conforman nuestra región, además surgió la motivación a mediados de la década de los 90's de formar la Asociación

Latinoamericana de Psicólogos de la Salud (ALAPSA), la cual ha procurado desde entonces conjuntar y difundir el trabajo realizado en las diversas naciones, así como la colaboración continua entre los investigadores de los diferentes países.

3.3 SITUACIÓN EN MÉXICO

A partir del surgimiento de la Psicología de la Salud en nuestro vecino país de los Estados Unidos, poco a poco en el resto de la región se fue dando el interés por trabajar en esta área, dentro de este interés México también busco trabajar con los aspectos relacionados a la salud, desde la psicología, aunque este trabajo propiamente se ha venido realizando en fechas recientes, además de que el número de psicólogos trabajando en el área de la salud se ha incrementado lenta y progresivamente en los últimos 20 años (Reynoso y Seligson, 2002).

México es un país conformado por distintas regiones, con condiciones geográficas, económicas y culturales muy diversas, que se ha caracterizado en las últimas décadas por un crecimiento de las zonas urbanas y un decremento considerable de la población que reside en comunidades rurales, lo que ha considerado que se vea la necesidad de reestructurar la organización de los servicios de salud con los que cuenta el país, pues una gran cantidad de la población se encuentra sin ellos, sobre todo aquellos que viven en comunidades rurales alejadas o en las periferias de las zonas urbanas.

Estos cambios poblacionales han venido demandando al gobierno y a los distintos profesionales involucrados en los sistemas de salud, una actuación más integral y preparada, pues en nuestro país las condiciones de morbilidad fluctúan desde las enfermedades infecciosas típicas (gastrointestinales, respiratorias, etc.) hasta las enfermedades crónicas características de los países desarrollados.

Sin embargo, estas diferencias han mostrado que un papel muy importante dentro del trabajo en salud es el concerniente a la prevención y la educación de la población para procurar evitar enfermarse o en otros casos evitar conductas que pongan en más riesgo su salud y puedan interferir dentro del tratamiento que se está llevando. En estos aspectos poco a poco, al igual que se ha dado en el resto del mundo, el psicólogo ha ido abriéndose campo y mostrando los aportes que en este sentido puede brindar, aunque se han logrado avances, aún falta darle mayor promoción a las funciones que un psicólogo de la salud puede realizar y sobre todo que éste sea incluido en los sistemas de salud nacionales, que son quienes cubren el mayor rango de la población en México.

Para lograr este reconocimiento se ha hecho hincapié en el trabajo de investigación formal en los temas de mayor interés, para lograr producir conocimiento respaldado, en este sentido, México se encuentra entre los primeros tres países con mayor producción de estudios realizados y artículos publicados (Morales, 1999). Además como Aburto (1995) lo menciona, un aspecto primordial para lograr que se de en nuestro país un mayor reconocimiento del trabajo en Psicología de la Salud depende directamente de la formación que los interesados en este campo obtengan, por lo que se ha dado la pauta para la formación de éstos en estudios de posgrado, que se han establecido en diversas

universidades del país con planes de estudio específicamente diseñados para el área de la Psicología de la Salud.

Estos diseños particularmente creados pretenden mejorar la atención brindada en México en lo referente a salud, implementando la visión biopsicosocial, además de apartando a los psicólogos de los modelos tradicionales de formación académica, para brindarles estrategias nuevas de intervención, funcionales para el campo propio de la Psicología de la Salud (Vázquez, 2002).

Como se ha notado la Psicología de la Salud es un campo de vasta investigación, donde los temas de aplicación brindan la oportunidad de buscar dar explicación y realizar aportaciones a nuevas y diversas problemáticas, para ello debe revisar muchos elementos o temas que a través del desarrollo de la Psicología se han dado como aportaciones y que permiten entender o tratar de describir al ser humano.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Aunque para tratar de entender o describir al hombre se hace necesario un estudio exhaustivo y minucioso de muchos elementos, en el caso de la Psicología de la Salud retoma algunos de estos elementos o temas de estudio con los cuales pretende establecer relaciones y así lograr hacer intervenciones de cambio. En este sentido plantea dimensiones psicológicas de estudio para el abordaje del estudio de las enfermedades crónicas y con ello lograr esclarecer el papel que ellas juegan dentro de las problemáticas que las personas con estas enfermedades presentan.

IV. ALGUNAS DIMENSIONES PSICOLÓGICAS DE ESTUDIO EN LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Como ya se ha mencionado, la amplitud de elementos que conforman al ser humano y que toman parte en la realización de cada actividad o evento que conforman su vida implican que los análisis que se realizan para entenderlos tomen la necesidad de establecer componentes de ellos para así tratar de entenderlos y a la vez explicar como se llevan a cabo (Carpi y Breva, 2001).

En el desarrollo que la Psicología de la Salud ha experimentado, ha buscado establecer estrategias que le permitan realizar los estudios de una manera más accesible sin olvidar componentes o confundirlos, una opción que ha establecido ha sido la formulación de las dimensiones psicológicas que se encuentran presentes durante los procesos que viven las personas que padecen una enfermedad crónica.

Dentro del término de dimensiones psicológicas de la enfermedad, se han establecido diversos elementos como el afrontamiento, las creencias, las emociones, el soporte social y las actitudes. Cada una de estas dimensiones ha sido entonces abordada en investigaciones concretas que han buscado aclarar su papel dentro del proceso que vive una persona con enfermedad crónica para, en específico clarificar su actuación o relación con otros componentes.

Han surgido entonces diversos investigadores que han desarrollado sus propuestas para explicar en que consiste cada una de estas dimensiones y establecer como intervienen durante el transcurso de la evolución de la enfermedad física que la persona padece.

1. CREENCIAS

Desde los tiempos más remotos de la historia se ha encontrado que el hombre ha buscado establecer explicaciones para todos los eventos que ocurren a su alrededor y a sí mismo, dentro de esto por lo tanto ha tratado de establecer el porqué de lo que le acontece, tan es así que en cuanto a su salud ha sido un interés constante el conocer y explicar como consecuencia los motivos que generan un cambio en ella y que provocan la aparición de una enfermedad.

La importancia de conocer las interpretaciones que las sociedades les han dado y les siguen dando a las enfermedades las resume Álvarez (2002) en dos motivos: el primero relacionado al conocimiento del desarrollo de la ciencia y tecnología médica, y el segundo, en el conocer el sentido social de las creencias en torno a las enfermedades y cómo estas creencias afectan la forma de enfrentarlas.

Relacionado a ello Fitzpatrick (1990) manifestaba que era necesario entender el que la enfermedad humana se presenta dentro de una cultura particular, la cual conforma e influye fundamentalmente en la manera en que se experimenta la enfermedad. Además de que las creencias que sobre la enfermedad se tienen, dan forma a las respuestas a los síntomas que quien la sufre tendrá, y no solamente esta persona, si no también su entorno

social. Aunado a ello, se ha encontrado también que las creencias que la persona tiene sobre su enfermedad limitan los tipos de ayuda que busca y las percepciones de las ventajas del tratamiento que recibe o recibirá.

En este sentido, podemos considerar a las creencias “como ideas y prácticas generalizadas basadas en la tradición, las cuales son aceptadas regularmente de forma acrítica por los miembros de un específico grupo, comunidad o sociedad, las cuales se van formando a través de las ideas provenientes de diversas fuentes, que la persona va acomodando hasta establecer su explicación propia” (Álvarez, 2002).

Abordando de una forma histórica como han sido los cambios que las sociedades occidentales han presentado en relación a las creencias que sobre salud y enfermedad han desarrollado, podemos establecer que en los tiempos remotos la predominancia de causalidad de las enfermedades estaba en relación a los pensamientos mágico-religiosos que las comunidades tenían, posteriormente con la dominancia ejercida por la Iglesia, todas las creencias estaban en función a únicamente aspectos religiosos, los cuales fueron desplazados conforme se dio la apertura al estudio científico y se establecieron trabajos de investigación que explicaron el surgimiento de algunas enfermedades con lo cual se desarrollaron las creencias de tipo científico-positivista, es decir las creencias basadas en los componentes médico-biológicos (Álvarez, 2002).

Al conocer como se da la formación de las creencias que sobre las enfermedades desarrollan las personas, las cuales están en relación no a hechos empíricos, si no en las diversas relaciones y comunicaciones sociales acerca de ellas, se podrá entonces abordar

otros aspectos de gran relevancia dentro del tratamiento de las personas que padecen una enfermedad, tales como el impacto que tiene de los síntomas que presenta, su influencia en el seguimiento de la medicación, en las recomendaciones médicas y en la comunicación que se establecerá entre los pacientes y los profesionales encargados de la salud (Álvarez, 1999), además de que al conocer entonces estas creencias se puede establecer cuales son las amenazas que los pacientes generan o perciben de su enfermedad y como todo ello afecta las respuestas que pueda desarrollar o presentar para afrontar estas amenazas, como lo han tratado de aclarar Leventhal y Nerenz (1985) al estudiar las cogniciones de la enfermedad en pacientes con cáncer.

En este sentido, Leventhal, Meyer y Nerenz (1980) a través de un estudio realizado con el objetivo de comprender las conductas mostradas por pacientes con alguna enfermedad crónica y sus teorías de la enfermedad, encontraron que las creencias son un apoyo que el paciente trata de obtener para entender su enfermedad, para comprender y

regular su tratamiento médico a la vez, pues toman e interpretan la información que está a su alrededor para afrontar y arreglar cualquier problema que se les va presentando, todas estas creencias van conformando entonces su propia teoría de esta enfermedad.

Es así que la importancia de las creencias que la persona desarrolle en relación a su enfermedad son un determinante indispensable para conocer y abordar durante el proceso de tratamiento, pues se ha encontrado que éstas llegan a influir tanto en las decisiones que la persona tome para enfrentar la enfermedad, como para seguir o no las indicaciones médicas y considerar como adecuado o no este tratamiento, con lo que entonces el personal médico debería considerar como importante este conocimiento, pues le ayudaría a reducir

los costos de tratamiento no empleado o mal empleado, así como la adherencia que las personas harían a sus indicaciones, a la vez que el ambiente de trabajo sería más armonioso y cooperador.

Todos estos resultados han motivado a diferentes investigadores a trabajar en el tema del papel de las creencias en el transcurso del desarrollo de una enfermedad crónica, como ejemplo de ello, tenemos los realizados por King, 2002; Schiaffino, Shawaryn y Blum, 1998; Bussell, Knee, Naus, Evans, Nash y Farra, 2002; Merluzzi y Nairn, 1999, quienes con sus hallazgos han mencionado que las creencias o percepciones que las personas hacen sobre las enfermedades son importantes determinantes en la recuperación y en la percepción de control que tienen sobre la enfermedad y los efectos que genera el tratamiento. En general, se puede mencionar que las creencias afectan el ajuste que la persona hará a su enfermedad.

En estudios más específicos del papel que las creencias pueden jugar dentro de un proceso de enfermedad, tenemos los trabajos realizados para conocer como las creencias que se tengan sobre la enfermedad que se padece pueden incrementar incluso los síntomas o dolores que la persona padece o ajustarse a ellos (Stroud, Thorn, Jensen y Boothby, 2000; Thorn, Rich y Boothby, 1999).

A raíz entonces, de la importancia del estudio de las creencias sobre las enfermedades, se han desarrollado teorías que buscan identificar la forma en la cual las personas explican su experiencia y las cosas que les pasan, como propuestas de ello tenemos (Stainton, 1991; Álvarez, 2002):

a) El Modelo de Creencias de Salud, que fue primeramente propuesto por Rosenstock y que posteriormente fue modificado por Becker y Maiman (1975, citado en Pitts, 1991). Este modelo propone que para que una persona tome una acción preventiva contra una enfermedad, debe de:

- sentirse personalmente susceptible a la enfermedad
- sentir que la enfermedad tendrá al menos moderadamente serias consecuencias
- sentir que la conducta preventiva será beneficiosa para prevenir la enfermedad o disminuir su severidad

- que las barreras que se perciban no lleguen a interferir a tal grado de obstruir las acciones a realizar

Estos aspectos pueden resumirse en : susceptibilidad percibida a la enfermedad, severidad percibida de la enfermedad, beneficios percibidos de la conducta saludable y barreras percibidas para las conductas saludables.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

b) Otro modelo más reciente, es el propuesto por Ajzen y Martín (1980 en Brannon y Feist, 2000) la Teoría de la Acción Razonada, la cual fue diseñada con la intención de explicar que toda conducta humana está bajo control voluntario. Esta teoría da un papel central a las intenciones, a las cuales considera la principal influencia sobre la conducta. Pero las intenciones son influidas por las actitudes y las normas subjetivas. En este caso las actitudes consisten de buenos o malos sentimientos sobre la conducta específica en cuestión. Las normas subjetivas son las percepciones personales de las influencias sociales sobre nuestra conducta.

