



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LAS Y LOS CUIDADORES
PRIMARIOS COMO PREDICTORES DEL AFRONTAMIENTO DE LAS Y LOS
PACIENTES CON CÁNCER DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL
GENERAL ZONA SUR DE PUEBLA**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA
ROCIO CONCEPCIÓN OLVERA SANTAMARÍA**

**DIRECTORA
DRA. MA. ALICIA MORENO SALAZAR**

NOVIEMBRE 2014

**“Esta investigación fue realizada con el apoyo del
Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Puebla”**

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	I
INTRODUCCIÓN.....	II
CAPÍTULO I FUNDAMENTACIÓN	
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Justificación.....	4
1.3 Planteamiento del Problema.....	6
1.4 Objetivos.....	7
1.4.1 Objetivo General.....	7
1.4.2 Objetivos específicos.....	7
1.5 Hipótesis.....	8
1.6 Definición de Variables.....	8
1.7 Limitaciones del estudio.....	10
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1 Conociendo sobre el cáncer.....	11
2.1.1 Definición y etiología.....	12
2.1.2 Categorías en las que se dividen los tumores cancerosos.....	14
2.1.3 Detección y diagnóstico.....	15
2.1.4 Factores de riesgo y prevención.....	16
2.2 Consecuencias psicológicas del cáncer.....	19
2.2.1 Impacto psicológico de la enfermedad en el paciente y la familia.....	20
2.2.2 Reacciones emocionales ante el diagnóstico de cáncer.....	21
2.2.3 Cáncer: la mirada del paciente.....	21
2.2.4 El cáncer vivido por la familia.....	23

2.3 Afrontamiento.....	24
2.3.1 Definición de afrontamiento.....	25
2.3.2 Estudios y evaluación del afrontamiento.....	28
2.3.3 Estilos y estrategias de afrontamiento ante y en la enfermedad.....	34
2.3.3.1 Estilos de afrontamiento.....	35
2.3.3.2 Estrategias de afrontamiento.....	38
2.4 Afrontamiento individual y familiar en la enfermedad oncológica.....	41
2.4.1 Viviendo con cáncer: el afrontamiento del paciente.....	41
2.4.2 Familia y enfermedad: el proceso de adaptación.....	45
2.4.3 Estructura y funcionamiento familiar en la enfermedad oncológica.....	48
2.4.4 La familia: desgaste físico y emocional ante el cáncer.....	50
2.4.5 Síndrome de sobrecarga del cuidador/a primario/a.....	52

CAPÍTULO III MÉTODO

3.1 Participantes y muestra.....	57
3.1.1 Grupo de pacientes.....	58
3.1.2 Cuidadores(as) primarios(as).....	60
3.2 Instrumentos.....	63
3.2.1 Ficha de identificación.....	63
3.2.2 Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).....	64
3.2.3 Entrevista de percepción del paciente con cáncer sobre su entorno familiar.....	68
3.2.4 Entrevista de la interacción familiar ante el diagnóstico de cáncer.....	69
3.3 Procedimiento.....	69
3.3.1 Diseño de la investigación.....	69
3.3.2 Recogida de datos.....	70
3.4 Procesamiento de datos.....	71

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 Relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento de la y el cuidador primario y la(el) paciente con cáncer.....	72
4.1.1 Intercorrelaciones de las estrategias de afrontamiento de las y los pacientes.....	73
4.1.2 Intercorrelaciones de las estrategias de afrontamiento de las y los cuidadores primarios.....	76
4.1.3 Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento de las y los cuidadores primarios y los(as) pacientes oncológicos.....	78
4.2 Diferencias entre el afrontamiento del cuidador(a) primario(a) y el paciente con cáncer.....	80
4.3 Capacidad predictiva de las estrategias de afrontamiento de la y el cuidador primario sobre las estrategias del paciente con cáncer.....	84
4.3.1 Capacidad predictiva de la reestructuración cognitiva de las y los cuidadores primarios para predecir el afrontamiento total de las y los pacientes.....	84
4.3.2 Predicción de las estrategias de afrontamiento de los/as pacientes por el afrontamiento de sus cuidadores/as primarios/as.....	85
CAPÍTULO V DISCUSIÓN.....	90
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES.....	101
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
APÉNDICE.....	113
ANEXOS.....	115

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad entendida socialmente como sinónimo de sufrimiento y muerte afectando el funcionamiento dinámico, psicológico, instrumental y la calidad de vida del paciente y su familia así como su identidad social (Baider, 2003). La manera en que se afronta una enfermedad tan devastadora como lo es el cáncer dependerá de varios factores tanto individuales como contextuales, la disponibilidad de recursos y las experiencias previas. El propósito de la presente investigación consistió en conocer la influencia de los estilos y estrategias de afrontamiento de las y los cuidadores primarios sobre las de los(as) pacientes con cáncer. El estudio de tipo transversal correlacional-causal, se llevó a cabo en la Unidad de Oncología del Hospital General Zona Sur (Puebla, México), en una muestra de 30 cuidadores/as ($\bar{X}_{\text{edad}}= 40.67$; 60% mujeres y 40% hombres) y 30 pacientes ($\bar{X}_{\text{edad}}=43,83$; 70% mujeres y 30% hombres) de nivel socioeconómico bajo en su mayoría. La información fue obtenida mediante el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI, Coping Strategies Inventory, Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989. Adaptación Mexicana de Nava, Ollua, Vega y Soria, 2008). El análisis de datos generó un modelo de predicción en el que las estrategias de afrontamiento de las y los cuidadores primarios que resultaron predictoras fueron: reestructuración cognitiva (RC), expresión emocional (EE), evitación de problemas (EP) y retirada social (RS). La reestructuración cognitiva (RC) fue la estrategia que mayor influencia tuvo en el afrontamiento total de las y los pacientes teniendo un R cuadrado de .232 y una $R=.481$, el valor para el estadístico F es de 8.45 con 29gl. En otros resultados las estrategias que se apuntaron como predictoras fueron: la reestructuración cognitiva (RC) de las y los cuidadores sobre la reestructuración cognitiva (RC) de los/as pacientes teniendo un valor de R^2 de .157 y un coeficiente de regresión de .813. La expresión emocional (EE) de las y los cuidadores primarios como predictora de la reestructuración cognitiva de los pacientes teniendo un valor de $R^2=.354$ y un coeficiente de regresión $B=-.590$. La evitación de problemas (EP) es utilizada en la misma medida por cuidadores/as y pacientes, teniendo un R^2 de .294 y un valor $B=.425$. Finalmente la retirada social (RS) de los cuidadores predice con un R^2 de .175 y una $B=.448$ la retirada social de las y los pacientes. Estos resultados permiten concluir que es fundamental dar atención psicológica y médica a las y los cuidadores primarios ya que al tener adecuados estilos y estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, éstos influyen de manera significativa en el afrontamiento del paciente oncológico. Si las y los cuidadores primarios enfrentan mejor la condición de enfermedad de su familiar, se contribuye a que el/la paciente enfrente de mejor manera el cáncer y su condición emocional, mental e inclusive tengan una salud familiar más sana que mejore su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

Cada día son más las situaciones y eventos de vida estresantes a los que tenemos la necesidad de afrontar y uno de éstos es la enfermedad. Cuando se da un diagnóstico de cáncer en una familia ésta se convierte en un pilar fundamental para el afrontamiento de la misma, sin embargo la persona encargada del cuidado de la o el paciente es quien asume una mayor responsabilidad, incluso de su recuperación.

La manera en que se afronta una enfermedad como el cáncer requiere que no solo el paciente sino su familia y principalmente su cuidador(a) primario(a) ponga en marcha acciones y conductas encaminadas a la búsqueda de respuestas propias de la enfermedad como la atención de todos los requerimientos psicosocioemocionales de la enfermedad. A través del proceso de enfermedad se dan cambios y modificaciones tanto en la persona como en la estructura, dinámica y funcionamiento familiar, por ello es determinante conocer la respuesta que tiene la familia, las y los cuidadores primarios y los/as pacientes con cáncer ya que mediante sus estrategias de afrontamiento sean adecuadas o inadecuadas se podrá conocer los recursos que tienen y no para sobrellevar una crisis de tal intensidad.

Cuando un miembro de la familia es diagnosticado con cáncer es sabido que el periodo posterior al diagnóstico es, en la mayoría de los casos catastrófico, pues pone intrínsecamente el tema de la muerte como centro de atención, de tal modo que el funcionamiento familiar se verá caracterizado por continuos cambios y momentos críticos, dando lugar a períodos de optimismo y lucha, y a otros de pesimismo, abandono y resignación (Rodríguez, 2006).

Las y los cuidadores primarios juegan un importante papel en la atención de las y los pacientes oncológicos, por ello, determinar cuáles son sus estilos y estrategias de afrontamiento ante el cáncer permitiría conocer si los pacientes afrontan de igual manera la enfermedad y por tanto establecer tanto intervenciones adecuadas para mejorar la salud física y mental de los cuidadores y en consecuencia favorecer un afrontamiento sano en las y los pacientes con cáncer.

Por lo anterior, surge la iniciativa de evaluar el afrontamiento de cuidadores(as) y pacientes y determinar en qué medida éstos influyen en el afrontamiento del enfermo(a), de tal modo que en el primer capítulo de la presente investigación, el lector encontrará los antecedentes que dieron lugar al presente estudio y a partir de los cuales se realizó el planteamiento del problema, seguido de esto se justifica la realización del estudio y los objetivos que pretende cubrir este trabajo, se plantean las hipótesis a las que respondió este estudio y finalmente se explican las limitaciones del estudio.

Posteriormente, en el segundo capítulo se presenta el marco teórico que sustenta este trabajo. Dentro de este apartado, se realiza un breve panorama de lo que es el cáncer, su etiología, categorías en las que se dividen los tumores cancerosos, detección y diagnóstico así como factores de riesgo y prevención. Así mismo se describen y explican cuáles son las reacciones psicológicas ante el diagnóstico de esta enfermedad y cómo vive el cáncer el/la paciente y el/la cuidador/a primario/a. En seguida se presentan las diferentes conceptualizaciones del afrontamiento, cuáles son los diversos instrumentos utilizados para su evaluación y se hace la diferencia entre los estilos y estrategias de afrontamiento.

Finalmente, en el segundo apartado de este capítulo se explica a detalle el afrontamiento individual y familiar ante el cáncer, de qué manera se modifica la estructura familiar debido a esta enfermedad, se describe cómo es afectada la

familia en el aspecto físico y emocional y se detallan los riesgos para el/la cuidador/a primario/a de la sobrecarga emocional.

La metodología ocupa el tercer capítulo, donde se detallan las características de la muestra, el tipo de muestreo como de la investigación y el procedimiento. Se argumenta del porqué de los análisis de la regresión múltiple además de las correlaciones y la prueba de diferencia de medias lo que permitió alcanzar los objetivos propuestos y corroborar las hipótesis enunciadas.

En el cuarto y quinto capítulos se presentan la descripción y discusión de los resultados, estructurándolos de acuerdo al orden de los análisis estadísticos realizados que dan respuesta a las hipótesis establecidas. Se explican los principales estilos y estrategias de afrontamiento adecuados e inadecuados de las-los cuidadores y pacientes, así mismo se expone el modelo de predicción de los estilos y estrategias de las y los cuidadores sobre las de los/as pacientes con cáncer. Se destaca que en ambos grupos los estilos y estrategias de afrontamiento utilizadas fueron tanto adecuadas como inadecuadas.

En el sexto capítulo se hace una recapitulación de los principales hallazgos del estudio. Igualmente se plantean algunas sugerencias y recomendaciones orientadas a la atención y promoción de la salud mental de estas personas. Finalmente se comparte con el lector un extracto de las historias de vida de pacientes y cuidadores.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN

1.1 Antecedentes

Existe una gran diversidad de enfermedades, las cuales obligan a modificar todos los aspectos de la vida de una persona y la de su familia, que probablemente persistirán por largo tiempo y que son causa potencial de muerte.

Por un lado, quien padece la enfermedad se enfrenta a condiciones de frustración, ira, negación, depresión y demás, y por otro lado, el/la cuidador/a primario/a y su familia tienen que tomar decisiones muy importantes y difíciles, reorganizarse, replantear expectativas y adecuar sus metas y objetivos a la situación, ya que el tratamiento de un enfermo no sólo involucra a éste, sino que también, de forma fundamental, a los demás integrantes de su familia, siendo el cuidador(a) primario(a) quien adquiere una responsabilidad mayor en el cuidado y atención del paciente con cáncer (Reyes, 2007).

En esta medida el cáncer es considerado como una de las patologías que mayor impacto produce actualmente en nuestra sociedad; según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo y calcula que, de no mediar intervención alguna, 84 millones de personas morirán de cáncer entre 2005 y 2015.

La enfermedad crónica sucede dentro de una familia, no en el aislamiento de una persona. Es por esto que el impacto alcanza abismos profundos en los contextos ecológicos, sociales, culturales y estructurales de la dinámica familiar. Tal impacto afecta el funcionamiento dinámico, psicológico, instrumental y la calidad de vida del paciente y su familia así como su identidad social (Baider, 2003).

Tomando en cuenta lo mencionado se entiende que la noticia de un diagnóstico difícil es uno de esos acontecimientos que genera una crisis y estado de duelo en pacientes y familiares, con un consecuente curso patológico o un afrontamiento saludable (Otero, 2000). Según las características de cada uno de estos individuos y de sus grupos familiares correspondientes. Las respuestas de la familia ante la enfermedad dependerán de una estructura previa de funcionamiento, de las experiencias acumuladas de afrontamientos a eventos importantes y una serie de mitos, creencias y tradiciones que se desarrollan y establecen alrededor del tiempo.

Las enfermedades y los tratamientos que las acompañan exigen que las personas que las padecen y sus cuidadores ya sean familiares u otros hagan esfuerzos para hacerles frente. Dichas demandas pueden plantear dificultades en cualquiera de las tres dimensiones de la salud, esto es: a nivel biológico, que implica la presencia de cansancio, dolor, problemas en la movilidad; a nivel psicológico, pueden aparecer respuestas de ansiedad y depresión y a nivel social, limitaciones al comer, hablar con los demás entre otras. En el caso del cáncer, la localización, el estadio de la enfermedad y el tipo de intensidad del tratamiento van a crear diferentes exigencias.

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer son muy impactantes para el paciente y su familia, es una representación de dolor, incapacidad y muerte. Por ello es importante que se ponga en marcha una estrategia de afrontamiento ya que ésta forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo, y es una de las

variables personales declaradas como intervinientes o participantes en los niveles de calidad de vida percibida (Suárez, Baquero, Londoño y Low, s.f).

El afrontamiento incluye todas las acciones dirigidas a tolerar, aminorar, aceptar e incluso ignorar aquellos eventos que no se pueden controlar. El estilo de afrontamiento adoptado dependerá de varios factores tanto individuales y contextuales entre los cuales se encuentran la evaluación que el individuo realiza sobre la situación o el evento estresante. La disponibilidad de recursos y las experiencias previas.

Los estilos de afrontamiento constituyen un fenómeno ampliamente estudiado desde la disciplina psicológica, identificándose como una importante variable mediadora de la adaptación del paciente y la familia a eventos altamente estresantes como lo son las enfermedades crónicas.

Son diversos los estudios (Rodríguez, 2006; Font y Cardoso, 2009; Ornelas y colaboradores, 2013; entre otros) que investigan el afrontamiento de los pacientes con cáncer ante la enfermedad por ejemplo, Oliveros, Barrera, Martínez y Pinto (2009) al estudiar el afrontamiento de pacientes con diversos tipos de cáncer encontraron que el mayor porcentaje se ubicaban en la categoría orientación al problema, resultando que utilizaban estrategias como resolución de problemas y búsqueda de apoyo social. En otros estudios la información que se tiene es que los pacientes utilizan estrategias de evitación ante la enfermedad (Llull, Zanier y García, 2003). Por su parte, Urquidi, Montiel y Gálvez (1999) estudiaron el afrontamiento en pacientes con cáncer de mama y el estilo más utilizado fue el afrontamiento pasivo. Los principales hallazgos de otros autores fueron que las pacientes tienden a enfrentar la enfermedad con estrategias cognitivas adecuadas; sin embargo, al recibir el diagnóstico el afrontamiento de mujeres y hombres estaba basado en la negación y evitación (Nobles y Brunal, 2009; Díaz y Yaringaño, 2010; Hernández, Pérez, Guerra, Treto y Grau, 2012; Baiocchi, Lugo, Palomino y Tam, 2013 y Galindo,

Álvarez y Alvarado, 2013) éstos estudios han contribuido al entendimiento de lo que vive una persona al padecer dicha enfermedad.

Es oportuno mencionar que ha sido poca la literatura encontrada que explique el afrontamiento ante el cáncer de la familia y en particular el del/la cuidador/a primario/a. Espada y Grau (2012) identificaron que los padres de niños con cáncer utilizan una gran variedad de estrategias, unas centradas en el problema y otras de tipo pasivo. Por su parte De la Huerta, Corona y Méndez en el 2006 y Guijarro en el 2010 encontraron que el afrontamiento de cuidadoras y cuidadores primarios de niños con cáncer tendía a ser predominantemente cognitivo activo y las estrategias utilizadas eran búsqueda de información y resolución de problemas.

Finalmente, en la búsqueda no se encontraron estudios donde se investigue cómo el afrontamiento del cuidador/a primario/a influye y/o impacta el desarrollo de los estilos y estrategias del/la paciente con cáncer.

Por todo lo anterior, en esta investigación se abocó a estudiar los estilos y estrategias de afrontamiento que desarrolla el(la) cuidador(a) primario(a) ante el diagnóstico y durante el transcurso de la enfermedad y a su vez el impacto que generan en los estilos y estrategias de afrontamiento del(la) paciente con cáncer.

1.2 Justificación

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo. La OMS (2011) calcula que, de no mediar intervención alguna, 84 millones de personas morirán de cáncer entre 2005 y 2015. Se prevé que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando y pasarán de los 11 millones en 2030. Rolland (1993) afirma que la variabilidad en el impacto psicosocial de la enfermedad está arraigado en las características psicológicas anteriores a la enfermedad.

En México, la tasa de defunción por tumores tiende a aumentar. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2011) menciona que de 1998 a 2008, la tasa de mortalidad por cáncer se incrementó, pasando de 57.7 a 66.6 por cada 100 mil habitantes. Entre las mujeres, el crecimiento fue de 59.6 a 66.7 por cada 100 mil habitantes, mientras que en hombres pasó de 55.6 a 66.5 cada 100 mil habitantes.

En Puebla la principal causa de muerte entre los hombres es el cáncer de próstata y en mujeres el cáncer de mama y cuello uterino (INEGI, 2011).

Es necesario realizar estudios sobre el afrontamiento de la enfermedad centrados en los(as) cuidadores(as) primarios(as), que permitan determinar aquellas situaciones en las que el individuo es vulnerable no sólo de una carga estresante sino de enfermar debido a la poca atención que se presta al papel que estas personas llevan a cabo. Un afrontamiento inadecuado de las situaciones estresantes, por periodos de tiempo prolongado tiene como consecuencia el desgaste físico y emocional de las y los cuidadores primarios lo que conlleva a una pobre calidad de vida. Por otro lado, un afrontamiento adecuado en condiciones de estrés permite la reestructuración de los problemas de forma negativa a positiva y una búsqueda de soluciones a los mismos sin que la salud mental se vea afectada.

Conocer de qué manera viven la enfermedad las y los cuidadores primarios ayudará no sólo a la detección y atención oportuna de patologías que pueden llegar a desarrollar sino a la contribución de personas sanas mentalmente y a su vez que tengan mejores herramientas para ayudar a su familiar enfermo, lo que tendrá como consecuencia una mejor adherencia al tratamiento y pronósticos en cuanto a salud mental más favorables.

Es importante estudiar los estilos y estrategias de afrontamiento de las familias ante una de las enfermedades que ocasionan mayor mortalidad en el mundo ya que al conocer el tipo de problemáticas emocionales vividas por la familia y su manera de afrontarlo se podrán generar, en las instancias correspondientes planes para

desarrollar mejores intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento y apoyo a las familias en las que alguno de su miembros ha sido afectado por el cáncer.

Por lo anterior esta investigación abordó el afrontamiento de los(as) cuidadores(as) primarios(as) desde una perspectiva que nos permitió estudiar el impacto que ha generado la enfermedad en su vida y en su salud física y mental. Así mismo conocer cuáles son los recursos psicológicos y emocionales con los que cuentan y cuáles son los que han tenido que generar para afrontar la enfermedad.

Por tal motivo y como se ha mencionado, el estudio de los factores familiares como los estilos de afrontamiento son fundamentales para desarrollar una intervención psicoterapéutica para las y los cuidadores primarios y los pacientes oncológicos.

1.3 Planteamiento del problema

El cáncer es una enfermedad entendida socialmente como sinónimo de sufrimiento y muerte. Es importante conocer y reconocer aquellas herramientas de las cuales dispone no sólo la persona enferma sino su familia y en particular su cuidador(a) principal para hacer frente a todas las demandas que la enfermedad presente.

Estudios en pacientes con cáncer, reflejan que el afrontamiento constituye una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos estresantes (Oliveros, Barrera, Martínez y Pinto, 2009). Por otro lado, investigaciones realizadas sobre el afrontamiento de padres con hijos enfermos de cáncer muestran que las estrategias utilizadas están centradas en el problema y búsqueda de información.

La mayoría de las investigaciones sobre estilos y estrategias de afrontamiento se han centrado en conocer éstos al ser desarrollados por los pacientes. Es muy

poca la literatura encontrada que involucre o se centre en las familias, principalmente en el/la cuidador/a primario/a y su afrontamiento ante la enfermedad de cáncer y la influencia de éste sobre el paciente.

En este sentido nos interesa conocer si un/a cuidador/a primario/a tiene un estilo de afrontamiento adecuado o inadecuado centrado en el problema y/o la emoción y el paciente utiliza el mismo estilo.

Justo es esto último el interés de la presente investigación: ¿Influyen los estilos y estrategias de afrontamiento de los(as) cuidadores(as) primarios(as) en las de los(as) pacientes con cáncer?

1.4 Objetivos

1.4.1. Objetivo General

1. Identificar la influencia que tienen los estilos y estrategias de afrontamiento de los(as) cuidadores(as) primarios(as) sobre los estilos de afrontamiento de los(as) pacientes con cáncer.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Determinar cómo se relacionan los estilos y estrategias de afrontamiento de los(as) cuidadores(as) primarios(as) y los estilos y estrategias de afrontamiento de los(as) pacientes con cáncer.
2. Identificar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento entre ambos grupos.
3. Conocer la influencia de las estrategias de afrontamiento adecuadas e inadecuadas centradas en la emoción y el problema de los(as) cuidadores(as) sobre las estrategias adecuadas e inadecuadas centradas en la emoción y el problema de los(as) pacientes.

1.5 Hipótesis

- H₁ Los estilos y estrategias de afrontamiento de los/as cuidadores/as primarios/as predicen los estilos y estrategias de afrontamiento de los/as pacientes con cáncer.
- H₀ Los estilos y estrategias de afrontamiento de los/as cuidadores/as primarios/as no predicen los estilos y estrategias de afrontamiento de los/as pacientes con cáncer.
- H₂. Existe una diferencia entre los estilos y estrategias de afrontamiento de los/as cuidadores/as primarios/as y las de los/as pacientes con cáncer.
- H₀. No existe una diferencia entre los estilos y estrategias de afrontamiento de los/as cuidadores/as primarios/as y las de los/as pacientes con cáncer.
- H₃ Los estilos y estrategias de afrontamiento de los(as) cuidadores(as) primarios(as) influyen en las de los(as) pacientes oncológicos.
- H₀ Los estilos y estrategias de afrontamiento de los(as) cuidadores(as) primarios(as) no influyen en las de los(as) pacientes oncológicos.

1.6 Definición de variables

Afrontamiento

En 1986 Lazarus y Folkman definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Posteriormente, este planteamiento teórico evolucionó hacia una teoría de las emociones y se ha orientado hacia posiciones constructivistas y cualitativas (Castaño y Del Barco, 2010).

Estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional (Fernández Abascal, 1997 citado por Castaño y Del Barco, 2010).

Por lo anterior, podemos entender los estilos de afrontamiento como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones (Castaño y Del Barco, 2010).

Estrategias de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento se definen como procesos concretos usados en los diferentes contextos y pueden cambiar en función de los estímulos que actúen en cada momento (Fernández Abascal, 1997 citado en Castaño y Del Barco 2010).

Según Watson y Greer (1972), citados por Suárez, Baquero, Londoño y Low (s.f.) se ha encontrado una asociación significativa entre la evolución de la enfermedad y las siguientes estrategias de afrontamiento: espíritu de lucha, evitación, fatalismo, preocupación ansiosa y desesperanza o indefensión.

Cuidador (a) primario (a)

Se denomina cuidador (a) aquella persona que de manera cotidiana asiste a un enfermo en sus necesidades tanto básicas como psicosociales, así mismo lo acompaña en sus actividades de la vida diaria. Es común que estas personas interrumpen su ritmo de vida habitual y limiten sus actividades sociales, al paso del tiempo esto repercute de forma negativa en su salud física y mental de igual modo se enfrenta a problemáticas de pareja, familiares, sociales, económicas entre otras (Domínguez, Zavala, De la Cruz y Ramírez, 2010).

Paciente con cáncer u oncológico

Se denomina así a aquella persona que sea diagnosticada con un crecimiento anómalo y descontrolado de células malignas en cualquier parte del cuerpo.

1.7 Limitaciones del estudio

En la presente investigación se encuentran como limitantes que se trabajó con una muestra no probabilística e intencional. Los resultados hallados en esta investigación no son generalizables a la población, pero pueden ayudar a entender poblaciones con las mismas características.

Otra de las limitaciones importantes en este estudio es que no se incluyeron otras variables contextuales en la explicación que pueden influir en las estrategias que los pacientes tienen para afrontar la enfermedad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El presente trabajo tiene como marco de referencia las estrategias de afrontamiento de la y el cuidador primario ante la enfermedad, particularmente el cáncer. En principio se aborda de manera general el tema del cáncer exponiendo principalmente su etiología, desarrollo y prevención. Como la persona con cáncer no está sola sino en la familia y ésta es un factor importante en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en el segundo apartado se explican las reacciones psicológicas que presentan paciente y familia ante la enfermedad y el cáncer. Por último, ya que la variable principal en esta investigación es el afrontamiento, se presentan los principales tipos de estilos y estrategias de afrontamiento, su relación con la enfermedad y el proceso de adaptabilidad del paciente, familia y cuidador(a) primario(a) al hacer frente al cáncer.

