

# **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).

## 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
Afronta 15	.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 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)



	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			*			

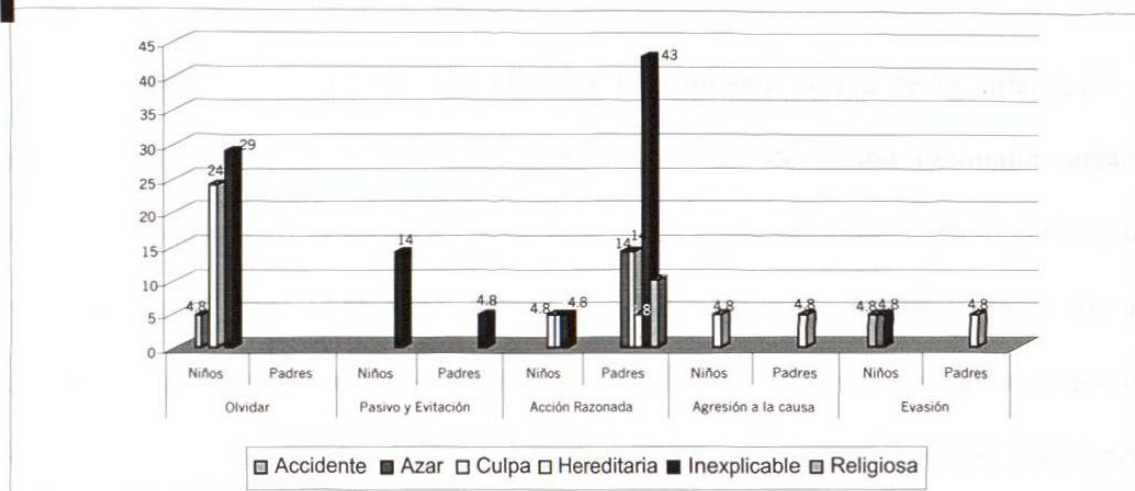
*Tabla 4.7 Análisis comparativo de la frecuencia de categorías de creencias.*

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.**

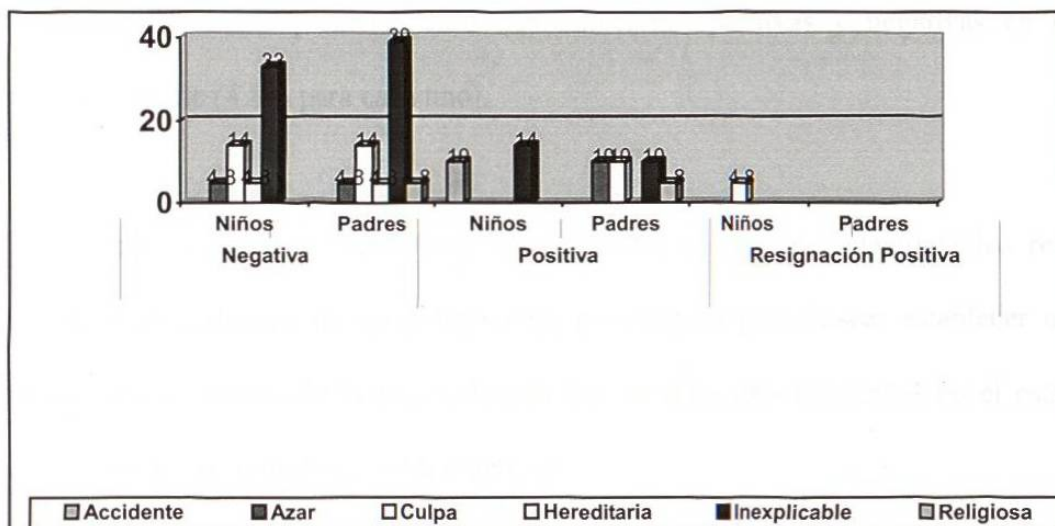
En los niños se encontró que una creencia inexplicable sobre la enfermedad se asocia con un afrontamiento de olvidar en 6 casos, es decir en un **29%** de la muestra, así también este tipo de creencia estaba relacionado con un afrontamiento pasivo y de evitación en 3 casos, es decir en un **14%** y solo 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.

<b>Sujetos</b>	<b>Afrontamiento</b>	<b>Emociones</b>	<b>Creencias</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Niños</i>	<i>Olvidar</i>	<i>Negativas</i>	<i>Inexplicable</i>	<i>19 %</i>
<i>Padres</i>	<i>Acción Razonada cargado emocionalmente</i>	<i>Negativas</i>	<i>Inexplicable</i>	<i>33 %</i>

**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 traten 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.

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.

## 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 Carrobbles, 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 Brea, 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.
- Domínguez, 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](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 parents of 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](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/svital/ppriori/02\\_06/arti.htm](http://bvs.insp.mx/componen/svital/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](http://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/mOHKL/1-8/76445408/pl/article.html>
- 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**



## 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

## 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 descargue 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



### 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 maque 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	RI SIGNACIÓN ( )	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	TRISIFZA ( )	0 Nada 1-Poco 2-Mucho 3 Demasiado
10-	MIEDO ( )	0 Nada 1 Poco 2 Mucho 3-Demasiado