Estos autores además van más allá y establecen que las actitudes son determinadas por las más prominentes creencias sobre que sucedería como consecuencia de la conducta.

Al seguir trabajando en su teoría, Ajzen (1985 en Brannon y Feist, 2000) añade el concepto de “control percibido” como la tercer influencia sobre las intenciones, detrás de las actitudes y las normas subjetivas.

- c) **Modelo de los Sistemas Autorregulatorios de Howard Leventhal:** es considerado como un sistema que tiene como base la retroalimentación y está compuesto de etapas. Maneja dos procesos: uno para la cuestión cognoscitiva y otro para la cuestión emocional. Resalta el papel de las creencias o representaciones que tienen las personas acerca de sus enfermedades, el autor argumenta que las creencias que las personas tienen respecto a su enfermedad influyen en la activación del miedo y la autorregulación (Álvarez, 2002).

Además de los modelos anteriormente presentados se pueden mencionar otros como el Transteoretical y algunos más, pero todos ellos buscan el tratar de explicar como o porqué se actúa de determinada manera al enfrentar una enfermedad.

Como se ha mencionado constantemente, las creencias que sobre su enfermedad tenga la persona afectarán la forma de enfrentarse a ella, la manera en que ella y su familia traten de buscar alternativas de solución o superación, que en este caso son las formas de afrontamiento que la persona desarrolla. Vemos entonces una segunda dimensión

psicológica importantísima dentro del proceso de enfermedad de las personas: el afrontamiento.

2. AFRONTAMIENTO

Ha finales de la década de los setentas, el concepto de afrontamiento se encontraba ya presente en los estudios realizados en psicología, pero era considerado como si fuera un rasgo general de la persona, pero gracias al desarrollo del modelo interaccional de estrés de Lazarus y Folkman a mediados de los 80's comenzó a considerarse al afrontamiento como conductas que la persona emitía como resultado de un proceso dependiente de una situación concreta y de la evaluación que esa persona hacía de ella (Fernández,1994).

El afrontamiento es considerado como la respuesta individual que se produce al enfrentarse ante el diagnóstico de una enfermedad o una situación problemática (Ibáñez y Rosbundo, 1995) o como Rowlan (1989) lo describe “ la forma de enfrentar una situación inusual y difícil para la cual se requiere el desarrollo de nuevas estrategias y conductas”.

A raíz de estas nuevas posturas de interpretación y definición del afrontamiento, se generaron entonces estudios que buscaron establecer como funcionaba o como se presentaba, logrando establecer que el afrontamiento incluye tanto procesos cognitivos como conductas de resolución de problemas empleadas para manejar o reducir la ansiedad y otros estados emocionales negativos, problemáticos. Es entonces que se establecen dos clasificaciones predominantes del afrontamiento: una primera, dividida entre las formas centradas en el problema versus las centradas en la emoción, planteada por Lazarus y

Folkman en 1984 y una segunda clasificación efectuada entre formas de afrontamiento activas (aproximación) versus evitación (evitantes) (Basabe, Valdosedá y Páez, 1995).

Además del establecimiento de las formas de afrontamiento, también se definieron las funciones del afrontamiento, las cuales según Laux y Weber (1991, citado por Basade, Valdosedá y Páez, 1995) son:

- a) Resolver el problema
- b) Regular las emociones
- c) Proteger la autoestima
- d) Manejar las interacciones sociales

Con toda la información generada sobre el afrontamiento, en los siguientes trabajos de investigación se pudo encontrar formas más o menos adaptativas que las personas presentaban ante su situación y las cuales podían variar según la situación o el

tiempo de ocurrencia, pues como se menciona, el afrontamiento puede ser 1) preventivo, 2) anticipatorio, 3) dinámico, 4) reactivo o 5) residual (Beehr y McGrath, 1996 citado en Schwarzer y Gutiérrez, 2000).

El afrontamiento que la persona emita ante la situación estresante, no solo depende de las experiencias personales previas que ha tenido, sino que también se ve influenciada por las condiciones socioculturales de donde se encuentre inmersa, así como también de los valores religiosos y las creencias que posea. Añadido a ello, el afrontamiento se ve también modificado por el apoyo o soporte social que las personas a su alrededor le muestren y le transmitan, para motivarlo a enfrentar la situación (Manne, 2001).

El tema del afrontamiento es ahora un campo de amplia investigación dentro de la Psicología de la Salud pues se ha encontrado que cumple una importante función dentro de muchos procesos como lo son los que se presentan en las personas que padecen enfermedades crónicas, en su tratamiento y evolución, en la intensidad de los síntomas o dolores y en las relaciones que efectuará con sus familiares o allegados.

Como dentro de los efectos de las creencias se mencionaba la importancia que tenían dentro del control percibido por la persona sobre la situación que estaban padeciendo, en el afrontamiento, también se ha observado que este control percibido puede modificar o alterar la estrategia de afrontamiento que la persona emplee en determinada situación, para ello muchos investigadores han realizado trabajos que establezcan claramente como se da la relación entre afrontamiento, creencias, soporte social y control percibido, para tratar de anticipar la forma en que determinadas personas reaccionarán ante situaciones conflictivas o demandantes (Solomon, Mikulincer y Avitzur, 1988; Manne y

Glassman, 2000; Croyle y Hunt, 1991; Penninx, Tilburg, Boeke, Deeg, Kriegsman y Van Eijk, 1998).

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Además también se han realizado investigaciones que han buscado establecer la efectividad de las diferentes estrategias de afrontamiento ante determinadas circunstancias, para mostrar cuales de ellas son las que mayores beneficios le traerán a las personas o les permitirán enfrentar mejor las demandas, pues se ha ya comprobado que hay una variedad de reacciones y que además éstas se ven influidas, como ya se había mencionado, por las personas a nuestro alrededor, lo que entonces abre la posibilidad a la intervención dentro de las formas de afrontamiento que una persona muestre, para modificarlas si es necesario o

conveniente para su mayor beneficio (Merluzzi y Martínez, 1997; Schwarzer y Renner, 2000; Bolger, 1990; Pennebaker, Colder y Sharp, 1990).

Como ejemplo de esta línea de investigación tenemos el trabajo de Phipps y Srivastava (1997) quienes estudiaron la relación dada entre un afrontamiento represivo y un estado de depresión en niños con cáncer.

No solamente se han realizado estudios sobre las formas en que las personas que padecen una enfermedad afrontan esta situación, pues como ya se había dejado claro, no son solo ellos quienes se ven demandados por el problema, si no que también sus allegados, familiares, amigos, etc. se enfrentan a la demanda que les implica el padecimiento de una enfermedad de su ser querido.

Aunque no son quienes directamente se ven padeciendo la enfermedad, también atraviesan por conflictos que les exigen afrontarlos y a la vez apoyar a quien directamente esta padeciendo el problema, en este caso, físico. Para conocer también sobre estas circunstancias, autores como Gibson (1995), Hoekstra-Weebers, Kamps y Klip (1998) y Wilson y Miles (2001) han tratado de presentar como es que los familiares viven todo el proceso, que conflictos atraviesan y cuales son las estrategias que emplean para resolverlos.

Con los resultados de algunos estudios se ha llegado a diferenciar la efectividad de las estrategias de afrontamiento, sugiriendo que las estrategias de evitación son efectivas para reducir el dolor, el estrés y la ansiedad en algunos casos, mientras que las estrategias de no evitación o atención aparecen como más efectivas en otros. Sin embargo, también se

ha encontrado que las cuestiones emocionales son un importante factor que altera la efectividad de estas estrategias (Suls y Fletcher, 1985).

Aparece entonces un componente más que interviene en el desarrollo que la persona realiza durante el tiempo en el cual se encuentra afrontando un problema, una dimensión psicológica más que afecta y se ve afectada por las creencias y el afrontamiento: las emociones; es entonces que se genera la necesidad de abordar su papel y especificarlo.

3. EMOCIONES

El papel que las emociones tienen en nuestras vidas está ampliamente comprobado, desde aquellas emociones consideradas como positivas, tales como la alegría, hasta las consideradas como negativas, ira, tristeza, etc. en cada actividad o momento que tenemos diariamente, están presente alguna o algunas de ellas. Por años se ha buscado establecer cuales son los efectos que las emociones sentidas tienen en nuestras acciones futuras, en nuestros pensamientos.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Desde 1890, cuando William James proponía que la incapacidad para expresar emociones fuertes con apertura y libertad podría convertirse en un terreno conflictivo, también científicos como C. Sherrington, I. Pavlov y S. Freud formulaban teorías relacionadas al efecto que las emociones podrían tener en el sistema nervioso; más recientemente James Pennebaker (1995, citado en Domínguez y Olvera, 2002) volvió a

resultar el interés primordial que el estudio de las emociones supone a los psicólogos al mostrar como ellas afectaban la vida de las personas de diversas maneras.

Para los psicólogos se ha hecho evidente que las emociones constituyen un elemento crítico, tanto para la comprensión como para los cambios de la experiencia y de la conducta humana. Se ha establecido la importante relación entre emoción y cognición, al demostrar como la emoción esta ligada con el significado, tal es así el caso, que no se produce ningún cambio emocional sin que se produzca un cambio cognitivo.

Las emociones son fundamentalmente adaptativas, regulan el funcionamiento mental, organizando tanto el pensamiento como la acción. Establecen las metas que nos son prioritarias y nos organizan para llevar a cabo ciertas acciones concretas, además establecen las metas hacia las que se dirigen las cogniciones y las acciones, lo que las convierte en un determinante de la conducta humana (Greenberg y Paivio, 1999). Aunado a ello, las emociones nos motivan, nos informan sobre nuestras reacciones ante situaciones, comunican a los demás nuestras intenciones y disponibilidad para actuar.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El origen de las emociones se da en diversas fuentes: neuroquímicas, fisiológicas, biopsicológicas y cognitivas, además de ser resultado de una valoración que se hace de una situación.

Como ya se había mencionado las emociones se han clasificado según positivas o negativas, éstas últimas, según Domínguez y Olvera (2002) lo expresan, han sido

consideradas desde hace tiempo como generadoras de enfermedad o de conductas inadaptadas o autodestructivas.

Estas emociones negativas pueden surgir en cualquier momento de nuestras vidas y ante cualquier situación, pero cuando se atraviesa por un momento estresante la probabilidad de que se presentan se incrementa enormemente por la demanda que implica un problema para la persona. Cuando la demanda proviene de una enfermedad, las emociones surgen inmediatamente y las creencias y estrategia de afrontamiento que la persona emplee estarán relacionadas con diferentes emociones.

La relación dada entre creencias, afrontamiento y emociones es recíproca, unas a otras se afectan y determinan las conductas que la persona desarrollará ante tal situación. Este postulado ha sido tratado de aclarar por diversos investigadores, como Prohaska, Séller, Leventhal y Leventhal (1987) quienes trabajaron la relación existente entre las creencias, el estilo de afrontamiento y las emociones desencadenadas en pacientes con diversas enfermedades crónicas, encontrando una estrecha relación entre los tres elementos para determinar el estado emocional y las acciones realizadas consecuentemente.

Es común que en las enfermedades crónicas aparezcan emociones como la culpa, la ira, desesperanza, vergüenza, ansiedad e incluso depresión, tanto en los pacientes como en sus familiares (McGuire, 1991), en este mismo rubro, se ha mencionado que los factores familiares están implicados en el desarrollo de problemas emocionales y conductuales, incluso en la severidad de los síntomas en algunas condiciones crónicas, quedando de manifiesto el papel que pueden llegar a jugar las emociones y como al igual que en las

anteriores dimensiones psicológicas, éstas también son afectadas por el medio circundante a la persona, lo que las puede llegar a modificar.

En las investigaciones orientadas al tratamiento de personas con enfermedades crónicas, se ha encontrado que pueden llegar a producir en el paciente un gran impacto emocional traducido en emociones negativas, las cuales a la vez pueden degenerar en problemas psicológicos. La relación que se ha dado entre depresión, ansiedad y mayor sensibilidad a la percepción de síntomas y problemas físicos es un hecho que ha quedado comprobado en los informes epidemiológicos (Gabaldón, Ortiz, Romo, Eguiluz y Totorika, 1995) y que nos señala la necesidad imperante de investigar más sobre el tema para lograr establecer estrategias de intervención para evitar mayores conflictos y riesgos durante el tratamiento de una persona enferma crónica, incluso en otras diversas situaciones de la vida.

A la vez también se han realizado estudios que tratan de establecer como los diversos síntomas de una enfermedad pueden afectar o generar diferentes emociones y estrategias de afrontamiento (Prohaska, Keller, Leventhal y Leventhal, 1987). Un área de estudio en este tema la ha dado la investigación en dolor crónico, donde se ha encontrado que muchos pacientes presentan emociones negativas muy fuertes, llegando a desarrollar problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión, los cuales a la vez exacerbaban la intensidad del dolor y la incapacidad (Thorn, Boothby y Sullivan, 2002).