2. 1 Conociendo sobre el cáncer

En este apartado se explica de manera general qué es el cáncer, sus principales causas, consecuencias y se hace referencia a cuáles son las clasificaciones de los tumores cancerígenos. De la misma manera se habla de los principales estudios para su detección y diagnóstico. Finalmente se explican los factores de riesgo que pueden desencadenar dicha enfermedad así como los factores que pueden ayudar a prevenirla.

2.1.1 Definición y Etiología

El cáncer es una enfermedad quizá tan antigua como el surgimiento de los primeros organismos multicelulares en nuestro planeta (Cortinas, 1998); es un término utilizado para denominar a aquellas enfermedades en las cuales, células anormales se dividen sin control y pueden llegar a invadir otros tejidos; dichas células denominadas cancerosas pueden diseminarse a diversas partes del cuerpo ya sea por el sistema sanguíneo o linfático.

Las células normales del cuerpo crecen, se dividen y mueren en una forma ordenada. Las células normales se dividen con más rapidez en los primeros años de vida de una persona, hasta que alcanza la edad adulta. Posteriormente, las células sanas de la mayoría de los tejidos sólo se dividen para reemplazar las células desgastadas o moribundas y para reparar las lesiones. Debido a que las células cancerosas continúan creciendo, viven más tiempo que las células normales de tal modo que continúan formando nuevas células anormales (Instituto Nacional del Cáncer, consultado Junio, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) señala que el cáncer comienza en una célula. La transformación de una célula normal en una tumoral es un proceso que abarca varias fases y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Dichas alteraciones resultan de la interacción entre factores genéticos de una persona y tres categorías de agentes exteriores, a saber:

- Carcinógenos físicos (radiaciones ultravioleta e ionizantes).
- Carcinógenos químicos, como el amianto, componentes del humo de tabaco, aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) y arsénico (contaminante del agua de bebida).
- Carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos.

También se ha encontrado que las células cancerosas surgen como consecuencia de daños en el ADN (Ácido Desoxirribonucleico) sustancia que se encuentra en todas las células y dirige sus funciones. En las células cancerosas el ADN no se repara. El ADN dañado puede ser heredado y éste es responsable de los tipos de cáncer hereditarios (Instituto Nacional del Cáncer, consultado Junio, 2011).

Los primeros hallazgos del cáncer hereditario fueron encontrados en los grabados romanos. En 1700 los datos que aparecen son más científicos y a partir de 1960 se investiga cuáles son los genes alterados.

Existen factores importantes para que una persona pueda desarrollar un tumor cuyo origen sea hereditario, estos son: alta incidencia en la familia, afectación de al menos dos generaciones, órganos bilaterales afectados, la edad de diagnóstico inferior a la habitual en personas sin antecedentes familiares un posible tumor puede aparecer como media, entre los 55 y 65 años, si fuese hereditario, la media baja hasta los 40 (Núñez, 2008).

En la actualidad se conocen más de 100 diferentes tipos de cáncer, en su mayoría se les da el nombre del órgano o de las células en donde se originan, a este tipo se le denomina cáncer primario y puede crecer lo suficiente para causar síntomas, con el paso del tiempo y si no es detectado en fases tempranas algunas células cancerosas pueden esparcirse a otros órganos o partes del cuerpo; éstas se transportan a través de la sangre o el sistema linfático, cuando esto sucede el diagnóstico cambia y se le denomina cáncer secundario o metástasis. Algunas veces la persona se entera que padece cáncer hasta que aparecen síntomas de cáncer secundario.

Es importante hacer estudios sobre el cáncer ya que se ha convertido en la segunda causa de mortalidad en el mundo, esto se afirmó en la Conferencia Internacional sobre determinantes ambientales y ocupacionales del cáncer presentada por la OMS en 2011, hablando sobre estadísticas en 2008 hubo 12,7

millones de casos nuevos y 7,6 millones de defunciones. En el mundo el 19% de todos los casos de cáncer se atribuyen al ambiente, particularmente a los entornos de trabajo, lo que ocasiona la muerte de 1,3 millones de personas cada año; el cáncer afecta a todos los países del mundo, a veces de forma profundamente perturbadora y sobre todo a los países en vías de desarrollo.

2.1.2 Categorías en las que se dividen los tumores cancerosos

Los tipos de cáncer se pueden agrupar en categorías dependiendo del lugar en dónde empiecen; las categorías principales son las siguientes (Instituto Nacional del Cáncer, 2011): Carcinoma, Sarcoma, Leucemia, Linfoma y mieloma, Cánceres del sistema nervioso central.

- a) *Carcinoma*: Cáncer que empieza en la piel o en tejidos que revisten o cubren los órganos internos. Estos cánceres se originan en el epitelio. El epitelio es el recubrimiento de las células de un órgano. Los carcinomas constituyen el tipo más común de cáncer. Lugares comunes de carcinomas son la piel, la boca, el pulmón, los senos, el estómago, el colon y el útero.

- b) *Sarcoma*: Este tipo de cáncer empieza en el hueso, cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido conectivo y soportivo (tejidos blandos). Los sarcomas se encuentran en cualquier parte del cuerpo y frecuentemente forman crecimientos secundarios en los pulmones.

- c) *Leucemia*: Cáncer que empieza en el tejido en el que se forma la sangre, como la médula ósea, y causa que se produzcan grandes cantidades de células sanguíneas anormales y que entren en la sangre. Las leucemias se clasifican según el tipo celular en mieloide o linfocitoide, y cada una de ellas pueden manifestarse en forma aguda o crónica (Guías Clínicas Minsal, 2007).

c.1) *Linfoma*: Un linfoma es una proliferación maligna de linfocitos (células defensivas del sistema inmunitario), generalmente dentro de los nódulos o ganglios linfáticos, pero que a veces afecta otros tejidos como el hígado y el bazo; es decir, se inicia en el tejido linfático. Durante el desarrollo de esta enfermedad se produce una merma en el funcionamiento del sistema inmunitario (las células encargadas de la defensa del organismo) que puede ser más grave cuanto más se haya diseminado la enfermedad. En los casos en donde la médula es afectada pueden producirse anemia u otros cambios en las células de la sangre (DMedicina.com, 2009).

c.2) *Mieloma*: El mieloma es al igual que el linfoma un tipo de cáncer que se origina en la médula ósea. La médula ósea es el tejido que está dentro de los huesos y donde se producen las células de la sangre. El mieloma ocurre cuando el cuerpo produce demasiada cantidad de cierto tipo de células sanguínea llamadas células plasmáticas. Cuando esto sucede las células plasmáticas anormales se agrupan y forman tumores matando las células óseas a su alrededor e impidiendo que las demás células sanguíneas que el cuerpo necesita sean producidas (Familydoctor.org 2010).

Una vez definidos los tipos de cáncer es preciso saber de qué manera se puede detectar a tiempo y cómo se diagnostica.

2.1.3 Detección y diagnóstico

Existen diversos estudios así como acciones que las personas pueden realizar para detectar tumoraciones ya que la mortalidad por cáncer se puede reducir si los casos se detectan y tratan a tiempo. La detección temprana es primordial para conocer los síntomas y signos iniciales, esto facilitará el diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar que la enfermedad avance.

Las acciones que se llevan a cabo para la detección del cáncer son: autoexámenes, biopsia, que consiste en la remoción de una pequeña parte de tejido vivo para su análisis microscópico, ultrasonido, tomografía computarizada (TC), imágenes de resonancia magnética que muestran modificaciones en el tejido blando (Agency for toxic substances and disease registry, consultado octubre, 2011).

El tratamiento consiste en una serie de medidas e intervenciones que van desde apoyo psicosocial, cirugía, radioterapia o quimioterapia y cuidados paliativos cuya finalidad es curar la enfermedad o prolongar la vida así como mejorar la calidad de la misma. El tratamiento se prescribe de acuerdo al tipo de cáncer y la etapa en que se encuentra; esto último le ayuda al médico a estimar un pronóstico sobre la persona.

2.1.4 Factores de riesgo y prevención

Un factor de riesgo es cualquier cosa que potencialmente aumenta las probabilidades para que una persona padezca una enfermedad. Diversos factores de riesgo están implicados en los distintos tipos de cáncer que existen y aunque hay factores comunes es importante recordar que estos solo aumentan el riesgo de la persona, pero no siempre "causan" la enfermedad. Muchas personas pueden tener predisposición al cáncer y no desarrollarlo mientras que otras pueden no tener ningún factor de riesgo y desarrollar la enfermedad. No obstante, es importante conocer la existencia de factores que predisponen a las personas a desarrollar cáncer, de manera que se puedan tomar medidas apropiadas, tales como cambios de hábitos que afecten a la salud o controles periódicos con el fin de detectar un posible cáncer (García, Sánchez, Doreste y Serra, 2004).

La mayoría de los cánceres no tienen causas conocidas de origen químico, ambiental, genético, inmunológico o viral ya que también surgen espontáneamente por causas que son por lo tanto inexplicables. Es importante mencionar que una de

cada tres personas padecerá cáncer durante su vida (Agency for Toxic Substances and Disease Registry, 2007).

García, Sánchez, Doreste y Serra (2004) mencionan que además de los factores biológicos existen los denominados factores de riesgo exógenos y son:

- Agentes relacionados con el estilo de vida: fumar, mascar tabaco, consumo de alcohol, dieta, exposición al sol y sedentarismo.
- Agentes físicos y químicos: radiaciones, fumadores pasivos, asbesto, pesticidas, vapores orgánicos y otros.
- Virus como: virus del Papiloma Humano (VPH) o bacterias (*Helicobacter pylori*).

En países de ingresos bajos y medianos los principales factores de riesgo para padecer cáncer son: el tabaquismo, ya que este hábito es el responsable de padecer seis de las ocho principales causas de defunción en el mundo, alcoholismo, un alto consumo de azúcares y una dieta pobre en hortalizas y frutas, infecciones causadas por virus de hepatitis B, hepatitis C y virus del papiloma humano (VPH). Así mismo el cáncer cervicouterino, causado por el VPH es una de las principales causas de defunción por cáncer de las mujeres en países de bajos ingresos.

En la misma línea la OMS (2011) menciona que más del 30% de los cánceres podrían evitarse modificando o evitando los siguientes factores de riesgo:

- ✧ Consumo de tabaco
- ✧ Exceso de peso y/o obesidad
- ✧ Consumo insuficiente de frutas y hortalizas
- ✧ Inactividad física
- ✧ Consumo de bebidas alcohólicas
- ✧ Infección por VPH
- ✧ Contaminación del aire de las ciudades
- ✧ Humo generado en la vivienda por la quema de combustibles sólidos

Habiendo mencionado ya cuáles son los factores de riesgo ahora se mencionan las acciones que pueden ayudar a prevenir la aparición del cáncer incluso teniendo una predisposición genética. Este tipo de factores tienen que ver con el estilo de vida que las personas tienen en la actualidad ya que modificando ciertas conductas se pueden generar hábitos más saludables en pro del bienestar no solo físico sino mental.

Como es sabido el cáncer es una de las enfermedades que mayor riesgo tenemos de padecer actualmente, ya sea por la ingesta de una dieta inadecuada, no tomar acciones para controlar el estrés, mantener hábitos poco saludables como fumar e ingerir alcohol en proporciones desmedidas y el sedentarismo.

Por lo anterior nosotros mismos somos responsables en gran medida de padecer o no esta enfermedad. Aproximadamente desde hace 30 años se ha podido establecer que entre el 50% y 70% de los cánceres se pueden prevenir tomando acción en cinco aspectos importantes que son: el tabaco, infecciones, sustancias químicas, la dieta y los factores físicos. Principalmente el consumo de tabaco es la causa más fácilmente prevenible en todo el mundo, ya que el consumo o exposición al tabaco y sus derivados constituye una acción que la persona puede evitar.

Concerniente a los agentes infecciosos como virus y la exposición a sustancias químicas se sabe que los virus de hepatitis y papiloma humano son los principales causantes de cáncer. Realizarse chequeos médicos con cierta regularidad así como el estudio de Papanicolaou ayudará a prevenir en gran medida la aparición de cáncer. Evitar el contacto con insecticidas, asbesto (mesotelioma) e ingerir hormonas (mama, próstata) permiten una reducción considerable de padecer cáncer (Revista Médica Clínica Las Condes, 2010).

Finalmente consumir una dieta en la que se incluyan verduras, frutas, y buenas porciones de fibra contribuye a mantener una buena salud. Se ha comprobado que reducir la ingesta de grasas, azúcares, alimentos enlatados y

conservadores, permiten tener un sistema inmune sano. Siguiendo las recomendaciones anteriores no se tiene la certeza de no padecer cáncer pero sí se ayudará a prevenirlo. (Agency for Toxic Substances and Disease Registry, 2007).

Como se ha explicado el cáncer es una enfermedad que no afecta a una persona de manera aislada sino a su entorno familiar y social. Al hablar de dichas afectaciones éstas no son únicamente de índole físico ya que el cáncer tiene consecuencias psicológicas que no siempre son manifestadas por los pacientes y sus cuidadores pero que afectan de manera profunda la dinámica y funcionamiento familiar.

2.2 Consecuencias psicológicas del cáncer

Padecer cáncer no es únicamente el crecimiento interno de células malignas; es la generación de diversos sentimientos y emociones en su mayoría negativos tanto en la persona afectada como por los integrantes de su familia. Estos sentimientos pueden ir desde sensaciones de pérdida, ira, frustración, negatividad, impotencia y dolor, que con el paso del tiempo y dependiendo de las circunstancias pueden generar la aparición de patologías más complejas como depresión y suicidio entre otras.

En este apartado se pretende explicar de qué manera se ven afectadas las personas que padecen cáncer al igual que sus cuidadores, desde una perspectiva psicológica.

2.2.1 Impacto psicológico de la enfermedad en el paciente y la familia

Cuando una enfermedad ya sea aguda, crónica o terminal aparece en alguno de los miembros de una familia, esto puede representar un problema para el funcionamiento y composición familiar ya que se considera como una crisis dada la desorganización producida en conjunto y a nivel individual para cada integrante.

En el caso de enfermedades que van de agudas a graves, el grado de desajuste es grande pues la familia genera cambios homeostáticos en lapsos de tiempo muy breves y de corta duración ya sea por la rehabilitación del enfermo o por su muerte, en cuyo caso se enfrentarán al duelo. Las familias con posibilidades económicas pueden tener el apoyo terapéutico adecuado, sin embargo en México y particularmente en Puebla las familias de bajos recursos son muchas y no tienen ningún acceso a este tipo de ayuda, por consiguiente la pérdida de un familiar por enfermedad puede convertirse en una carga emocional que llevarán por mucho tiempo.

Las enfermedades que tienden a la cronicidad o que se convierten en terminales ocasionan que el paciente sea visto como diferente ya sea por sus nuevas necesidades de cuidados y alimentación, su aspecto físico, por su autoestima y estado de ánimo o por su capacidad para el trabajo lo que afecta el tipo de relación con los miembros de la familia y conocidos. Dicha relación puede deteriorarse lentamente hasta volverse irreversible y éste estado crónico en el sistema no sólo afecta el funcionamiento familiar sino también la evolución de la enfermedad. Al darse este tipo de situaciones durante el proceso de enfermedad la familia y el paciente sufren y se pueden generar cambios catastróficos en el seno familiar.

En este sentido, Fernández (2004) comenta que en la familia, el cuidador y especialmente en el paciente, los miedos siempre están presentes. La continua tensión emocional no permite que la familia funcione de manera natural; la angustia de no estar presente en el momento de la muerte, de no proveer los cuidados pertinentes, de que el enfermo descubra que va a morir o que la condición

económica de la familia es intolerable, genera mucho estrés especialmente para el cuidador. Aunado a esto el paciente teme no poder soportar la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y el remordimiento por las cosas que quedaron pendientes y que cree que no podrá resolver.

2.2.2 Reacciones emocionales ante el diagnóstico de cáncer

Cuando una persona es diagnosticada con cáncer, puede producir cambios psicológicos importantes en el paciente y en su familia, dependiendo del tipo de tumor diagnosticado, la localización del mismo, del tratamiento médico que se le esté administrando, de sus redes de apoyo, del momento evolutivo en el que se diagnostica, de la manera en cómo la persona afronta los problemas que la vida plantea, de su historia clínica entre otros factores. Por tanto, la experiencia con el cáncer difiere en cada paciente y en cada familia.

2.2.3 Cáncer: la mirada del paciente

Padecer cáncer genera un impacto emocional en el paciente, esto conlleva una serie de reacciones psicológicas como respuesta, en primer lugar a las dificultades que tienen que ver con la enfermedad como son: los síntomas, tratamientos, pruebas médicas, entre otras; seguido de sus vivencias ante la misma, concretamente, el significado que tiene para esa persona padecer cáncer, que influye directamente en su comportamiento e interacción con los demás, sus experiencias previas con situaciones similares y la reacción de otras personas.

En relación con lo anterior, Acevedo citado por Rodríguez (2006) afirma que la respuesta psicológica del paciente surge de la interacción entre diversos condicionantes externos (circunstancias) y la manera en que la persona reacciona a estas en función de su visión del mundo. Esta es una situación que afecta al

individuo en su totalidad y a todo su círculo de relaciones interpersonales por el estrés que genera.

Para algunas personas es vergonzoso padecer cáncer pues tienen la idea de que es algo “malo” o “sucio” y esto los hace ser y sentirse diferentes a los demás; al mantener este tipo de ideas tienden a evitar hablar de su enfermedad con familiares y amigos, lo que aumenta su sensación de soledad. Otros piensan erróneamente, que la aparición de su enfermedad es un castigo divino por algún mal comportamiento que tuvieron en el pasado o por situaciones de estrés a las que se han visto expuestos a lo largo de su vida, lo que genera intensos sentimientos de culpabilidad.

Como se ha mencionado existen factores de riesgo que favorecen la aparición de una enfermedad maligna (por ejemplo, el uso de tabaco y de alcohol), sin embargo no se ha encontrado evidencia de que factores psicológicos tales como la depresión, los disgustos o el estrés sean la causa del cáncer.

La tristeza es una emoción característica del paciente con cáncer; llorar frecuentemente y hacerse preguntas como ¿Por qué a mí?, ¿Qué hice para merecer esto? son pensamientos reiterados o bien, en ocasiones puede tenerse la sensación de no sentir nada, como un estado de anestesia emocional que con el paso del tiempo se dejará atrás.

El cáncer es una enfermedad que pone a prueba la capacidad de adaptación del paciente ante la nueva situación que le ha tocado vivir y todos los condicionantes que la acompañan. Como sugiere Rodríguez (2006) se debe tomar en cuenta que las reacciones psicológicas del paciente con cáncer se van modificando a lo largo del tiempo, pues a medida que la enfermedad avanza los síntomas se vuelven más incapacitantes y se considera la posibilidad de morir lo que pone de manifiesto las actitudes e ideas de lo que significa la muerte para el propio paciente además de las actitudes existentes ante el cáncer. Dichas actitudes condicionarán la reacción inicial

ante el diagnóstico y la manera en que se vive el proceso de la enfermedad y será la familia quién acompañe en este largo y difícil proceso al paciente.

2.2.4 El cáncer vivido por la familia

La familia desde su formación atraviesa por una serie de etapas que constituyen el ciclo vital de la familia, éste a su vez está afectado por diversas crisis como es el caso de la adolescencia o cuando uno de los integrantes se ve afectado por alguna enfermedad.

Muchas de las enfermedades agudas, crónicas, así como las que tienen riesgo de muerte generan en el seno de la familia un impacto negativo (Cabrera y Ferraz 2010). El cáncer es una enfermedad que impone al sistema familiar en su totalidad estrictas e inmediatas demandas, que dependerán de la severidad, grado de incapacidad, tipo de tratamiento y pronóstico de vida. Cada integrante de la familia se ve afectado de manera emocional y cognitiva que repercute en su conducta y en la vida cotidiana así como en la percepción que se tenga de la vida.

Durante el proceso de la enfermedad las familias se ven envueltas en ciclos repetitivos de enojo, desamparo, frustración, falta de control, de ajuste y readaptación. La enfermedad es percibida como peligro potencial de desintegración o como una oportunidad para el fortalecimiento, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y expectativas de cada miembro (Baider, 2003). Tan importante es saber cómo vive el paciente el proceso de enfermedad, como el entorno en el que lo hace.

El Cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), estima que en el año 2005 murieron 7.6 millones de personas, correspondiente al 13.6% de las muertes mundiales y que entre el 2005-2015 morirán 84 millones más.

Atravesar junto con el paciente una enfermedad que puede ir de crónica a terminal provoca una amplia gama de síntomas que afectan a quien padece la enfermedad y a la familia. Implica también para ambos aislamiento social, deformación interna y externa de la imagen corporal, rechazo, sobreprotección, invalidez, en muchos casos pérdida del puesto laboral, redistribución de los recursos económicos y planificación en cierto grado incierta del futuro (Cabrera y Ferraz, 2011).

Actualmente padecer cáncer no es sinónimo de muerte, sino que debe verse como una enfermedad crónica potencialmente curable, ya que los avances sanitarios desde la prevención hasta el tratamiento y el seguimiento al paciente una vez en remisión son eficaces en muchos casos y cuando la enfermedad se ha detectado en fases tempranas.

El diagnóstico de cáncer, ocasiona un impacto en la familia y la red social del paciente, esto implica reacciones que van desde lo biológico hasta lo comunitario y económico. Estas reacciones son determinantes en la forma en que afronta la familia el proceso de enfermedad de uno de sus miembros, llevando a un nuevo equilibrio u homeostasis familiar o a la disolución de la misma (Cabrera y Ferraz, 2010).

2.3 Afrontamiento

En este apartado se exponen las definiciones que diversos autores han hecho del concepto de afrontamiento. Seguido de eso, se presentan algunos de los instrumentos para la medición de éste y se definen los estilos y estrategias de afrontamiento.

2.3.1 Definición de Afrontamiento

El afrontamiento es un tipo de respuesta multidimensional y dinámica que se genera ante una situación percibida como estresante. Las respuestas ante el estrés son dadas mediante la interacción continua entre cada persona y su medio. En dicha interacción la situación será percibida como estresante o no por el individuo basada en diferentes factores psíquicos internos más que de las características objetivas del suceso. En función de esta percepción habrá una amplia gama de diferencias individuales en la respuesta ante distintas situaciones estresantes (Rodríguez (2006), citando a Lazarus y Folkman, 1986; Hamburg y Adams, 1967).

El interés por el afrontamiento (coping) ante el estrés y la enfermedad, siendo ésta última entendida como estresor, comenzó a desarrollarse hacia la década de los 60's y 70's, dando importancia a las actitudes que tiene un individuo ante un problema y por ende hacia la enfermedad. Aunque el concepto está relacionado con los mecanismos de defensa psicoanalíticos, se ha intentado separarlo de los mismos (Soriano, 2002).

En la actualidad se considera el afrontamiento de la adversidad como un aspecto muy relevante del funcionamiento personal, sin embargo tomado como objeto de estudio, el afrontamiento tuvo mayor relevancia con la revolución cognitiva, concretamente a partir del trabajo de Lazarus y Folkman en 1984, el cual ha sido utilizado como punto de partida de muchos trabajos.

Como se mencionó, aun cuando el tema ha sido utilizado como concepto psicoanalítico aludiendo a un mecanismo de defensa, Lazarus en 1966 planteó su teoría relacional del estrés como proceso personal de valoración y afrontamiento de situaciones. Tras años de investigación, el modelo ha demostrado su viabilidad para comprender cómo las personas manejan los estresores que encuentran en su vida.

Ongarato, De la Iglesia, Stover y Fernández (2009) citando a Frydenberg (1997), Lazarus (1991) y McGrath (1970) describen el estrés como una manifestación del desequilibrio entre las demandas externas o internas percibidas por el sujeto y los recursos disponibles con los que cuenta para enfrentarse a ellas. La presencia de un estímulo estresor implica una transacción del individuo con su entorno, que se caracteriza por una descompensación entre lo que de aquél se requiere y las herramientas que posee para enfrentar dicha tarea.

Las consecuencias negativas del estrés son reguladas por un proceso denominado afrontamiento. Entendemos entonces el afrontamiento como un esfuerzo cognitivo y conductual utilizado para manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés Halstead, Bennett, Cunningham (1993) citados en 2006 por Solís y Vidal.

De acuerdo con Lazarus (1974) citado en Rodríguez (2006) la reacción ante una situación estresante estará mediada por evaluaciones cognitivas que hace la persona de la misma y que contribuirán a su autoregulación. La autoregulación se realiza mediante dos tipos de procesos:

- 1) Acciones directas para manejar o cambiar el problema
- 2) Acciones de tipo paliativo, entre las que estarían procesos intrapsíquicos para manejar las emociones y actividades dirigidas al manejo de los síntomas somáticos del estrés

Según estos planteamientos, el estrés sería en gran medida un constructo mental, pues el estrés de la situación depende de la medida en que se valore como tal y no algo que sucede independientemente de la acción del individuo Singer (1984) citado por Rodríguez (2006).

El estudio del afrontamiento conlleva una gran diversidad conceptual y de modelos, no obstante al avance de los planteamientos teóricos, suelen aparecer dificultades a la hora de explicar la amplia gama de respuestas humanas en situaciones adversas (Font y Cardoso, 2009). Existen múltiples definiciones

planteadas por diversos autores. La tabla 1 concentra algunas definiciones de afrontamiento.

Para fines de esta investigación tomaremos el concepto desarrollado por Lazarus y Folkman en 1991 en el cual definen el afrontamiento como los “*esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*” (p.164). Esta definición ha sido adoptada en la mayoría de trabajos referidos al afrontamiento, sobre todo en el ámbito de la psicología de la salud (Soriano, 2002).

Tabla 1. Cuadro Comparativo de las Diversas Definiciones de Afrontamiento	
Lipowski (1970, p.91)	Toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones dañadas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible.
Weisman y Worden (1976-1977, p. 172)	Definen el afrontamiento como lo que uno hace ante un problema que percibe para conseguir alivio, recompensa, calma o equilibrio. Diferencian afrontamiento de defensa, en el sentido de que el afrontamiento busca solución a un problema que se plantea, mientras que la defensa busca el alivio mediante la evitación o la desconexión.
Pearlin y Schooler (1978, p. 27)	Definen el afrontamiento como toda respuesta ante eventos estresantes que sirve para prevenir, evitar o controlar el malestar emocional que generan dichos eventos estresantes. En función de esta idea el afrontamiento tendría tres funciones de protección que se producirían mediante los siguientes procesos: 1) manejando el problema que causa el malestar eliminando o modificando las condiciones que lo generan, 2) alterando el significado de la experiencia para neutralizar su significado problemático y 3) regulando el malestar emocional generado por el problema. La función que predomina estaría en función de la evaluación individual de la situación.
Caplan (1981, p. 102)	Define el afrontamiento como el comportamiento que hace el individuo para reducir a límites tolerables las manifestaciones fisiológicas y psíquicas de la activación emocional durante e inmediatamente después de un evento estresante. También afirma que moviliza los recursos internos y externos de la persona y desarrolla en ella nuevas capacidades que le llevan a cambiar su entorno o su relación con él, para reducir la amenaza o encontrar fuentes alternativas de satisfacción.