La presencia de emociones negativas a raíz del diagnóstico de una enfermedad crónica, tal como el cáncer, presenta como normal la aparición de ellas, pero además señala

la importancia de detectar cuando los niveles de ellas son normales y cuando dejan de serlo pasando a ser un problema psicológico añadido a la situación médica. Estos problemas no solamente se presentan en el paciente, si no que una vez más se ha de mencionar que los familiares e incluso los cuidadores o personal médico puede llegar a presentarlos (Williamson, Walters y Shaffer, 2002).

Cuando la ansiedad o la depresión aparecen, intervienen en la forma en la que la persona afrontara la enfermedad y como tratará de superarla, si aparecen en un familiar o cuidador traerán serios conflictos a esta persona y en el paciente, pues este último se quedará sin alguien quien le brinde apoyo y con quien compartir todos los eventos.

Al hablar de temas como la ansiedad y la depresión se esta haciendo mención de problemas psicológicos que requieren una intervención específica, pero que a la vez deben ser ubicados en el contexto de la persona, es decir, cuando se generan a raíz de una situación de enfermedad física.

Estos casos podríamos considerarlos de situación extrema, pero que están siendo cada vez más comunes en las personas que padecen enfermedades como el cáncer (Le Fevre, Devereux, Smith, Lawrie y Cornbleet, 1999) y donde se hace notable la falta de manejo de las emociones desde los primeros momentos de la enfermedad.

En las enfermedades crónicas como el cáncer, la importancia de conocer y esclarecer las creencias, las estrategias de afrontamiento y las emociones que el paciente y sus familiares estén experimentando y presentando constituye un aspecto crucial en el

trabajo de investigación e intervención, pues ya ha quedado comprobado que estos elementos se afectan unos a otros y que a la vez afectan o determinan la actuación que la persona hará en el medio, es decir, en las conductas que llevará a cabo, además de en curso que su enfermedad tomará.

Todos estos conceptos previamente mencionados se han visto abordados por una reciente área de estudio denominada Psiconeuroinmunología, la cual trata de establecer las relaciones bidireccionales entre la conducta, el cerebro y el sistema inmune (Ader, Felten y Cohen, 1990 citado en Vera y Buena-Casal, 1999) y en especial la relación que se establece en las personas que padecen una enfermedad crónica, como el cáncer, donde cada vez más datos muestran como las variables psicológicas se relacionarían en mayor o menor medida con el curso de la enfermedad, comprendidas dentro de estas variables psicológicas los aspectos de ansiedad y depresión.

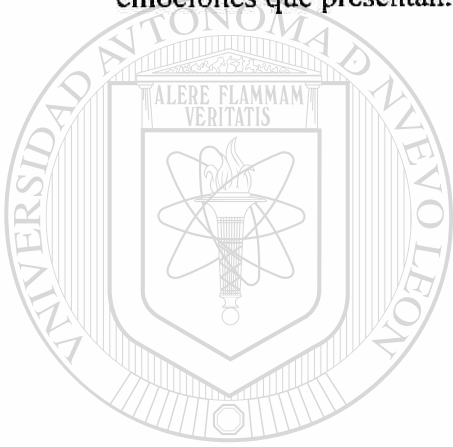
Las investigaciones entonces se han realizado, pero no se han todavía aclarado completamente las dudas, además de que las especificaciones por rango de edad o culturas, abre la posibilidad y necesidad a continuar en el trabajo sobre ellas.

Es así, que se nos da la pauta para plantearnos a través de lo revisado, lo siguiente:

HIPOTESIS

1. Los niños que padecen una enfermedad crónica presentan el mismo tipo de afrontamiento ante la enfermedad que sus padres.

2. Los niños que padecen una enfermedad crónica presentan el mismo tipo de emociones ante la enfermedad que sus padres.
3. Los niños que padecen una enfermedad crónica presentan el mismo tipo de creencia sobre la enfermedad que sus padres.
4. La creencia que se tenga sobre la enfermedad crónica que se padece influye en el tipo de afrontamiento que se empleará ante ella.
5. El tipo de creencias que tienen los niños sobre su enfermedad influye en el tipo de emociones que presentan.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



CAPITULO III

MÉTODO

1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo se realizó como una investigación de tipo correlacional, la cual empleo un diseño no experimental transversal, correlacional.

En este, se tomaron como variables a analizar, los siguientes aspectos:

- Afrontamiento
- Emociones
- Creencias

2. SUJETOS

La muestra participante en el estudio fue no probabilística de conveniencia, seleccionada de una institución pública: el Hospital Regional de Especialidades #25 del IMSS y se conformo por 21 niños con diagnóstico de cáncer y 21 padres de estos niños (ya fuera el padre o la madre de cada uno de ellos). Los sujetos participantes fueron aquellos que se encontraban hospitalizados al momento de la realización del estudio y de los cuales se contó con la aprobación de los padres y de ellos para participar.

Las edades de los niños estuvieron comprendidas entre los 7 a los 16 años, con una media de 11 años. De ellos 12 eran del sexo femenino y 9 del sexo masculino, de los cuales 14 se encontraban realizando sus estudios primarios, 6 los estudios secundarios y 1 de

preparatoria (bachiller). Cabe aclarar que ellos presentaban diagnósticos de cáncer diversos, pero para la conveniencia de este estudio no se retomó solo un tipo de padecimiento (leucemia, osteosarcoma, etc.)

En cuanto a los padres, de los 21 participantes, las edades estaban entre los 26 a los 51 años, con una media de 36 años. De ellos 18 eran del sexo femenino y 3 del sexo masculino; de los cuales, 14 se dedicaban al hogar, 4 eran empleados, 1 obrero y 2 maestros; con un nivel de estudios que comprendía a 1 que no lee, ni escribe, 14 con estudios primarios, 4 con estudios técnicos o comerciales y 2 con estudios superiores. El estado civil de ellos era de 1 persona soltera (tutor del paciente), 17 casadas, 2 divorciados o separados y 1 en unión libre.

Como se puede notar, la gran mayoría de los padres participantes fueron las madres y en un número reducido los papás, además de una persona que ostenta el cargo de tutor del

infante.

Es conveniente mencionar que los participantes fueron residentes de los diversos estados de la región noreste del país, por ser toda el área de atención que el hospital cubre.

3. INSTRUMENTOS

Para la realización del presente trabajo se emplearon los siguientes instrumentos:

1. Para conocer el tipo de creencias se utilizó la Escala de Creencias de Álvarez (1999).
2. Para medir las formas de afrontamiento que utilizan las personas ante su enfermedad se empleó la escala versión resumida de Afrontamiento (coping) de Lazarus y Folkman (1988), de Carver y Scheirer (1981) y de Basabe y Páez (1993).
3. Para medir las emociones que emergen ante la enfermedad se utilizó un listado de emociones diseñado por Álvarez (2002).

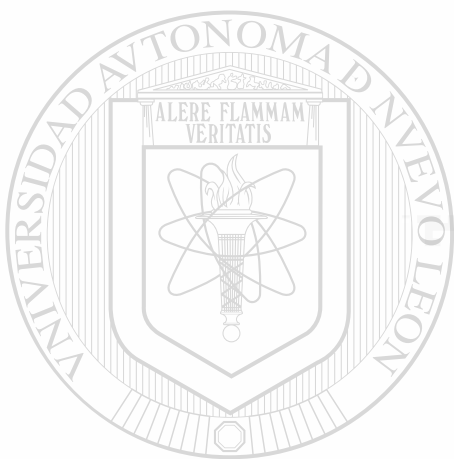
La Escala de Creencias de Álvarez (1999), se encuentra formado por dos partes; la primera de ellas con 7 afirmaciones de las cuales se elige la que se considera la causa de la enfermedad y, una segunda parte donde se explica el porque se eligió esta causa.

Como ya se mencionó, para medir las formas de afrontamiento que utilizan los sujetos se empleó la Escala de Afrontamiento de Basabe y Páez (1993), que es una versión resumida de la escala de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) y de la escala de afrontamiento de Carver y Scheier (1981). La escala está compuesta de 27 ítems, a los cuales se debe responder en una escala de 0 (nada) a 3 (demasiado). La consigna es seleccionar cual de las maneras de enfrentar el problema utilizó ante la enfermedad,

En cuanto a la medición de las emociones que emergen ante la enfermedad, se utilizó el listado de emociones de Álvarez (2002), el cual consta de 10 ítems; aquí la persona tiene que indicar cual o cuales de las emociones mencionadas experimentó ante la enfermedad.

4. PROCEDIMIENTO

La realización del trabajo se llevo a cabo a través de la aplicación de cada uno de los instrumentos en forma de entrevista tanto con los niños como con los padres. Siendo cada una de las entrevistas realizadas en forma independiente para cada uno de los participantes (padre niño).



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



CAPITULO IV

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Con el propósito de reducir el número de variables y analizar la estructura de los diferentes cuestionarios empleados, se realizaron diversos análisis factoriales de componentes principales de extracción de máxima verosimilitud, a través del paquete estadístico SPSS, con todos los datos de los sujetos de la muestra (padres-hijos). En cada análisis se hizo el factorial de las escalas que constituyen cada una de las dimensiones mencionadas en el apartado de instrumentos.

En la tabla 4.1 se presenta el análisis factorial de la escala de afrontamiento.

Variables	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Afronta15	.851				
Afronta 1	.833				
Afronta 2	.797				
Afronta 20	.788				
Afronta 7	.733				
Afronta 17	.718				
Afronta 19	.711				
Afronta 25	.698				
Afronta 16	.670				
Afronta 14	.620				
Afronta 23	.590				
Afronta 18	.544		.457		
Afronta 13	.488				
Afronta 8		.747			
Afronta 27		.702			
Afronta 9		.649			
Afronta 26		.495			
Afronta 5		.465			
Afronta 6			.804		
Afronta 10			.749		
Afronta 11				.727	
Afronta 3				.705	
Afronta 4				.699	
Afronta 24					.802
Afronta 21		.471			-.476
Eigenvalue	7.264	3.386	2.412	2.211	1.496
% varianza	26.904	12.54	8.934	8.189	5.539

Tabla 4.1 Análisis factorial de la escala de afrontamiento

Los resultados nos presentan cinco factores que explican el 62.1% de la varianza. El primer factor agrupa las variables: aprender de la experiencia (variable 15), cómo informarse (variable 1), luchar (variable 2), plan de acción (variable 20), redescubrir lo importante (variable 7), hablar sobre cómo se siente (variable 17), descargar emociones (variable 19), buscar ayuda profesional (variable 25), evitar precipitarse (variable 16), rezar más de lo habitual (variable 14), hablar con alguien con enfermedad similar (variable 23), obtener apoyo afectivo (variable 18) y descargar emociones (variable 19), a este factor se le ha denominado **acción razonada cargada emocionalmente**. El segundo factor se compone de las variables: evitar estar con la gente (variable 8), dejar de intentar resolverlo (variable 27), ocultar las cosas (variable 9), criticarse por lo ocurrido (variable 26), guardar sentimientos (variable 5) y tomar alcohol (variable 21), y se le ha denominado **pasivo y de evitación**. El tercer factor está integrado por las variables: obtener apoyo afectivo (variable 18), enojo (variable 6) y negarse a aceptar lo ocurrido (variable 10), y se ha denominado **agresión a la causa**. El cuarto factor lo componen las variables: aceptar lo ocurrido (variable 11), actuar como si no pasa nada (variable 3) y aceptar que no se puede hacer nada (variable 4), y se ha denominado **olvidar**. El quinto factor está formado por la variable concentrarse en el problema (variable 24) y negativamente tomar alcohol (variable 21) y se le ha denominado **evasión**.

Las cinco dimensiones encontradas (factores) corresponden básicamente a las encontradas por Álvarez (2002) y por Lazarus y Folkman (1984).

Detectados los factores de la escala de afrontamiento se pasó a realizar un análisis de las frecuencias de aparición de éstos en los sujetos del estudio. Este análisis se llevo a cabo para revisar la hipótesis número 1.

En la tabla 4.2 se presentan las frecuencias de los factores de la escala de afrontamiento.

	TIPO DE AFRONTAMIENTO				
	Acción Razonada cargada emocionalmente	Pasiva y evitación	Agresión a la causa	Olvidar	Evasión
HIJO 1				*	
PADRE 1	*				
HIJO 2				*	
PADRE 2	*				
HIJO 3		*			
PADRE 3	*				
HIJO 4					*
PADRE 4	*				
HIJO 5				*	
PADRE 5	*				
HIJO 6			*	*	
PADRE 6				*	
HIJO 7				*	*
PADRE 7				*	
HIJO 8				*	
PADRE 8	*				
HIJO 9	*			*	
PADRE 9	*				
HIJO 10	*				
PADRE 10	*				
HIJO 11	*				
PADRE 11	*				
HIJO 12	*			*	
PADRE 12	*				
HIJO 13	*		*		
PADRE 13	*				
HIJO 14	*			*	
PADRE 14	*				
HIJO 15	*				
PADRE 15	*				
HIJO 16	*				*
PADRE 16	*				
HIJO 17	*				
PADRE 17	*				
HIJO 18	*			*	
PADRE 18	*				
HIJO 19	*	*			
PADRE 19	*				
HIJO 20	*			*	
PADRE 20	*				
HIJO 21	*			*	
PADRE 21	*				

Tabla 4.2 Frecuencia de escala de afrontamiento

Los resultados nos muestran que en los niños el afrontamiento denominado acción razonada cargada emocionalmente se presentó en 3 de ellos, el afrontamiento pasivo y de evitación en 3, el afrontamiento de agresión a la causa en 1, el afrontamiento de olvidar en 12 y el de evasión en 2. Es decir, el 14% mostraron afrontamiento de acción razonada

cargada emocionalmente, el 14% pasivo y de evitación, el 5% de agresión a la causa, el 57% de olvidar y el 10% de evasión. En los padres los resultados fueron de 18 de ellos con afrontamiento de tipo acción razonada cargada emocionalmente, 0 con afrontamiento pasivo y de evitación, 2 con afrontamiento de agresión a la causa, 0 con afrontamiento de olvidar y 1 con afrontamiento de evasión, con estos datos podemos mencionar que el 86% de los padres presentaron un afrontamiento del tipo de acción razonada cargada emocionalmente, el 10% pasivo y de evitación y solamente el 4% de evasión.

Solamente tres parejas de padre-hijo coincidieron en el tipo de afrontamiento empleado, mientras que 18 parejas padre-hijo difirieron en el tipo de afrontamiento empleado. Con ello podemos mencionar que el 86% de las parejas padre-hijo difirió en el tipo de afrontamiento empleado ante la enfermedad y solo el 14% coincidió en ello.

Posteriormente se realizó el análisis factorial de la escala de emociones con todos los datos de los sujetos de la muestra. (ver Tabla 4.3)

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Emociones 10	.859		
Emociones 9	.834		
Emociones 7	.710		
Emociones 2	.708		
Emociones 5		.889	
Emociones 1		.863	
Emociones 3		.667	.510
Emociones 4			.785
Emociones 6			-.618
Emociones 8			
Eigenvalues	2.715	2.203	1.297
% Varianza	27.154	22.027	12.967

Tabla 4.3 Análisis factorial de la escala de emociones

Los resultados nos muestran tres factores que explican el 62.1% de la varianza. El primer factor agrupa a las variables: miedo (variable 10), tristeza (variable 9), rabia (variable 7) y ansiedad (variable 2) y se le ha denominado **emociones negativas**. El segundo factor lo componen las variables: confianza (variable 5), esperanza (variable 1) y optimismo (variable 3) y se le ha denominado **emociones positivas**. El tercer factor lo componen las variables: optimismo (variable 3), resignación (variable 4) y negativamente culpa (variable 6) y se le ha denominado **resignación positiva**.

Posterior al análisis factorial, para corroborar la hipótesis número 2 se realizó un análisis de las frecuencias de los factores de la escala de emociones en la muestra.

En la tabla 4.4 se presentan las frecuencias de aparición de los factores de la escala de emociones en los sujetos, divididas en cuanto al momento del diagnóstico (tiempo I) y al momento de la realización del presente estudio (tiempo II).

SUJETOS (NIÑOS)	TIEMPO 1 DIAGNOSTICO	TIEMPO 2 ENTREVISTA
1	negativas	Positivas
2	Positivas	Resignación positiva
3	Negativas	Positivas
4	Positivas	Positivas
5	Positivas	Positivas
6	Negativas	Positivas
7	Negativas	Negativas
8	Positivas	Negativas
9	positivas	Positivas
10	positivas	Resignación positiva
11	negativas	Positivas
12	negativas	Negativas
13	Resignación positiva	Positivas
14	negativas	Positivas
15	positivas	Positivas
16	negativas	Positivas
17	negativas	Negativas
18	negativas	Positivas
19	negativas	Positivas
20	negativas	Positivas
21	positivas	Positivas

Tabla 4.4 Frecuencia de emociones de los niños

Los resultados nos muestran que en los niños, al momento del diagnóstico 7 de ellos experimentaron emociones positivas, 12 emociones negativas y 2 resignación positiva.

Obteniendo con ello que 33% presentaron emociones positivas, 57% emociones negativas y 10% resignación positiva.

Para el momento de la entrevista 15 de ellos experimentaban emociones positivas, 4 emociones negativas y 2 resignación positiva, es decir, que ahora 71% presentaban emociones positivas, 19% emociones negativas y 10% resignación positiva.

En la tabla 4.5 se presentan las frecuencias de aparición de los factores de la escala de emociones en los padres, también divididas en dos tiempos, el primero en el momento del diagnóstico y el segundo durante la realización del estudio.

SUJETOS (PAPÁS)	TIEMPO 1 DIAGNOSTICO	TIEMPO 2 ENTREVISTA
1	positivas	Positivas
2	Negativas	Positivas
3	negativas	Negativas
4	positivas	Positivas
5	Negativas	Positivas
6	negativas	Negativas
7	positivas	Positivas
8	negativas	Negativas
9	negativas	Positivas
10	positivas	Positivas
11	positivas	Positivas
12	negativas	Positivas
13	negativas	Resignación positiva
14	positivas	Positivas
15	negativas	Positivas
16	positivas	Positivas
17	negativas	Negativas
18	negativas	Positivas
19	negativas	Negativas
20	negativas	Negativas
21	negativas	Positivas

Tabla 4.5 Frecuencia de emociones de los padres

En cuanto a los padres, al momento del diagnóstico 7 experimentaron emociones positivas, 14 emociones negativas y ninguno resignación positiva, es así que el 33% presentaron emociones positivas al momento del diagnóstico, mientras que el 67% presentó emociones negativas.

En el momento de la entrevista, 14 experimentaban emociones positivas, 6 emociones negativas y 1 resignación positiva. Estos datos representaron que ahora el 67% presentaba emociones positivas, el 29% emociones negativas y el 4% resignación positiva.

Para revisar la hipótesis número 2, posteriormente se realizó un análisis comparativo del tipo de emociones presentadas entre cada pareja de padre-hijo, en los dos momentos de medición para detectar las diferencias o similitudes entre ellos, añadiéndose el tiempo transcurrido entre uno y otro momento. En la tabla 4.6 se muestran estos datos.

	TIEMPO 1 DIAGNOSTICO	TIEMPO TRANSCURRIDO	TIEMPO 2 ENTREVISTA
HIJO 1	Negativas	3 años	Positivas
PADRE 1	Positivas		Positivas
HIJO 2	Positivas	6 años 3 meses	Resignación positiva
PADRE 2	Negativas		Positivas
HIJO 3	Negativas	3 meses	Positivas
PADRE 3	Negativas		Negativas
HIJO 4	Positivas	1 año	Positivas
PADRE 4	positivas		Positivas
HIJO 5	Positivas	1 año 7 meses	Positivas
PADRE 5	negativas		Positivas
HIJO 6	Negativas	1 mes	Positivas
PADRE 6	negativas		Negativas
HIJO 7	Negativas	1 mes	Negativas
PADRE 7	positivas		Positivas
HIJO 8	Positivas	4 meses	Negativas
PADRE 8	negativas		Negativas
HIJO 9	Positivas	1 mes	Positivas
PADRE 9	negativas		Positivas
HIJO 10	Positivas	5 años	Resignación positiva
PADRE 10	positivas		Positivas
HIJO 11	negativas	6 meses	Positivas
PADRE 11	positivas		Positivas
HIJO 12	Negativas	2 años	Negativas
PADRE 12	negativas		Positivas
HIJO 13	Resignación positiva	3 meses	Positivas
PADRE 13	negativas		Resignación positiva
HIJO 14	Negativas	8 meses	Positivas
PADRE 14	positivas		Positivas
HIJO 15	Positivas	6 meses	Positivas
PADRE 15	negativas		Positivas
HIJO 16	Negativas	7 meses	Positivas
PADRE 16	positivas		positivas
HIJO 17	Negativas	1 mes	Negativas
PADRE 17	negativas		Negativas
HIJO 18	Negativas	1 año 3 meses	Positivas
PADRE 18	negativas		Positivas
HIJO 19	Negativas	2 días	Positivas
PADRE 19	negativas		Negativas
HIJO 20	Negativas	13 años	Positivas
PADRE 20	negativas		Negativas
HIJO 21	Positivas	1 año 4 meses	Positivas
PADRE 21	negativas		positivas

Tabla 4.6 Análisis comparativo de emociones

Al momento del diagnóstico, 9 parejas padre-hijo experimentaron el mismo tipo de emociones, mientras que 12 parejas padre-hijo difirieron en el tipo de emociones experimentadas. Esto es el **43%** experimentaron el mismo tipo de emociones al momento del diagnóstico y el **57%** difirieron en ellas; para el momento de las entrevistas, 12 parejas de padre-hijo coincidieron en el tipo de emociones y 9 difirieron en ellas. Con esto podemos observar cómo se cambiaron los porcentajes invirtiéndose los resultados, pues al momento de la entrevista el **57%** coincidió en el tipo de emociones presentadas y el **43%** difirió.

En cuanto a la dimensión de creencias, dada su característica cualitativa se llevó a cabo un análisis de contenido, donde se revisaron las respuestas dadas por los participantes detectándose una serie de respuestas que se establecieron en las siguientes categorías; las respuestas relacionadas a que la enfermedad se debió a algo que hizo o que no hizo, se etiquetaron como una **creencia de culpa** (no quería comer, se salió sin permiso, comía muchos chilitos); las respuestas que indicaban no saber porque se enfermó o no lograr explicarse lo sucedido se denominaron **inexplicable** (no se porque paso, no logro explicar de donde viene); las respuestas que consideraban que la enfermedad se debía a cuestiones de mala suerte o a alguna circunstancia externa a la persona, se denominaron de **azar** (le tocó, fue por mala suerte); las respuestas que relacionaban la aparición de la enfermedad con un accidente sufrido previamente se denominaron **accidente** (se cayó de chiquita, se enfermaba muy seguido); las respuestas que consideraron a la enfermedad como un signo o decisión de Dios, se denominaron **religiosas** (Dios sabe porque, Dios tiene un propósito para ello) y; las que consideraron la enfermedad como característica de su familia, se denominaron **hereditaria** (tía abuela o algún familiar ya ha tenido cáncer).

En la tabla 4.7 se presentan las frecuencias de las categorías de creencias encontradas en nuestra muestra.

CATEGORÍAS DE CREENCIAS						
	INEXPLICABLE	CULPA	AZAR	HEREDITARIA	ACCIDENTE	RELIGIOSA
HIJO 1	*					
PADRE 1					*	
HIJO 2		*				
PADRE 2		*				
HIJO 3	*	*				
PADRE 3		*				
HIJO 4					*	
PADRE 4	*					
HIJO 5		*				
PADRE 5						*
HIJO 6		*				
PADRE 6		*				
HIJO 7	*	*				
PADRE 7		*				
HIJO 8	*				*	
PADRE 8	*					
HIJO 9	*	*				
PADRE 9	*	*				
HIJO 10	*	*				
PADRE 10	*	*				
HIJO 11	*	*	*	*		
PADRE 11	*	*	*	*		
HIJO 12	*	*				
PADRE 12	*	*				
HIJO 13	*	*				
PADRE 13	*	*				
HIJO 14	*	*				
PADRE 14	*	*				
HIJO 15	*	*				
PADRE 15	*	*				
HIJO 16	*	*	*	*		
PADRE 16	*	*	*	*		
HIJO 17	*	*				
PADRE 17	*	*				
HIJO 18	*	*				
PADRE 18	*	*				
HIJO 19	*	*				
PADRE 19	*	*				
HIJO 20	*	*		*		
PADRE 20	*	*		*		
HIJO 21	*	*	*			
PADRE 21	*	*	*			

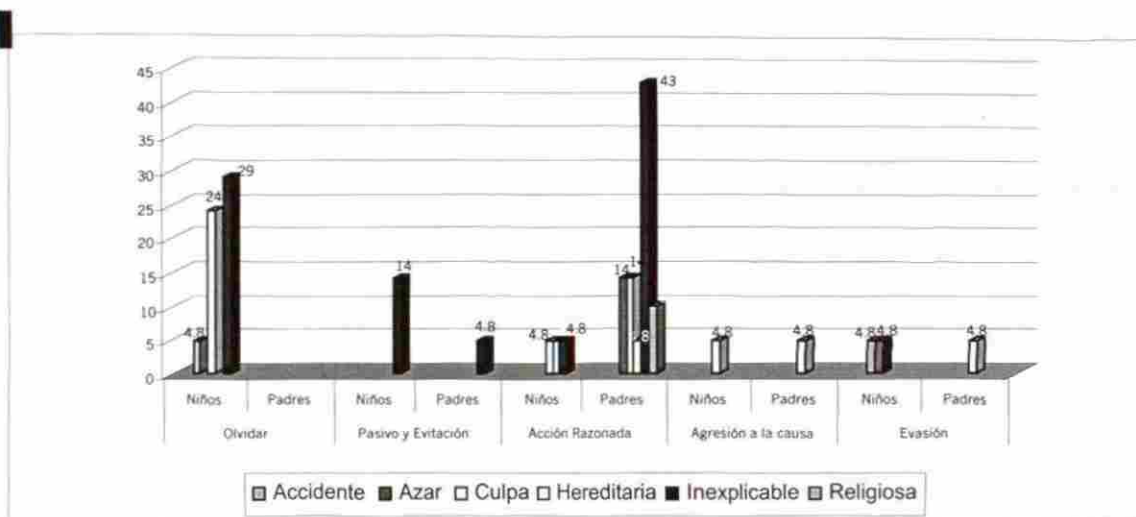
Tabla 4.7 Análisis comparativo de la frecuencia de categorías de creencias.