Fuente: Elaboración propia a partir de Soriano, 2002.

Casaretto, Chau, Oblitas y Valdez (2003) citados por Solís y Vidal (2006) mencionan que el afrontamiento contribuye a identificar aquellos elementos que intervienen en situaciones de la vida estresantes y síntomas de enfermedad. El afrontamiento actúa como un modulador de la perturbación emocional. Si es adecuado o positivo no se presentará dicho malestar, en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, incrementando el riesgo de mortalidad y morbilidad.

Actualmente, si bien la teoría de Lazarus mantiene sus aspectos esenciales, por una parte la ha convertido en una teoría de las emociones, incluyendo las valoraciones no estresantes de las situaciones, y por otra ha dado un giro epistemológico y metodológico hacia posiciones constructivistas y cualitativas, respectivamente (Cano, Rodríguez y García, 2007). Así como existen gran variedad de definiciones de afrontamiento, también existen instrumentos para su medición. En el apartado siguiente se describen algunos de esos instrumentos.

2.3.2 Estudios y evaluación del afrontamiento

A continuación se señalan cinco instrumentos para evaluar el afrontamiento, algunos de ellos basados en el modelo teórico de Lazarus y Folkman (1984).

A. Inventario de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping Inventory, WOC; Folkman y Lazarus, 1980).

Es el cuestionario más conocido y utilizado. En éste se pregunta a los sujetos acerca de sus pensamientos y conductas para hacer frente a una situación estresante determinada. Ha sido objeto de modificaciones desde su elaboración original. Consta de dos escalas Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1986) citados en Rodríguez (2006):

1) Estrategias centradas en la resolución del problema

2) Estrategias centradas en regular el malestar emocional ante la situación

Tiene ocho dimensiones: *Confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, planificación de solución de problemas, reevaluación positiva.*

La Figura 1 muestra esquemáticamente los tipos de afrontamiento del inventario.

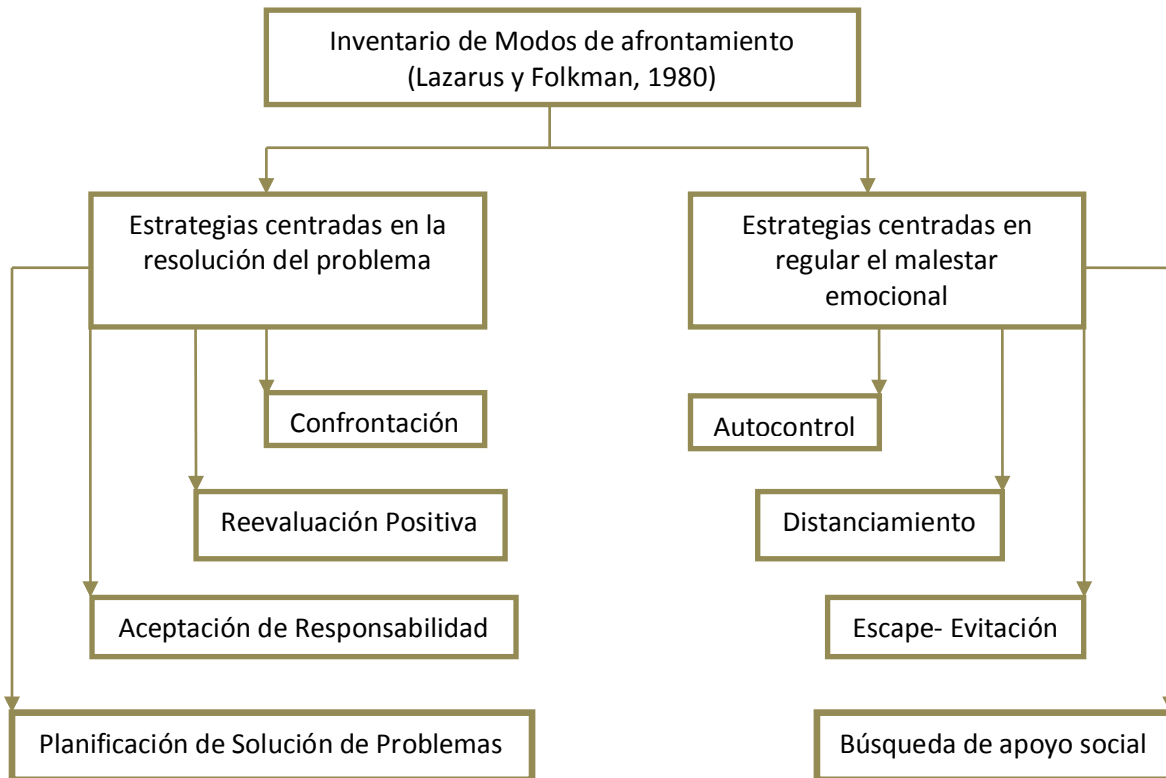


Figura 1. Tipos de Afrontamiento Integrados en la Escala de Modos de Afrontamiento

Fuente: Elaboración Propia a partir de Aliaga y Capafóns, 1996.

B. Brief COPE Inventory (Cuestionario Multifactorial de Afrontamiento, Carver, Scheier y Weintraub, 1989)

Desarrollado posterior al Ways of Coping Inventory (WOC) como alternativa al mismo, con la intención de lograr una mayor precisión en la formulación de los ítems y ampliar el número de áreas a evaluar incluyendo algunas que los autores consideraron de interés teórico (Crespo y Cruzado, 1997).

Los ítems y las escalas se basan en modelos teóricos como el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1986) y en el modelo de auto-regulación conductual de Carver y Scheier, además de basarse en datos empíricos.

El COPE se ha utilizado en varios estudios con enfermos oncológicos Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier y Robinson (1993); Crespo y Cruzado (1998); Schnoll, Knowles y Harlow (2002) citados en Rodríguez (2006).

Consta de una estructura multidimensional que permite la obtención de puntuaciones referentes a seis modos básicos de afrontamiento (cada uno con subescalas sumando 15 en total), los cuales permiten establecer patrones o estilos complejos de afrontamiento.

Los cinco modos básicos de afrontamiento que se evalúan en esta escala se observan en la Figura 2.

Una de las peculiaridades de este cuestionario es que puede ser aplicado en versiones tanto disposicional, esto es, lo que se hace habitualmente ante el estrés, como situacional (tomando una situación concreta), recurriendo en cada caso a una variación de las instrucciones a la hora de rellenarlo.

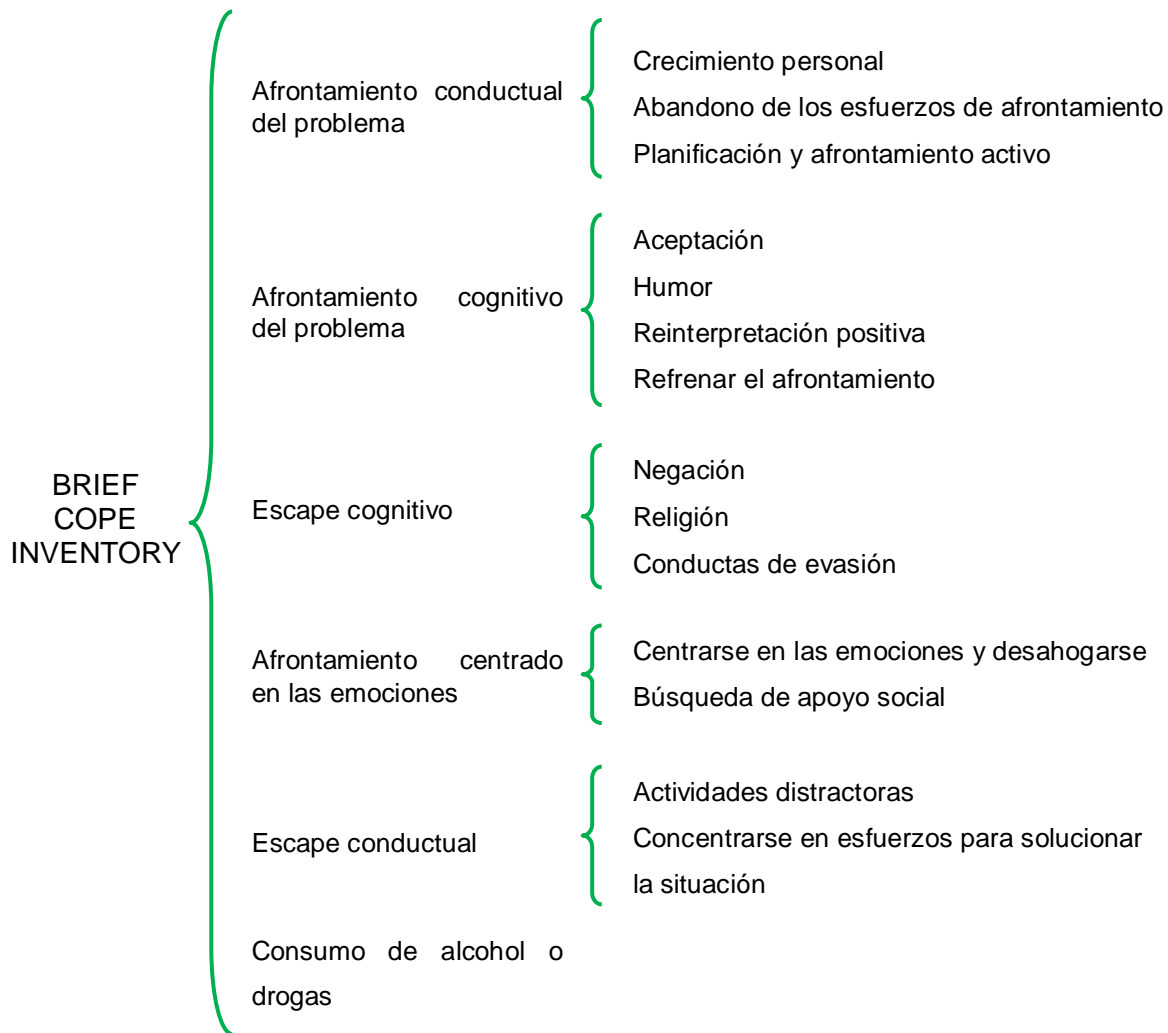


Figura 2. Estrategias de Afrontamiento Evaluadas en el COPE.
 Fuente: Elaboración propia a partir de Crespo y Cruzado, 1997

C. Escala Multidimensional Coping Inventory (MCI, Endler y Parker, 1990)

Fue construida para evaluar tres estilos de afrontamiento: estrategias orientadas a la tarea, orientadas a la emoción y orientadas a la evitación. Se reportó una alta validez de criterio con la prueba Ways of Coping Instrument de Lázarus y Folkman (1984), alta confiabilidad y correlación con medidas de depresión, ansiedad, patrón de comportamiento tipo A, neuroticismo y extraversión. En el estudio realizado por McWilliams, Cox y Enns (2003) citados en Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre (2006) teniendo una muestra de 298 pacientes diagnosticados con

trastorno depresivo mayor, la escala mostró una confiabilidad y validez factorial con el modelo de los cinco factores de la personalidad, así como también con las mediciones de distrés emocional.

D. Escala de Estrategias de Coping-Revisado (EECR, Charot y Sandín, 1993)

Charot y Sandín realizaron una versión modificada y mejorada del WCI. El instrumento está compuesto por nueve escalas:

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Focalización en la situación problema | 6. Búsqueda de apoyo profesional |
| 2. Autocontrol | 7. Autofocalización negativa |
| 3. Reestructuración cognitiva | 8. Expresión emocional abierta |
| 4. Búsqueda de apoyo social | 9. Evitación |
| 5. Religión o espiritualidad | |

E. Inventario de Estrategias de afrontamiento (CSI, Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989)

El CSI presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias. La persona comienza por describir detalladamente la situación estresante. Posteriormente la persona contesta 40 ítems y uno adicional que evalúa la autoeficacia percibida del afrontamiento.

Las escalas primarias que evalúa el CSI son las siguientes:

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Resolución de problemas | 5. Evitación de problemas |
| 2. Reestructuración cognitiva | 6. Pensamiento desiderativo |
| 3. Apoyo social | 7. Retirada social |
| 4. Expresión emocional | 8. Autocrítica |

De las estrategias antes mencionadas se dividen a su vez en 4 escalas secundarias y dos terciarias. En la Tabla 3 se puede observar la estructura y división

de la adaptación realizada por Cano, Rodríguez y García (2006) al Inventario de Estrategias de Afrontamiento propuesta por Tobin y colb. (1989).

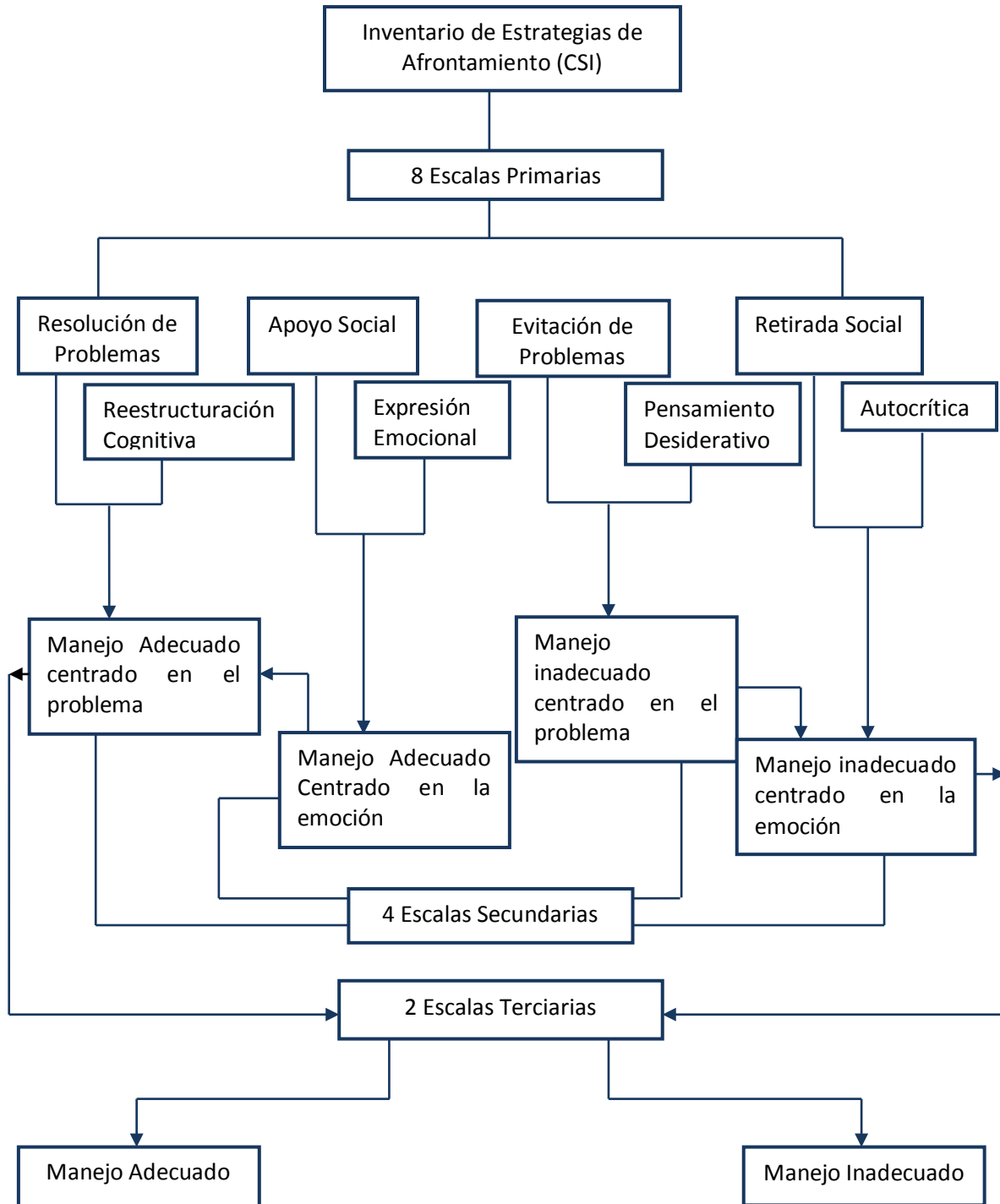


Figura 3. Escalas Evaluadas en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Fuente: Elaboración propia a partir de Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989

Una misma circunstancia estresante puede generar en las personas diversas respuestas que engloban pensamientos, sentimientos y conductas. Tales respuestas se conocen como estilos y estrategias de afrontamiento, De acuerdo con Pelechano (2000) ambos conceptos no son contrapuestos, sino más bien complementarios, siendo el primero formas estables y consistentes de afrontar el estrés, mientras que el segundo se refiere a acciones más específicas. Estilos y Estrategias se describen como reacciones ante situaciones problemáticas descritas y ante la necesidad de reducir la tensión que éstas generan se ponen en marcha distintos recursos cognitivos y comportamentales, pudiendo apuntalar el afrontamiento como una modalidad de funcionamiento que el individuo utiliza en su constante interacción con el medio, con el fin de adaptarse a él (Ongarato, De la Iglesia, Stover y Fernández, 2009).

2.3.3 Estilos y Estrategias de Afrontamiento ante y en la enfermedad

Las fuentes generadoras de estrés son diversas, puede ser una demanda ambiental, social o interna. Así mismo, pueden ser hechos positivos o negativos. Sin embargo, el grado de la reacción de estrés más que depender de estos eventos, dependerá del tipo de pensamientos evaluativos que tenga la persona. Un evento negativo no siempre ocasionará malestar, éste se origina cuando las demandas impuestas por la situación son valoradas como excedentes de las habilidades para afrontarlas. Los estresores presentan como características básicas el ser intensos, provocar tendencias incompatibles y ser incontrolables (Solís y Vidal, 2006).

El afrontamiento como concepto ha sido estudiado ampliamente y aplicado a diversos tipos de problemáticas, por ello es importante diferenciar dos conceptos relativos al afrontamiento y son: los estilos y estrategias de afrontamiento, ambos suelen ser utilizados para referirse a la manera en que las personas manejan las situaciones estresantes en su vida, de hecho existen marcos teóricos que combinan la perspectiva disposicional que representan los estilos de afrontamiento con la

perspectiva contextual que representan las estrategias de afrontamiento. Sin embargo, la noción de estrategia presenta ventajas con respecto a la de estilo, como es su modificabilidad y mayor capacidad predictiva, que la han convertido en más atractiva desde la perspectiva de la intervención y ha propiciado mayor interés de la investigación. Ya sean estrategias o estilos no se pueden separar del afrontamiento o de la personalidad de quien lo ejecuta, como lo demuestran las investigaciones que vinculan ambos constructos (Cano, Rodríguez y García, 2007).

2.3.3.1 Estilos de Afrontamiento

Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007) plantean que los estilos de afrontamiento son considerados variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación. Por su parte, Pelechano (2000) define los estilos de afrontamiento como formas estables y consistentes de afrontar el estrés y Vidal y Solís (2006) como aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinarán el uso de estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional.

Los conceptos antes mencionados no se contraponen uno a otro, sin embargo consideramos la definición de Vidal y Solís como punto de referencia para la presente investigación.

En suma, el afrontamiento incluye todas las acciones dirigidas a tolerar, aminorar, aceptar o incluso ignorar aquellos eventos que no se pueden controlar; el estilo de afrontamiento adoptado dependerá de varios factores entre los que se encuentran la evaluación que el individuo realiza sobre la situación o el evento estresante, la disponibilidad de recursos y sus experiencias previas.

Lazarus y Folkman (1986) plantearon la distinción entre el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional producto del problema y el dirigido a

manipular o alterar el problema. Los estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción surgen en su mayoría cuando el sujeto evalúa que no puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, y los estilos de afrontamiento dirigidos al problema tienen mayor probabilidad de aparecer cuando estas condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio.

Otra clasificación incluye estilos de afrontamiento activos y pasivos. Los primeros se refieren a aquellos esfuerzos hechos por el paciente para continuar con sus vidas a pesar del dolor. Este estilo de afrontamiento implica una confrontación adecuada de las propias emociones y se encuentra relacionado con un mejor nivel de la función inmune, mayor bienestar y estados afectivos positivos Carrobles, Remor y Rodríguez (2003) citados en Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007). Los estilos pasivos, por su parte, implican una tendencia a perder el control sobre la situación y se pasa a depender de otros; éstos se han relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional. El estilo de afrontamiento optimista se encuentra relacionado con mejor salud mental y favorecen la calidad de vida. Otros autores (Nobles y Brunal, 2009; Díaz y Yaringaño, 2010; Hernández, Pérez, Guerra, Treto y Grau, 2012; Baiocchi, Lugo, Palomino y Tam, 20013; Galindo, Álvarez y Alvarado, 2013) sostienen que los estilos más eficaces para afrontar la enfermedad crónica son el optimista, paliativo y el confrontativo.

Por su parte, Rodríguez, Pastor y López (1993) clasifican los estilos de afrontamiento en tres categorías fundamentales: 1. Aproximación y evitación, 2. Afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción y 3. Estilos de afrontamiento basados en las destrezas.

1. Aproximación y evitación. Aproximación y evitación son términos básicos para significar una actividad que está orientada hacia o se aparta de la amenaza. El afrontamiento aproximativo incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que aproximan al problema que está generando estrés o

emociones negativas. El afrontamiento evitativo incluye aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permiten escapar del problema.

2. Afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción. De estilos Lazarus y Folkman en 1980 demostraron que ambas formas de afrontamiento se usan en la mayoría de los encuentros estresantes y que las proporciones relativas de cada forma varían de acuerdo con la manera en que cada encuentro es evaluado. El afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción difieren en las facetas de la confrontación. El afrontamiento centrado en la emoción se usa para controlar la emoción estresante incluso alterando el significado de un resultado; el centrado en el problema se usa para controlar la relación perturbadora entre la persona y su circunstancia mediante la solución de problemas, la toma de decisiones y/o la acción directa.
3. Estilos de afrontamiento basados en las destrezas. Esta tercera categoría sobre estilos de afrontamiento se basa en el tipo de destreza que la persona hace intervenir en la respuesta de afrontamiento y que permite distinguir entre afrontamiento comportamental y cognitivo (Rodríguez, Pastor y López, 1993).

Frydenberg (1997) citado en Solís y Vidal (2006) realizó estudios basados en los conceptos de estrés y afrontamiento desarrollados por Lazarus. La autora se centra en el afrontamiento de adolescentes. Menciona dos estilos de afrontamiento considerados como productivos o funcionales, uno de ellos es el denominado "*Resolver el problema*", que aborda las situaciones estresantes de manera directa; el otro es el de "*Referencia hacia los otros*", que implica buscar soporte en otros y compartir preocupaciones. El último estilo es el "Afrontamiento no productivo" y es disfuncional ya que las estrategias utilizadas están orientadas a la evitación y no a la solución de problemas.

2.3.3.2 Estrategias de Afrontamiento

El afrontamiento como proceso implica constantes cambios puesto que el individuo de acuerdo al momento que vive es capaz de emplear diferentes estrategias para afrontar el suceso estresante, es importante recordar que en el estudio del afrontamiento la relación entre estilos y estrategias de afrontamiento puede ser fácilmente confundible, sin embargo podemos decir que si bien los estilos de afrontamiento son formas estables y consistentes de afrontar el estrés, al referirnos a las estrategias de afrontamiento éstas serán las acciones específicas que se generen para afrontar el suceso.

Las estrategias de afrontamiento se definen como procesos de afrontamiento concretos que se usan en los diferentes contextos y pueden cambiar en función de los estímulos que actúen en cada momento. En este sentido, los estilos de afrontamiento son formas de tipo personal, que se generan para abordar las situaciones, siendo difícilmente modificables. Así mismo, existe una relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento. A cada estilo le corresponden unas determinadas estrategias de afrontamiento (Suárez, Baquero, Londoño y Low, s.f).

Se han distinguido dos estrategias generales de afrontamiento: Orientada al Problema, la cual involucra intentos por realizar algo constructivo con las condiciones estresantes dañinas, amenazantes o que retan a un individuo, esto implica que el sujeto tendrá que definir el problema, buscar soluciones alternativas y considerar dichas alternativas a partir de su costo-beneficio, elección y aplicación Taylor (2007) citado en Oliveros, Barrera, Martínez y Pinto (2010).

Lazarus y Folkman en 1986 distinguieron dos grupos de estrategias orientadas al problema y una a la emoción: A. Las referidas *al entorno*, dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos y los procedimientos y B. Las referidas *al sujeto*, encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción

de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

Mientras que las estrategias orientadas a la emoción, que involucran esfuerzos para regular emociones generadas por la situación estresante (Taylor, 2007), se constituye por procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional y a su vez incluye conductas como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

Nava, Ollua, Vega y Soria (2008) replicando en la población mexicana los estudios de Cano Rodríguez y García (2007) del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal (1989) proponen las siguientes estrategias de afrontamiento de acuerdo con dos estilos de afrontamiento: **A. Manejo adecuado** y **B. Manejo inadecuado** del problema o situación estresante.

A. Manejo adecuado. incluye la resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante.

- Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
- Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
- Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.
- Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.

A su vez, las mismas estrategias se agrupan en una subcategoría de afrontamiento centrado en el problema y en la emoción.

A.1 Manejo adecuado centrado en el problema: incluye la resolución de problemas y reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación o su significado.

A.2 Manejo adecuado centrado en la emoción: incluye el apoyo social y expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante

B. Manejo inadecuado. Incluye las estrategias de evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica, sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

- Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
- Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- Retirada social: retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante
- Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Al igual que el manejo adecuado y sus consiguientes estrategias, el manejo inadecuado tiene una subcategoría centrada en el problema y en la emoción y se explica a continuación:

B.1 Manejo inadecuado centrado en el problema: están incluidos la evitación de problemas y el pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.