En los niños, 10 de ellos presentaron una creencia inexplicable, 7 una de culpa, 1 de azar, 1 hereditaria, 2 de accidente y 0 religiosa. Es decir, el 48 % presentó una creencia de tipo inexplicable, el 33% de culpa, el 9.6 % de accidente, el 4.8 % de azar y el 4.8 de la categoría hereditaria.

En los padres 10 de ellos presentaron una creencia inexplicable, 5 de culpa, 3 de azar, 1 hereditaria, 0 de accidente y 2 religiosa. En los padres encontramos que el 48 % presentan una creencia inexplicable, el 24 % de culpa, el 14% de azar, el 4.8% hereditaria y el 9.6% de la categoría religiosa.

Además de lo anterior, se realizó el análisis comparativo del tipo de categoría de creencia encontrada entre cada pareja padre-hijo. En este análisis se pudo observar como 6 parejas de padre-hijo coincidieron en el tipo de creencia que sobre la enfermedad tienen y 15 difirieron en ello, es decir, el 29% coincidió en el tipo de creencia presentada y el 71% difirieron ella, con esto podemos observar como se presenta una predominante diferencia entre las creencias que sobre el origen del cáncer tienen los niños y las que sus padres tienen al respecto de porque o cómo surge la misma.

Después de realizados los análisis que permitirían corroborar las primeras hipótesis del estudio, se efectuó uno a través del cual se trató de establecer una relación entre el tipo de creencia que sobre la enfermedad se tenía con el tipo de afrontamiento empleado, para revisar la hipótesis número 4, que se muestra en la Gráfica 4.1.



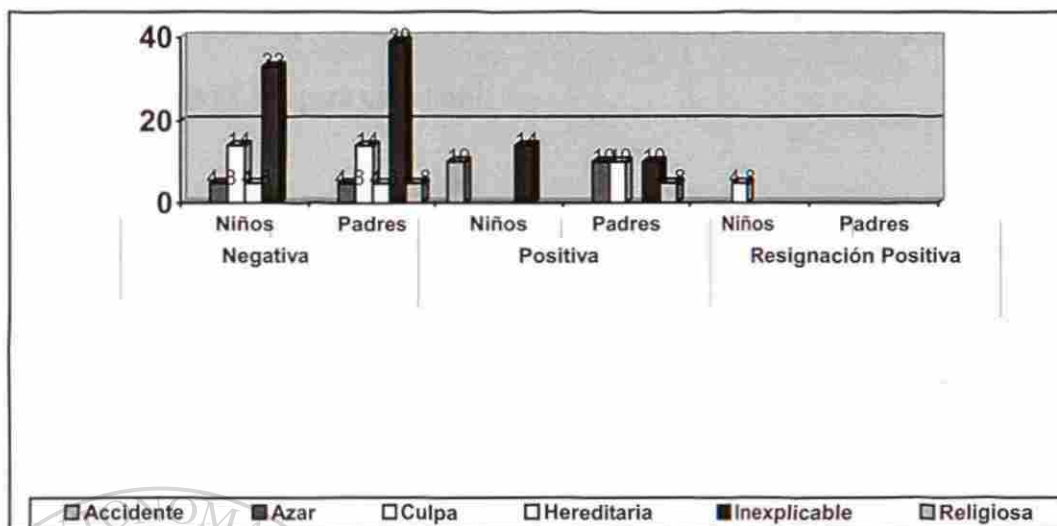
Gráfica 4.1 Relación de porcentajes entre tipos de Creencias y Afrontamiento.

En los niños se encontró que una creencia inexplicable sobre la enfermedad se asocia con un afrontamiento de olvidar en 6 casos, es decir en un 29% de la muestra, así también este tipo de creencia estaba relacionado con un afrontamiento pasivo y de evitación en 3 casos, es decir en un 14% y solo en un caso se relacionó con un afrontamiento del tipo de acción razonada cargada emocionalmente (4.8%). Una creencia de culpa acerca de la enfermedad se encontró relacionada con un afrontamiento de olvidar en 5 casos (24%), y solo en un caso con el afrontamiento de agresión a la causa (4.8%) y con el de acción razonada cargada emocionalmente (4.8%). Una creencia de que la enfermedad se debió a un accidente se relacionó en un caso con el afrontamiento de evasión (4.8%) y con el del tipo de olvidar (4.8%). La creencia del tipo hereditaria se presentó en un caso relacionada a un afrontamiento del tipo de acción razonada cargada emocionalmente (4.8%) y la creencia del tipo de azar se presentó también en un caso relacionada al afrontamiento de evasión (4.8%).

En cuanto a los padres, una **creencia inexplicable** acerca de la enfermedad se encontró relacionada en 9 casos con un **afrontamiento de acción razonada cargada emocionalmente**, esto es en un **43%** de la muestra y con un afrontamiento pasivo y de evitación en un caso (4.8%). La creencia de culpa se relacionó en 3 casos con un afrontamiento de acción razonada cargada emocionalmente, 14% y con un afrontamiento de agresión a la causa y de evasión en un caso cada uno (4.8% respectivamente). La creencia hereditaria sobre la enfermedad se relacionó en un caso con el afrontamiento de acción razonada cargada emocionalmente (4.8%). Por otro lado, la creencia de azar sobre el origen de la enfermedad se relacionó en 3 ocasiones con el afrontamiento de acción razonada cargada emocionalmente (14%) y la creencia del tipo religioso se presentó relacionada en dos ocasiones con este mismo tipo de afrontamiento (10%).

Con los datos anteriormente presentados, podemos mencionar que la hipótesis 4 se comprueba parcialmente, porque lo más probable es que una creencia de culpa se asocie con un afrontamiento de olvidar en los niños, mientras que una creencia inexplicable se asocie con un afrontamiento de acción razonada cargado emocionalmente en los padres.

Para revisar la hipótesis número 5, se efectuó un análisis relacionando el tipo de creencia con las emociones presentadas en el momento del diagnóstico que se muestra en la Gráfica 4.2.



Gráfica 4.2 Relación de porcentajes entre tipos de Creencias y Emociones.

Una creencia inexplicable se encontró relacionada en 7 casos con emociones negativas, es decir un 33%; mientras que este mismo tipo de creencia se presentó relacionada con emociones positivas en el momento del diagnóstico en 3 casos, 14%. La

creencia de culpa sobre la enfermedad se presentó relacionada en 3 casos con emociones negativas al igual que en 3 casos con emociones positivas (14% respectivamente) y solo en un caso con resignación positiva (4.8%). La creencia de accidente se presentó en dos casos relacionada con emociones positivas (10%). Mientras que las creencias de herencia y de azar sobre la enfermedad se relacionaron en un solo caso cada una con emociones negativas (4.8%).

Para los padres, una creencia inexplicable se encontró relacionada en dos casos con emociones positivas (10%) y en 8 casos con emociones negativas (38% de la muestra). La creencia de culpa se presentó en relación a las emociones negativas en 3 casos (14%) y con emociones positivas en 2 casos (10%). La creencia hereditaria se presentó con emociones negativas en un caso (4.8%); mientras que la creencia de azar se presentó con emociones

positivas en 2 casos (10%) y en un caso con emociones negativas (4.8%). Por último la creencia religiosa se presentó tanto con emociones positivas y negativas en un caso respectivamente (4.8% para cada uno).

En base a los diferentes análisis realizados se trató de relacionar los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones psicológicas para buscar establecer un perfil característico a través de la agrupación de las variables más frecuentes en el estudio del afrontamiento, las emociones y las creencias.

Sujetos	Afrontamiento	Emociones	Creencias	Porcentaje
Niños	Olvidar	Negativas	Inexplicable	19 %
Padres	Acción Razonada cargado emocionalmente	Negativas	Inexplicable	33 %

Tabla 4.8 Perfiles principales encontrados.

En los niños, encontramos un perfil de reacción claramente definido conformado por un afrontamiento del tipo de olvidar, con emociones negativas al momento del diagnóstico y una creencia inexplicable sobre la enfermedad, ubicándose dentro de él, el 19% de la población de estudio. A diferencia de los niños, en los padres se identificó un perfil principal conformado por un afrontamiento del tipo de acción razonada cargado emocionalmente, con emociones negativas al momento del diagnóstico y una creencia inexplicable sobre la enfermedad, ubicándose dentro de este perfil el 33% de los padres participantes en el estudio.

A partir de los resultados obtenidos se elaboraron las siguientes conclusiones, al darles una interpretación, para así pasar a unas recomendaciones.

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Después de llevar a cabo cada uno de los análisis que nos permitieran ubicar todos los datos que la muestra proporcionó, tratamos de relacionar cada uno de ellos con la información bibliográfica que previamente se había revisado y con las hipótesis planteadas al inicio del estudio.

En cuestión de la dimensión psicológica de afrontamiento, como se pudo apreciar, no se presenta el mismo tipo de afrontamiento empleado ante la enfermedad en los niños y sus padres, lo que nos indica que las formas de procesamiento de la enfermedad no se dan en relación a la influencia que los padres puedan ejercer sobre sus hijos, tanto a nivel de pensamientos o ideas como de acciones, sino que como otros autores han mencionado (Manne, 2001; Soler, 1996), los niños tratan de darle significado a los hechos por los que

están pasando según su nivel de comprensión y razonamiento, pero si el medio en el cual se encuentran no les brinda la información suficiente y clara acerca de la enfermedad que están padeciendo y de las acciones que se realizaran para atacarla, ellos tienden a olvidar y hacer como si no pasara nada, para controlar o equilibrar la situación, es por ello que vemos como el tipo de afrontamiento más común en los niños fue precisamente el denominado olvidar. Lo que les ayuda a mantenerse en equilibrio psicológico ante esa situación tan crítica para ellos.

Es por lo anterior que autores como Palomo (1995), han manifestado la importancia de hacer parte del tratamiento al niño. Por nuestra parte planteamos que deben diseñarse estrategias informativas pertinentes y específicas para el nivel de comprensión que tienen los niños de acuerdo a su etapa de desarrollo, previa puesta a prueba de su efectividad, involucrándolo primeramente a través de la información y explicación de lo que es la enfermedad en términos claros y adecuados a la edad de cada niño, en este sentido la primera acción que debería realizarse sería dar la explicación de lo que es cáncer de una manera atractiva para ellos y a través de medios familiares que les permitan sentirse seguros para usarlos y con personal accesible para responder todas las dudas o inquietudes que les surjan o que sean capaces de detectar las incomprensiones que tengan y que por su edad no puedan presentar en cuestionamientos.

Con respecto a los padres, se encontró que el tipo de afrontamiento más usado era el de acción razonada cargada emocionalmente, pero con muchas dudas al respecto del origen de la enfermedad.

Por lo que de nuevo se hace presente la necesidad imperante de informar sobre lo que es la enfermedad del cáncer, pues pueden transmitir su confusión o tratan de protegerlos no informándoles acerca de la enfermedad y el tipo que ellos padecen, su gravedad o los tipos de tratamiento y medicamentos a los cuales se verán sometidos, al igual que las consecuencias que éstos pueden ocasionarles, por lo que es pertinente que primero un especialista (psicólogo) sea quien primero informe a los padres y a los niños acerca de todo esto por separado y diseñar junto con los padres estrategias que permitan un cierto control de este doloroso proceso tanto en ellos como en los niños, es decir, diseñar estrategias por caso.

Una sugerencia al respecto, vuelve a ser la de incluir como parte del tratamiento la de informar y explicar de la forma más clara y sencilla lo que es la enfermedad de cáncer, cuales son sus posibles orígenes y cuales pueden ser los cursos que tome, además claro esta de los diversos procedimientos de tratamiento, para lo cual la presencia de personal capacitado al respecto se hace primordial dentro de los centros oncológicos, esto es la conformación necesaria de un equipo interdisciplinario –formado por médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales- que ayude no solo al paciente, sino también a sus familiares tanto en lo biológico, sino también en lo psicológico y social. Esto es, que las instituciones cuenten permanentemente con este personal para que ahí mismo se brinda la atención necesaria y que en cualquier momento los familiares, sobre todo en este caso los padres, puedan acudir a tratar de aclarar sus dudas, además de detectar que si ellos no son capaces de brindar la información adecuada a los niños para solucionar sus dudas, entonces puedan solicitar la intervención de otras personas, en este caso los profesionistas pertinentes.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

En relación a este punto, cabe mencionar los diferentes trabajos realizados por Hoekstra-Weebers, Jaspers, Kamps y Klip (1998,1999,2001) para tratar de brindar diversas opciones de apoyo para la cuestión del afrontamiento en los padres de niños con cáncer, como son las estrategias de intervención de la teoría cognitivo conductual como la reestructuración cognitiva, la reconceptualización, entre otras.

Los resultados obtenidos en la segunda dimensión revisada: emociones, nos deja muy claro el alto impacto emocional que ocasiona el padecer una enfermedad como el cáncer o recibir la noticia de que un hijo la padece, pues tanto los niños como los padres externaron presentar emociones negativas al momento de recibir el diagnóstico, lo cual es una constante en la muestra del estudio.

Este dato nos plantea una segunda importante necesidad dentro del tratamiento de los pacientes con cáncer y sus familiares, que es la de trabajar con las emociones desencadenadas por la enfermedad. Esto concuerda con lo señalado anteriormente por autores como McGuire (1991) y Prohaska, Keller, Leventhal y Leventhal, (1987), al respecto de la necesidad importante que se presenta para trabajar con las emociones en situaciones como una enfermedad como el cáncer.

La importancia del manejo emocional estriba en el papel que juegan las emociones como motivadores de las conductas y los pensamientos ante las diferentes acciones que se llevan a cabo durante el tratamiento, además de la influencia que presentan en el tipo de afrontamiento que la persona empleará ante todos los eventos consecuentes, es así, que si estas emociones son negativas completamente, ocasionará un obstáculo mayor para que la persona genere procesos cognitivos pertinentes que se traduzcan en habilidades o acciones para lidiar y luchar contra la enfermedad. Acciones que sean traducidas a conductas de adherencia al tratamiento y seguimiento de instrucciones médicas, además de que permitan establecer una relación de colaboración y confianza con el equipo médico.

Un punto importante es el que corresponde a señalar que si al momento del diagnóstico (tiempo fundamental en todo este proceso) las emociones que presentan ambos padres e hijos- son negativas, el manejo que se hará de la situación y por lo tanto de la enfermedad será muy difícil, pues no se contará con una parte que sirva de apoyo para las personas y puede ser un handicap para la intervención.

Conforme a los resultados también hay que mencionar que en el segundo momento en que se evaluó las emociones que presentan los sujetos, esto fue en el momento de la entrevista, se obtuvo que las emociones presentaron un cambio, de ser emociones negativas a positivas, resaltando la ausencia de alguna intervención psicológica. Es decir, las emociones cambiaron de forma natural. Esto podría parecer contradictorio con la sugerencia de la necesaria intervención psicológica para padres y pacientes con cáncer, por lo que es conveniente mencionar que aunque se tiende a buscar naturalmente mejorar el estado emocional, un buen número de personas siguen presentando emociones negativas aun con el transcurso del tiempo. En el estudio, una tercera parte de los padres continúan mostrando emociones negativas, mientras que en los niños estas mismas emociones se presentan en casi una cuarta parte de la muestra; por lo que la intervención psicológica evitará en parte el gran dolor psicológico que viven tanto los pacientes como sus familiares y eso es una gran ayuda que sigue siendo preponderante durante cualquier momento de la atención médica.

Con respecto a la tercera dimensión revisada en el estudio: las creencias, los resultados muestran como también aquí hay una coincidencia en el tipo de creencia mayormente presentada en ambos sujetos de la muestra, pues una creencia inexplicable ante el origen o surgimiento de la enfermedad. Esto nos vuelve a mostrar la importancia de comprender qué es el cáncer, cuales son sus posibles causas y sobre todo dejarle claro al paciente y a sus familiares que su origen es de tipo biológico o fisiológico, pues la segunda creencia mayormente presentada por los sujetos del estudio es la de culpa, la cual genera o esta estrechamente relacionada con emociones negativas y puede ser un factor determinante para que la persona no pueda procesar adecuadamente la información que se le brinde sobre la enfermedad y que además esto le ocasione conflictos con las personas cercanas a ella.

Así también, la agrupación de los resultados obtenidos en las tres dimensiones psicológicas revisadas, permitieron resumirlos en un perfil principal para los niños y un perfil para los padres. Esto no es determinante, pues los sujetos que los presentan no son la mayoría del estudio, pero en los niños un 19% de la muestra presenta una creencia inexplicable, aunada a emociones negativas y a el uso del afrontamiento del tipo de olvidar. Estos datos nos pueden servir de referencia al momento de recibir a un paciente nuevo, pues podríamos decir que de cada 10 niños que sean diagnosticados con cáncer, 2 de ellas encajaran en este perfil y podremos de antemano estar preparados para apoyarlos mejor.

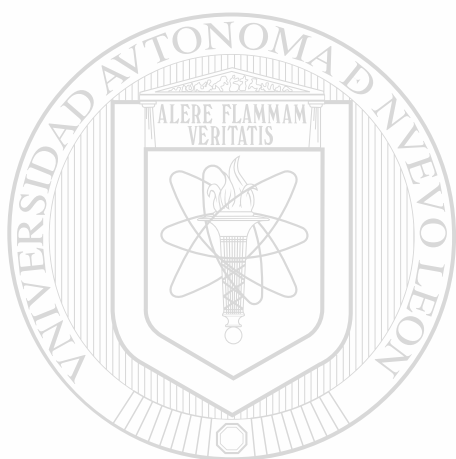
Con lo relacionado a los padres, el 33% de la muestra presentó un perfil conformado por una creencia inexplicable, emociones negativas y un afrontamiento del tipo de acción razonada pero cargada emocionalmente, con lo que podemos esperar que de 10 padres de

niños diagnosticados con cáncer, 3 de ellos caerían dentro de este perfil y de nuevo, a sabiendas de esto, podríamos preparar mejores formas de intervención psicológica.

Para concluir, con todos los datos obtenidos, podemos observar y resaltar la importante tarea que se deriva del desarrollo del tratamiento de una enfermedad crónica como lo es el cáncer y vuelve a señalar la necesidad de que los profesionales que atienden a estos pacientes sean también del área de la psicología. Con ello la labor del psicólogo es muy amplia e implica que su integración a este campo de atención sea realizada a través de programas que lleven a estos pacientes las diversas estrategias que les ayuden a ser parte activa del tratamiento.

Por otra parte podemos plantear que el estudiar los procesos cognitivos involucrados en los fenómenos de salud y enfermedad como procesos que se construyen con una lógica de sentido común (Álvarez, 2002) es pertinente, dado que hemos podido observar como cada paciente y cada familiar elabora explicaciones para hacer frente a la situación, explicaciones que parten de la información que ellos toman de su medio ambiente y la organizan cognitivamente de acuerdo a su propia lógica. De ahí que investigar estas creencias de sentido común y poderlas detectar nos dan pautas para la elaboración de mejores y pertinentes formas de intervención de acuerdo a la lógica de organización cognitiva que tengan tanto los pacientes como sus familiares.

Ojalá que este trabajo pueda dar pauta para la creación de estos programas de intervención psicológica para los pacientes con cáncer, y no solo para ellos, sino y también para sus familiares. Así como también pueda plantear la necesidad de abordar las enfermedades crónicas desde una visión multi e interdisciplinaria.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aburto, C. (1995). La formación de recursos humanos en psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 5, 45-50.

Aburto, C. (2001). Estilos de vida y salud: su efecto en la mortalidad. *Psicología y Salud*, 11, (2), 53-59.

Adams, C.D., Streisand, R.M., Zawacki, T. y Joseph, K.E. (2002). Living with a chronic illness: a measure of social functioning for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, (7), 593-605.

Aguiar, J., Aguiar, D. y Bohn, U. (2002). Epidemiología y etiología del cáncer. En: M. Gómez (Ed.), *Avances en Cuidados Paliativos*. (203-210). España: GAFOS.

Álvarez, J. (1999). Hacia una integración de las creencias sociales acerca de la salud y la enfermedad como un factor más de análisis en el diseño de las políticas sociales de la salud. En M. Ribeiro y E. López (Eds.), *Políticas sociales sectoriales: Tendencias actuales Tomo II*, (253-297). México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad*. México: Trillas.

Basabe, N., Valdosedá, M. y Páez, D. (1993). Memoria afectiva, salud, formas de afrontamiento y soporte social. En D. Páez (Ed.), *Salud, Expresión y Represión Social de las Emociones*. (339-377). Valencia: Promolibro.

Becoña, E., Vázquez, F.L. y Oblitas, L.A. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En: L.A. Oblitas y E. Becoña (Eds.), *Psicología de la Salud*. (11-43). México: Plaza y Valdés Editores.

Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, (3), 525-537.

Brannon, L. y Feist, J. (2000). *Health Psychology An Introduction to Behavior and Health*. Estados Unidos: Wadsworth.

- Buela-Casal, G. y Carrobes, J.A. (1996). Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. En: G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.), *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. (3-11). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Burke, P. y Elliott, M. (1999). Depresión in pediatric chronic illness: a diathesis-stress model. *Psychosomatics Online*, 40 (1). Revisado el 9 de Octubre del 2002 en: <http://psy.psychiatryonline.org>
- Bussell, V.A., Knee, C.R., Naus, M.J., Evans, R.I., Nash, S.G. y Farra, B.G. (2002). Realistic and unrealistic control beliefs and perceptions of control over chronic illness. *Society of Behavioral Medicine*, 25 (1), 1-6.
- Carpi, A. y Breva, A. (2001). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de acción planeada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. 4 (7). Revisado el 14 de Noviembre del 2002 en: <http://reme.uj.es/articulos/abreva7191302101texto.html>
- Chavez, L.R., McMullin, J.M., Mishra, S.I. y Hubbell, F.A. (2001). Beliefs matter: cultural beliefs and the use of cervical cancer screening. *American Anthropologist*, 103, (4), 1114-1129.
- Croyle, R.T. y Hunt, J.R. (1991). Coping with health threat: social influence processes in reactions to medical test results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, (3), 382-389.
- Dominguez, B. y Olvera, Y. (2002). Inhibición emocional, estrés y salud: su impacto en los cambios psicofisiológicos, emocionales e inmunológicos. *Psicología y Salud*, 12, (1), 83-93.
- Drotar, D. (1997). Relating parent and family functioning to the psychological adjustment of children with chronic health conditions: What have we learned? What do we need to know?. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, (2), 149-165.
- Elkin, T.D., Whelan, J.P., Meyers, A.W., Phipps, S. y Glaser, R. (1998) The effect of achievement orientation on response to success and failure in pediatric cancer patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, (1), 67-76.
- Fernández, R. (1994). *Evaluación conductual hoy un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.

Fitzpatrick, R. (1990). Conceptos comunes de enfermedad. En: R. Fitzpatrick (Ed.), *La enfermedad como experiencia*, (19-41). México: Fondo de Cultura Económica.

Gabaldón, O., Ortiz, A., Romo, I., Eguiluz, I. y Totorika, K. (1993). Enfermedad crónica grave, afrontamiento, soporte social y afectividad. En: D. Páez (Ed.), *Salud, expresión y Represión Social de las Emociones*. (400-410). Valencia: Promolibro.

Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, (6), 1201-1210.

Godoy, J.F. (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En: M.A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. (39-68). Madrid: Biblioteca Nueva.

Gómez, L.A. y Quintero, E. (2001). *La psicología como disciplina y profesión en la promoción de la salud*. Revisado el 20 de Marzo del 2001 en: <http://www.abacolombia.org.co/areas/clinica/profesion.html>

Grau, J.A. (1999). Tendencias y perspectivas del desarrollo de la psicología de la salud en América Latina. Ponencia presentada en el Simposio "El rol del psicólogo en América Latina", XXV Congreso Interamericano de Psicología, Puerto Rico.

Greenberg, L.S. y Paivio, S.C. (1999). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Hernández, J., Marchena, J., Fernández, J. y Hernández, J. (2002). Tratamiento quirúrgico de los tumores y sus complicaciones. En: M. Gómez (Ed.), *Avances en Cuidados Paliativos*. (257-271). España: GAFOS.

Hernández, J. y Ruiz, A. (2002). Radioterapia Paliativa. En: M. Gómez (Ed.), *Avances en Cuidados Paliativos*. (229-255). España: GAFOS.

Hoekstra-Weebers, J.E.H.M., Heuvel, F., Jaspers, J.P.C. y Kamps, W.A., y Klip, E.C. (1998). Brief report: an intervention program for parents of pediatric cancer patients: a randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, (3), 207-214.