B.2 Manejo inadecuado centrado en la emoción: incluye la retirada social y autocrítica, reflejando un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

La categorización de estilos y estrategias hechas inicialmente por Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal (1989) retomadas por Cano, Rodríguez y García (2007) y Nava, Ollua, Vega y Soria (2008) aplicándolo a la población mexicana, abarcan todos los estilos y estrategias planteadas por diversos autores haciendo esta clasificación la adecuada para los fines de nuestra investigación.

2.4 Afrontamiento individual y familiar en la enfermedad oncológica

En este apartado se aborda el afrontamiento que hace el/la paciente, la familia y el/la cuidador/a primario/a. En este sentido se explican aquellas experiencias y situaciones problemáticas a las que se enfrentan las personas cuando uno de sus familiares es diagnosticado con cáncer y finalmente en cuanto a las y los cuidadores primarios se abordan las consecuencias del cuidado por periodos de tiempo prolongado en cuestión de salud física y mental.

2.4.1 Viviendo con cáncer: el afrontamiento del paciente

El cáncer como término y como afección se ha convertido en algo tan temido incluso más que la muerte misma, tanto para quienes no lo tienen y como para quienes lo padecen, significa temores impronunciados pues al hablarlos se convierten en calamidades. Este proceso, que se origina a partir de cualquier tipo de célula que se multiplica de forma desordenada, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades con manifestaciones y curso clínico muy variables en función del lugar y órgano que afecte la célula de origen.

El impacto psicológico como respuesta al diagnóstico de cáncer puede ser considerado de manera general, como un evento vital estresante que afectará no sólo a la persona que lo recibe sino a su familia, y como todo suceso estresante, el cáncer no produce el mismo impacto en todos los individuos. Algunos autores plantean que estas diferencias podrían estar en función de factores personales como edad, sexo, recursos y habilidades individuales, entre otros Cano (2005) citado en Nobles y Brunal (2009). Igualmente, se destacan factores relacionados con la enfermedad como el tipo de cáncer y su localización, condiciones físicas, gravedad de los síntomas y factores medioambientales como la eficacia de redes de apoyo social, actitudes de la comunidad y los cuidadores Hipkins, Whitworth, Tarrier y Jayson (2004) citados en Nobles y Brunal (2009).

Se hace necesario resaltar que enfermar de cáncer puede producir un gran impacto emocional en el paciente, el cual genera a su vez una serie de reacciones psicológicas siendo producto de las diferentes dificultades objetivas que tienen que ver con la enfermedad como son los síntomas, tratamientos, pruebas médicas, así como de sus vivencias subjetivas ante ésta: el significado que tiene para esa persona tener cáncer, que influye a su vez en su comportamiento e interacción con los demás, sus experiencias previas con situaciones similares y su reacción ante otras.

La vivencia del cáncer es altamente estresante, debido a que obliga a la persona a enfrentarse con temas tan amplios como la muerte, el sufrimiento, el dolor, el deterioro, la transcendencia, temas en los cuales cada una de las personas afectadas debe encontrar la respuesta y un sentido personal. Para esto debe integrar la enfermedad a su identidad y redefinir su relación consigo mismo, con los otros y con el entorno, así como con el sentido mismo de su existencia.

De acuerdo con Spencer (1998) citado en Nobles y Brunal (2009) más que un acontecimiento estresante aislado, el tener cáncer implica padecer una serie de acontecimientos estresantes interconectados. Los pacientes interpretan la situación como una amenaza para diferentes aspectos de su existencia: su vida, su integridad corporal, sus capacidades.

También se dan varias circunstancias que resultan difíciles para los pacientes como: la posibilidad de sufrir dolor físico, la necesidad de enfrentarse con sentimientos como cólera, ansiedad, tristeza, desesperación, el tener que modificar roles sociales y profesionales, la posible separación de la familia, las hospitalizaciones y pruebas diagnósticas, los tratamientos, la necesidad de comprender una nueva terminología médica, tener que tomar decisiones en momentos de estrés, la necesidad de depender de otros, la posibilidad de tener que modificar su concepto del tiempo, perder intimidad física y psicológica, entre otros (Matías, Manzano, Montejo, Llorca y Carrasco, 1995).

Algunas investigaciones dan cuenta de lo anterior. Por ejemplo, en un estudio sobre afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer (Llull, Zanier y García, 2003) hallaron que las estrategias de evitación hacia la enfermedad correlacionaron negativamente con la percepción de la calidad de vida; estos resultados coinciden con varios estudios realizados donde se encontró que las estrategias de aceptación estoica y desesperanza, que serían estrategias de evitación, implican consecuencias desfavorables en los pacientes, el fatalismo y la desesperanza se asoció a una disminución de la calidad de vida global, y las estrategias de resignación y catarsis (evitación cognitiva y conductual respectivamente) correlacionó con mayor deterioro psicosocial Stiebler Leal (1993) Ferrero, Toledo y Barreto (1995) Ibáñez y Rosbundo (1993) citados en Llull, Zanier y García (2003).

Las diversas estrategias de afrontamiento que los individuos despliegan ante situaciones estresantes, pueden o no ser efectivas, esto dependerá de si las estrategias utilizadas ayudan a resolver el problema, ya sea cambiando las condiciones ambientales, modificando la percepción de las mismas o del manejo pertinente de las respuestas emocionales. El resultado del afrontamiento (efectivo o inefectivo), tendrá un impacto importante en la vida cotidiana, de tal modo que una paciente con cáncer, experimentará cambios en diferentes esferas de su vida y, dependiendo del tipo de afrontamiento podrá manejar favorable o desfavorablemente dichos cambios. Los cambios conductuales que el individuo realiza ante la

enfermedad y el grado en que ésta afecta la vida cotidiana, han sido denominados como ajuste psicosocial a la enfermedad (Urquidi, Montiel y Gálvez, 1999).

Respecto a lo anterior Urquidi, Montiel y Gálvez (1999) en un estudio realizado con pacientes afectadas por cáncer de mama encontraron que el ambiente laboral, cuando éste se ve afectado como resultado del padecimiento, también se afectan las actividades del cuidado de la salud y las actividades domésticas; resaltan que el cáncer cambia la vida cotidiana de las pacientes de manera global; en este estudio esa globalidad fue observada en las relaciones que guardan las actividades domésticas, los estados emocionales y las actividades del cuidado de la salud.

En el mismo estudio se observó que el afrontamiento pasivo esto es, en la medida que las pacientes contienen sus emociones experimentan culpa y disminuyen su actividad general, como resultado se ven afectadas las actividades del hogar, la sexualidad, las relaciones familiares y sociales y, el estado emocional (Urquidi, Montiel y Gálvez, 1999).

El afrontamiento del paciente con cáncer no se refleja únicamente en su manera de sobrellevar la enfermedad y su actitud hacia la misma sino también en el desarrollo de su vida en general. Díaz y Yaringaño (2010) analizaron la relación entre el clima familiar y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, se encontró una relación significativa de modo directo, entre el afrontamiento positivo con el clima familiar, demostrándose que un buen clima social familiar favorece el afrontamiento positivo al estrés, confirmándose de este modo que el ajuste familiar frente al cáncer, puede percibirse como potencial de peligro de desintegración o como oportunidad para el fortalecimiento de la familia, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y las expectativas de cada miembro de la familia (Baider 2003).

2.4.2 Familia y enfermedad: el proceso de adaptación

La familia es considerada un verdadero agente del desarrollo social, célula en la cual se crea y consolida la democracia, donde se solucionan o acentúan las crisis sociales y donde la mayoría de los individuos encuentran afecto, seguridad e identidad. La familia es tomada como elemento activo que nunca permanece estacionaria, sino que pasa de una forma inferior a otra superior, así como la sociedad evoluciona de un estadio a otro. La familia es un producto del sistema social que refleja su cultura (Valladares, 2008).

El desarrollo del ser humano como proceso ocurre como en cualquier otro organismo vivo y se enmarca en una serie de sistemas relacionados unos con otros (Espinal, Gimeno y González, 2009).

La familia está formada por sistemas individuales que interactúan y que constituyen un sistema abierto, a su vez, también forman parte del sistema social y responden a sus tradiciones, cultura, expectativas, convicciones, desarrollo económico, concepciones ético-morales, políticas y religiosas. Es en la familia donde el sujeto aprende sus primeras experiencias, adquiere valores y una visión del mundo, en este grupo se da la primera fuente de socialización y constituye el primer espacio para el desarrollo de la identidad y la intermediación entre el individuo y la sociedad. La familia es el marco que contiene a los miembros que crecen en ella, se la concibe como un sistema abierto, como una totalidad. Cada uno de los miembros está íntimamente relacionado y, por lo tanto, la conducta de cada uno influirá en los demás (Minuchin y Fishman, 1985).

La enfermedad puede ser considerada como una crisis, debido al impacto que genera en el sistema familiar. El desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales estarán influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica de la familia en torno a ella (Fernández, 2004).

A partir de la confirmación del diagnóstico de una enfermedad crónica, degenerativa o terminal, la familia atraviesa por diversos cambios que afectan su estructura y dinámica interna, generando una nueva realidad para los miembros que la integran. En general, la familia adopta una rutina que rompe por completo con lo cotidiano y se enfrenta a nuevos retos. Reyes, Garrido, Torres y Ortega (2010) realizaron un estudio abordando a la familia y a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas para determinar los cambios en diferentes ámbitos al convivir por lo menos seis meses a partir del diagnóstico con dicho enfermo. Estos autores encontraron que la aparición de una enfermedad crónico-degenerativa trae consigo cambios en la rutina familiar, hábitos alimenticios, distribución de gastos, actividades laborales, escolares de los enfermos y de sus familiares.

La familia también se ve envuelta en una serie de sentimientos ambivalentes ante un familiar enfermo, lo que en ocasiones lleva a la mayoría de los familiares a alejarse de éste, evitando y delegando en algún otro integrante la función de cuidador, que en la mayoría de las ocasiones son mujeres (madre, hija o hermana), quienes a la vez se vuelven vulnerables física y emocionalmente. El diagnóstico de una enfermedad, exige al sistema familiar acoplarse a nuevos requerimientos y exigencias. Young (2002) citado en Guijarro (2010) menciona que el período inmediato al diagnóstico, es experimentado por la mayoría de los familiares como catastrófico, demandando una reorganización de la vida diaria alrededor de la persona enferma.

Además, los familiares se ven obligados a realizar cambios en la distribución y aseo de su casa teniendo que crear las condiciones sanitarias adecuadas en las que el paciente pueda vivir, así como a hacer cambios en su propia dieta, horarios de comidas y algunas actividades educativas o laborales y, en muchas ocasiones a deshacerse de mascotas (Reyes, Garrido, Torres y Ortega, 2010). La reacción de cada miembro de la familia ante el diagnóstico depende de su personalidad; experiencias previas con enfermedades, redes de apoyo con las que cuentan,

creencias religiosas, reacciones a crisis anteriores, así como del curso de la enfermedad y del tratamiento.

Guijarro (2010) menciona que el proceso de adaptación familiar a la enfermedad no se produce en un período de tiempo preestablecido o concreto ni tampoco sigue un patrón común en todas las familias afectadas. Por su parte, Rosman (1991) propone dos tipos de adaptaciones familiares disfuncionales cuando uno de los miembros padece una enfermedad crónica:

- a) Familias que responden de forma excesiva a la enfermedad. Esta mayor respuesta suelen hacer a las familias menos capaces de llevar a buen término los cambios vinculados al progreso normal del desarrollo de la enfermedad. Los cambios no indican flexibilidad. Por el contrario, implica el seguimiento rígido de una pauta de funcionamiento limitada, con menos alternativas para modificar roles y compartir responsabilidades.
- b) Familias desligadas, que evidencian su incapacidad para efectuar los ajustes que permiten prestar una adecuada atención al enfermo. La estructura distante de estas familias se ve reflejada en relaciones parentales y conyugales superficiales, en las cuales los padres expresan mal sus expectativas, no existe apoyo físico ni emocional en el cuidado del enfermo.

En el proceso de enfermedad, las familias deben enfrentarse a muchos problemas como: la sensación de impotencia, el sentir que sus vidas están gobernadas por la enfermedad, cambios en la dinámica familiar, cambios en la autoestima de los integrantes de la familia y el enfermo, incapacidad para convivir y aceptar la enfermedad, visitas al médico, cambios en el tratamiento, por mencionar algunas.

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia genera mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando, de manera que se generan

cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar (Guijarro, 2010).

Es así como el sistema familiar se convierte en una pieza clave y fundamental no sólo en el proceso de adaptación de la enfermedad sino durante el transcurso y tratamiento de la misma. Cualquiera que sea el tipo de familia que se enfrenta al diagnóstico de una enfermedad, ésta se coloca en una situación de indefensión y vulnerabilidad que compromete las funciones familiares generando en muchos casos un estrés permanente y difícil de afrontar.

2.4.3 Estructura y funcionamiento familiar en la enfermedad oncológica

Al igual que un sistema, la familia tiene una estructura y funciones que realiza de manera interna y externa. La familia posee una organización en su vida cotidiana con reglas de interacción y jerarquización de las relaciones existentes entre sus integrantes; esto nos permite clasificarla de acuerdo a los miembros que la componen (Espinal, Gimeno y González, 2009).

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia representa un problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Una enfermedad es considerada como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Al respecto Cortés-Funes, Bueno, Narváez, García y Guerrero (2012) en su estudio sobre funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología demuestran que familias psicológicamente funcionales, es decir, que brindan apoyo y resuelven conflictos, presentan una mayor adaptación psicológica en situaciones de estrés y reorganización familiar ante el diagnóstico y tratamiento de un familiar con cáncer.

Mientras que las familias disfuncionales, presentan peor adaptación y riesgo de morbilidad psicológica, tendiendo a un afrontamiento inadecuado de la enfermedad.

Los continuos avances tecnológicos e innovaciones médicas han posibilitado el incremento de los porcentajes de remisión del cáncer en etapas tempranas. De esta forma, se ha conseguido cambiar la etiqueta de enfermedad mortal e inabordable médicamente a generar en las familias unas expectativas reales de curación. Lo anterior implica modificar las percepciones y actitudes hacia el padecimiento. El trabajo más importante para el abordaje y la intervención psicosocial sobre el cáncer, se plantean desde una perspectiva de lucha activa y constante, centrada en intentar que la familia y el paciente se adapten y afronten los retos en las diferentes fases de la enfermedad.

Cabrera y Ferraz (2010) estudiaron el impacto del cáncer en la dinámica familiar y concluyeron que la repercusión en la familia de la enfermedad es catalogada y percibida como severa, modificándose la dinámica previa de la misma, tal repercusión fue observable en todos los aspectos biopsicosociales. En el mismo estudio puntualizan que una manera menos nociva para la familia es compartir unos con otros los sentimientos que los embargan para encontrar apoyo y comprensión y que esto los ayude a no sentir que luchan solos.

Es sabido que la familia como estructura y como unidad socio-afectiva debe abordar un elevado número de situaciones estresantes y complejas relativas a su funcionamiento tanto interno como externo. Principalmente se requiere una reestructuración de la vida diaria, afrontar cambios en las rutinas, en las actividades de los miembros familiares y, padecer limitaciones en la vida social y familiar. Pero también debe enfrentarse con aspectos relacionados con la enfermedad, como el diagnóstico, la incertidumbre respecto al pronóstico, los períodos de hospitalización, los cambios psicológicos y físicos en el paciente o la toma de decisiones respecto a los tratamientos entre otros.

De este modo, la vida familiar transcurre intentando conciliar las exigencias de la enfermedad y el estado del enfermo, con las demandas psicológicas, sociales y económicas del resto de los miembros familiares. El funcionamiento familiar se caracteriza por continuos cambios y momentos críticos, dando lugar a períodos de optimismo y lucha, y a otros de pesimismo, abandono y resignación.

La comprensión de los aspectos o factores que caracterizan el funcionamiento familiar requiere previamente disponer de una visión pormenorizada del significado del cáncer y de sus implicaciones médicas y psicosociales, y el impacto que genera en el enfermo, en la unidad familiar y en sus miembros.

2.4.4 La familia: desgaste físico y emocional ante el cáncer

Cuando se sabe de un diagnóstico de cáncer, se piensa en primera instancia en el enfermo y las situaciones adversas a las cuales se enfrentará a lo largo del proceso de enfermedad y tratamiento, sin embargo es poca la atención que se ha prestado al cuidador primario, quien atraviesa el proceso de enfermedad con el paciente además de atender diversas actividades dentro y fuera de su contexto familiar, es por esto, que el diagnóstico de cáncer suele darse al interior de la familia y no en el aislamiento de una única persona.

Castellano, Sánchez de Toledo, Blasco, Gros, Capdevila y Pérez (2010) afirma que la familia en su totalidad emprende la difícil tarea de adaptarse a una situación potencialmente estresante, caracterizada en su mayoría por incertidumbre y situaciones que están fuera de su control. La amenaza de la integridad del enfermo y su familia despiertan emociones y sentimientos que van desde la tristeza y la rabia hasta la protesta y desesperación.

Siendo el cáncer una enfermedad que impacta en todos los ámbitos de la vida de una persona incluida su familia, es ésta en donde recae la responsabilidad de cuidado y atención del enfermo. Acorde con las costumbres y educación en México

es común observar que el papel del cuidador sea asumido por un integrante de la familia, generalmente mujer, quien se convierte en el principal apoyo de la persona enferma, es decir en su cuidador principal (Barrón y Alvarado, 2009).

Uribe (2006) citado en Barrón y Alvarado (2009) refiere que el cuidado diario que se brinda a un familiar enfermo, por un periodo de tiempo indeterminado, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva riesgos para la salud de los individuos que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona. Esto es, la función que desempeña el cuidador principal para con el paciente puede ocasionarle problemas de salud físicos y mentales. Las y los cuidadores primarios ocupan un lugar esencial en la atención de estos enfermos, absorbiendo la carga principal de los cuidados. Sin embargo y a pesar de las repercusiones negativas que conlleva el cáncer tanto para el paciente como para el/la cuidador/a, es escasa la literatura que se ha centrado en el estudio y manejo de éstos/as.

En este mismo orden de ideas Torres, Beltrán, Perales, Atenógenes, Gonzáles, Quesada y Cruz (2006) mencionan que al estudiar las condiciones de vida del cuidador, particularmente los sentimientos de carga, se debe observar con detenimiento la tarea que realizan, pues el cuidar a un enfermo conlleva a menudo la aparición de diversos problemas de orden: físico, psíquico y socio-familiar, los que al paso del tiempo dan como resultado el síndrome de sobrecarga del cuidador primario, que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento.

Ahora bien, la edad del cuidador, su género, el parentesco que tiene con el enfermo, el tiempo que dedica al cuidado del paciente así como a otras actividades que realice dentro y fuera de la familia, son factores que pueden influir y afectar la salud del cuidador primario y generarle una sobrecarga tanto física como emocional.

Cuando se habla de desgaste físico en el cuidador primario, nos referimos al hecho de que hacerse cargo de una persona dependiente durante un periodo de

tiempo indefinido puede desencadenar problemas de salud en el cuidador ya que, cuando está sobrecargado, comienza a notar alteraciones en todos los aspectos de su vida. Entre las alteraciones físicas se encuentran el cansancio, dolor de cabeza, dispepsia (trastorno gastrointestinal), vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares. De los síntomas mencionados se ha concluido que la calidad del sueño tiene un impacto importante en varios aspectos de la calidad de vida de los cuidadores y que la ayuda al mejoramiento del sueño, brinda capacidad para atender a los pacientes y a sí mismos (Barrón y Alvarado, 2009)

Respecto a la sintomatología de desgaste emocional en el cuidador primario Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viáfara y Herrera (2006) concluyen que la depresión y la ansiedad son entidades subdiagnosticadas éste. La depresión y la ansiedad ocultas hacen que cuidadores no asistan a tiempo a los servicios de salud, en consecuencia estos trastornos se vuelven crónicos.

2.4.5 Síndrome de sobrecarga del cuidador primario

Cuando una persona asume el papel de cuidador no sólo lidia con la enfermedad y el enfermo sino con una serie de estresores que afectarán su salud física, mental, emocional que lo llevarán a una reorganización parcial o total de su vida. Se denomina cuidador a aquella persona que de manera cotidiana asiste a un enfermo en sus necesidades tanto básicas como psicosociales, así mismo lo acompaña en sus actividades de la vida diaria. Es común que estas personas interrumpen su ritmo de vida habitual y limiten sus actividades sociales, al paso del tiempo esto repercute de forma negativa en su salud física y mental de igual modo se enfrenta a problemáticas de pareja, familiares, sociales y económicas a las que se les ha denominado *carga* (Domínguez, Zavala, De la Cruz y Ramírez, 2010).

Tomado del inglés *burden*, el concepto *carga* se entiende como “estar quemado” originalmente descrito por Freudenberguer en 1974 denomina al agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado, relacionando éstas patologías con

dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra carente de estrategias adecuadas de afrontamiento para manejar la situación (Zambrano y Ceballos, 2007). Por su parte, Chamorro, Argoty, Córdoba, López y López (2009) definen la carga emocional como aquellas actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar a una persona que requiere asistencia total o parcial en sus actividades básicas cotidianas

A esta carga, se le han dado diferentes nombres: colapso, crisis, sobrecarga, burnout, síndrome del quemado, síndrome del cuidador, síndrome del cuidador principal, claudicación del cuidador. El síndrome de sobrecarga, se caracteriza por distintas y diversas sintomatologías que se cronifican al paso del tiempo, la gravedad del enfermo que está bajo su cuidado. Principalmente los síntomas de este síndrome son similares a aquellos del estrés y la depresión tales como (Domínguez, Zavala, De la Cruz y Ramírez, 2010):

- Aislamiento de amigos, familia y personas importantes y queridas
- Pérdida de interés en actividades que disfrutaba anteriormente
- Sentimientos de tristeza, irritabilidad, desesperanza e invalidez
- Cambios en el apetito y el peso
- Cambios en los hábitos de sueño
- Mayor susceptibilidad a enfermarse
- Intensa fatiga física y emocional (exhaustos)

En un trabajo efectuado en Holanda se entrevistaron a 212 cuidadores de pacientes que habían tenido un derrame cerebral y se les aplicó el cuestionario conocido como Caregiver Strain Index. Se encontró que mostraban riesgo de sobrecarga quienes cuidaban a pacientes con secuelas severas, sobre todo si los cuidadores eran mujeres, sin tenían poca edad o su condición física era débil (Vargas y Sánchez, 2012). Y Durón y Martínez (2009) mencionan que la dependencia parcial o total de pacientes con enfermedades crónicas discapacitantes puede llevar al cuidador a un desgaste físico, emocional y espiritual que se

manifiesta por cambios de actitud, irritabilidad, fatiga, ansiedad y depresión. Muchos cuidadores también se sienten culpables cuando emplean un poco de su tiempo para sí mismos y no en su familiar enfermo.

Las características del perfil del cuidador primario son: una sola persona asume gran parte de la responsabilidad de los cuidados; en su mayoría son mujeres y con una edad que oscila entre los 45 y 65 años. Es común este perfil ya que a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece que las mujeres tengan más capacidad de abnegación y sufrimiento (Domínguez, Zavala, De la Cruz y Ramírez, 2010).

Torres y Beltrán (2006) señalan que regularmente quien asume la tarea de cuidador es alguien que siente un compromiso moral o emocional con el enfermo. La tendencia a cuidar a la persona enferma se ve favorecida por motivos individuales como: el sentimiento de corresponder recíprocamente, la creencia de que los cuidados familiares son mejores, el sentimiento de tener que responder a las demandas sociales y cumplir con sus deberes. Los numerosos cuidadores “invisibles” dedican una considerable cantidad de tiempo y esfuerzo a la responsabilidad que han asumido, calculándose que más de la mitad, dedican en promedio 4-5 hrs/día inclusive dedicándose de tiempo completo al cuidado de su familiar.

En Argentina, se estudió la sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. Se aplicó la escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. El 82% de los cuidadores eran mujeres con una edad promedio de 51 años y el 67% eran familiares directos. La sobrecarga del cuidador tuvo una puntuación promedio de 48. Se estimó que el 44% no tuvieron sobrecarga, el 31% presentaron una sobrecarga leve y el 24% una sobrecarga intensa. Se pudo observar también que al aumentar la cantidad de horas dedicadas al cuidado del enfermo semanalmente, incrementaba el valor de la sobrecarga emocional (González, Graz, Pitiot y Podestá, 2004)

Expósito (2008) señala que las condiciones en las que se desarrollan estos cuidados frecuentemente no son las más adecuadas, lo que trae consigo numerosas consecuencias como son pérdida de autoestima y desgaste emocional severo que son producidos básicamente por:

- La transferencia afectiva de los problemas del enfermo hacia quienes le atienden.
- La repetición de las situaciones conflictivas.
- La imposibilidad de dar más de sí mismo de forma continuada que puede llegar a incapacitarle seriamente e impedirle continuar en esta tarea.

El agotamiento en la relación de ayuda se puede originar en un desequilibrio entre la persona que apoya, la que recibe esa asistencia y el ambiente donde esta se efectúa.

En México durante la segunda parte del año del 2006 se efectuó un estudio pionero con cuidadores de pacientes con dolor crónico y terminales, donde participaron 100 cuidadores a quienes se les aplicó la Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit. 67% de los cuidadores permanecía con su paciente más de 12 horas al día, 67% eran mujeres quienes ejercían el rol de cuidador primario, con una edad promedio de 47 años. El puntaje medio en la Escala de Zarit fue de 28 puntos, mismo que fue considerado como un nivel alto de sobrecarga, se observó que los cuidadores obtienen una media de 19 puntos en la escala de Zarit cuando el paciente se encuentra en fase paliativa y que la sobrecarga aumenta a 26 puntos cuando el paciente entra en la fase terminal (Alfaro, Morales, Vázquez, Sánchez, Ramos y Guevara, 2008)

Por su parte, Domínguez, Zavala, De la Cruz y Ramírez (2010) indican que los sentimientos de carga pueden ser objetivos o subjetivos. Serán objetivos cuando ocurre un cambio eventualmente demostrable y observable en el estado de salud, el

carácter o la personalidad y subjetivos cuando se tiene la impresión de sufrir un deber agotador y angustiante.

La responsabilidad del cuidado de una persona que vive en situación de enfermedad crónica implica que el cuidador maneje eventos vitales de la persona que está a su cargo y que dedique gran parte de su tiempo a ello; sin embargo, al asumir este papel, el cuidador debe poner en marcha estrategias de afrontamiento que le permitan lidiar con cada uno de los eventos difíciles que se presentan a lo largo del periodo de enfermedad, así mismo para enfrentar las problemáticas que se viven dentro de su contexto personal, familiar y social.