- Hoekstra-Weebers, J.E.H.M., Jaspers, J.P.C., Kamps, W.A. y Klip, E.C. (1998). Gender differences in psychological adaptation and coping in parents of pediatric cancer patients. *Psycho-Oncology*, 7, 26-36.
- Hoekstra-Weebers, J.E.H.M., Jaspers, J.P.C., Kamps, W.A. y Klip, E.C. (1998). Marital dissatisfaction, psychological distress and the coping of parents of pediatric cancer patients. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 1012-1021.
- Hoekstra-Weebers, J.E.H.M., Jaspers, J.P.C., Kamps, W.A. y Klip, E.C. (1999). Risk factors for psychological maladjustment of parents of children with cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, (12), 1526-1535.
- Hoekstra-Weebers, J.E.H.M., Jaspers, J.P.C., Kamps, W.A. y Klip, E.C. (2001). Psychological adaptation and social support of parents of pediatric cancer patients: a prospective longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, (4), 225-235.
- Holland, J.C. (1989). Social factors and adaptation. En: J.C. Holland y J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology Psychological care of the patient with cancer*. (3-21). New York: Oxford University Press.
- Ibáñez, E. y Rosbundo, A. (1993). Soporte social y afrontamiento afectivo en la enfermedad cancerosa. En: D. Páez (Ed.), *Salud, Expresión y Represión Social de las Emociones*. (379-397). Valencia: Promolibro.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000). *México Hoy 1999*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). *Principales causas de mortalidad general*. México: INEGI.
- Kaplan, R.M., Sallis, J.F. y Patterson, T.L. (1993). *Health and human behavior*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Kazak, A.E., Simms, S., Barakat, L. y Hobbie, W. (1999). Surviving cancer competently intervention program (SCCIP): a cognitive-behavioral and family therapy intervention for adolescent survivors of childhood cancer and their families. *Family Process*, 38, (2), 175-200.

- King, R. (2002). Illness attributions and myocardial infarction: the influence of gender and socio-economic circumstances on illness beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 37, (5), 431-438.
- Kisker, C.T., Fethke, C.C. y Tannous, R. (1997). Shared management of children with cancer. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151, (10), 1008-1016.
- Knafl, K.A. y Deatrck, J.A. (2002). The challenge of normalization for families of children with chronic conditions. *Journal of Pediatric Nursing*, 28, (1), 49-53.
- Kupst, M.J., Natta, M.B., Richardson, C.C., Schulman, J.L., Lavigne, J.V. y Das, L. (1995). Family coping with pediatric leukemia: ten years after treatment. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, (5), 601-617.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Le Fevre, P., Devereux, J., Smith, S., Lawrie, S.M. y Cornbleet, M. (1999) Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. *Palliative Medicine*, 13, 399-407.
- Leventhal, H., Meyer, D. y Nerenz, D. (1980). La representación de sentido común del peligro de enfermedad. En: S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology*. (1-30). London: Pergamon Press.
- Leventhal, H. y Nerenz, D. (1985). La evaluación de la cognición de enfermedad. En: P. Karoly (Ed.), *Estrategias de Medición en Psicología de la Salud*. (525-553). London: John Wiley y Sons, Inc.
- Linn, D. y Linn, M. (2003). *Cómo sanar las heridas de la vida*. (11ª. ed.). México: Promexa.
- Lobato, D.J. y Kao, B.T. (2002). Integrated sibling-parent group intervention to improve sibling knowledge and adjustment to chronic illness and disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, (8), 711-716.

- Lopez, M. y Jones, K.R. (2003). *What a health psychologist does and how to become a one*. Revisado el 23 de Septiembre del 2003 en: <http://www.health-psych.org/whatis.html>
- Manne, S.L., Redd, W.H., Jacobsen, P.B., Gorfinkle, K., Schorr, O. y Rapkin, B. (1990). Behavioral intervention to reduce child and parent distress during venipuncture. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, (5), 565-572.
- Manne, S.L. y Andersen, B.L. (1991). Pain y Pain-Related distress in children with cancer. En: J. Bush y S. Harkins (Eds.), *Children in Pain: Clinical and Research Issues from a Developmental Perspective*. (337-371). Nueva York: Springer-Verlag.
- Manne, S.L., Bakeman, R., Jacobsen, P.B., Gorfinkle, K., Bernstein, D., y Redd, W.H. (1992). Adult-Child interaction during invasive medical procedures. *Health Psychology*, 11, (4), 241-249.
- Manne, S.L., Jacobsen, P.B., Gorfinkle, K., Gerstein, F. y Redd, W.H. (1993). Treatment adherences difficulties among children with cancer: the role of parenting style. *Journal of Pediatric Psychology*, 18, (1), 47-62.
- Manne, S.L., Bakeman, R., Jacobsen, P.B., Gorfinkle, K. y Redd, W.H. (1994). An analysis of a behavioral intervention for children undergoing venipuncture. *Health Psychology*, 13, (6), 556-566.
- Manne, S.L., Lesanics, D., Meyers, P., Wollner, N., Steinherz, P. y Redd, W.H. (1995). Predictors of depressive symptomatology among newly diagnosed children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, (4), 491-510.
- Manne, S.L. y Miller, D. (1998). Social support, social conflict and adjustment among adolescent with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, (2), 121-130.
- Manne, S.L., Miller, D., Meyers, P., Wollner, N., Steinherz, P. y Redd, W.H. (1999). Difficulties completing treatment tasks among newly diagnosed children with cancer. *Children's Health Care*, 28, (3), 255-276.
- Manne, S.L. y Glassman, M. (2000). Perceived control, coping efficacy and avoidance coping as mediators between spouses' unsupportive behaviors and cancer patients' psychological distress. *Health Psychology*, 19, (2), 155-164.

Manne, S.L. (2001). Coping and social support. En: N.J. Smelser y P. Baltes (Eds.), *The international encyclopedia of the social and behavioral sciences* (51-74). Oxford: Elsevier.

McCubbin, M., Balling, K., Possin, P., Friedrich, S. y Bryne, B. (2002). Family resiliency in childhood cancer. *Family Relations*, 51, (2), 103-111.

McGrath, P. (1999). Posttraumatic stress and the experience of cancer: a literature review. *The Journal of Rehabilitation*, 65, (3), 17-29.

McGuire, J. (1991). Health, illness and the family. En: M. Pitts y K. Phillips (Ed.), *The Psychology of health an introduction*. (231-247). London: Routledge.

McQuaid, E.L. y Nassau, J.H. (1999). Empirically supported treatment of disease-related symptoms in pediatric psychology: asthma, diabetes and cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, (4), 305-328.

Mejía, M. y Scherer, M. (2002, Febrero 10). Cáncer infantil, cancer social. *El Norte*, Sección A, p.12.

Merluzzi, T.V. y Martinez, M.A. (1997). Assessment of self-efficacy and coping with cancer: development and validation of the cancer behavior inventory. *Health Psychology*, 16, (2), 163-170.

Merluzzi, T.V. y Nairn, R.C. (1999). Adulthood and aging: transitions in health and health cognition. En: T.L. Whitman, T.V. Merluzzi y R.D. White (Eds.), *Life-span perspectives on health and illness*. (189-206). Nueva Jersey: Erlbaum.

Miller, D., Manne, S.L. y Palevsky, S. (1998). Brief report: acceptance of behavioral interventions for children with cancer: perceptions of parents, nurses and community controls. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, (4), 267-271.

Morales, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Paidós.

Morales, F. (2002). ¿Tenemos una psicología de la salud para América Latina?. En: L. Reynoso e I. Seligson (Eds.), *Psicología y Salud*. (33-42). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Naus, M.J. (2002). A developmental perspective for health psychology and behavioral medicine. *Health Psychology Research Group*, 20, 28-42.

Nelson, R.M. y Rushton, C. (2001). Commentary on special issue on informed consent with families of ill children: understanding devastation and difference in informed permission and assent. *Journal of Family Nursing*, 7, (2), 208-213.

Nixon, K. y Noh, S. (1992). Surviving childhood cancer, social support and parents' psychological adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, (1), 15-31.

Organización Mundial de la Salud. (1999). *Principales causas de mortalidad*. Ginebra: OMS.

Ortiz, R. (2003). Enfermedades crónico-degenerativas. Ponencia presentada en el Primer Congreso Interinstitucional de Psicología, México.

Palacios, X. (2001). *El rol del psicólogo en oncología*. Revisado el 16 de Abril del 2001 en: <http://www.abacolombia.org.co/areas/clinica/rol.htm>

Palomo, M. (1995). *El niño hospitalizado Características, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Pelechano, V. (1999). Calidad de vida, familia y afrontamiento en la enfermedad física crónica: datos y sugerencias para un modelo. En: J. Buendía (Ed.), *Familia y Psicología de la Salud*. (133-179). Madrid: Pirámide.

Pennebaker, J.W., Colder, M. y Sharp, L.K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, (3), 528-537.

Penninx, B.W.J.H., Tilburg, T., Boeke, A.J.P., Deeg, D.J.H., Kriegsman, D.M.W. y Van Eijk, T.M. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: different for various chronic diseases?. *Health Psychology*, 17, (6), 551-558.

Phipps, S. y Srivastava, D. (1997). Repressive adaptation in children with cancer. *Health Psychology*, 16, (6), 521-528.

Pitts, M. (1991). An introduction to health psychology. En M. Pitts y K. Phillips (Eds.), *The Psychology of health an introduction*. (3-14). London: Routledge.

Prohaska, T.R., Keller, M.L., Leventhal, E.A. y Leventhal, H. (1987). Impact of symptoms and aging attribution on emotions and coping. *Health Psychology*, 6, (6), 495-514.

Reynoso, L. y Seligson, I. (2002). Psicología y Salud en México. En: L. Reynoso e I. Seligson (Eds.), *Psicología y Salud*. (13-31). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Romero, T.C. (2002). Panorama epidemiológico del cáncer en América Latina. En: M. Gómez (Ed.), *Avances en Cuidados Paliativos*.(173-202). España: GAFOS.

Romero, T., Grau, J.A., Gómez, C., Infante, O., Chacón, M., Asén, L., Llantá, M.C., Molina, M.C., Camacho, R. y Grau, R. (2003). Desarrollo de conductas protectoras para el control del cáncer con metodologías por etapas: una evaluación de eficacia. *Psicología y Salud*, 13, (1), 87-101.

Rowland, J.H. (1989). Psychological factors and adaptation. En: J.C. Holland y J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology Psychological Care of the Patient with Cancer*. (25-71). Nueva York: Oxford University Press.

Santos, J.I., Villa, J.P., Garcia, M.A., León, G., Quezada, S. y Tapia, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45, (1), 140-152.

Sargent, J.R., Sahler, O.J.Z., Roghmann, K.J., Mulhern, R.K., Barbarian, O.A., Carpenter, P.J., Copeland, D.R., Dolgin, M.J. y Zeltzer, L.K. (1995). Sibling adaptation to childhood cancer collaborative study: siblings' perceptions of the cancer experience. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, (2), 151-164.

Schiaffino, K.M., Schawaryn, M.A. y Blum, D. (1998). Examining the impact of illness representations on psychological adjustment to chronic illnesses. *Health Psychology*, 17, (3), 262-268.

Schwarzer, R. y Gutiérrez-Doña, B. (2000). *Health Psychology*. 452-465. Revisado el 28 de Enero del 2003 en: http://www.fu-berlin.de/age_2000_chap23.pdf

Schwarzer, R. y Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: actino self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 19, (5), 487-495.

Sepúlveda, J. y Gómez, H. (2001). *Origen, rumbo y destino de la transición en salud en México y América*. Revisado el 20 de Febrero del 2001 en: <http://bvs.insp.mx/componen/syvtual/ppriori/02/06/arti.htm>

Sharpe, D. y Rossiter, L. (2002). Siblings of children with a chronic illness: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, (8), 699-710.

Silver, E.J., Westbrook, L.E. y Stein, R.E.K. (1998). Relationship of parental psychological distress to consequences of chronic health conditions in children. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, (1), 5-15.

Simón, M.A. (1993). *Psicología de la Salud Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.

Simón, M.A. (Ed.). (1999). *Manual de Psicología de la Salud Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Sloper, P. (2000). Predictors of distress in parents of children with cancer: a prospective study. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, (2), 79-91.

Soler, M.V. (1996). *Afrontamiento y adaptación emocional en padres de niños con cáncer*. Tesis doctoral, Universidad de Alicante, España.

Solomon, Z., Mikulincer, M. y Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support and combat-related posttraumatic stress disorder: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, (2), 279-285.

Sorgen, K.E. y Manne, S.L. (2002). Coping in children with cancer: examining the goodness-of-fit hypothesis. *Children's health Care*, 31, (3), 191-207.

Stainton, W. (1991). *Explaining Health and Illness An Exploration of Diversity*. Gran Bretaña: Harvester Wheatsheaf.

Stern, M. y Arenson, E. (1989). Childhood cancer stereotype: impact on adult perceptions of children. *Journal of Pediatric Psychology*, 14, (4), 593-605.

- Stern, M., Ross, S. y Biellass, M. (1991). Impact of health status label on medical students' expectations for children's coping style and choice of approach strategy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 91-101.
- Stern, M., Ross, S. y Biellass, M. (1991). Medical students' perceptions of children: modifying a childhood cancer stereotype. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, (1), 27-38.
- Stern, M., Norman, S.L. y Zevon, M.A. (1993). Adolescents with cancer self-image and perceived social support as indexes of adaptation. *Journal of Adolescent Research*, 8, (1), 124-142.
- Stone, G.C. (1988). Psicología de la Salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20, (1), 15-26.
- Stroud, M.W., Thorn, B.E., Jensen, M.P. y Boothby, J.L. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 84, 347-352.
- Suls, J. y Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychology*, 4, (3), 249-288.
- Taylor, S.E. y Aspinwall, N. (1990). Psychosocial aspects of chronic illness. En: P.T. Costa y G.R. Vanden Bos (Eds.), *Psychological Aspects of Serious Illness: Chronic Conditions, Fatal Diseases and Clinical Care*. (7-47). Washington: American Psychological Association.
- Thorn, B.E., Rich, M.A. y Boothby, J.L. (1999). Pain beliefs and coping attempts Conceptual Model Building, *Pain Forum*, 8, (4), 169-171.
- Thorn, B.E., Boothby, J.L. y Sullivan, M.J.L. (2002). Targeted treatment of catastrophizing for the management of chronic pain. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 127-138.
- Vázquez, J.J. (2002). La necesidad de una psicología social de la salud en México. *Psicología y Salud*, 12, (1), 143-153.
- Velasco, M.L. y Sinibaldi, J.F.J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México: El Manual Moderno.

Vera, M. (2000). *Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica*, 179-206. Revisado el 25 de Agosto del 2003 en: www.papelesdepoblacion.uaemex.mx/rev25/pdf/vera.pdf

Vera, P.E. y Buela-Casal, G. (1999). Psiconeuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31, (2), 271-289.

Werner, R., Pelicioni, M.C.F. y Chiattonne, H.B.C. (2001). Aportes de la psicología de la salud a las propuestas de las conferencias mundiales de promoción en salud: de Alma Ata 1978 a México 2000. *Psicología y Salud*, 11, (2), 73-88.

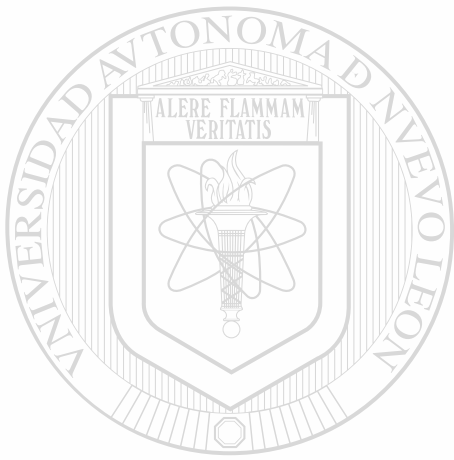
Wilhardt, L. (2001). Talking to a child about cancer. *Health and Natural Journal*, Revisado el 20 de Octubre del 2002 en: <http://www.findarticles.com/cf/dls/mOHLK1-8/76445408/pl/article.jhtml>

Williamson, G.M., Walters, A.S. y Shaffer, D.R. (2002). Caregivers models of self and others, coping and depression: predictors of depression in children with chronic pain. *Health Psychology*, 21, (4), 405-410.

Wilson, S.M. y Miles, M.S. (2001). Spirituality in african-american mother coping with a seriously ill infant. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 6, (3), 116-127.

Yeh, C. (2001). Adaptation in children with cancer: research with Roy's model. *Nursing Science Quarterly*, 14, (2), 141-158.

Yeh, C. (2002). Gender differences of parental distress in children with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 38, (6), 598-606.



ANEXOS
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ENTREVISTA CÁNCER INFANTIL (PACIENTE O FAMILIAR)

EDAD: _____ SEXO: Mujer _____ Varón _____

OCUPACIÓN-PROFESIÓN: _____

NIVEL DE ESTUDIOS:

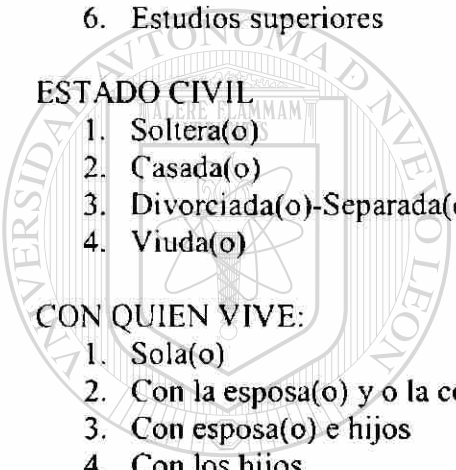
1. No lee, ni escribe
2. Estudios primarios
3. Bachiller o preparatoria incompleta
4. Bachiller o preparatoria completa
5. Estudios medios (técnicos y o comerciales)
6. Estudios superiores

ESTADO CIVIL

1. Soltera(o)
2. Casada(o)
3. Divorciada(o)-Separada(o)
4. Viuda(o)

CON QUIEN VIVE:

1. Sola(o)
2. Con la esposa(o) y o la compañera(o)
3. Con esposa(o) e hijos
4. Con los hijos
5. Con padres y hermanos
6. Con los hermanos
7. En una institución



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

A. AFRONTAMIENTO

A continuación aparecerán una serie de afirmaciones con respecto a algunas formas que las personas utilizan para enfrentar sus problemas. Marque con una X que tanto utilizó estas formas de acuerdo con la siguiente escala:

0- NADA 1- POCO 2= MUCHO 3- DEMASIADO

1. Intenté informarme sobre la enfermedad para superarla mejor.
0 NADA 1= POCO 2 MUCHO 3- DEMASIADO
2. Concentré mis esfuerzos en hacer algo, intenté luchar contra la enfermedad.
0 NADA 1= POCO 2- MUCHO 3- DEMASIADO
3. Me volqué en el trabajo (labores) para olvidarme de todo, actué como si no pasara nada.
0 NADA 1- POCO 2= MUCHO 3- DEMASIADO
4. Acepté lo que había sucedido y me dije que no se podía hacer nada.
0- NADA 1 POCO 2- MUCHO 3- DEMASIADO
5. Intenté guardar para mí mis sentimientos.
0= NADA 1 POCO 2- MUCHO 3- DEMASIADO
6. Manifesté mi enojo a las personas que yo creo que son responsables de la enfermedad.
0 NADA 1 POCO 2= MUCHO 3= DEMASIADO
7. Revaloré lo que es importante en la vida.
0- NADA 1= POCO 2 MUCHO 3= DEMASIADO
8. Evité estar con la gente (en general).
0- NADA 1- POCO 2= MUCHO 3= DEMASIADO
9. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.
0- NADA 1 POCO 2= MUCHO 3= DEMASIADO
10. Me negué a creer lo que había ocurrido.
0= NADA 1= POCO 2= MUCHO 3= DEMASIADO
11. Acepté la realidad de lo ocurrido.
0 NADA 1= POCO 2= MUCHO 3 DEMASIADO
12. Fantaseé e imaginé el momento en que podían cambiar las cosas.
0 NADA 1 POCO 2= MUCHO 3- DEMASIADO
13. Me sentí muy conmovida(o) afectivamente (sentimentalmente), expresé y descargue mucho mis sentimientos ante los otros.
0 NADA 1- POCO 2= MUCHO 3- DEMASIADO

14. Recé (más de lo habitual).

0 NADA 1 POCO 2 MUCHO 3 DEMASIADO

15. Aprendí algo de la experiencia, crecí y mejoré como persona.

0 NADA 1= POCO 2= MUCHO 3= DEMASIADO

16. Me forcé a esperar el momento adecuado para hacer algo, evité precipitarme.

0 NADA 1 POCO 2 MUCHO 3 DEMASIADO

17. Hablé con alguien sobre cómo me sentía, conversé sobre mis sentimientos.

0 NADA 1= POCO 2 MUCHO 3= DEMASIADO

18. Traté de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima, busqué simpatía y comprensión.

0= NADA 1 POCO 2= MUCHO 3 DEMASIADO

19. Expresé y descargué mis sentimientos y emociones.

0 NADA 1 POCO 2= MUCHO 3= DEMASIADO

20. Desarrollé un plan de acción (qué hacer) sobre la enfermedad y lo seguí.

0 NADA 1= POCO 2= MUCHO 3 DEMASIADO

21. Tomé alcohol para olvidar la enfermedad y o pensar menos en ella.

0 NADA 1 POCO 2= MUCHO 3= DEMASIADO

22. Tomé tranquilizantes para olvidarme de la enfermedad y/o pensar menos en ella.

0 NADA 1= POCO 2= MUCHO 3= DEMASIADO

23. Hablé con alguien que tenía una enfermedad similar para saber qué hacía o hizo ella o él.

0 NADA 1 POCO 2 MUCHO 3= DEMASIADO

24. Dejé de lado mis otras actividades y problemas y me concentré en la enfermedad.

0 NADA 1 POCO 2= MUCHO 3= DEMASIADO

25. Hablé y contacté con alguien que podía hacer algo concreto sobre la enfermedad, busqué ayuda profesional.

0 NADA 1= POCO 2= MUCHO 3= DEMASIADO

26. Analicé mi responsabilidad en la enfermedad y me critiqué a mi misma(o) por lo ocurrido.

0= NADA 1= POCO 2= MUCHO 3= DEMASIADO

27. Admití que no era capaz de enfrentar o de hacer, nada ante la enfermedad y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo.

0 NADA 1= POCO 2= MUCHO 3 DEMASIADO

B. CREENCIAS

Cuando piensa por qué le sucedió la enfermedad al paciente; de las siguientes afirmaciones, ¿cual considera que fue la causa de que esto le sucediera, marque con una x la afirmación que corresponda a su caso?

1. Algo que hizo _____
2. Algo que dejó de hacer _____
3. Simplemente una cuestión de mala suerte _____
4. No logra explicar por qué pasó lo ocurrido _____
5. Cuestión de dinero _____
6. Por alguna circunstancia externa a su persona _____
7. Otra causa (mencione cuál) _____

Una vez que ha elegido la afirmación que corresponde al caso (pregunta anterior) intente explicar ampliando como pueda, eso mismo, cual fue, desde su punto de vista, la causa de que ese hecho sucediera.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



C. EMOCIONES

Indique con una X en el paréntesis aquellas emociones que sintió y marque la intensidad de las mismas que experimentó al principio de la enfermedad.

SENTÍ:		CANTIDAD
1	ESPERANZA ()	0 Nada 1 Poco 2 Mucho 3 Demasiado
2	ANSIEDAD ()	0 Nada 1 Poco 2 Mucho 3 Demasiado
3	OPTIMISMO ()	0 Nada 1 Poco 2 Mucho 3 Demasiado
4	RESIGNACIÓN ()	0 Nada 1=Poco 2 Mucho 3 Demasiado
5	CONFIANZA ()	0 Nada 1-Poco 2 Mucho 3 Demasiado
6	CULPA ()	0 Nada 1 Poco 2 Mucho 3 Demasiado
7	RABIA ()	0 Nada 1 Poco 2 Mucho 3 Demasiado
8	ALEGRIA ()	0-Nada 1 Poco 2 Mucho 3 Demasiado
9	TRISTEZA ()	0 Nada 1-Poco 2 Mucho 3 Demasiado
10	MIEDO ()	0 Nada 1 Poco 2-Mucho 3 Demasiado

Indique con una X en el paréntesis aquellas emociones que ACTUALMENTE SIENTE y marque la intensidad de las mismas.

SIENTO:		CANTIDAD
1	ESPERANZA ()	0-Nada 1=Poco 2-Mucho 3 Demasiado
2-	ANSIEDAD ()	0 Nada 1-Poco 2-Mucho 3 Demasiado
3-	OPTIMISMO ()	0 Nada 1 Poco 2-Mucho 3 Demasiado
4	RESIGNACIÓN ()	0-Nada 1 Poco 2 Mucho 3 Demasiado
5-	CONFIANZA ()	0 Nada 1 Poco 2 Mucho 3 Demasiado
6-	CULPA ()	0 Nada 1 Poco 2=Mucho 3=Demasiado
7	RABIA ()	0 Nada 1 Poco 2 Mucho 3 Demasiado
8 -	ALEGRIA ()	0 Nada 1 Poco 2 Mucho 3 Demasiado
9	TRISTEZA ()	0 Nada 1-Poco 2-Mucho 3 Demasiado
10-	MIEDO ()	0 Nada 1 Poco 2 Mucho 3-Demasiado