A manera de síntesis: el afrontamiento de la enfermedad, en particular el cáncer ha sido estudiado más ampliamente en el y la paciente, sin embargo es de gran importancia vincular el afrontamiento no sólo familiar sino aquel que hace el cuidador(a) primario(a) y su influencia en el del paciente, es por esto, la importancia de la presente investigación.

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Participantes y muestra

La investigación se llevó a cabo en una muestra de 30 pacientes de entre 18 y 73 años (media= 42.25) diagnosticados con diferentes tipos de cáncer y su cuidador(a) primario(a) que acudían a los servicios de la Unidad de Oncología del Hospital General Zona Sur (Puebla, México). De los 60 participantes 39 eran mujeres (65%) y 21 hombres (35%) (Figura 4).

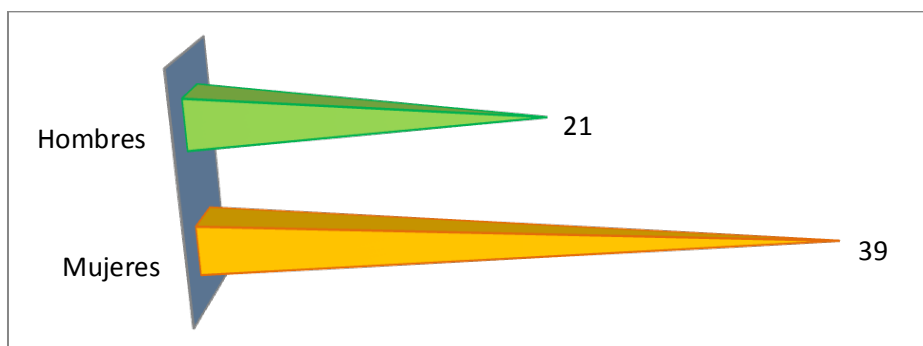


Figura 4. Muestra total de participantes por sexo

La muestra fue no probabilística e intencional ya que la elección de los/las participantes dependía de las características de la investigación; los sujetos fueron seleccionados como casos representativos de una población (Dorantes, 2010). Los criterios de inclusión fueron: los pacientes deberían tener entre 18 y 95 años de edad; haber sido diagnosticados con algún tipo de cáncer y que recibieran atención médica en la Unidad de Oncología del Hospital General Zona Sur (Puebla, México).

Las y los cuidadores primarios deberían ser personas que se dedicaran al cuidado y atención de los/las paciente, además que estuvieran involucrados con su tratamiento y los/las acompañaran a sus citas médicas.

3.1.1 Grupo de Pacientes

El grupo de pacientes (n= 30) se conformó por 21 mujeres (70%) y 9 hombres (30%) con una edad entre 18 y 73 años (media= 43.83) (figura 5).

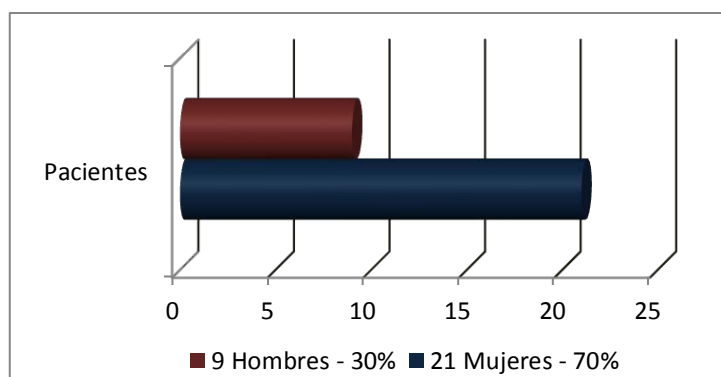


Figura 5. Grupo de pacientes por sexo

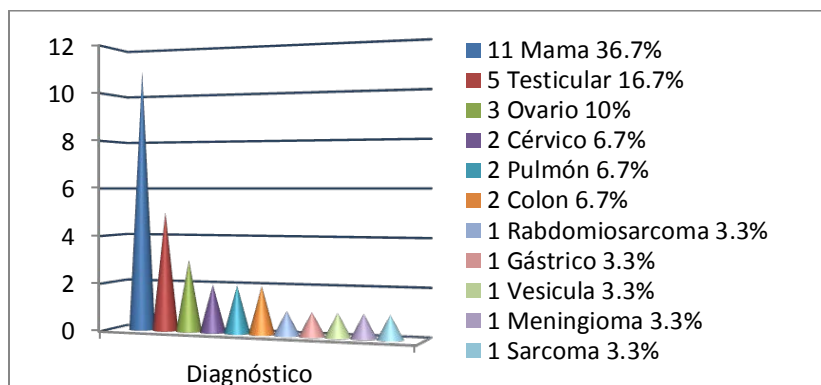


Figura 6. Tipos de cáncer diagnosticados

Se reportaron 11 tipos de cáncer diagnosticados (Figura 6) de los cuales 50% de los pacientes mencionaron tener cáncer metastásico. El cáncer de mama fue el

que tuvo mayor incidencia con un 37%. El cáncer de mama y el testicular fueron los más atendidos con un número de 16 casos en contraste con el cervicouterino con 2. De los tipos de cáncer desarrollados por sexo 53% fueron de mujeres y 16.7% de hombres.

La mayoría de los pacientes eran solteros y solteras seguidos de los casados(as) (Tabla 2), 70% de los/las pacientes tenían hijos e hijas (Tabla 3).

Tabla 2. Estado Civil de la Muestra de Pacientes

Estado	n	%
Solteros/as	14	46.7
Casados/as	10	33.3
Unión libre	5	16.7
Viuda	1	3.3
Total	30	100

Tabla 3. Pacientes con Hijos y sin Hijos

Hijos	n	%
Sí tiene	21	70
No tiene	9	30
Total	30	100

El 53% de los pacientes tenían escolaridad básica. El nivel primaria tuvo la mayor incidencia con un 37%, seguido de un 20% de personas que cursaron la preparatoria o bachillerato, sólo dos de los(as) pacientes no tenían ningún tipo de escolaridad, en contraste con los de nivel licenciatura con un 16% (Tabla 4).

Tabla 4. Escolaridad de la Muestra de Pacientes

Escolaridad	n	%
Nula	2	6.7
Primaria	11	36.7
Secundaria	5	16.7
Preparatoria/Bachillerato	6	20
Técnico Superior	1	3.3
Licenciatura	5	16.7
Total	30	100

De los(as) pacientes entrevistados(as) 2(6%) mencionaron no tener ningún tipo de religión, 25 eran católicos (83%), 2 profesaban la religión cristiana (6%) y 1 persona era creyente (3%).

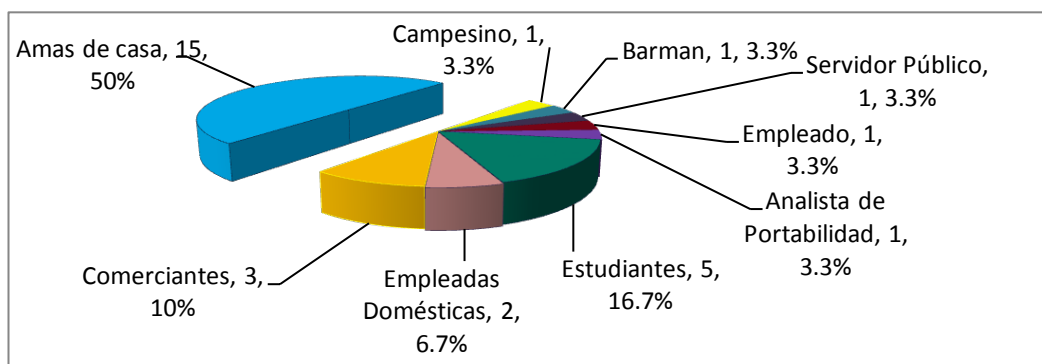


Figura 7. Ocupación de los pacientes oncológicos

El 50% de las pacientes se dedicaban a las labores del hogar y un 6.7% eran empleadas domésticas, el 10% no tenían un empleo formal y 13% tenían un empleo con horario fijo, solo una persona se dedicaba al trabajo de campo y una más era analista de portabilidad (Figura 7).

3.1.2 Cuidadores(as) Primarios(as)

El grupo de cuidadores/as primarios/as (n=30) estuvo conformado por 18 mujeres y 12 hombres, con una edad comprendida entre 17 y 61 años (media= 40.67) como lo muestra la Figura 8.

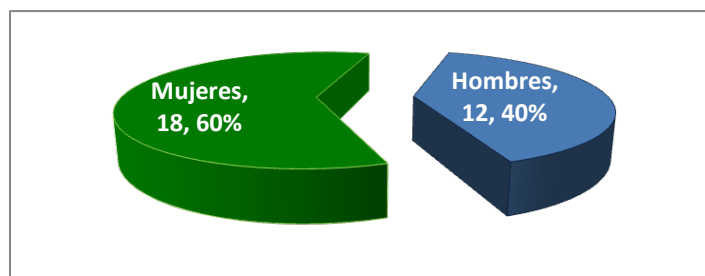


Figura 8. Grupo de cuidadores(as) primarios(as) por sexo

La mayoría de las y los cuidadores primarios fueron mujeres (Figura 9) con un total de 53.5%. Los esposos tuvieron una participación del 23% seguidos de los padres, hijos y hermano con 16.7%.

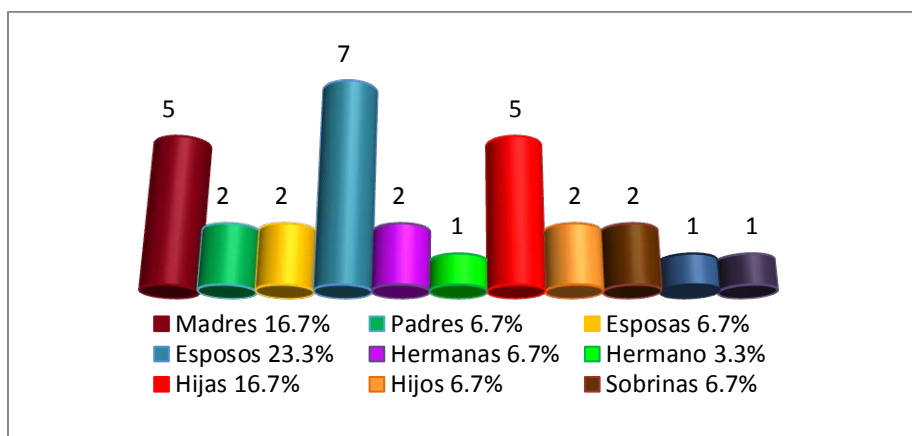


Figura 9. Parentesco de las y los Cuidadores Primarios

El 86% de los cuidadores primarios eran solteros(as) y casados(as) y 3 de los(as) cuidadores(as) vivían en unión libre (Tabla 5). El 80% de los(as) familiares cuidadores(as) tenían hijos (Tabla 6).

Tabla 5. Estado Civil del Grupo de Cuidadores(as) Primarios(as)

Estado	n	%
Solteros/as	10	33.3
Casados/as	16	53.3
Unión libre	3	10
Viuda	1	3.3
Total	30	100

Tabla 6. Cuidadores(as) con Hijos y sin Hijos

Hijos	n	%
Si tiene	24	80
No tiene	6	20
Total	30	100

En cuanto a la religión, 27 de los familiares cuidadores/as eran católicos/as (90%), 1 profesaba la religión cristiana (3%) y 2 cuidadores(as) mencionaron no tener religión (6%).

Tabla 7. Escolaridad de los(as) Cuidadores(as) Primarios(as)

Escolaridad	n	%
Nula	3	10
Primaria	11	36.7
Secundaria	5	16.7
Preparatoria/Bachillerato	4	13.3
Licenciatura	7	23.3
Total	30	100

El nivel primaria tuvo la mayor incidencia con un 36.7% seguido del nivel superior con un 23.3%, el nivel básico y medio superior tuvieron una incidencia del 30% (Tabla 7).

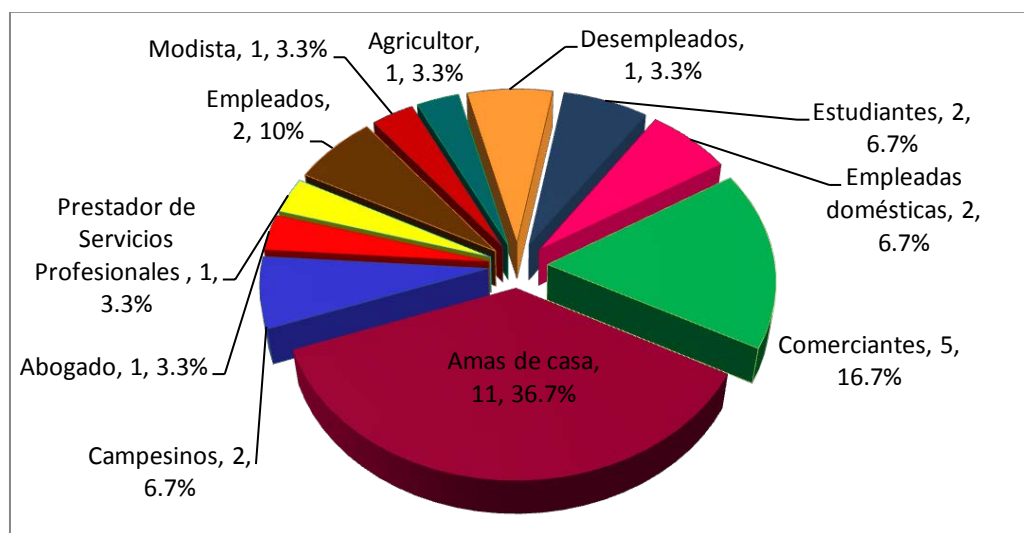


Figura 10. Ocupación de las y los Cuidadores Primarios

La mayoría de cuidadores(as) primarios(as) se dedicaban a las labores del hogar (36.7%), seguidas de los comerciantes (16.7%) y empleados (10%). Las personas con un salario y horario fijo representaron el 23%. De los(as) cuidadores(as) primarios(as) sólo el 3.3% no tenía ningún empleo.

3.2 Instrumentos

La información necesaria para este estudio se obtuvo de 4 instrumentos:

- a) Ficha de Identificación
- b) Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI, Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989).
- c) Entrevista de Percepción del Paciente con Cáncer sobre su Entorno Familiar.
- d) Entrevista de Interacción Familiar ante el Diagnóstico de Cáncer.

Cabe mencionar que la información recabada en las entrevistas no fue incluida en la investigación.

3.2.1 Ficha de Identificación

La Ficha de Identificación está constituida de preguntas cerradas y abiertas que recoge los datos personales y sociodemográficos tanto del paciente como de su cuidador(a). La información que se obtiene es:

Ficha de Identificación del Paciente (Anexo 1):

- Nombre paciente
- Fecha de Nacimiento
- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Escolaridad
- Diagnóstico
- Fecha de diagnóstico
- Tiempo de evolución
- Tratamiento
- Hijos/hijas
- Estado Civil
- Religión
- Lugar de Procedencia
- Con quién vive
- Servicios con los que cuenta su vivienda

Ficha de Identificación de la y del Cuidador Primario (Anexo 2):

- Nombre
- Parentesco
- Fecha de Nacimiento
- Ocupación
- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Estado Civil
- Hijos/hijas
- Religión
- Lugar de Procedencia
- Servicios en su vivienda

3.2.2 Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento –CSI– (Por sus siglas en inglés, Coping Strategies Inventory) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal (1989) con adaptación en México de Nava, Ollua, Vega y Soria (2008), evalúa y permite conocer los distintos tipos de estilos y estrategias de afrontamiento adecuadas e inadecuadas centradas en la emoción y el problema (Anexo 3).

El CSI (Tobin y Cols., 1989) se conforma de dos apartados:

1. Un primer apartado, que es una hoja en blanco y que en la parte superior hay una leyenda que invita a la persona a describir detalladamente una situación estresante, con el objetivo de encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en la vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a ello. Este apartado se evalúa cualitativamente. Cabe mencionar que para los fines de esta investigación la información de dicho apartado no ha sido incluida.
2. El segundo apartado es el inventario propiamente dicho. Consta de 40 ítems; es una escala tipo Likert. Las respuestas se codifican en cinco categorías: nada, un poco, bastante, mucho y totalmente. Una mayor puntuación refleja mejor la estrategia empleada. Al final de la escala se contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento.

El inventario CSI (Tobin y Cols., 1989) presenta una estructura jerárquica de los estilos y estrategias de afrontamiento compuesta por: A. Ocho estrategias primarias, B. Cuatro estrategias secundarias y C. Dos estrategias terciarias.

A. Las ocho sub-escalas primarias de Afrontamiento de las que se derivan los 40 ítems son:

1. *Resolución de Problemas (RP)*: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
2. *Reestructuración Cognitiva (RC)*: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
3. *Apoyo Social (AS)*: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.
4. *Expresión Emocional (EE)*: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.
5. *Evitación de Problemas (EP)*: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
6. *Pensamiento Desiderativo (PD)*: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
7. *Retirada Social (RS)*: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante.
8. *Autocrítica (AC)*: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

La distribución de los ítems de acuerdo a las escalas del CSI (Tobin y Cols., 1989) los recoge la Tabla 8.

Tabla 8. Escalas del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Escalas de Afrontamiento	Ítems
Resolución de problemas (RP)	01 + 09 + 17 + 25 + 33
Autocrítica (AC)	02 + 10 + 18 + 26 + 34
Expresión emocional (EE)	03 + 11 + 19 + 27 + 35
Pensamiento desiderativo (PD)	04 + 12 + 20 + 28 + 36
Apoyo social (AS)	05 + 13 + 21 + 29 + 37
Reestructuración cognitiva (RC)	06 + 14 + 22 + 30 + 38
Evitación de problemas (EP)	07 + 15 + 23 + 31 + 39
Retirada social (RS)	08 + 16 + 24 + 32 + 40

B. Las cuatro estrategias secundarias (estilos) de afrontamiento surgen de la agrupación de las primarias:

1. *Manejo adecuado centrado en el problema:* incluye las sub-escalas resolución de problemas (RP) y reestructuración cognitiva (RC), indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, modificando la situación o su significado.
2. *Manejo adecuado centrado en la emoción:* incluye las sub-escalas apoyo social (AS) y expresión emocional (EE), reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante.
3. *Manejo inadecuado centrado en el problema:* incluye las sub-escalas evitación de problemas (EP) y pensamiento desiderativo (PD), indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, ya sea evitando las situaciones estresantes o fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.
4. *Manejo inadecuado centrado en la emoción:* incluye las sub-escalas retirada social (RS) y autocrítica (AC), reflejando un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

C. Las dos estrategias terciarias que surgen de la agrupación empírica de las secundarias y que nos dan la categoría general de los estilos de afrontamiento son:

1. *Manejo adecuado*: incluye las sub-escalas de Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante.
2. *Manejo inadecuado*: incluye las sub-escalas de Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

La Figura 11 ilustra las categorías de afrontamiento antes mencionadas:

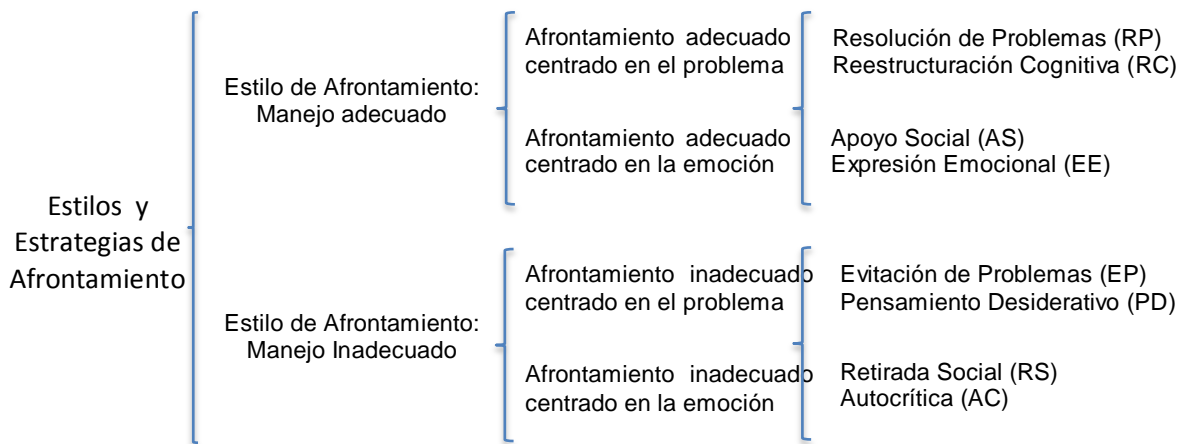


Figura 11. Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Fuente: Elaboración propia tomado de Coping Strategies Inventory (Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989)

El inventario se contesta a papel y lápiz y en un tiempo aproximado de 10 minutos.

En 1989 Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal propusieron el inventario original. En 2007 Cano, Rodríguez y García llevaron a cabo la adaptación a la población española y en 2008 Nava, Ollua, Vega y Soria lo replicaron. En el estudio de validación participaron 219 personas voluntarias, 68 hombres y 151 mujeres, con un rango de edad de 17 a 34 años. La muestra fue captada de manera incidental.

Nava y colaboradores (2008) confirmaron que el Inventario de Estrategias de Afrontamiento –CSI– (Tobin y colaboradores, 1989) presenta una buena validez y fiabilidad en población mexicana obteniendo un alfa de Cronbach de .8125, siendo esta fiabilidad mayor que en el estudio de Cano y colaboradores (2007) y más cercana a la de Tobin y colaboradores (1989).

3.2.3 Entrevista de Percepción del Paciente con Cáncer sobre su Entorno Familiar

La entrevista semi-estructurada se diseñó exprofeso para la presente investigación con la finalidad de obtener mayor información de las y los pacientes sobre su percepción del cáncer y su entorno familiar.

La entrevista está conformada por 4 apartados que recoge la siguiente información:

1. Ficha de Identificación
2. Información sobre la enfermedad (Cáncer)
3. Contexto familiar antes y durante la enfermedad
4. Impacto del cáncer en diferentes aspectos de su vida

3.2.4 Entrevista de la Interacción Familiar ante el Diagnóstico de Cáncer

Esta entrevista semi-estructurada se diseñó exprofeso para la presente investigación con la finalidad de obtener mayor información de las y los cuidadores primarios sobre diferentes ejes temáticos relacionados con su interacción familiar.

La información estuvo contenida en 5 apartados:

1. Ficha de Identificación
2. Antecedentes heredofamiliares de enfermedades, eventos de vida y crisis
3. Comunicación y relaciones familiares
4. Cuidado de la salud
5. Salud psicológica.

Como se mencionó los hallazgos de las entrevistas y el primer apartado del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI, Tobin y colaboradores, 1989), no se incluyeron en esta investigación.

3.3 Procedimiento

3.3.1 Diseño de la Investigación

La presente investigación se realizó en la Unidad de Oncología del Hospital General Zona Sur (Puebla, México), ésta comprende el análisis y la explicación de la relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento de las y los cuidadores primarios y si existe o no una diferencia entre el afrontamiento de ambos grupos, además de conocer la capacidad predictora del afrontamiento del cuidador/a primario/a sobre el del/la paciente con cáncer.

Para determinar lo anterior se optó por un diseño no experimental de tipo transversal correlacional-causal, ya que como señala Hernández- Sampieri, Fernández- Collado y Baptista (2006), este tipo de diseño se enfoca en la descripción y explicación de dos o más variables en un momento determinado, en términos de correlaciones y una vez que se establece la causalidad este modelo permite predecir el comportamiento de una o más variables a partir de otras.

3.3.2 Recogida de datos

Para realizar el estudio se hizo una petición por escrito al director de la Unidad de Oncología quien lo canalizó a la jefa de enseñanza de la misma unidad, una vez que fue evaluada la pertinencia de la investigación, fue dada la aceptación por escrito.

La jefa de enseñanza asignó un consultorio para llevar a cabo las entrevistas, en un primer momento y de acuerdo con los criterios de inclusión de la presente investigación ella pedía el consentimiento hablado a los(as) pacientes y a su cuidador(a) y determinaba, tomando en cuenta la salud de los mismos quién podría ser entrevistado(a).

El consentimiento se pidió hablado tanto a pacientes como a sus cuidadores(as) primarios(as) y se informaba de cuál era el objetivo de la investigación. Los datos de la ficha de identificación se recababan en la entrevista semi-estructurada a cuidadores(as) y pacientes respectivamente. Las entrevistas fueron llevadas a cabo cara a cara y por separado.

Posterior a la entrevista se explicaba cómo debía ser contestado el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Debido a que algunos participantes en ese momento se veían incapacitados para escribir era la facilitadora quien hacía las preguntas del cuestionario y contestaba de acuerdo con lo que el paciente o el (la cuidador(a) respondían respectivamente.

La duración de las sesiones oscilaba entre una hora y media y dos horas. Cabe mencionar que la necesidad de los/as cuidadores/as y pacientes de ser escuchados era muy grande y por tanto algunas sesiones llegaban a durar tres horas.

3.4 Procesamiento de datos

Para el análisis de los resultados se empleó el procedimiento de la estadística descriptiva e inferencial. La prueba de Kolmogorov Smirnof determinó que las variables utilizadas en la presente investigación tenían una distribución normal.

Para determinar las intercorrelaciones, es decir las correlaciones dadas entre las subescalas de afrontamiento de cuidadores(as) y pacientes para después correlacionar las de ambos grupos se utilizó la Prueba de Coeficiente de Correlación de Producto- Momento de Pearson.

La Prueba *t* de Student asumiendo igualdad de varianzas corroborado por la Prueba de Levene permitió hacer el análisis de diferencia de medias entre las estrategias de afrontamiento de los(as) cuidadores(as) primarios(as) y los(as) pacientes oncológicos.

Finalmente, para conocer la influencia del afrontamiento de los/as cuidadores/as primarios/as sobre el afrontamiento de los/as pacientes oncológicos se utilizó la Regresión Lineal Múltiple, este análisis permitió comprobar o no las hipótesis planteadas en el presente trabajo y determinó en qué medida el afrontamiento del/la cuidador/a primario/a predice el afrontamiento del paciente.

Todos estos datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS versión 21.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En este capítulo se encuentran los hallazgos de la investigación sobre afrontamiento y cáncer. Priorizando la claridad y comprensión es que los resultados se presentan de acuerdo al orden de los objetivos e hipótesis establecidas para esta investigación. El capítulo se divide en tres secciones, la primera trata sobre el análisis descriptivo de la relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento de las y los cuidadores primarios con los de las y los pacientes oncológicos. En la segunda sección se presenta una comparación entre el afrontamiento de los/as cuidadores/as primarios/as y de los pacientes, finalmente se establece la influencia entre los estilos y estrategias de afrontamiento de los(as) familiares cuidadores(as) sobre los de los(as) pacientes con cáncer.

4.1 Relación entre los Estilos y Estrategias de Afrontamiento de la y el cuidador primario y la/el paciente con cáncer

La relación entre las variables se trabajaron de acuerdo con la información del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI, Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989. Adaptación Mexicana por Nava, Ollua, Vega y Soria, 2008), éste se divide en 8 escalas que evalúan distintos tipos de estilos y estrategias de afrontamiento adecuadas e inadecuadas centradas en la emoción y el problema.

- Manejo Adecuado centrado en el problema: Resolución de problemas (RP), reestructuración cognitiva (RC).

- Manejo Adecuado centrado en la emoción: Apoyo social (AS), expresión emocional (EE).
- Manejo inadecuado centrado en el problema: Evitación de problemas (EP), pensamiento desiderativo (PD).
- Manejo inadecuado centrado en la emoción: Retirada social (RS), autocrítica (AC).

4.1.1 Intercorrelaciones de las Estrategias de Afrontamiento de las y los Pacientes

El análisis de las intercorrelaciones, es decir la relación entre las subescalas del Instrumento de Afrontamiento (CSI), resultantes de la muestra del grupo de pacientes arrojó la siguiente información.

La Tabla 9 revela diez intercorrelaciones altamente significativas entre las subescalas de estrategias de afrontamiento.

Tabla 9. Intercorrelaciones de las Subescalas del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de los Pacientes

Variable	RP	AC	EE	PD	AS	RC	EP	RS
RP		-.165	.177	.205	.484**	.587**	.238	-.188
AC			.275	.254	-.026	.168	.312	.188
EE				.186	.582**	.611**	.419**	-.354
PD					.100	.411**	.130	.041
AS						.743**	.425**	-.389**
RC							.566**	-.253
EP								.112
RS								

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

N= 60; n(cuidadores)= 30; n(pacientes)= 30

RP= Resolución de Problemas AC= Autocrítica EE= Expresión Emocional PD= Pensamiento Desiderativo AS= Apoyo Social RC= Reestructuración Cognitiva EP= Expresión Emocional RS= Retirada Social

La correlación dada entre la resolución de problemas (RP) y el apoyo social (AS) ($r = .484$) fue estadísticamente significativa, lo que nos dice que mientras mayor sea el apoyo social que se le brinde al/la paciente, éste/a podrá afrontar de una mejor manera las problemáticas que se le presenten. En cuanto a la expresión emocional (EE) y el apoyo social (AS) ($r = .582$) tenemos que cuando el/la paciente se siente apoyado(a) y respaldado(a) por las personas a su alrededor, la expresión de sus emociones se ve favorecida. Una cuestión importante al afrontar el cáncer es la forma de pensar sobre la enfermedad, al respecto la relación estadísticamente significativa entre la resolución de problemas (RP) y la reestructuración cognitiva (RC) ($r = .587$) establece que mientras exista una adecuada reestructuración cognitiva de los acontecimientos dados por la enfermedad, se facilitará la resolución de problemas que se presenten durante el curso y tratamiento del cáncer.

El cáncer es una enfermedad que afecta todas las esferas de la vida de una persona, una de estas esferas que puede verse afectada es el estado de ánimo, esto es, que el/la paciente reprima sus sentimientos y emociones, sin embargo al generar una buena reestructuración cognitiva (RC) de lo que sucede al enfermar permitirá una mayor expresión de las emociones (EE) ($r = .611$).

Una relación importante fue la resultante entre el pensamiento desiderativo (PD) y reestructuración cognitiva (RC) ($r = .411$) esta relación nos indica que un afrontamiento inadecuado basado en la emoción (pensamiento desiderativo) lleva a un afrontamiento adecuado centrado en el problema (reestructuración cognitiva).

Con una $r = .743$ el apoyo social (AS) y la reestructuración cognitiva (RC) explican una relación estadísticamente significativa entre ambas estrategias de afrontamiento, lo que se traduce en que un buen apoyo social brindado a la o el paciente permite una reestructuración positiva de sus pensamientos.

La utilización de estrategias de afrontamiento inadecuadas junto con otras adecuadas puede considerarse parte de la adaptación del paciente a la enfermedad como se presenta en la relación estadísticamente significativa entre la expresión

emocional (EE) y la evitación de problemas (EP) con una $r = .419$ donde el desahogo emocional por parte del paciente le hará evadir sus problemáticas ante el cáncer.

Se aprecia que la relación entre el apoyo social (AS) y la evitación de problemas (EP) con un valor $r = .425$ indica que una estrategia de afrontamiento centrada en la emoción y un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, evidencia que el apoyo social percibido por el/la paciente lo/la conduce a evadir aspectos negativos que conlleva la enfermedad (Tabla 9).

Como se ha mencionado los estilos y estrategias de afrontamiento adecuados e inadecuados están relacionados unos con otros cuando se trata de afrontar la enfermedad, como es el caso de la reestructuración cognitiva (RC) y la evitación de problemas (EP) ($r = .566$) esto se debe a que al realizar una reestructuración de pensamientos negativos acerca de lo que es padecer cáncer, el/la paciente se centra sólo en el aspecto positivo de sobrellevar la enfermedad, evitando cualquier aspecto negativo o problemático que le dificulte la adaptación y aceptación de su situación de enfermedad.

Resumiendo, se encontró que las estrategias que ponen en marcha las y los pacientes para hacer frente a la enfermedad son apoyo social (AS) y reestructuración cognitiva (RC), estas son de los estilos de afrontamiento adecuados centrados en la emoción y el problema respectivamente. Ambas estrategias tuvieron mayor número de intercorrelaciones con las otras subescalas. Entre el apoyo social y retirada social ($r = -.389$) se observa que al brindarle apoyo y contención al/la paciente éste/a permanecerá cercano a sus familiares y seres queridos.

Se puede decir que la utilización de estilos y estrategias de afrontamiento inadecuados ya sea centrados en la emoción o el problema son parte natural del proceso de adaptación a la enfermedad y las diversas problemáticas que ésta conlleva.

4.1.2 Intercorrelaciones de las estrategias de afrontamiento de las y los cuidadores primarios

De la misma manera en que el paciente tiene que hacer uso de distintos estilos y estrategias de afrontamiento una vez que ha sido diagnosticado con cáncer, el(la) cuidador(a) primario(a) tiene que asumir que su familiar, durante un periodo de tiempo considerable será parcial o completamente dependiente de él o su familia, será testigo de diversos cambios no solo en el comportamiento del enfermo sino de su dinámica familiar entre otros aspectos, por tanto el cuidador primario es igualmente vulnerable a la enfermedad y consideramos importante evaluar su afrontamiento ante la misma.

Los resultados de las intercorrelaciones de las Estrategias de Afrontamiento del familiar cuidador(a) primario(a) arrojan que siete de éstas son altamente significativas ($p < 0.01$) y una relación estadísticamente significativa con una $p < 0.05$ (Tabla 10). Al observar los datos se encuentra una relación estadísticamente significativa entre la resolución de problemas (RP) y la expresión emocional (EE), esto es, que un(a) cuidador(a) primario(a) tenga libertad a la hora de expresar sus emociones le permitirá solventar de una mejor manera las situaciones conflictivas que le sobrevengan, o bien, al percatarse de que ha podido manejar ciertos conflictos obtendrá la confianza suficiente para expresar su carga emocional. Utilizar estrategias adecuadas centradas en la emoción como son la expresión emocional (EE) y apoyo social (AS) ($r = .666$) permiten a la y el cuidador primario un desahogo de sus emociones siempre que sienta respaldo/a por aquellas personas cercanas a él/ella.

Otras estrategias de afrontamiento correlacionadas son la resolución de problemas (RP) y reestructuración cognitiva (RC) con un valor $r = .515$; en este caso no precisamente una persona debe conocer para cambiar, más bien puede cambiar para conocer, se refiere al hecho de que en la enfermedad pocas son las cosas que se pueden predecir, por ello, los/as cuidadores/as una vez que se percatan de que

han resuelto la situación problemática les da la pauta para generar una adecuada reestructuración cognitiva aunque es posible que suceda a la inversa (Tabla 10).

Tabla 10. Intercorrelaciones de las Subescalas del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de las y los Cuidadores Primarios

Variable	RP	AC	EE	PD	AS	RC	EP	RS
RP		.083	.393*	.260	.436	.515**	.102	.015
AC			.214	.084	-.034	.156	.337	.366
EE				.357	.666**	.680**	.634**	.283
PD					.271	.121	.324	.327
AS						.698**	.615**	.041
RC							.652**	-.019
EP								.333
RS								

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

N= 60; n(cuidadores)= 30; n(pacientes)= 30

RP= Resolución de Problemas AC= Autocrítica EE= Expresión Emocional PD= Pensamiento Desiderativo AS= Apoyo Social RC= Reestructuración Cognitiva EP= Expresión Emocional RS= Retirada Social

Se aprecia una relación entre la expresión emocional (EE) y reestructuración cognitiva (RC) con una $r = .680$, éstas son estrategias adecuadas, una centrada en el problema y otra en la emoción y al ser empleadas por el/la familiar cuidador/a promueven cierto equilibrio al poder expresar lo que sienten y a partir de eso generar mejores pensamientos frente a la situación estresante

La intercorrelación entre apoyo social (AS) y la reestructuración cognitiva (RC) ($r = .698$) se entiende puesto que teniendo buenas redes de apoyo social favorecerán el concepto y expectativas que tengan sobre el cáncer. Con una $r = .634$ la expresión emocional (EE) y evitación de problemas (EP) muestran que algunos(as) familiares cuidadores(as) tienen dificultades a la hora de afrontar situaciones estresantes.

Otra relación estadísticamente significativa que se aprecia en la Tabla 10 fue la del apoyo social (AS) y evitación de problemas (EP) con un valor de $r = .615$,

aunque son estrategias contrapuestas, se explican ya que al encontrar respaldo por parte de las personas que los rodean, es factible que las y los cuidadores promuevan ciertas actitudes evasivas ante sus problemáticas.

En otros resultados se encontró que cuando el/la paciente ha hecho una reestructuración de sus pensamientos puede centrarse en pensar de forma positiva permanentemente lo cual le lleva a la negación de sus problemáticas, esto lo observamos en la relación estadísticamente significativa dada por la reestructuración cognitiva (RC) y la evitación de problemas (EP) teniendo un valor $r = .652$.

Resumiendo, es importante señalar que las y los cuidadores primarios utilizaron con mayor frecuencia el apoyo social (AS) y la reestructuración cognitiva (RC) como estrategias de afrontamiento ante las problemáticas psicosocioemocionales asociadas al cáncer. Este afrontamiento es adecuado centrado en la emoción y el problema. Las estrategias que más tuvieron índice de intercorrelaciones fueron la reestructuración cognitiva (RC) y la expresión emocional (EE) ambas pertenecen a estilos de afrontamiento adecuados centrados en el problema y la emoción respectivamente. Tanto los y las cuidadoras primarias como sus pacientes utilizaron estrategias adecuadas e inadecuadas centradas en el problema y la emoción, sin embargo a las que les favorecieron más en ambos casos fueron reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional, siendo éstas del tipo adecuado.

4.1.3 Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento de las y los cuidadores primarios y los pacientes oncológicos

La Tabla 11 muestra los resultados de las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento de las/los cuidadores/as primarios/as y los pacientes con cáncer. Los datos refieren cuatro relaciones altamente significativas ($p < .01$) y una estadísticamente significativa ($p < .05$). La primera de ellas es el apoyo social (AS) y el pensamiento desiderativo (PD) con una $r = .507$ esto indica que cuando los(as)

cuidadores y cuidadoras informan haber encontrado a alguien que los(as) escuchó, haber pasado tiempo con amigos o personas de confianza, las y los pacientes informaron su deseo de que la situación nunca hubiera empezado o que de alguna manera terminara.

Tabla 11. Correlaciones de Pearson de las Estrategias de Afrontamiento de los(as) Cuidadores(as) Primarios(as) y los(as) Pacientes Oncológicos

Variable	RP	AC	EE	PD	AS	RC	EP	RS
RP	-.042							
AC	.027	.146						
EE	.022	.129	.032					
PD	.212	.034	-.161	.138				
AS	-.070	.085	.188	.507**	-.004			
RC	.207	.070	.296	.602**	.310	.397**		
EP	.099	.110	.274	.256	.144	.242	.542**	
RS	-.139	.017	-.027	-.181	-.359	-.321	-.042	.419*

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

N= 60; n(cuidadores)= 30; n(pacientes)= 30

RP= Resolución de Problemas AC= Autocrítica EE= Expresión Emocional PD= Pensamiento Desiderativo AS= Apoyo Social RC= Reestructuración Cognitiva EP= Expresión Emocional RS= Retirada Social

El análisis de la correlación entre la reestructuración cognitiva (RC) de los(as) cuidadores(as) y el pensamiento desiderativo (PD) de los(as) pacientes con una $r = .602$, muestra que para los/as cuidadores/as cambiar la forma en que perciben la situación de negativa a positiva o pensar en el lado bueno de las cosas favorece que los pacientes deseen poder cambiar lo que les sucede o imaginar que su situación podría ser diferente.

Por otra parte, se aprecia también una correlación altamente significativa en reestructuración cognitiva ($r = .397$), lo que nos indica que en la medida que los/as cuidadores/as primarios/as se convencen de que su situación no es tan mala como parece, y se fijan en el lado bueno del momento que atraviesan, lo hacen también los/as pacientes.

El puntaje en evitación de problemas (EP) con una $r = .542$ muestra un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema. En el caso de la y el cuidador primario, se reflejaría en negar que se atraviesa por una crisis conduce a no desarrollar recursos positivos para el afrontamiento de la enfermedad. Para el caso de los/las pacientes se entiende que si sus cuidadores/as primarios/as evitan los conflictos también ellos lo harán. La evitación de la enfermedad es un tipo de conducta en la cual se trata de ocultar u olvidar que se atraviesa por una situación difícil, se resta importancia al evento estresante (enfermedad) o bien se actúa como si nada estuviera ocurriendo.

Finalmente la correlación de la subescala retirada social (RS) arrojó una $r = .419$. Esta estrategia está orientada a la emoción de forma inadecuada. El(La) cuidador(a) y paciente al ser impactados(as) por la noticia y tratamiento de un diagnóstico de cáncer optan por conductas desadaptativas que están centradas en pasar tiempo solos(as), evitan acercarse a las personas, ocultan sus pensamientos y sentimientos, esto es un afrontamiento inadecuado emocional y conductual. En suma, las estrategias de afrontamiento de los(as) cuidadores(as) y los(as) pacientes con cáncer tienden a ser del estilo inadecuado centrado en la emoción (evitación de problemas y retirada social), teniendo como recurso positivo centrado en el problema la reestructuración cognitiva (RC). A pesar de que de manera aislada el afrontamiento de ambos grupos es adecuado, la interacción modifica las estrategias de afrontamiento. Es importante señalar que en esta investigación las mujeres en su mayoría son cuidadoras primarias y pacientes aunque se tuvo una importante participación de hombres, lo que explica el tipo de afrontamiento.

4.2 Diferencias entre el afrontamiento de las y los cuidadores primarios y el/la paciente con cáncer

Los datos de la comparación de los estilos y estrategias de afrontamiento de ambos grupos (Cuidadores/as primarios/as y pacientes) se pueden ver en la Tabla 12, éstos indican que a pesar de que, entre las medias hay diferencias, éstas no son estadísticamente significativas, todas con una $p > .05$.

Tabla 12. Prueba T de Student de Diferencia de Medias entre las Estrategias de Afrontamiento de los y las Cuidadores(as) Primarios(as) y los(as) Pacientes con Cáncer

	\bar{X}		SE	t	gl	Sig	
	Cuidadores	Pacientes					
RP	18.40	19.00	1.062	.824	.446	58	.657
AC	4.63	6.00	.946	1.151	.917	58	.363
EE	9.00	10.83	.897	1.055	1.324	58	.191
PD	12.80	13.57	.739	.860	.676	58	.502
AS	10.27	11.10	1.145	1.044	.538	58	.593
RC	10.80	12.53	.869	.875	1.406	58	.165
EP	5.90	7.23	.890	.698	1.179	58	.243
RS	6.57	6.00	.824	.883	-.469	58	.641
AT	78.20	86.17	4.712	4.113	1.274	58	.208

N= 60; n(cuidadores)= 30; n(pacientes)= 30

Se asumieron varianzas iguales.

RP= Resolución de Problemas AC= Autocrítica EE= Expresión Emocional PD= Pensamiento Desiderativo AS= Apoyo Social RC= Reestructuración Cognitiva EP= Expresión Emocional RS= Retirada Social

Los resultados obtenidos de la Prueba t de Student muestran que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la resolución de problemas (RP) por parte de los cuidadores primarios ($M= 18.40$, $SE= 1.062$) y los pacientes con

cáncer ($M= 19.00$, $SE= .824$; $t(58)= .446$, $p> 0.05$), lo que nos dice que estas estrategias adecuadas centradas en el problemas las utilizan en la misma medida, es decir, cuando los/as cuidadores/as luchan y se esfuerzan para resolver sus problemas, los/as pacientes actúan de la misma manera.

En cuanto a la autocrítica (AC) utilizada por los(as) participantes, no se reporta una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de cuidadores(as) primarios(as) ($M= 4.63$, $SE= .946$) y el de pacientes ($M= 6.00$, $SE= 1.151$; $t(58) = .917$, $p> 0.05$), lo que nos indica que entre más se culpen y reprochen los(as) cuidadores por aquellas situaciones en las que se sientan responsables, los pacientes responderán afrontando de la misma manera esa clase de eventos.

La diferencia entre la expresión emocional (EE) de los(as) cuidadores(as) primarios(as) con una $M= 9.00$ y de los(as) pacientes con cáncer con una $M= 10.83$, tampoco reflejaron diferencias estadísticas con un valor $t= 1.324$ y $58gl$ siendo la significación $p> 0.05$, lo que significa que los(as) cuidadores(as) se permiten desahogar sus sentimientos para reducir el estrés y expresar sus emociones, tanto como sus pacientes.

Otro resultado importante fue el dado por el pensamiento desiderativo (PD), como se ha mencionado es una estrategia inadecuada centrada en la emoción utilizada por los(as) cuidadores(as) primarios(as) ($M= 12.80$) cuando desean no encontrarse en ese tipo situaciones, esta estrategia es reflejada a los(as) pacientes ($M= 13.57$) quienes la utilizan en la misma medida con una $t= .676$, $58gl$ y un valor de probabilidad asociado $p> 0.05$

Respecto al apoyo social (AS) percibido por los/as cuidadores/as ($M= 10.27$, $SE= 1.145$), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas con el grupo de pacientes ($M= 11.10$, $SE= 1.145$; $t(58)= .538$, $p> 0.05$), esto es, que tanto cuidadores como pacientes les gusta ser escuchados, hablan con personas de su confianza,

permiten que sus amigos colaboren con ellos o bien piden consejo a algún amigo o familiar en quien confían.

Por otra parte, la reestructuración cognitiva (RC) en ambos grupos con una $M= 10.80$ y $M= 12.53$ respectivamente, sin encontrar diferencias estadísticas, demostraron que en la medida que los cuidadores asumen sus problemáticas cambiando la forma negativa de pensarlas en positivo o alentador, los pacientes actúan de la misma manera, lo que indica un afrontamiento adecuado centrado en el problema.

Para el caso de la evitación de problemas (EP) tanto de cuidadores ($M= 5.90$, $SE= .890$) como de pacientes ($M= 7.23$, $SE= .698$, $t(58) = 1.179$, $p > 0.05$) demostraron que utilizan en la misma medida dicha estrategia, siendo ésta del estilo inadecuado centrado en el problema, las conductas representativas de esta estrategia son evitar pensar en el evento estresante(enfermedad), tratar de olvidar lo que sucede, restar importancia a la situación y no preocuparse. ;

Finalmente el análisis de las medias en cuanto a la retirada social de los cuidadores ($M= 6.57$, $SE= .824$) demostró no tener diferencias estadísticamente significativas con los pacientes ($M= 6.00$, $SE= .883$; $t(58)= -.459$, $p > 0.05$), lo que indica que en la medida que los cuidadores se alejen de sus redes de apoyo, también lo harán los pacientes, desarrollando así un afrontamiento inadecuado emocionalmente.

Resumiendo, los resultados de la Prueba t de Student no arrojaron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, clínicamente podemos decir que al afrontamiento de cuidadores y pacientes no siempre es similar, pues cada uno asume roles distintos dentro de la dinámica familiar, que los hace vivir de manera distinta la enfermedad. El siguiente análisis nos indicará cuáles de las estrategias de afrontamiento de las y los cuidadores primarios tiene la capacidad de predecir la de las y los pacientes oncológicos.

4.3 Capacidad predictiva de las estrategias de afrontamiento de la y el cuidador primario sobre las estrategias de afrontamiento del paciente con cáncer.

Para saber la influencia de los estilos y estrategias de afrontamiento de los/as cuidadores/as primarios/as sobre los de los/as pacientes con cáncer se utilizó el procedimiento estadístico de la regresión lineal múltiple. Los resultados significativos de este análisis se observan en las Tablas 13 y 14.

4.3.1 Capacidad predictiva de la Reestructuración Cognitiva (RC) de las y los cuidadores primarios para predecir el Afrontamiento Total (AT) de las y los pacientes

El análisis de regresión múltiple mostró la existencia de una relación entre el afrontamiento total de los pacientes (AT) y la reestructuración cognitiva de los cuidadores primarios (RC). $Y = 61.551 + 2.279X_1$.

Tabla 13. Regresión Lineal Múltiple de las Reestructuración Cognitiva de los/as Cuidadores/as Primarios/as y el Afrontamiento Total de los/as Pacientes con Cáncer

Cuidador	Paciente	R	R ²	B	F	gl	Sig
Reestructuración Cognitiva		.481	.232	2.27	8.45	29	.007
	Afrontamiento Total			61.55			

Intervalo de Confianza (IC)= 95%

Los datos muestran que por cada unidad que se incremente la reestructuración cognitiva de los/as cuidadores/as primarios/as, el afrontamiento de los/as pacientes aumentará en 2.27 puntos, esto es, el afrontamiento total de los/as pacientes está determinado en un 23% por la reestructuración cognitiva que hacen sus cuidadores/as primarios/as, teniendo un R cuadrado de .232 y una R= .481, el valor para el estadístico F es de 8.45 con 29gl y una significancia de .007.

Con lo anterior se puede decir que se rechaza la primer hipótesis nula de esta investigación, esto es, se acepta la hipótesis alterna que plantea que existe una

relación causal entre los estilos y estrategias de afrontamiento de los(as) cuidadores(as) primarios(as) y las de los pacientes con cáncer, ya que el afrontamiento total de los pacientes está influido por un afrontamiento adecuado centrado en el problema de los cuidadores primarios.

4.3.2 Predicción de las estrategias de afrontamiento de los/as pacientes por el afrontamiento de sus cuidadores/as primarios/as

Los resultados de la regresión lineal múltiple de las estrategias de afrontamiento de los cuidadores primarios para la predicción del afrontamiento de los pacientes se aprecian en la Tabla 14.

En este sentido tenemos que por cada unidad que se incremente la puntuación en el pensamiento desiderativo (PD) de los cuidadores, el pensamiento desiderativo (PD) de los pacientes aumentará .596 puntos, es decir, esta estrategia (PD) predice en un 36% el pensamiento desiderativo (PD) de las y los pacientes. Entre más deseos tengan los cuidadores de no encontrarse o que termine esa situación los pacientes tendrán el mismo tipo de pensamientos ligados a su enfermedad. Esto lo comprueba la siguiente ecuación $Y = 7.13 + 0.596X_1$; en esta regresión se obtuvo un valor R cuadrado de .363 y el de $R = .602$, con un estadístico $F = 15.92$ con 29gl y un valor de probabilidad asociado de .000. Con los datos obtenidos en esta regresión se rechaza igualmente la primera hipótesis nula de la presente investigación, lo que muestra que el afrontamiento de las y los cuidadores en cuanto a la estrategia de pensamiento desiderativo (PD) predice la misma estrategia de afrontamiento (PD) en las y los pacientes, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna (Tabla 14).

Tabla 14. Regresión Lineal Múltiple de las Estrategias de Afrontamiento de las y los Cuidadores Primarios y las Estrategias de Afrontamiento de las y los Pacientes con Cáncer

Cuidadores	Pacientes	R	R2	B	F	gl	Sig
PD		.602	.363	.596	15.92	29	.000
	PD			7.13			
RC		.397	.157	.813	5.22	29	.001
EE		.595	.354	-.590	7.40	29	.008
	RC			9.05			
EP		.542	.294	.425	11.65	29	.002
	EP			4.726			
RS		.419	.175	.448	5.945	29	.021
	RS			3.057			

PD= Pensamiento Desiderativo RC= Reestructuración Cognitiva EE= Expresión Emocional EP= Evitación de Problemas RS= Retirada Social
IC= 95%

El análisis de regresión lineal múltiple para predecir la reestructuración cognitiva (RC) de los pacientes a partir de la reestructuración cognitiva (RC) y expresión emocional (EE) de los cuidadores muestran para la reestructuración cognitiva (RC) un valor asociado de $R = .397$ y un R cuadrado de $.157$, mientras que al incluir la expresión emocional (EE) de los cuidadores primarios se consigue aumentar el valor de $R = .595$ y el de R cuadrado a $.354$. La relación para estas variables se expresa en la siguiente ecuación $Y = 9.05 + 0.813X_1 + (-0.590X_2)$; esto es, por cada unidad que se incremente en la puntuación de reestructuración cognitiva de los cuidadores, la reestructuración cognitiva de los pacientes aumentará $.813$ puntos, sin embargo por cada unidad que aumente la expresión emocional (EE) de los cuidadores primarios, la reestructuración cognitiva de los pacientes aumentará $-.590$, por lo que ésta última estrategia (expresión emocional) predice mejor la reestructuración cognitiva de los pacientes, obteniendo un valor del estadístico $F = 5.22$ y 7.40 respectivamente, con 29 gl para ambos grupos y un valor de probabilidad de $.001$ para la reestructuración cognitiva (RC) y $.008$ para la expresión emocional.

Con lo aportado en este análisis no se rechaza la segunda hipótesis planteada en esta investigación por lo tanto se acepta la hipótesis nula que no plantea diferencias entre el afrontamiento de las y los cuidadores primarios, por lo cual se rechaza la hipótesis alterna. Así mismo se rechaza la tercera hipótesis nula de esta investigación y se acepta la hipótesis alterna ya que el afrontamiento de las y los cuidadores primarios predice el afrontamiento de las y los pacientes con cáncer.

La estrategia de afrontamiento evitación de problemas (EP) resultó ser una estrategia predictora, ya que un incremento en la evitación de problemas (EP) de los/as cuidadores/as aumenta la evitación de problemas de los/as pacientes en .425 puntos, es decir, cuanto mayor sea la evasión de la enfermedad por parte de los cuidadores primarios y las problemáticas vinculadas a la misma, la respuesta de los pacientes será directamente proporcional a un 30%, esto se corrobora con los siguientes datos $Y = 4.72 + 0.425X_1$; en esta regresión se obtuvo un valor R cuadrado de .294 y el de $R = .542$, con un estadístico $F = 11.65$ y 29gl teniendo una significancia de .002.

Este análisis de regresión permite rechazar también la primer hipótesis nula en la que se plantea que los estilos y estrategias de afrontamiento de las y los cuidadores primarios no predicen los estilos y estrategias del paciente con cáncer, por lo que se acepta la hipótesis alterna que indica que los estilos y estrategias de afrontamiento de los/as cuidadores/as primarios/as predicen los estilos y estrategias de afrontamiento de los/as pacientes con cáncer.

Por lo que respecta a la retirada social (RS) de los cuidadores con un estadístico $F = 5.94$ con 29gl, un valor $R = .419$ y una R cuadrado de .175 asociado a un valor probabilístico de .021 indican que un incremento en la puntuación de ésta estrategia implica un aumento de .448 puntos en la misma respuesta en los pacientes; la siguiente ecuación explica la regresión $Y = 3.057 + .448X_1$; por lo que, la retirada social (RS) de las y los cuidadores primarios determina en un 17% la misma estrategia utilizada por las y los pacientes oncológicos, es decir, conductas como evitar estar con gente y ocultar sus pensamientos y sentimientos por parte de los

cuidadores favorece las mismas acciones en los pacientes. Al igual que en el párrafo anterior, a pesar de que la retirada social es un afrontamiento desadaptativo centrado en la emoción, los resultados que aquí se muestran confirman la influencia y predicción entre el afrontamiento de cuidadores(as) y pacientes, por lo cual se rechazan las hipótesis nulas que se refieren a estos aspectos.

Finalmente la Figura 12 recoge e ilustra las variables predictoras de los estilos y estrategias de afrontamiento de los/as cuidadores/as primarios/as sobre las de los/as pacientes con cáncer de acuerdo al modelo de estrategias adecuadas e inadecuadas.

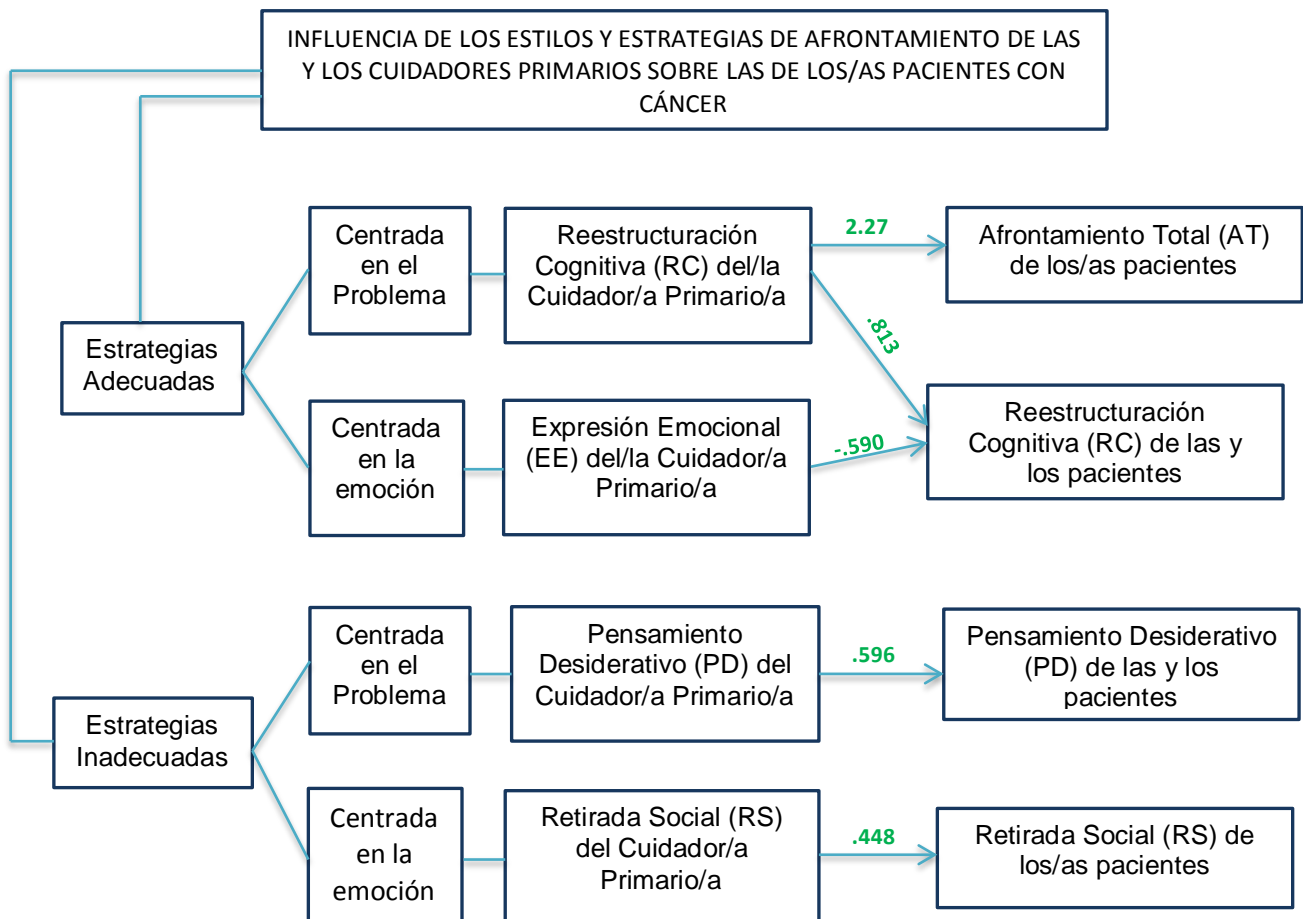


Figura 12. Modelo de Predicción del Afrontamiento de la y el Cuidador Primario sobre el del/la Paciente Oncológico

Coefficiente de Regresión $\rightarrow B$

Con el esquema anterior se puede decir que los estilos y estrategias de afrontamiento de los cuidadores primarios tienen una gran influencia sobre el afrontamiento del paciente con cáncer siendo las principales estrategias utilizadas el pensamiento desiderativo (PD), evitación de problemas (EP) y retirada social (RS), las dos primeras aluden a un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema y la tercera se refiere a un afrontamiento inadecuado orientado a la emoción. A pesar de ello la expresión emocional (EE) en los cuidadores es un recurso positivo centrado en la emoción y la reestructuración cognitiva (RC) al ser empleada por cuidadores y pacientes contribuye al desarrollo de un afrontamiento adecuado orientado a la enfermedad.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación corroboran las hipótesis planteadas. Justamente a nivel de predictores se encontró que el pensamiento desiderativo (PD), la reestructuración cognitiva (RC), expresión emocional (EE), evitación de problemas (EP) y retirada social (RS) de las y los cuidadores primarios estuvieron las más asociadas con el afrontamiento de la y el paciente con cáncer.

Respecto al afrontamiento de cada grupo en particular, el objetivo principal planteado en esta investigación fue determinar cómo se relacionan los estilos y estrategias de afrontamiento de los(as) cuidadores(as) primarios(as) y los estilos y estrategias de afrontamiento de los(as) pacientes con cáncer.

Lo anterior se comprobó de manera general con los resultados del análisis entre el afrontamiento hecho por los/as cuidadores/as primarios/as y los/as pacientes. En el caso de las y los cuidadores primarios se observó que emplearon las mismas estrategias de afrontamiento que los/as pacientes, sin embargo el grupo de cuidadores(as) utilizó dos estrategias que los(as) pacientes no, éstas fueron la resolución de problemas (RP) y la expresión emocional (EE), un afrontamiento adecuado que permite la eliminación o modificación de aquellas situaciones que afectan al familiar cuidado a través de la expresión de sus emociones. Lo anterior coincide con algunas de las estrategias encontradas en el estudio hecho por Espada y Grau (2012) en el que las estrategias activas centradas en el problema, búsqueda de información, comunicación con la familia y personal sanitario, búsqueda de apoyo social, reestructuración cognitiva y la regulación afectiva fueron las más utilizadas por

los padres de niños con cáncer y, en menor medida, las estrategias pasivas o evitativas. La capacidad que tenga el/la cuidador/a de solventar sus dificultades de forma positiva le proporcionará mejores herramientas para una reestructuración cognitiva (RC) de las situaciones que funcionan como estresores.

En cuanto a la expresión emocional (EE) y el apoyo social (AS), es sabido que no solo el/la paciente enferma sino que su familiar con él, por ello el tener un grupo de personas cercanos al familiar que le satisfagan la necesidad de ser escuchado, de recibir alguna palabra de consuelo, entre otras, permitirá que éste se mantenga unido a ellos y su autoestima se fortalezca. El cuidar no sólo implica la inversión de tiempo y energía para el cumplimiento de las actividades derivadas del mismo, sino que también la persona que ejerce este rol debe ocuparse de las actividades pertinentes a su propia vida (Aldana y Guarino, 2012)

De igual modo la expresión emocional (EE) y la reestructuración cognitiva (RC) son de gran ayuda a la hora de tratar no sólo con un enfermo, sus necesidades, cambios de humor, y sobre todo con la incertidumbre del tratamiento y evolución de la enfermedad. En este sentido el que los/as cuidadores/as primarios/as encuentren una fuente de desahogo emocional les permitirá generar nuevos y mejores pensamientos no sólo que los ayude a ellos a mantener una mente centrada en su situación sino también a su familiar enfermo/a, de acuerdo con Arraras y Garrido (2008) las estrategias de afrontamiento también dependerán de la posibilidad que tengan los sujetos de controlar su situación.

En el estudio de Aldana y Guarino (2012) estos autores encontraron que las cuidadoras informales usaron un afrontamiento de tipo emocional. Este patrón es considerado perjudicial y desadaptativo, puesto que se asocia a un esquema de respuesta neurótica, catalogado como un factor de riesgo para la salud en general. Es un hallazgo importante que concuerda con las estrategias predictoras del afrontamiento del/la paciente reportadas en este trabajo y cabe señalar que en la presente investigación se tuvo una participación importante de cuidadoras primarias.

El que se utilice este tipo de afrontamiento está relacionado con la educación de género en la cual a la mujer es de conocimiento público que se le cataloga y educa para ser altamente emocional, en contraste, a los hombres se les educa para ser analíticos y poco emocionales. Importaría entonces, siendo que las mujeres juegan un papel importante en el cuidado de sus familiares que se generen programas de apoyo, en el que tanto a cuidadoras como cuidadores se les encamine a desarrollar estilos y estrategias de afrontamiento más sanos que, como se comprueba en esta investigación tienen una gran influencia en el afrontamiento del y la paciente.

En otros resultados, estrategias como la expresión emocional (EE) y evitación de problemas (EP), al tener un afrontamiento adecuado e inadecuado los(as) cuidadores(as) en muchas ocasiones trataban a su familiar como si no estuviera enfermo(a) para que eso no los(as) afectara, la evitación de problemas (EP) por su parte genera que no se atiende al paciente cuando lo requiere, por consiguiente el resultado es un agravamiento de la enfermedad.

Negar la existencia y naturaleza de la enfermedad sólo conduce a un inadecuado afrontamiento de la misma, lo cual repercute a largo plazo debido a la falta de recursos generados para sobrellevar las dificultades, propias de la enfermedad. Relacionado con esto Lazarus y Folkman (1986) plantean que el afrontamiento es un proceso cambiante en que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias de tipo defensivas, y en otros, con aquellas que sirvan para resolver el problema.

Por otra parte, los y las cuidadores(as) mostraron que el apoyo de personas cercanas a ellos era de gran importancia aunado a una estrategia de reestructuración cognitiva (RC), pues esto les permitía ser más objetivos(as) en momentos en los que tenían que tomar decisiones importantes respecto al tratamiento de su familiar enfermo(a). La reestructuración cognitiva (RC) es una estrategia que ayuda a modificar los pensamientos de la situación compleja que se vive, sin embargo al ser utilizada con una estrategia inadecuada como la evitación de problemas (EP)

conduce a que el/la cuidador/a no sea capaz de manejar adecuadamente las cuestiones estresantes como resultado de la enfermedad y opte por la negación de los hechos.

Otro hallazgo importante fue el empleo del apoyo social (AS) como medio de fuga a través de la evitación de problemas (EP). Al igual que en el estudio de Font y Cardoso (2009) puede ocurrir que un(a) cuidador(a) considera que muchas veces habla de la enfermedad con los familiares y, también muchas veces, ante las mismas personas, no comenta nada al respecto en este sentido se puede decir que a pesar de tener personas cercanas en quien confiar, éstas no siempre son objetivas cuando de apoyar se trata, esto es, que el apoyo de otras personas influye en la manera de percibir la enfermedad, en este caso el resultado será evadir la realidad.

Finalmente en cuanto a las estrategias utilizadas por los(as) cuidadores(as) primarios(as) encontramos que la autocrítica (AC) y la retirada social (RS) influyeron para que éstos no confiaran en que estuvieran llevando de manera adecuada su papel y se criticaban por las situaciones negativas que ocurrían incluso aunque no estuvieran dentro de su control lo que condujo a un alejamiento de sus seres queridos para evitar erróneamente ser objeto de crítica. Es válido indicar que la función del afrontamiento se relaciona con el objetivo de cada estrategia, el resultado del afrontamiento incide en el efecto que cada estrategia tiene y por tanto, una estrategia sea adecuada o inadecuada puede servir a una función determinada (Oliveros, Barrera, Martínez y Pinto, 2009).

En cuanto a la muestra total de cuidadores(as) y las estrategias que utilizaron de forma individual para afrontar el cáncer fueron el apoyo social (AS) y la reestructuración cognitiva (RC), seguido de la expresión emocional (EE) y la reestructuración cognitiva (RC) ambas combinaciones son adecuados centrados en la emoción y el problema. Corroborando los resultados de otro estudio, Rodríguez (2006) encontró que en pacientes con cáncer de pulmón la búsqueda de apoyo social era recurrente en situaciones estresantes de sus vidas, concretamente ante el

hecho de padecer cáncer. En este estudio, utilizar el apoyo social (AS) y la reestructuración cognitiva (RC) se atribuye a que el cáncer siendo una enfermedad que afecta potencialmente la psique del individuo, éste(a) necesita refugiarse en personas que le sean significativas, familiares, amigos o conocidos, lo que le servirá no solo para hacer más ligera su carga sino para crear una perspectiva positiva y realista de su situación que conducirá a un afrontamiento sano independientemente del curso de la enfermedad y el tratamiento.

Otra relación importante utilizada por los y las pacientes es el empleo de la expresión emocional (EE) y la reestructuración cognitiva (RC), este resultado coincide con el de Rodríguez (2006). El afrontamiento adecuado centrado en la emoción y el problema está muy relacionado con las estrategias mencionadas en el párrafo anterior, la expresión emocional (EE) a diferencia del apoyo social (AS) tiene que ver más con el desahogo que hace el/la paciente no sólo de sus pensamientos sino de sus emociones.

Para quienes padecen cáncer es importante no sólo la idea y las asociaciones que hagan de la enfermedad sino la forma en cómo se asumen como personas enfermas, este punto en particular es de suma importancia y por tal motivo necesitan la reafirmación de aquellas personas importantes en su entorno para tener una adecuada autoestima que les permita de igual modo reestructurar sus ideas previas acerca de la enfermedad y se conjugue con una nueva pero sana imagen de sí mismos.

En este sentido, Lazarus (1993) citado por Ornelas, Tufiño, Sierra, Tena, Riveros y Sánchez (2013) postula que las respuesta de afrontamiento pueden modificarse con el tiempo en función del contexto en el que ocurre el evento estresante. El empleo de la resolución de problemas (RP) y la reestructuración cognitiva (RC) enfoca a las personas en una búsqueda de posibles soluciones tanto para la enfermedad como para las situaciones que viven a diario, entre ellas, lidiar con las molestias y efectos secundarios de la quimioterapia como la pérdida de

cabello, falta de apetito, náuseas y vómito, el percatarse de que su salud se deteriora a pesar de la infinidad de medicamentos que toman al día, los pronósticos que hace el oncólogo médico, y en muchos casos el cirujano oncólogo, las revisiones a las que se tienen que someter y también el hecho de llegar a perder algún miembro como consecuencia del avance del cáncer.

Por otro lado, ser testigo de las afectaciones familiares, pensar en la economía, las malas relaciones familiares que pueden llegar a una ruptura total como consecuencia de la enfermedad, desestructura tanto a la persona con cáncer como a su familia, por ello la utilización de estrategias que mejoren la perspectiva de la vida del y la paciente con cáncer no solo son benéficas sino necesarias.

Hernández, Pérez, Guerra, Treto y Grau en 2012 encontraron que los(as) pacientes que demuestran apoyarse en la búsqueda de información relevante sobre la enfermedad así como aquellos(as) que buscan la resolución de sus problemas enfocándose en la enfermedad, se benefician bastante más del tratamiento informativo y se recuperan más rápidamente. Lo que corrobora lo hallado en el presente trabajo respecto a las estrategias resolución de problemas (RP) y apoyo social (AS), esto quiere decir que el/la paciente al tener una sana red social fomenta mejores estrategias para dar solución a sus problemáticas lo cual no sólo es importante en condición de enfermedad sino que es aplicable a cualquier persona.

Ahora bien, hay dos estrategias de afrontamiento el apoyo social (AS) y la expresión emocional (EE) que contribuyen no solo al desahogo de la persona enferma sino a sentir que no está solo(a) e incluso pueden verse como factores importantes para asumir de forma positiva su enfermedad, esto nos indica que los/as pacientes una vez que han sido diagnosticados/as y durante el curso de la enfermedad tratan de mantenerse cercanos/as a personas que contribuyan a su salud emocional. El diagnóstico es uno de los momentos más impactantes en la experiencia de enfermar, por considerar que marca el inicio de una nueva etapa dentro de la cual se comienzan a reestructurar las dinámicas de los diversos

espacios de vida del/la paciente como lo dejan saber Hernández, Pérez, Guerra, Treto y Grau (2012).

En nuestra muestra total de pacientes, no todos y como es lógico pensar, utilizan estrategias de afrontamiento adecuadas, como se ha mencionado. Ante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad las personas van desarrollando o empleando diversos tipos de estilos y estrategias de afrontamiento “no pensar en ello” o “pensar que ya pasará” permite negar o minimizar la gravedad de una crisis. Estamos de acuerdo con Font y Cardoso (2009) en que la negación no debe considerarse siempre como negativa ya que puede proteger a un individuo de sentirse abrumado(a) emocionalmente en la situación actual y dar tiempo a desarrollar otros recursos personales de afrontamiento futuro, por tal motivo el empleo de un afrontamiento inadecuado puede verse sano siempre que no se mantenga.

En cuanto al empleo de estilos adecuados e inadecuados de afrontamiento, en la presente investigación se encontró una relación cruzada, esto es, la expresión emocional (EE) que es una estrategia adecuada centrada en la emoción favorece una estrategia inadecuada centrada en el problema como los es la evitación de problemas (EP). Esta relación se puede entender porque las personas que tienen un afrontamiento inadecuado, rehúyen la información amplia y detallada pues ésta les provoca más ansiedad. Si reciben mucha información incrementan el número de quejas al personal sanitario y su recuperación es más lenta y complicada. Arraras y Garrido (2008) plantean que no se puede identificar una única estrategia como la mejor para todas las situaciones. Es más importante ser flexible e intentar adaptarse a las distintas condiciones.

Este mismo sentido tiene la relación del apoyo social (AS) y la evitación de problemas (EP). El apoyo social sirve de plataforma para cerrarse ante los eventos estresantes que vive el/la paciente y por tanto un medio para la evitación y negación

de los mismos utilizando un afrontamiento inadecuado, lo mismo sucede con la reestructuración cognitiva y la evitación de problemas.

De acuerdo con Contreras (2007) las estrategias de afrontamiento constituyen una importante variable mediadora de la adaptación del/la paciente a eventos altamente estresantes, la relación entre el apoyo social (AS) y retirada social (RS) dan muestra de ello.

Podemos decir de las estrategias de afrontamiento total de las y los pacientes, que las mayormente utilizadas fueron las estrategias adecuadas centradas en la emoción y en el problema, siendo el apoyo social (AS) y la reestructuración cognitiva (RC) las que benefician debido a su orientación. No obstante, en otros estudios realizados con pacientes con cáncer de cabeza y cuello se obtuvo un estilo de afrontamiento relacionado con la búsqueda de información (Hernández, Pérez, Guerra, Treto y Grau, 2012). Así mismo en una muestra con pacientes con cáncer de mama, éstos utilizaron en menor medida el afrontamiento centrado en el problema (Baiocchi, Lugo, Palomino y Tam, 2013).

En este estudio, el afrontamiento de cuidadores y pacientes tiende también a ser inadecuado, siendo la evitación de problemas (EP), retirada social (RS) y reestructuración cognitiva (RC) las estrategias que más correlacionaron, comprobando así que el afrontamiento de los pacientes y sus cuidadores es inadecuado tanto centrado en el problema como en la emoción, teniendo recursos positivos centrados en el problema al utilizar la reestructuración cognitiva. Confirmando los resultados de Hernández, Pérez, Guerra, Treto y Grau (2012) en relación con el afrontamiento que incluye esfuerzos para negar la situación demandante, así como la evasión de la situación tratando de centrarse en la satisfacción de otras necesidades que no tienen que ver directamente con la enfermedad como: eventos familiares aislados, necesidad de diversión y relajación, por mencionar algunos.

Es oportuno señalar que las variables predictoras del afrontamiento de los/as pacientes no deben presentar entre sí correlaciones altas. Si éstas se dan, los coeficientes de regresión pueden sufrir cambios debido a que cada uno de ellos refleja el efecto específico de cada predictor; eliminando en dicho cálculo el resto de predictores así como el que mantienen estos predictores con la constante.

Con los resultados hasta ahora mencionados podemos corroborar que los estilos y estrategias de afrontamiento (adecuadas e inadecuadas) de las y los cuidadores y los(as) pacientes guardan una estrecha relación. A pesar de que en el análisis no existió una diferencia estadísticamente significativa entre el afrontamiento de cuidadores(as) y pacientes, clínicamente se pueden observar diferencias importantes entre el afrontamiento del/la cuidador/a y del/la paciente, cada uno viviendo de distintas formas la enfermedad, como se describe en los párrafos siguientes.

El impacto que se genera en los(as) cuidadores(as) una vez que se da el diagnóstico de cáncer a un(a) familiar no sólo afecta y determina que a partir de ese momento la vida de su familia se modificará, será el(la) cuidador(a) primario(a) quien asuma la responsabilidad de la toma de decisiones y por ende de la resolución de los problemas que emerjan con el paso del tiempo y el avance de la enfermedad. Todo aquello en lo que creían a nivel personal y familiar perderá su estructura. En este sentido, Aldana y Guarino (2012) refieren que el cuidado de un(a) paciente genera más deterioro y desgaste físico, psicológico y emocional a personas que están vinculadas afectivamente con el/la paciente y que no tienen ninguna formación previa en el ejercicio del rol del cuidador/a.

El número de horas dedicadas a cuidar y a atender las necesidades de un(a) enfermo(a), no sólo conduce a evadir (evitación de problemas) cualquier tipo de problemática o situación que tenga que ver con la enfermedad sino a desear no encontrarse nunca más en ese tipo de situación (pensamiento desiderativo).

La carga emocional que adquiere el/la cuidador/a al tener que tomar decisiones por el/la paciente o en su defecto callar información que el médico tratante le brinda sobre la salud de su familiar, tiene como resultado la conspiración del silencio. Este es un acuerdo implícito o explícito entre los(as) familiares allegados(as) y profesionales de la salud, de ocultar o distorsionar la información sobre el diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico al/la paciente para evitarle sufrimiento, sin embargo el(la) cuidador(a) primario(a) también sufre como consecuencia de esto. Como resultado del estrés acumulado y de las largas jornadas de trabajo, el cuidador(a) comienza a generar ansiedad y depresión.

En concordancia con lo anterior Dueñas y colaboradores (2006) citados en Barrón y Alvarado (2009), describen la prevalencia del síndrome del cuidador primario. Estudiaron a 102 cuidadores y encontraron que, 85.2% de los cuidadores presentaban ansiedad y 81.3% depresión. En la evaluación de la escala de Zarit, hubo 48 cuidadores con el síndrome del cuidador, de estos el 96% presentaron ansiedad, y el 100 % depresión. Estos autores concluyen que es importante anotar que la depresión y la ansiedad son entidades subdiagnosticadas en los cuidadores. En nuestro estudio se halló que el 60% de las y los cuidadores y el 80% de las y los pacientes sintieron tristeza y ansiedad cuando les fue notificado el diagnóstico.

La depresión y la ansiedad ocultas hacen que los(as) cuidadores(as) no atiendan este tipo de trastornos y en consecuencia éstos se cronifican. Los resultados de estos estudios, confirman el concepto de que los cuidadores constituyen una población en riesgo de sufrir enfermedades psíquicas y físicas.

También es importante mencionar que el afrontamiento del/la paciente es distinto clínicamente del de su cuidador(a) primario(a), pues son las y los enfermos quienes padecen dolor, muchas veces crónico. Quienes sufren la medicación y el tratamiento e inclusive quienes socialmente son vistos con compasión. Los cambios en su estado de ánimo al igual que el de las y los cuidadores primarios es afectado enormemente. Evitar hablar de la enfermedad y sus consecuencias en la familia así como las problemáticas resultado de la misma, generan que el/la paciente no procure

su atención médica por no ser una “carga” para quien lo/la cuida y para su familia, por consiguiente el cáncer avanzará y las consecuencias en salud son negativas para el enfermo. Tanto para los/as cuidadores/as como los/as enfermos/as el utilizar una estrategia de afrontamiento como la retirada social, es una forma de segregación propia por llevar el estigma de que el cáncer es una enfermedad devastadora.

Cabe señalar que en el caso del cáncer, una clave importante es que se informe a la sociedad sobre la efectividad de los tratamientos, que en general los beneficios atendidos oportunamente son mayores que la imagen social que se tiene de ellos.

Finalmente, si bien los resultados han mostrado el uso de estrategias adecuadas como la reestructuración cognitiva (RC) y la expresión emocional (EE) e inadecuadas como pensamiento desiderativo (PD), evitación de problemas (EP) y retirada social (RS) hay que considerar otros factores, con este planteamiento en mente se debe tomar en cuenta que la forma de afrontar una enfermedad como el cáncer no depende únicamente del tipo de cáncer sino de la etapa del ciclo vital de la familia, la edad del/la cuidador/a y paciente, situaciones de vida y crisis anteriores.

Más importante aún es que exista el personal sanitario y de salud mental que puedan diagnosticar a tiempo no sólo a los/as pacientes sino a los/as cuidadores que tengan riesgo de sufrir algún trastorno afectivo y psicosomático como respuesta al estrés producido por emociones reprimidas.

En el mismo orden de ideas, la generación de programas promotores de salud mental en cáncer, en que se incluya a las y los cuidadores primarios para que ellos puedan autoidentificar sintomatologías poco sanas, son recursos que ayudan no solo al tratamiento sino a un afrontamiento más saludable del cáncer.

Si las y los cuidadores primarios enfrentan mejor la condición de enfermedad de su familiar, se contribuye a que el/la paciente enfrente de mejor manera el cáncer y su condición emocional, mental e inclusive tengan una salud familiar más sana que mejore su calidad de vida.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados descritos en el capítulo anterior, se puede decir que el estudio mostró que los estilos y estrategias de afrontamiento de los/as cuidadores/as primarios/as tienen influencia sobre los estilos y estrategias de los/as pacientes con cáncer y que las estrategias utilizadas por ambos grupos fueron adecuadas e inadecuadas centradas en el problema y la emoción.

A manera de sumario, se puede señalar que las variables de reestructuración cognitiva (RC), evitación de problemas, apoyo social (AS) y retirada social (RS) fueron las estrategias de las y los cuidadores primarios que se relacionaron mejor con las de los pacientes con cáncer.

Las estrategias de afrontamiento que resultaron predictoras del afrontamiento de los pacientes fueron:

- Reestructuración Cognitiva (RC)
- Expresión Emocional (EE)
- Evitación de Problemas (EP)
- Retirada Social (RS)

La reestructuración cognitiva (RC) fue la estrategia que mayor influencia tuvo tanto en el afrontamiento total (AT) y en la reestructuración cognitiva (RC) de los pacientes. El pensamiento desiderativo (PD) es utilizado en la misma medida por cuidadores/as y pacientes.

La expresión emocional (EE) se apuntó también como predictora de la reestructuración cognitiva de los pacientes.

Respecto a la evitación de problemas (EP) se puede decir que es utilizada en la misma medida por cuidadores y pacientes. Al igual que la retirada social (RS) fomentando un afrontamiento inadecuado relacionado al problema y a la emoción.

De las variables predictoras que se correlacionaron significativamente se destacan las relaciones siguientes:

- A mayor reestructuración cognitiva de los cuidadores, mayor será el deseo de los pacientes de terminar con esa situación (pensamiento desiderativo)
- Cuanto más se vea el lado positivo del evento estresante por parte de los cuidadores, los pacientes tendrán un punto de vista positivo de su enfermedad.
- Cuanto más se evite pensar en la enfermedad o restarle importancia al hecho de tener un familiar enfermo de cáncer, mayor será la posibilidad de no atenderse médicamente del paciente.
- Cuanto más aislamiento social del cuidador, mayor alejamiento del paciente.

Resta decir que la complejidad de afrontar una enfermedad catalogada socialmente como devastadora perjudica en su totalidad el afrontamiento que cuidadores y pacientes tienen ante ésta.

Es pertinente señalar que los(as) cuidadores(as) y pacientes que acudían al hospital tienen un recurso positivo para el afrontamiento del cáncer que es la reestructuración cognitiva y además en el caso de los cuidadores, la expresión emocional será de gran ayuda para lidiar con la enfermedad.

Finalmente es importante mencionar que el costo para la atención de pacientes con cáncer es muy alto a nivel localidad, municipio, estado y país, sin embargo, dicho costo se eleva cuando los cuidadores(as) primarios(as) enferman como consecuencia de la sobrecarga emocional y de trabajo al cuidar a su familiar enfermo. Atendiendo las necesidades psicoemocionales de cuidadores y pacientes, se pueden obtener mayores beneficios a nivel salud física y mental, evitando que enfermen los cuidadores primarios y al proporcionar ayuda psicológica a los mismos y a sus pacientes el resultado serán personas más sanas emocionalmente capaces de desarrollar ante la enfermedad estrategias de afrontamiento más adecuadas centradas en el problema y la emoción.

Los hallazgos presentados en esta investigación son de utilidad tanto para profesionales de la salud física como mental, como se mencionó en el apartado de antecedentes, no se han encontrado estudios en los cuales se analice el impacto del afrontamiento de los/as cuidadores/as primarios/as sobre el de las y los pacientes con cáncer.

Es importante señalar que los resultados de este estudio sirven para tomar conciencia de las consecuencias de la no atención a personas vulnerables en condición de enfermedad y concretamente a un pilar fundamental en la atención, cuidado y afrontamiento de los/as pacientes con cáncer, en este caso, los/as cuidadores/as primarios/as.

La detección y atención oportuna de ansiedad y depresión así como otro tipo de condiciones adversas físicas y mentales en los/as cuidadores/as primarios/as, además de brindarles un espacio en el cual puedan desahogar parte de su carga emocional en donde encuentren soporte y orientación, contribuirá en gran medida a su afrontamiento de la enfermedad y éste a su vez tendrá una influencia directamente proporcional en el afrontamiento de las y los pacientes con cáncer.

Por otra parte, los resultados de este trabajo pueden replicarse e incluir un mayor número de variables contextuales que puedan explicar más ampliamente el

modelo de afrontamiento de los/as cuidadores/as primarios/as para hacerlos generalizables a la población.

Con los hallazgos encontrados en la presente investigación se tiene proyectada la elaboración de un programa de intervención para la atención oportuna de esta población (cuidadores/as primarios/as) poco reconocida en cuanto a su labor y sufrimiento. Este programa entre otras cosas pretende brindar herramientas para un afrontamiento adecuado del cáncer además de orientación tanatológica que les permita entender a cuidadores/as y pacientes el proceso de enfermedad, las implicaciones de los diferentes tipos de tratamientos e incluso la preparación ante la pérdida de un ser querido como consecuencia del avance del cáncer.

Es importante seguir esta línea de investigación para conocer más a fondo los estilos y estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha ante una enfermedad socialmente aterradora como lo es el cáncer y de esta forma contribuir al afrontamiento más sano que mejore la adaptación de los sujetos ante la enfermedad.

Es para nosotros necesario comentar que a pesar de las condiciones socioeconómicas, estilos de vida, carencias materiales y emocionales, que los/as llevaría a tener afrontamientos inadecuados. Información que se recabó en las entrevistas y donde se percibió y vivió el enorme dolor y sufrimiento, fue reconfortante saber que a pesar de las condiciones nada protectoras de la salud emocional y física, pacientes y cuidadores/as afrontan el cáncer también de forma adecuada.

Antes de terminar las conclusiones de este trabajo y al margen de los resultados cuantitativos queremos compartir con los lectores de este trabajo, una parte de lo vivido al entrevistar a los/as cuidadores/as primarios/as y a los/as pacientes que nos brindaron la oportunidad de saber y conocer sus experiencias de vida. A continuación un extracto de uno de los relatos de vida obtenido en las entrevistas semiestructuradas.

Historia de Vida

Paciente de 18 años diagnosticado con rhabdomiocarcinoma.

Fue el primer paciente a quien entrevisté y lo acompañaban ambos padres, realmente fue sorprendente ver su optimismo aunque tenía mucho miedo a que el tratamiento fuera doloroso. Su enfermedad había avanzado rápidamente al grado de perder la visión del ojo izquierdo y parcialmente la del derecho. Él era quien animaba a sus padres, principalmente a su madre, en un momento me dijo “respeto mucho el esfuerzo de mis padres, debo ser fuerte porque si no lo hago echo a perder lo que todos hacen por mí” (sic). Era un joven estudioso y tenía el afecto de muchas personas, dejó de vivir con sus padres porque tenían animales y eso le hacía daño, así que vivía con su abuela y una tía paterna, abandonó la escuela por el avance del cáncer, igualmente dejó de ayudar en el trabajo de campo a su padre y hermano, le gustaba jugar voleibol, andar en bicicleta y jugar futbol, pero tuvo que abandonar esas actividades pues su salud era delicada, simplemente dejó de salir. Sus amigos lo visitaban al principio, hicieron una cooperación y le llevaron el dinero, pero eran cada vez menos las visitas. Por otro lado, sus padres trataban de acompañarlo siempre a sus citas médicas, pero su padre tenía que conseguir dinero para el tratamiento pues el Seguro Popular no cubría todos los gastos. Habían descuidado a sus cuatro hijos para dedicarle su atención a quien en ese momento la requería. Cuando les dieron el diagnóstico su madre refirió que sintió mucha tristeza, sintió que se le cerró el mundo y no sabía qué hacer. Tenían muchos problemas económicos pues a pesar de vivir dentro del estado de Puebla viajaban y eso era muy cansado y costoso. Cuando era posible el municipio les rentaba una ambulancia, en otras ocasiones pedían prestado un coche a algún conocido para trasladar a su hijo al hospital. Un golpe muy duro económicamente fue cuando les robaron unas vacas que habían adquirido poco tiempo antes, “eso nos dejó con las manos vacías” (sic). La madre del paciente se dividía en tiempo pues también cuidaba a su madre enferma y se encargaba de hacer la comida y limpiar su casa, aparte de hacer lo mismo en su propia casa. En esos momentos atravesaba otro momento difícil pues la única hija que tenía y que la ayudaba se había escapado con su novio. No tenían dinero y la enfermedad de su hijo avanzaba rápidamente, el cáncer había afectado sus ganglios, el cuello, su mandíbula, la nariz, los nervios ópticos, su pierna, estómago y la parte baja de su espalda, en palabras de ellos. Cuando volví a ver al paciente aproximadamente un mes después, el cáncer había avanzado demasiado, al grado en que el paciente ya no comía pesaba alrededor de 30kg, estaba postrado en la camilla y hablaba muy poco pues le daban accesos de tos. Por lo que me había informado

su oncóloga el cáncer ya había hecho metástasis en pulmones, hígado y otros órganos más. Los padres no se daban por vencidos y lo internaron, pero nadie les decía con exactitud que su hijo moriría y creo que a pesar de que eso era algo evidente, no querían dejar de esforzarse pues solamente les habían dicho que ya se lo llevaran a su casa y que lo dejaran descansar. Ese día me pidieron que hablara con el paciente. Él me dijo que estaba consciente de que moriría pero no quería que su madre sufriera y es por eso que estaba resistiendo, me pidió que hablara con ella para tranquilizarla un poco. Debo decir que yo no pude decirle a la madre de este joven que iba a morir, no sentí que esa responsabilidad fuera mía pues yo tenía una función específica en el hospital. Sólo pude decirle a su madre que él sabía cuál era el desenlace y que quería que ella estuviera tranquila. La última vez que hablaron por teléfono al hospital pidieron hablar conmigo, la madre en llanto me dijo que no sabía qué hacer, que le dijera a la oncóloga que le hiciera algo a su hijo para que se recuperara y me comunicaron con el paciente quien con mucho esfuerzo me dijo que ya estaba listo, le pedí que solo me escuchara y le dije lo siguiente: “Haz sido un joven muy valiente y sé lo mucho que te ha costado lidiar con esta enfermedad y ahora que me dices esto, en la medida que puedas abraza a tu familia y si no puedes hablar, en tu mente despídete de ellos y diles cuanto los amas y vete tranquilo, el altavoz estaba encendido y su madre me decía que él me escuchaba, después ella habló conmigo y me pregunto -¿qué hago?- le dije que reuniera a su familia en torno a él, que uno a uno le dijeran cuanto lo amaban, que nunca lo olvidarían y que se despidieran de él.

Supé que murió al día siguiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achury, D. M., Maherly, H., Riaño, C., Andrea, L., Rubiano, G., Milena, N., & Rodríguez, G. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 13(1), 27–46.
- Agency for Toxic Substances and Disease Registry (2011). Qué es el cáncer Recuperado el 21 de octubre de 2011. Disponible en www.atsdr.cdc.gov
- Alfaro, O.I., Morales, T., Vázquez, F., Sánchez, S., Ramos, B., Guevara, U. (2008) Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 485-494.
- American Cancer Society (2009). Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los hispanos/latinos 2009-2011. Recuperado el 16 de Enero de 2012. Diponible en www.cancer.org/stadistics
- American Cancer Society (2010). Los Cigarros Puros y el Cáncer. Recuperado el 01 de Diciembre de 2011. Disponible en www.cancer.org
- American Cancer Society (2009). Datos sobre el uso de tabaco en niños y adolescentes. Recuperado el 01 de Diciembre de 2011. Disponible en www.cancer.org
- American Cancer Society (2010). Los Cigarrillos el Cáncer. Recuperado el 01 de Diciembre de 2011. Disponible en www.cancer.org
- Aldana, G. & Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa psicológica*, 9(1), 5–14.
- Aliaga F. y Capafóns, A. (1996). La medida del afrontamiento: revisión crítica de la Escala de Modos de Coping (*Ways of coping*). *Ansiedad y estrés*, 2 (1), 17-26.
- Arraras, J. I. & Garrido, E. (2008). El afrontamiento de la enfermedad. *Medicina y Salud Revista*. Vol. 11.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1) 505–520.

- Baiocchi, A., Lugo, E., Palomino, N. & Tam, E. (2013). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. Servicio de ginecología de un instituto nacional. *Revista Enfermería Herediana* 6(1), 18–24.
- Barrón, B. S. y Alvarado, S. (2009) Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Cancerología*. 4, 39-46.
- Ballenato, G. (2009). La enfermedad crónica: Jaque al sistema familiar. Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/m-13106>
- Bernal, M., Andrés, E., Gálvez, J. J., Gómez, F. J., & Gómez, G. (2011). Aportación al estudio de la edad de aparición en adultos de los diferentes tipos de cáncer. *Medicina naturista*. 5(56), 61–66.
- Cabrera, A., y Ferraz, R. (2011). Impacto del cáncer en la dinámica familiar. *Revista de biomedicina*. 6(1) 42–48.
- Cano, F. J., Rodríguez, L y García, J. (2007) Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas españolas en psiquiatría*. 35(1), 29-39.
- Carrobes, J. A., Remor, E., Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema* 15 (003). Universidad de Oviedo. Oviedo, España.
- Caqueo, A., Segovia, P., Urrutia, Ú., Miranda, C. y Navarro, E. (2013). Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*. 10, 95–108. doi:10.5209/rev.
- Castaño, E. y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 10(2), 245-257.
- Castellano, C., Sánchez, J., Blasco, T., Gros, L., Capdevila, L. y Pérez, M. (2010). Afrontamiento y malestar emocional parental en relación a la calidad de vida del adolescente oncológico en remisión. *Psicooncología*.7(2-3), 415-43.
- Cortés, F., Abián, L. y Cortés, H. (s.f.) Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. 1, 83-92.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997) La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*. 23(92): 798-830.

- Chamorro, A., Argoty, P., Córdoba, E., López, L. M. y López, A. F. (2009) Caracterización del cuidador principal de pacientes con discapacidad de origen neurológico. (s.d.).
- Di- Colleredo, C., Aparicio, D. P., Moreno, J. (Julio- Diciembre, 2007) Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres en situación de desplazamiento. *Psychología. Avances de la disciplina.* 1(2), 125-156.
- Díaz, G. y Yaringaño, J., (2010). Clima familiar y Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. [Versión electrónica] *Revista IIPSI.* 13, 69-86.
- Domínguez, G., Zavala, M. A., De la Cruz, D. C. y Ramírez, M. O. (2010). Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. *Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander.* 23(1), 28-37.
- Dorantes, C.H. (2010) *El proyecto de investigación en psicología: De su génesis a la publicación.* México, D.F. Editorial Estirpe
- Dueñas, E., Martínez, M., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A. S., Herrera, J. (2006) Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica.* 1: 31-8.
- Durón, R. M. y Martínez, I. E. (2009) Síndrome de desgaste del cuidador. ¿Estamos ayudando?. *Revista Médica Hondureña.* 77(1) 43-44.
- Espada, M. C. y Grau, C. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología.* 9(1), 25-40.
- Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (s.f.). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Recuperado de www.uv.es/jugar/Enfoque20Sistemico.pdf.
- Expósito, Y. (Julio- Septiembre, 2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista Habanera de –ciencias Médicas.* 7(3)
- Fierro, A. (1993) *Para una ciencia del sujeto. Investigación de la personalidad.* Barcelona: Anthropos.
- Font, A. y Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología.* 6(1). 27-42.

- Gabrielli, R., (2010). Percepción del funcionamiento familiar entre familiares de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama: diferencias de género. *Revista Latinoamericana Enfermagem*. 18(2), 2-9.
- Galindo, O., Álvarez, M. y Alvarado, S. (2013). Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. *Psicooncología*. 10(22) 69–78. doi:10.5209/rev.
- García, P., Sánchez, A., Doreste, J., Serra, L., (2004). Alcohol y Tabaco: Factores de riesgo del cáncer. Departamento de Ciencias Clínicas Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Instituto Canario de Investigación del Cáncer. V.1.
- Gómez, E. I. (2008) Sobrecarga del cuidador primario que asiste a familiar con cáncer. (Tesis de licenciatura inédita).
- Guijarro, A. (2010). Estructura y funcionamiento familiar de niños con cáncer desde la perspectiva de las madres. Tesis doctoral inédita.
- Hernández, D., Pérez, Y. L., Guerra, V., Treto, A. y Grau, R. (2012). Estilos de afrontamiento a la enfermedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Revista finlay*. [Revista electrónica] 2(2), 110-115.
- Instituto Nacional del Cáncer (2011). Qué es el cáncer. Recuperado el 02 de Febrero de 2012. Disponible en www.cancer.gov
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984/1991). Estrés y procesos cognitivos. México: Martínez Roca.
- Lipowski, Z. (1970) Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1, 91-102.
- Llull, D. M., Zanier, J. y García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. *Psico-USF*. 8(2), 175-182.
- Matías, J., Manzano, J. M., Montejo, A. L., Llorca, G. y Carrasco, J. L. (1995). Psicooncología y Ansiedad. *Actas Luso-Españolas Neurología Psiquiatría*. 23 (6), pp. 305-309.
- Middleton, J., (1991) Yo no quiero tener cáncer. Centro de Desarrollo de la Persona.
- Moreno, D., Cantú, PC., (2008). Perspectiva sobre el Tabaquismo en México. Centro Universitario para la prevención de la Drogadicción. Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León.

- Muslow, G. (1994). Proceso de afrontamiento en una etapa del ciclo vital de las mujeres: La mediana edad. (Tesis Doctoral inédita). Universidad de Valencia
- Mutti, F., Schattenhofer, N., Daud, L., Fahrner, R. (2008). Reacciones psicológicas de los pacientes y familiares en la enfermedad terminal. *Archivos de neurología, neurociencias y neuropsiquiatría*. 16 (2), 9-14.
- National Cancer Institute (2011). Los virus del Papiloma humano y el Cáncer. Hoja Informativa. Recuperado el 20 de Octubre de 2011. Disponible en www.cancer.gov/español
- Nicolaz, J. A., Vega, M., Castañeda, A. G., & Olguín, E. (2012) Emociones del cuidador primario ante su enfermo con diagnóstico de cáncer. *Revista de investigación en enfermería FESI- UNAM*. 1(1), 28-29.
- Nobles, D. y Brunal, B. (2009). Una mirada al impacto, reacciones emocionales y estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer. *Pensando Psicología*. 5(8), 101-107.
- Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S. y Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista GEPU*. 1(2), 19-29.
- Organización Mundial de la Salud. (2002) Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer: directrices sobre política y gestión. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Prevención y control del cáncer. 58 Asamblea Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Día mundial contra el cáncer. Nota descriptiva No. 297. Recuperado el 22 de Abril de 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
- Ornelas, R. E., Tufiño, M. A., Vite, A., Tena, O., Riveros, A. y Sánchez, J. J. (Enero-Junio, 2013) Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la escala COPE breve. *Psicología y salud*. 23(1) 55-62.
- Pearlin, L. Schooler, C. (1978) The structures of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pelechano V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel

- Reyes, A., Garrido, A., Torres, L., Ortega, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedad crónica [Versión electrónica]. *Psicología y salud*, 20 (1), 112- 117.
- Rosman, B.L., (1991). *El desarrollo familiar y el impacto de la enfermedad crónica de un hijo*. (compil.). Ediciones Amorrortu: Buenos Aires Argentina
- Ruano, R., Serra, E. (2000). Estrategias de afrontamiento en familias con hijos adolescentes. *Anales de Psicología* 16 (2) 199- 206.
- Solis, C. y Vidal, A. (2006). Estilos y Estrategias de Afrontamiento en adolescentes. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. 8(1), 33-39.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de Afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75, 73-85.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGraw Hill.
- Uribe, Z. P., (2006). *Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas*. Secretaría de Salud, México.
- Urquidi, L. E., Montiel, M. M. y Gálvez, M. M. (1999). Ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Revista sonorese de Psicología*. 13(1), 30-36.
- Valladares, A. M. (2008). La familia. Una mirada desde la psicología. *Revista electrónica de las ciencias médicas en Cienfuegos*. 6(1), 4-13.
- Zambrano, R., Ceballos, P. (2007) Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 36(1) 26-39.

APÉNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1.	Cuadro Comparativo de las Diversas Definiciones de Afrontamiento...	27
Tabla 2.	Estado Civil de la Muestra de Pacientes.....	59
Tabla 3.	Pacientes con Hijos y sin Hijos.....	59
Tabla 4.	Escolaridad de la Muestra de Pacientes.....	59
Tabla 5.	Estado Civil del Grupo de Cuidadores (as) Primarios(as).....	61
Tabla 6.	Cuidadores(as) con Hijos y sin Hijos.....	61
Tabla 7.	Escolaridad de los(as) Cuidadores(as) Primarios(as).....	62
Tabla 8.	Escalas del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).....	66
Tabla 9.	Intercorrelaciones de las Subescalas del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de los Pacientes.....	73
Tabla 10.	Intercorrelaciones de las Subescalas del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de las y los Cuidadores Primarios.....	77
Tabla 11.	Correlaciones de Pearson de las Estrategias de Afrontamiento de los(as) Cuidadores Primarios y los(as) Pacientes Oncológicos.....	79
Tabla 12.	Prueba T de Student de Diferencia de Medias entra las Estrategias de Afrontamiento de los(as) Cuidadores(as) Primarios(as) y los (as) Pacientes con Cáncer.....	81
Tabla 13.	Regresión lineal Múltiple de la Reestructuración Cognitiva de los/as Cuidadores/as Primarios/as y el Afrontamiento Total de los/as Pacientes con Cáncer.....	84
Tabla 14.	Regresión Lineal Múltiple de las Estrategias de Afrontamiento de las y los Cuidadores Primarios y las Estrategias de Afrontamiento de las y los Pacientes con Cáncer.....	86
Figura 1.	Tipos de Afrontamiento Integrados en la Escala de Modos de Afrontamiento.....	29
Figura 2.	Estrategias de Afrontamiento Evaluadas en el COPE.....	31
Figura 3.	Escalas Evaluadas en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).....	33
Figura 4.	Muestra Total de Pacientes por sexo.....	57
Figura 5.	Grupo de Pacientes por sexo.....	58
Figura 6.	Tipos de Cáncer diagnosticados.....	58
Figura 7.	Ocupación de los pacientes oncológicos.....	60
Figura 8.	Grupo de cuidadores(as) primarios(as) por sexo.....	60
Figura 9.	Parentesco de los y las Cuidadores Primarios.....	61
Figura 10.	Ocupación de las y los Cuidadores Primarios.....	62
Figura 11.	Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).....	67
Figura 12.	Modelo de Predicción del Afrontamiento de lay el Cuidador Primario sobre el de/la Paciente Oncológico.....	88

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Sexo: H M

Ocupación:

Estado civil:

Hijos:

Escolaridad:

Lugar de procedencia:

Religión:

Con quién vive:

Vivienda con todos los servicios: Si / No

DX:

Fecha de DX:

Tiempo de evolución:

Tratamiento:

ANEXO 2

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE LA Y EL CUIDADOR PRIMARIO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN- CUIDADOR/A PRIMARIO/A

Nombre:

Parentesco:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Sexo: H M

Ocupación:

Estado civil:

Hijos:

Escolaridad:

Lugar de procedencia:

Religión:

Vivienda con todos los servicios: Si/ No

ANEXO 3

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)

Fecha:

IEA/Paciente/Cuidador

Sujeto:

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a éstos problemas. Piense durante unos minutos en su enfermedad (cáncer) y describa esta situación en el espacio en blanco de ésta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe por detrás si es necesario.

Fecha:

IEA/Paciente/Cuidador

Sujeto:

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Piense nuevamente en la situación que describió anteriormente (cáncer que usted padece) a partir del diagnóstico hasta el día de hoy y responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada enunciado y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica marcando el número que corresponda:

0: En absoluto
1: Un poco
2: Bastante
3: Mucho
4: Totalmente

Es importante que se asegure de responder a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Luché para resolver el problema..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Me culpé a mí mismo(a)..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Encontré a alguien que escuchó mi problema..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. No dejé que me afectara; evité pensar en eso demasiado..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Pasé algún tiempo solo(a)..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Expresé mis emociones, lo que sentía..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminara..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Hablé con una persona de confianza..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Traté de olvidar por completo el asunto..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Evité estar con gente..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Hice frente al problema..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Fecha:

IEA/Paciente/Cuidador

Sujeto:

Marque:

0: En absoluto 1: Un poco 2: Bastante 3: Mucho 4: Totalmente

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 18. Me critiqué por lo ocurrido..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Dejé que mis amigos me echaran una mano..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Oculté lo que pensaba y sentía..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Supe lo que había que hacer así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Dejé desahogar mis emociones..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Pasé algún tiempo con mis amigos..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Me comporté como si nada hubiera pasado..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. No dejé que nadie supiera cómo me sentía..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Mantuve mi postura y luche por lo que quería..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Me fijé en el lado bueno de las cosas..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Evité pensar o hacer nada..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Traté de ocultar mis sentimientos..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Me consideré capaz de afrontar la situación..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |