

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LA RELACIÓN CON LA CALIDAD DE
VIDA EN NIÑOS CON CÁNCER Y SUS CUIDADORES

ADRIANA MUÑOZ RAMÍREZ

DANIELA VÁSQUEZ TABARES

Trabajo de grado para optar al título de psicólogas

Asesor Académico

JOHNY VILLADA

Magister

Coinvestigador

ÁLVARO QUINTERO POSADA

Jefe Centro de investigaciones Hospital General de Medellín

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

EL CARMEN DE VIBORAL

2013

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	7
ABSTRACT.	8
INTRODUCCIÓN	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. JUSTIFICACIÓN	19
3. OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GENERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4. MARCO TEÓRICO	22
4.1 ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO	22
4.1.1 Estrategias de afrontamiento	42
4.2 CALIDAD DE VIDA	44
5. DISEÑO METODOLÓGICO	54
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN: CUANTITATIVA.	54
5.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	55
5.3 MUESTRA	56
5.4 INSTRUMENTOS	57
5.5 PLAN DE DIVULGACIÓN	60
5.6 PLAN DE ANÁLISIS	61
5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	61
6. RESULTADOS	63
6.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS	63
6.2 ANÁLISIS DIFERENCIAL	65
6.3 RESULTADOS CORRELACIONALES	71

6.3.1 Estrategias de Afrontamiento en Niños	71
6.3.2 Estrategias de afrontamiento y Dimensiones de calidad de Vida en Niños	75
6.3.3 Estrategias de Afrontamiento en los cuidadores	80
6.3.4 Estrategias de afrontamiento y Dimensiones de la Calidad de Vida en los cuidadores	83
7. DISCUSIÓN	88
8. CONCLUSIONES	103
BIBLIOGRAFÍA	105
ANEXOS	111

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por género niños	63
Tabla 2. Distribución Por Género Cuidadores	63
Tabla 3. Distribución poblacional por edad de niños	64
Tabla 4. Distribución poblacional por edad de cuidadores	64
Tabla 5. Distribución poblacional por institución	64
Tabla 6. Distribución poblacional por tiempo de diagnóstico.	65
Tabla 7. Comparación de medias de las Estrategias de Afrontamiento del total de la muestra.	66
Tabla 8. Tabla anova de estrategias de afrontamiento	66
Tabla 9. Comparación de medias de Calidad de vida del total de la muestra	68
Tabla 10. Comparación de medias de Calidad de vida del total de la muestra	68
Tabla 11. Tabla de anova calidad de vida	69
Tabla 12. Correlación de la muestra de niños con las estrategias de afrontamiento Apoyo social, Solución de problemas, Espera, Religión.	71
Tabla 13. Correlación de la muestra de niños con las estrategias de afrontamiento Evitación, Búsqueda de Apoyo profesional, Reacción agresiva, Evitación Cognitiva, Expresión de la dificultad de afrontamiento.	73
Tabla 14. Correlación de la muestra de niños con las estrategias de afrontamiento Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA), Reevaluación positiva (RP), Negación (N), Autonomía (A).	74
Tabla 15. Correlación de la dimensión Salud con Estrategias de afrontamiento de la muestra total de niños.	75
Tabla 16. Correlación de las áreas funcionales de la Calidad de Vida con Estrategias de afrontamiento de la muestra total de niños	76
Tabla 17. Correlación de las áreas funcionales de la Calidad de Vida con Estrategias de afrontamiento de la muestra total de niños	76
Tabla 18. Correlación de la Escala de síntomas de Calidad de Vida con las estrategias de afrontamiento en Niños	78

Tabla 19. Correlación de la Escala de síntomas de Calidad de Vida con las estrategias de afrontamiento en Niños.	79
Tabla 20. Correlación de la muestra de cuidadores con las estrategias de afrontamiento Apoyo social, Solución de problemas (SP), Espera, Religión, Evitación, Búsqueda de Apoyo profesional, Reacción agresiva, Evitación Cognitiva, Expresión de la Dificultad de Afrontamiento (EDA), Reevaluación positiva (RP), Negación y Autonomía.	82
Tabla 21. Correlación la dimensión Salud con Estrategias de afrontamiento de la muestra total de Cuidadores	83
Tabla 22. Correlación de las áreas funcionales de la Calidad de Vida con Estrategias de afrontamiento de la muestra total de Cuidadores.	84
Tabla 23. Correlación de la Escala de síntomas de Calidad de Vida con las estrategias de afrontamiento, en Cuidadores.	86

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado	111
Anexo 2. Escala de estrategias de coping modificada (eec-m)	112
Anexo 3. Cuestionario de calidad de vida de la european organization for research and treatment cancer (eortc qlq-c30) en la versión española.	122

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo relacionar las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, en niños con diagnóstico de cáncer y sus cuidadores en la ciudad de Medellín, Antioquia. Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo y se encuentra dentro del nivel Descriptivo- correlacional- comparativo, con una muestra intencional conformada por 15 niños en edades comprendidas entre cinco y trece años y 15 cuidadores primarios. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Estrategia de Coping Modificada (EEC-M) y el Modulo general del cuestionario de calidad de vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30). Según los resultados obtenidos la estrategia de afrontamiento solución de problemas es la más utilizada y la negación la menos utilizada por niños y cuidadores. Con relación a la calidad de vida se pudo observar que tanto niños como cuidadores perciben que su salud no se encuentra afectada, en cuanto a las áreas funcionales percibieron la función física como la más afectada y la fatiga como el síntoma que se presenta con más frecuencia. Se encontraron correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de calidad de vida utilizadas por ambas poblaciones.

Palabras Claves: Estrategias de Afrontamiento, Calidad de Vida, Cáncer, Cuidador.

ABSTRACT.

The present investigation had as aim relate the strategies of coping and the quality of life, in children with diagnosis of cancer and their keepers in the city of Medellin, Antioquia. This investigation has a quantitative approach and is inside the Descriptive level - correlacional - comparatively, with an intentional sample .shaped by 15 children in ages understood between five and thirteen years and 15 primary keepers. The used instruments were the Coping Strategy Scale Modified (EEC-M) and the general Module of the quality questionnaire of life of the European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30). According to the obtained results the strategy of coping the solution of problems is most used and the denial least used by children and keepers. With relation to the quality of life it was possible to observe that both children and keepers perceive that their health is not disturbed, as in the functional areas they perceived the physical as most affected function and the fatigue as the symptom that one presents with more frequency. Correlations were found between coping strategies and quality of life dimensions used by both populations.

Keywords: strategies of coping, quality of life, cancer, Keepers.

INTRODUCCIÓN

Dentro del ámbito de las enfermedades físicas, el cáncer como enfermedad crónica está caracterizada por el crecimiento anormal y extensivo sin control de las células, las cuales no limitan su desarrollo, perjudicando otros órganos o procesos fisiológicos, siendo así una de las problemáticas que implica la modificación de toda la experiencia de vida de la persona que lo padece y de sus cuidadores primarios. Por tal motivo el diagnóstico de cáncer influye en la generación de estrés, relacionado con la utilización de las estrategias de afrontamiento, entendidas como los esfuerzos cognitivos y comportamentales que se emplean para manejar el estrés y disminuir las tensiones ocasionados por los acontecimientos aversivos, tanto internos como externos, que las personas desafían en la trayectoria de la vida cotidiana. Lazarus (2000, citado por Gantiva, Luna, Dávila & Salgado, 2010); igualmente, esta enfermedad crónica interviene en la afección de la calidad de vida, la cual se encuentra relacionada con la percepción de bienestar en los diferentes ámbitos social, familiar, laboral, económico, salud; entre otros, en los que se desenvuelve la persona como perteneciente a una sociedad. De esta manera, la salud y el bienestar son conceptos que están directamente relacionados con la calidad de vida; por tanto, son perjudicados en el momento de que se manifiesta el cáncer, puesto que los hábitos a los que está acostumbrado el sujeto van a sufrir un cambio dramático y fundamental. No obstante, Schwartzmann (2003), sostiene que el aumento en la esperanza de vida, hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de estos pacientes.

Igualmente, los recursos de afrontamiento que se utilizan producen un efecto fundamental sobre la situación problema; puesto que, el individuo elabora procesos concretos a raíz de la enfermedad, además de hacer uso de procedimientos cognitivos que posibilitan un aumento de oportunidades, incurriendo en la disposición hacia sí mismo, ante su existencia y ante las personas que lo rodean. (Quiceno, Vinaccia, Lozano, Castaño & Fernández, en prensa).

En esta investigación se examinó la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en niños con diagnóstico de cáncer como en sus cuidadores. De esta manera, se entrará a desarrollar los precedentes teóricos del cáncer infantil, el estrés, las estrategias de afrontamiento, la calidad de vida; además de los efectos de esta enfermedad crónica como el cáncer sobre las variables de afrontamiento y calidad de vida tanto en niños como en sus cuidadores; así mismo se expondrá el análisis de los resultados presentados en la investigación y sus respectivas conclusiones.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer en Colombia según el Ministerio de Salud y Protección Social, cobra la vida anualmente aproximadamente a 33.100 personas; en su mayoría son mujeres con un total de 16.800, presentando principalmente cáncer de mama, pulmón, estomago, colon y recto; los hombres afectados son en promedio 16.300, primordialmente por cáncer de estómago, pulmón, próstata, colon- recto y leucemias.

En lo referente al cáncer infantil según El Instituto Nacional de Cancerología (Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil, 2011), en Colombia son diagnosticados aproximadamente 2.200 nuevos casos de cáncer infantil al año, afectados principalmente por leucemia, linfoma infantil, tumores y trastornos del sistema inmunitario; de los cuales se estima que solo el 50% de niños logran curarse, aspecto que evidencia el continuo crecimiento de una problemática en la cual intervienen muchos factores para la obtención de resultados positivos relacionados con el diagnostico, pronóstico y tratamientos. Estas cifras para los niños de Colombia son desalentadoras en tanto se ha evidenciado que en países desarrollados y algunos Centroamericanos las cifras de curación del cáncer infantil se encuentran entre el 65% al 90%.

En cuanto a la prevalencia por zonas, se evidencia que en los lugares donde se presentan el mayor número de casos son el Eje cafetero, Antioquia y Valle del Cauca (Jaimes, 2012). Con relación a lo anterior y de acuerdo a las estadísticas presentadas en el periodo 2007 a 2009 por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, el Valle de Aburra obtuvo 26.969 casos de

cáncer, ubicándolo en la zona más afectada de Antioquia (Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia. SSSA. 2007-2009).

El cáncer genera en la persona demandas psicológicas para el afrontamiento del estrés, donde la persona responde con los recursos que cuenta desde lo cognitivo, emocional y conductual, los cuales se estructuran a través de la historia de vida del paciente, además del apoyo psicosocial con el que dispone; en este sentido las estrategias de afrontamiento son la respuesta a las demandas generadas por un suceso específico que afecta el equilibrio psicosocial de la persona, relacionándose con la calidad de vida, entendiendo ésta como el bienestar en las dimensiones que el individuo se desenvuelve y que acoge las estrategias de afrontamiento para hacerle frente a las dificultades que se presentan. Lazarus y Folkman en 1986 (citado por Castaño & del Barco, 2010), 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”* (p. 245). Las estrategias de afrontamiento constituyen la manera como el individuo se adapta a situaciones que alteran sustancialmente el sentido de vida, en este caso el diagnóstico de cáncer; cada individuo tiene ciertas predisposiciones para hacerle frente a la enfermedad desde la significación y vivencia particular.

En este sentido se clasifica el afrontamiento en dos dimensiones, una de ellas corresponde a las estrategias que están centradas en el problema, donde se altera de forma significativa la situación que está generando malestar al igual que las estrategias que buscan regular la respuesta emocional que una problemática particular puede generar y la evaluación de la

misma; en la segunda dimensión las estrategias de aproximación se caracterizan por hacerle frente a la situación, en contraposición a las estrategias de evitación que dan cuenta de los comportamientos evasivos respecto al problema (Castaño et al, 2010).

Teniendo en cuenta que el diagnóstico de cáncer afecta tanto psicológica como físicamente a las personas que lo padecen, la calidad de vida estaría directamente involucrada, la OMS define la calidad de vida como:

La percepción de un individuo del lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. (OMS, 1996)

En esta medida, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en niños con diagnóstico de cáncer y sus cuidadores, ha sido un tema estudiado en diferentes partes del mundo, en México se realizó una investigación por Huerta, Corona & Méndez (2006), en la que participaron cincuenta cuidadores primarios de niños con cáncer en edades comprendidas entre 0 y 15 años, en el servicio de Hemato- Oncología del Instituto Nacional de Pediatría. El objetivo era identificar y evaluar los estilos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores primarios ante el diagnóstico de cáncer en sus hijos, fue utilizado el instrumento de salud y vida cotidiana (HDL forma B) traducida y validada por Ayala y Aduna (1989) que

consta de siete escalas incluido el afrontamiento, según los resultados obtenidos en este estudio el estilo de afrontamiento más utilizado es el cognitivo- activo (62%) y en menor porcentaje el estilo de afrontamiento de evitación (2%), en lo referido a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores se encuentra la búsqueda de información con el mayor porcentaje (45%) y la menos utilizada fue la descarga emocional con un (4%).

En otro de los estudios realizados con familias de niños con cáncer en Cuba por Almunia, (2007) se evaluaron algunos factores psicológicos y psicosociales en las familias de pacientes pediátricos con neoplasias malignas, con 38 madres de pacientes en edades entre 0 a 18 años, donde se utilizaron instrumentos como la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) validada por De la Cuesta D, Pérez E, Louro I (1994) el cuestionario de apoyo social validación Cubana (1996) y la escala de afrontamiento (ACS) de Frydenberg E, Lewis R en Madrid (1997) . En esta investigación a diferencia de la anterior se identificó en lo referido a las estrategias de afrontamiento que los mecanismos más utilizados fueron la búsqueda de apoyo social y espiritual, en el cual se ubicó el 100% de la población y la estrategia menos utilizada por las participantes fue ignorar el problema en un 47%, este trabajo tuvo en cuenta los aspectos psicosociales del enfermo donde se encuentra su familia, personas que de igual manera tienen que hacerle frente a esa nueva situación que se está presentando con uno de sus miembros y que produce cambios en su dinámica como familia, además que el afrontamiento por parte de la familia puede repercutir en el propio afrontamiento del paciente con cáncer en este caso el niño.

Siguiendo este orden de ideas, donde se toma la familia como un factor fundamental en el afrontamiento de la enfermedad González, Fonceca & Jiménez (2006), realizaron una

investigación- intervención desde un enfoque sistémico narrativo- construccionista, con dos familias que tenían un menor con diagnóstico de cáncer en el servicio de oncohematología pediátrica del hospital de la Misericordia en Bogotá Colombia, para esta investigación la información se recogió por medio del estudio de caso cualitativo, esta estrategia metodológica permitió partir de la subjetividad y la comparación de sus construcciones narrativas según el contexto y la historia particular. Para la realización de esta investigación fueron diseñados cuatro escenarios conversacionales reflexivos, la historia de la experiencia del cáncer, el afrontamiento de la enfermedad, identidad familiar y personal y la creación de futuros visualizados, para la interpretación de la información se proponen tres categorías: experiencia familiar ante la situación de un hijo con cáncer, afrontamiento familiar y personal e historias futuras ,según los resultados de la investigación el concebir el cáncer culturalmente como una enfermedad cercana a la muerte repercute en la significación que le da la familia al enterarse del diagnóstico, lo cual afecta negativamente en la familia por la forma en que es construida narrativamente, lo que implica la utilización de estrategias de afrontamiento como la evitación y aferramiento al menor por creer que son los últimos días de su vida, además de la búsqueda de información biomédica para darle sentido a la enfermedad o relatos culpabilizadores que organizan los sentimientos de malestar y hacen comprensible y narrable la experiencia, esto no sólo surge a partir del diagnóstico de cáncer del niño, sino también de las vivencias difíciles con sus familias de origen.

En lo referido a la calidad de vida en un estudio realizado en Granada, España por González (2007) se buscaba identificar las necesidades percibidas en niños, niñas y adolescentes diagnosticados con cáncer en términos de calidad de vida antes de los 15 años e ingresados en los últimos 3 años al Hospital Universitario Virgen Nieves o en el Hospital Universitario San Cecilio, así como las necesidades de sus cuidadores principales, a partir de un estudio

cualitativo con siete entrevistas individuales semiestructuradas realizadas a tres niños y cuatro madres; además de cuatro entrevistas de grupo focales con diez niños y adolescentes divididos por edades de siete a doce y de trece a diecisiete años en distintas fases de evolución de la enfermedad : tratamiento inicial , tratamiento activo, periodo de revisión y fase de enfermedad avanzada o terminal. Según los resultados de la investigación en general para los niños, sus estilos de vida se encuentran afectados por vivencias traumáticas de hospitalización, su desarrollo en éste, las consecuencias secundarias del tratamiento y el obligatorio aislamiento para no contraer infecciones, donde se ven perturbados a nivel social, físico, emocional, escolar y psíquicamente. En las madres se consideran emociones de tristeza, imposibilidad, intranquilidad y repercusión a la enfermedad y al tratamiento mismo; no obstante esa percepción se transforma en un nivel positivo mientras se observa el intento de adaptación de los niños y adolescentes a la situación y de ellas mismas.

En México, Cruz (2004) realizó una investigación con niños entre los 7 y 16 años diagnosticados con cáncer del Hospital General Tampico con el fin de conocer cómo está la calidad de vida teniendo en cuenta la enfermedad padecida, en la realización de este estudio participaron cincuenta niños con diagnóstico de cáncer a los cuales se les aplicó el inventario de calidad de vida en población pediátrica con cáncer (ICVPC) de Varni, (1998) que incluye cuatro dimensiones de funcionamiento: físico, emocional, social y escolar en 23 reactivos y con respuestas tipo Likert con cinco opciones de respuesta, donde a mayor puntuación, mejor calidad de vida. Los resultados arrojados por esta investigación evidenciaron que todas las dimensiones de calidad de vida se vieron afectadas, la dimensión más afectada fue la física con una media de (51.43), ($DE = 20.25$), seguida de la escolar y emocional, con medias de (63.00 y 63.20) y ($DE = 17.55$ y 20.57) para ambas dimensiones respectivamente. Respecto a la dimensión social, los niños dijeron tener dificultad para hacer las cosas que otros niños de

su edad hacen, así como para mantenerse de pie cuando juegan, como otros niños de su edad, en ambos casos en más del 60%. En la dimensión escolar los niños manifestaron tener mayor dificultad para hacer las tareas y para asistir a la escuela. La calidad de vida según los datos recolectados se ve más afectada en los niños con un diagnóstico reciente por el contrario de los niños que llevan varios años padeciendo la enfermedad en los cuales la calidad de vida es mejor.

En otra de las investigaciones sobre la calidad de vida en Bogotá, Colombia realizada por Laufarie, Barón, León, Martínez, Molina, Rodríguez, Rojas & Roncancio (2008) a través de un estudio fenomenológico cualitativo caracterizado por narraciones de las experiencias y apreciaciones de ocho madres de niños con cáncer en edades comprendidas entre los 26 y 38 años a partir de entrevistas a profundidad en el servicio de Oncología Pediátrica del Hospital Militar Central (HMC), donde se buscaba entender las carencias fundamentales que se originan a raíz de su experiencia como cuidadoras. En este sentido, se evidenció que el traslado de residencia, obstaculiza las redes de apoyo, además se debe renunciar al ámbito laboral como también, permanecer constante en la atención del niño provocando dificultades en el interior del hogar; así mismo la represión de emociones frente a la situación por la cual están atravesando, el estrés ante los tratamientos de quimioterapia de sus hijos o en momentos de crisis; dejando de lado su proceso personal para el mejoramiento de capacidades que enriquezcan el cuidado de sus niños, los cuales la mitad manifiestan leucemia linfocítica aguda (LLA). No obstante, podría tener una gran acogida considerar el bienestar personal de estas mujeres.

En la búsqueda de investigaciones se ha evidenciado una escasa muestra de estudios que correlacionen las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en niños y cuidadores; en los cuales se toman las variables y población por separado. En este sentido la investigación de esta temática puede aportar a la temática además de contribuir a diseñar o mejorar programas de intervención que estimulen estrategias de afrontamiento y se relacionen con la calidad de vida de los niños con diagnóstico de cáncer y sus cuidadores, a partir de lo anterior surge la pregunta ¿Cuál es la relación de las estrategias de afrontamiento y calidad en niños con cáncer y sus cuidadores?

2. JUSTIFICACIÓN

El cáncer infantil es una problemática en continuo crecimiento a nivel mundial, según las estadísticas cada año se diagnostican con cáncer a más de 160.000 niños en el mundo, además que el 80 por ciento de los niños con diagnóstico de cáncer viven en países en vía de desarrollo, lo que implica que más de la mitad tenga mayor probabilidad de morir, a diferencia de los niños que viven en países desarrollados donde sobreviven al menos tres de cada cuatro niños después del diagnóstico, por los progresos en éste y el tratamiento de la enfermedad, según la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), citado por Rojas & Pérez (2011); en Colombia se presentan aproximadamente 2200 nuevos casos de cáncer infantil cada año, donde el 50 por ciento de los niños mueren por mal diagnóstico, diagnóstico tardío o abandono del tratamiento a causa de dificultades con el sistema de salud, desplazamiento, además de la falta de integralidad en la atención del niño con cáncer; anualmente mueren alrededor de 226 niños, constituyendo la cuarta causa de muerte en niños colombianos de cinco a catorce años y la segunda causa en niñas del mismo rango de edad, Herrera (2010).

En este orden de ideas para la psicología, es significativa la investigación sobre las estrategias de afrontamiento y la relación con la calidad de vida en niños con diagnóstico de cáncer y sus cuidadores, porque además de brindar conocimiento frente a un tema de profundización psicológica es una temática que ha sido abordada a partir de sólo una de las variables antes mencionadas, sin desarrollar una correlación entre el afrontamiento y la calidad de vida, aspecto que hace de esta investigación un trabajo innovador en tanto se pretende el análisis riguroso frente a la relación de estas dos variables que están presentes en el individuo

afectado directa o indirectamente por la enfermedad; además puede contribuir a mejorar los programas de intervención a partir de la estimulación de estrategias de afrontamiento relacionadas con la calidad de vida de los niños diagnosticados con cáncer y sus cuidadores, desde los recursos con los que cuentan desde sí mismos y los que la sociedad les proporciona para hacerle frente al padecimiento, generando una búsqueda de alternativas en la persona que le permita adaptarse a los cambios que el cáncer le genera.

Según lo descrito anteriormente, la investigación llevada a cabo es importante en tanto que los niños con cáncer y sus cuidadores demandan una atención integral de acuerdo a lo expuesto en la ley 1388 del 2010 (Diario oficial, Congreso de la República), donde el área de psicología juega un rol indispensable al indagar por el impacto emocional generado por la enfermedad ligado a las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, aspectos transversales en la persona o personas afectadas.

Finalmente la importancia de realizar este trabajo a nivel personal, se debe a la consolidación de un proceso formativo en el ámbito investigativo donde se pretende el desarrollo de habilidades frente a los procesos que se llevan a cabo en un estudio como el análisis de la información, correlación de variables, presentación de resultados, posición crítica en relación a los antecedentes de la problemática expuesta y el enriquecimiento en competencias investigativas, además de posibilitar un acercamiento a la futura vida profesional, lo cual favorece la lectura que como psicólogos desarrollamos frente a una problemática actual que está en aumento y que afecta tanto lo psíquico como lo social de la persona o personas afectadas directa o indirectamente.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Relacionar las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, en niños con diagnóstico de cáncer y sus cuidadores.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las estrategias de afrontamiento más prevalentes en niños con diagnóstico de cáncer.

Identificar las estrategias de afrontamiento más prevalentes en cuidadores de niños con diagnóstico de cáncer.

Caracterizar la calidad de vida de los niños con diagnóstico de cáncer.

Describir la calidad de vida de los cuidadores de niños con diagnóstico de cáncer.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO

Es importante señalar que son pocas las investigaciones que se han hecho acerca de las estrategias de afrontamiento y su relación con la calidad de vida en niños con diagnóstico de cáncer y sus cuidadores, tanto a nivel mundial como en Colombia; con el fin de propiciar a profundidad las consecuencias psicológicas que trae consigo la enfermedad y su alcance en las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales del implicado, se abordará en un principio el concepto de estrés, seguido de las estrategias de afrontamiento y finalmente trataremos la calidad de vida.

El concepto de estrés ha sido abordado desde hace siglos, en el siglo XIV el término estrés fue empleado para referirse a “experiencias negativas tales como adversidades, dificultades, sufrimiento aflicción, etc.” (Sandín, 1995), durante el siglo XVII, el término de estrés es asociado a fenómenos físicos como presión, fuerza, distorsión, debido al biólogo y también físico Hooke, desde la perspectiva física el estrés ha sido definido como “una fuerza interna generada dentro de un cuerpo por la acción de otra fuerza que tiende a distorsionar dicho cuerpo” (Sandín, 1995, pág. 4); sin embargo sólo recientemente se ha logrado una conceptualización sistemática y se ha investigado más sobre el tema; acontecimientos como la segunda guerra mundial y la guerra de Corea fueron esenciales para que se realizaran investigaciones sobre el estrés por su incidencia en cuanto al rendimiento de los combatientes; posteriormente el estrés fue reconocido como un aspecto inevitable de la vida, postulando que las diferencias en cuanto al funcionamiento social de los individuos radica en la manera como cada persona lo afronta (Lazarus y Folkman 1986).

Cannon (1932 citado por Sandín, 1995) empleo el termino de estrés, para referirse a las reacciones de “lucha- huida” respuestas que son emitidas por los organismos para defenderse de estímulos amenazantes tanto internos como externos. En la generación de esta respuesta se postula que interviene la activación del sistema nervioso simpático, al igual que la liberación de catecolaminas por la médula suprarrenal (adrenalina y noradrenalina), además de la liberación de glucosa a los músculos entre otras.

En este sentido las principales definiciones del estrés son: el estrés como estímulo desde orientaciones psicológicas y psicosociales y como respuesta desde los enfoques fisiológicos y bioquímicos; la definición del estrés como estímulo se centra en los acontecimientos del entorno, donde se concibe que de manera universal existen ciertas situaciones que son estresantes; sin embargo dentro de esta definición no es tomada en cuenta la diferencia sobre las valoraciones que realizan las personas del evento; el estrés como respuesta, definición que ha sido tomada desde la biología y la medicina principalmente, da cuenta de la manera cómo el individuo responde ante el estrés, estas definiciones presentadas son limitadas en tanto se parte de la idea que un estímulo se considera estresante de acuerdo a la respuesta generada ante el estrés (Lazarus y Folkman 1986).

El estrés psicológico es la consecuencia de la relación que se establece entre el sujeto y el medio, donde éste último es valorado por el individuo como amenazante o limitante de sus recursos, en donde pone en riesgo su bienestar. (Lazarus y Folkman, 1986). Esta evaluación cognitiva se refiere al proceso de valoración del afrontamiento y la reacción del sujeto, donde

el individuo hace una evaluación del significado y/o importancia que representa el suceso para su bienestar.

Los factores que se relacionan en el momento de evaluar un acontecimiento como estresante son: el compromiso y las creencias, el compromiso da cuenta de todo lo que es importante para el individuo, éste caracteriza la sensibilidad de la persona alrededor de las demandas del contexto; por tanto, “cualquier situación en la que se vea implicado un compromiso significativo, será evaluado como relevante en la medida en que los resultados del afrontamiento dañen, amenacen o faciliten la manifestación de ese compromiso” (Lazarus y Folkman, 1986 p.81)

Con relación a lo anterior, entre mayor sea la intensidad del compromiso, mayor es el riesgo del individuo al estrés psicológico. No obstante, esta intensidad “también puede impulsarle a una determinada trayectoria de actos que reduzca la amenaza y le ayuden a desarrollar estrategias de afrontamiento para resolver el problema.” (Lazarus y Folkman, 1986 pp. 84). Un ejemplo de ello son las enfermedades que ponen en riesgo la vida donde el deseo de seguir viviendo puede considerarse indispensable para la supervivencia, teniendo en cuenta que el compromiso implicado en el deseo de seguir viviendo cambia de una persona a otra, es importante mencionar que si no existe este compromiso la persona puede morir ya que se relaciona con la adherencia a los tratamientos y el soportar procedimientos considerados desagradables o dolorosos por las personas (Lazarus y Folkman, 1986).

El compromiso “además de su cualidad motivadora, la cual ayuda a mantener el esfuerzo de afrontamiento, dirige y aleja al individuo de situaciones que puedan dañarle, amenazarle o

desafiarle, modelan su sensibilidad hacia las señales (estímulos) y, más importante aún, definen las áreas de significado y por consiguiente, determinan cuales son los encuentros importantes para su bienestar”. (Lazarus y Folkman, 1986 p. 87).

Las creencias como otro agente presente en la evaluación cognitiva de la situación que amenaza el bienestar del individuo, son comprendidas por Lazarus y Folkman (1986) como “nociones preexistentes de la realidad” estas se dividen en dos categorías: aquellas que son determinadas por el control personal y las creencias existenciales, el control personal se relaciona con la sensación de poder y dominio de la situación por lo que el individuo realiza una evaluación de lo que está pasando o puede suceder en un futuro, estas creencias son generales y situacionales, las creencias generales sobre el control es el grado en que el individuo percibe que puede controlar las situaciones importantes, también conocido como “Locus de control interno y externo” propuesto por Rotter (1966, citado por Lazarus y Folkman, 1986), el locus de control interno se entiende como la creencia de que las situaciones son contingentes con la conducta del individuo, donde el sujeto tiene gran posibilidad de usar estrategias activas orientadas al problema; mientras que el locus de control externo es entendido como la creencia de que los sucesos obedecen al Universo, la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás, en donde el sujeto utiliza continuamente estrategias orientadas desde la emoción; el control situacional se refiere al grado de control que el individuo cree que tiene sobre la identificación y modificación de las relaciones estresantes con su entorno.

Los individuos que experimentan menor malestar emocional ante circunstancias estresantes, son aquellos que hacen un análisis percibiendo el suceso como desafiante; estos suelen buscar

apoyo social y pueden fácilmente separarse emocionalmente de la problemática; por el contrario, aquellos que señalan una mayor aflicción frente a la situación tienden a confrontarla usando estrategias de evasión cognitiva o de comportamiento, es así como anhelan el hecho de que esta situación se esfume o se hunden en la introducción inadecuada de fármacos, el consumo de alcohol o una mala alimentación. Brannon y Feist, (2001, citado por Lazarus y Folkman 1986)

Las creencias existenciales tienen que ver con temas como Dios, el Universo, el destino y la justicia, estas se encargan de conservar la fe, la esperanza y promueve la búsqueda de significado de la vida, pese a las situaciones que se estén presentando. En este sentido, es posible que estas produzcan en el individuo sensación de alivio a partir de la reducción del sufrimiento y la angustia que es generada por la descomposición emocional y física ante una circunstancia particular que afecta la calidad de vida, pero a su vez puede evitar el uso de estrategias de afrontamiento de forma dinámica que también pueden ayudar a su progreso. (Bandura, 1977. Citado por Lazarus y Folkman, 1986).

Los factores situacionales, de igual forma ejercen influencia sobre la valoración cognitiva de estrés, estos son: la novedad de la situación, la predictibilidad, la incertidumbre y el tiempo. La novedad hace referencia a circunstancias que el individuo evalúa como nuevas, la generación de estrés en términos de amenaza y peligro radica en tener un acercamiento previo directo o indirecto donde se asocia la situación como peligrosa. “Generalmente, el individuo dispone de ciertas bases para inferir el significado de una situación con la que no se había enfrentado anteriormente”. (Lazarus y Folkman, 1986, p. 107).

La predictibilidad según Lazarus y Folkman (1986) es:” la existencia de características ambientales que pueden ser discernidas, descubiertas y aprendidas” (p.107). Por lo que la persona puede valorar un contexto como amenazante de su bienestar. Esta predisposición que se presenta en el individuo posibilita que se prepare para un posible daño, lo que permite reducir los efectos negativos del estresor.

La incertidumbre del acontecimiento se ha equiparado con el concepto de predictibilidad. En este factor se propone que en la evaluación de un evento interviene la probabilidad de que suceda. Teniendo en cuenta que el sujeto tiene significaciones particulares frente a la situación que analiza como perjudicial, la enfermedad es uno de los acontecimientos en donde se evidencia claramente este concepto

Uno de los principales problemas planteado por el cáncer es que el paciente no puede estar seguro durante muchos años de que su proceso se haya resuelto. Este problema (...) no sólo incluye un único acontecimiento o una serie de acontecimientos bien delimitados en el tiempo, sino que genera unas condiciones continuas e incesantes de incertidumbre sobre los acontecimientos futuros potencialmente desastrosos y escasamente predecibles. Mendelsohn (1979, citado por Lazarus y Folkman 1986, P. 113)

La temporalidad es un factor de gran relevancia en la evaluación de una situación como estresante, en este aspecto se han considerado tres elementos situacionales temporales: la inminencia, duración y la incertidumbre temporal; la inminencia genera en el individuo una evaluación intensa y urgente, evaluando la situación en mayor medida como

amenazante; la duración da cuenta del tiempo en que permanece un evento, produciendo respuestas de agotamiento o habituación al estresor; la incertidumbre temporal por su parte, trata del desconocimiento de cuándo ocurrirá un evento estresante, según las investigaciones realizadas frente a este último factor se ha evidenciado que los niveles de estrés tienden a reducirse.

Según los postulados anteriores el concepto de estrés podría resumirse así:

En condiciones de equilibrio el organismo vive bajo la actividad normal de sus funciones biopsicosociales moduladas por los ritmos de sueño y vigilia. Bajo estas condiciones, el funcionamiento fisiológico y psicológico está sometido a niveles de activación que se consideran normales. Esta activación fluctúa según las vivencias diarias y ordinariamente está asociada a emociones (ira, tristeza, alegría, etc.). El estrés se produce cuando ocurre una alteración en este funcionamiento normal por la acción de algún agente externo o interno. El organismo, en estas circunstancias, reacciona de forma extraordinaria realizando un esfuerzo para contrarrestar el desequilibrio. La respuesta de estrés es extraordinaria, implica esfuerzo y produce una sensación subjetiva de tensión (presión). Esto suele suponer, además, un incremento de la activación o inhibición y, por tanto, un cambio en los estados emocionales. (Sandín, 1989, p. 54)

En este orden de ideas, las respuestas ante el estrés, entendiendo estas desde la intervención de factores fisiológicos, conductuales y cognitivos se estructuran en tres dimensiones:

Fisiológicas: advierten las respuestas neuroendocrinas y las inscritas al sistema nervioso autónomo donde se produce un incremento de la presión sanguínea, aumento de la tasa estomacal e intestinal, dilatación de las pupilas, dolor de cabeza, aumento de la respiración entre otros. (Sandín, 1995); estas respuestas asociadas al estrés fueron propuestas inicialmente por Selye el cual habló sobre la activación de los sistemas neuroendocrinos hipotálamo- hipófiso- corticosuprarrenal y médula suprarrenal, de igual manera le prestó gran importancia a la activación del sistema nervioso autónomo simpático; cabe resaltar que en este tipo de respuesta al estrés no se limita a la activación o no de las variables neuroendocrinas y del sistema nervioso, sino que están involucradas un conjunto amplio de variables psicofísicas.

Emocionales: comprende las sensaciones subjetivas de malestar emocional como el miedo, la ansiedad, la excitación, el enojo, la depresión; entre otros. Taylor (1999, citado por Solís & Vidal 2006). La emoción es activada al igual que los cambios fisiológicos, cada vez que se experimenta psicológicamente, esta respuesta se caracteriza como se mencionó anteriormente por la sensación subjetiva de malestar emocional, también conocido como “distress”, acompañado de emociones negativas. “Bajo ciertas condiciones de estrés pueden existir unas emociones u otras, dependiendo de las circunstancias del individuo y de la situación (valoración de la amenaza, estrategias de afrontamiento empleadas, etcétera)” (Sandín 1995, p.26)

Cognitivas: abarca tres tipos de respuestas cognitivas de estrés principales la preocupación, la negación y la pérdida de control, las cuales se evidencian asistidas de bloqueos mentales, pérdida de memoria, sensación de ilusionismos, procesos disociativos de la mente. (Sandín, 1995). Estos síntomas pueden afectar la forma de relacionarse del individuo implicado con los demás.

Hasta aquí se ha planteado el concepto de estrés, de la mano abordaremos el concepto de afrontamiento. Éste se ha propuesto desde el modelo teórico y empírico; el primero parte de la teoría psicoanalítica del ego; el cual define el afrontamiento como: “el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés”. (Lazarus y Folkman 1986, p.141); y el segundo de la experimentación con animales, el cual ha retomado varios aspectos planteados por Darwin, relacionados con la adaptación de los seres vivos a su entorno. Desde esta perspectiva se define el afrontamiento como: “aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por estas”. (Lazarus y Folkman 1986, p.141).

El afrontamiento es una temática que ha sido abordada por diferentes autores, Lazarus y Folkman, (1984) plantean un modelo de aparición del estrés, el cual se encuentra influido por el proceso de valoración cognitiva que da cuenta de la interpretación que realiza la persona de las consecuencias que tiene un evento para sí, además de evaluar si la situación corresponde a una amenaza o desafío con el fin de valorar si cuenta con los recursos para evitar o reducir las consecuencias adversas de la misma, es decir realiza una valoración del

control que tiene sobre la situación que está generando demandas en él, se refiere a la manera como la persona afronta las circunstancias que se presentan como amenazantes.

Lazarus y Folkman (1986) 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" (citado por Martin, Jiménez, Sánchez & Fernández, 2010), por ello se considera como un proceso psicológico que cambia, por lo que la persona cuenta con estrategias defensivas para afrontar determinadas situaciones y con estrategias orientadas a la resolución del problema, las cuales varían según las demandas generadas.

Para Everly (1989, citado por Martin, Jiménez et. al) el afrontamiento puede entenderse como "un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales", según Girdano y Everly (1986, citado por Martin, Jiménez et al) unas estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas en tanto posibilitan reducir el estrés, además de promover la salud a largo plazo, no obstante hay unas estrategias desadaptativas porque reducen el estrés a corto plazo y deterioran la salud a largo plazo, son estrategias pasivas que, contribuyen al aumento de la intensidad del estrés percibido, además de que pueden generar respuestas negativas frente a las emociones como también en el rendimiento del individuo, y por tanto la calidad de vida se ve afectada. (Lazarus, 1990).

Endler y Parker (1990, citado por Martin, Jiménez et. al) plantean que la persona realiza una selección de la estrategia que va a utilizar, sin importar el estresor, para ello propone la

existencia de tres dimensiones básicas del afrontamiento: "*afrontamiento orientado a la tarea*" que da cuenta de la tendencia a resolver el problema de manera directa, el "*afrontamiento orientado a la emoción*" es la búsqueda de regulación de la respuesta emocional del problema y el "*afrontamiento orientado a la evitación*" que no permite la resolución del problema.

Retomando los planteamientos de Lazarus y Folkman (1986), los cuales realizan un bosquejo del concepto de afrontamiento desde las explicaciones tradicionales, se evidencia que el afrontamiento ha sido abordado estructuralmente planteándolo como estilo o rasgo, más que como un proceso dinámico del yo; el estilo de afrontamiento se refiere a “formas amplias, generalizadas y abarcadoras de referirse a los tipos particulares de individuo tales como el poderoso o el que carece de poder” (p.143) a diferencia del estilo, los rasgos hacen referencia a “las propiedades con las que dispone el individuo para aplicar en determinadas clases de situaciones, tienen generalmente un espectro menos amplio” (p. 143). Una vez establecidas estas dos estructuras por el sujeto, se plantean que actúan unos u otros cuando se tenga que afrontar una situación o acontecimiento de la vida, cabe resaltar que no se puede postular los rasgos como predictores en el afrontamiento ya que las investigaciones realizadas (Cohen y Lazarus, 1973) evidencian que la manera como el individuo afronta una situación varía según las demandas generadas por la situación, además de la evaluación que el individuo realiza de las mismas.

Como se mencionó anteriormente Lazarus y Folkman (1986), proponen el afrontamiento como proceso, tal perspectiva del afrontamiento considera tres aspectos: las observaciones y

valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, los pensamientos y acciones propias del afrontamiento están dirigidos hacia condiciones particulares, por último el proceso de afrontamiento implica un cambio tanto en los pensamientos como en los actos en el desarrollo de la interacción; los cambios que este proceso contiene se debe a las significaciones, evaluaciones y reevaluaciones que realiza el individuo de su entorno.

Diferentes autores plantean el afrontamiento por etapas Main (1977, citado por Lazarus y Folkman 1986) postuló la presencia de etapas de afrontamiento, sus investigaciones han sido dirigidas a la observación de niños y sus madres, los cuales eran separados y reunidos por tiempos largos y cortos; con esta investigación se establecieron tres etapas para el afrontamiento de la situación estresante “protesta, desesperación y desvinculación”, desde este modelo se ha explicado la conducta de evitación como respuesta defensiva del niño al abandono y la necesidad que tiene de la madre *“los conceptos sobre estrés y afrontamiento basados en la respuesta del niño a una situación extraña son expuestos normativamente, pero hay que reconocer que existen variaciones importantes entre los niños en cuanto a la intensidad de la respuesta y la posibilidad de responder o no según el modelo descrito”* (Lazarus y Folkman, 1986) por ello para el afrontamiento del niño es importante considerar tanto la vulnerabilidad de éste, como la relación que él tiene con la madre; aspectos en los que radican diferencias en el proceso de afrontamiento.

La propuesta del afrontamiento por etapas implica por un lado que estas se consideren estáticas y por otro que haya flexibilidad en las mismas al ser modelos “cognitivo-afectivo-conductuales” que prevalecen según la situación que esté enfrentando el sujeto; esta ultima

característica ha tenido más aceptación en el ámbito investigativo donde se ha evidenciado el afrontamiento como constantemente cambiante, “las enfermedades amenazantes para la vida, como el cáncer, permiten la observación de demandas cambiantes a lo largo de la enfermedad” Mendelsohn (1979, citado por Lazarus y Folkman 1986), además de que se evidencian diferencias significativas tanto en la evaluación como en la manera de afrontar la enfermedad, según este autor, las diferencias radican en la historia particular del sujeto. Sin embargo Lazarus y Folkman (1986) exponen que la utilización de los modelos de afrontamiento varía según la cultura por las respuestas compartidas, por ello poner en tela de juicio la existencia de un modelo dominante de etapas de afrontamiento.

Desde la conceptualización que realiza Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento tiene diferentes funciones éstas, guardan relación con el objetivo de cada estrategia; desde los procesos del yo While (1974, citado por Lazarus y Folkman 1986) distingue tres funciones “asegurar la información adecuada del entorno, mantener condiciones internas satisfactorias tanto para la acción como para el procesamiento de la información y mantener (...) autonomía o libertad de movimientos, libertad para utilizar el propio repertorio según un modelo flexible de expresión” (p.172). Mechanic (1974, citado por Lazarus y Folkman 1986) orientado desde la perspectiva socio-psicológica distingue también tres funciones “afrontar las demandas sociales y del entorno, crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas y mantener un estado de equilibrio psicológico” (p.172); finalmente se proponen una serie de funciones del afrontamiento en contextos específicos que son menos generales y parten de la situación que se está presentando.

Partiendo de las funciones de afrontamiento expuestas anteriormente Lazarus y Folkman (1986) proponen diferencias en cuanto a las estrategias utilizadas “la diferencia que hay entre el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar” (p. 172) *Afrontamiento dirigido al problema* y *Afrontamiento dirigido a la emoción* (Lazarus y Folkman 1980); el primero aparece cuando la situación se evalúa como cambiante y el segundo cuando el evento es evaluado como inalterable.

El afrontamiento dirigido a la emoción está compuesto por procesos cognitivos que tratan de reducir el nivel de trastorno emocional conteniendo estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos; estas estrategias planteadas surgen de las investigaciones realizadas sobre los procesos defensivos.

Otras de las estrategias utilizadas en este tipo de afrontamiento están dirigidas al incremento del trastorno emocional, ubicando allí a las personas que tienen que sentirse muy mal para poder pasar a sentirse mejor. Dentro de los procesos cognitivos que están presentes en el afrontamiento dirigido a la emoción unos se encargan de alterar la manera de sobrellevar la situación, este proceso hace referencia a la *reevaluación cognitiva* utilizada con el fin de reducir la sensación de amenaza, y otras estrategias a diferencia de la anterior no cambian el significado de la situación.

Las estrategias dirigidas al problema, por su parte, están orientadas a la definición del problema y a la búsqueda de alternativas para solucionarlo, teniendo en cuenta en este último aspecto su costo y beneficio, además de su elección y aplicación; en este tipo de afrontamiento se encuentran las estrategias tanto del entorno como del interior del individuo. Kahn (1964 citado por Lazarus y Folkman 1986) afirma que en lo concerniente a la división del afrontamiento orientado al problema que: las estrategias que hacen referencia al entorno se encuentran dirigidas a la disminución de las presiones ambientales, obstáculos, recursos, procedimientos, etc.; y las estrategias del individuo se caracterizan por la generación de cambios motivacionales o cognitivos.

Siguiendo en este orden de ideas Lazarus y Folkman (1986), postulan la existencia de diferentes recursos con los que la persona cuenta para afrontar las situaciones causantes de estrés, algunos de estos recursos son: los recursos físicos como la salud y la energía, los recursos psicológicos como las creencias positivas, por último las aptitudes y la resolución de problemas; la salud y la energía es un aspecto importante para el afrontamiento de gran parte de los eventos estresantes al considerar que las personas saludables cuentan con mayor capacidad para aportar significativamente en el proceso de afrontamiento; las creencias positivas están directamente relacionadas con la esperanza, favoreciendo el afrontamiento a las situaciones más difíciles, resaltando que aquellas creencias sobre la capacidad de control de la persona en la situación son de gran importancia y están estrechamente relacionadas con las estrategias orientadas al problema; las técnicas para la resolución de problemas “incluyen habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibles alternativas, predecir opciones útiles para obtener resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado” Janis (1974, citado por Lazarus y Folkman 1986, p.185).

Otros de los recursos que se consideran importantes para el afrontamiento son las habilidades sociales, las cuales hacen referencia a la capacidad de comunicación e interacción con los demás de manera asertiva, facilitando la resolución de problemas en compañía de otros; otro de los recursos planteados por Lazarus y Folkman (1986), es el apoyo social el cual “puede ser útil para prevenir el estrés al hacer que las experiencias dañinas o amenazantes lo parezcan menos, o bien proporcionando recursos valiosos para su afrontamiento una vez que el estrés ha aparecido” (p. 267); por último se plantea los recursos materiales al reconocer que los bienes económicos incrementan las alternativas de afrontamiento por la factibilidad de tener una asistencia adecuada desde diferentes ámbitos, además de la reducción de amenaza sobre la situación que le está generando estrés.

De acuerdo al proceso de adaptación por el que transita el individuo, se evidencia en éste una serie de emociones adaptativas, además de impulsos que pueden desbordar los límites personales y provocar, directa o indirectamente un daño como se percibe en las “enfermedades del proceso de adaptación”. No obstante, es significativo cuestionarse acerca de si se puede sobrevivir sin el uso de ellas. En este sentido se proponen tres consecuencias adaptativas a largo plazo que son afectadas por la evaluación y el afrontamiento

1. **Funcionamiento Social:** se refiere a la manera como el sujeto desarrolla sus diversos roles sociales, es decir la satisfacción ante sus relaciones interpersonales. Por lo tanto, el tener la sensación de pertenecer a una estructura social que los soporte, además de ser un fin fundamental en nuestras vidas. Es así como éste : “ se ve influido por muchos factores,

incluida la historia personal del individuo con todas sus implicaciones en cuanto a dependencia, autonomía, seguridad, intimidad, etc., y por un lado y otro, los valores culturales y las expectativas sobre los roles sociales y sobre cómo pueden establecerse”. (Lazarus y Folkman 1986 p, 206).

Funcionamiento social global: es aquí donde el sujeto debe encargarse de analizar y confrontar la trayectoria de los sucesos que pueden generarle estrés y la efectividad con que los afronta. De esta manera, el individuo se verá sujeto a observar conclusiones erróneas y sensaciones negativas.

No toda circunstancia puede ser afrontada de la manera más adecuada; sin embargo, esto no hace al sujeto un afrontador ineficaz de poder darle solución a estas relaciones estresantes que se producen sin él premeditarlo. Con respecto a lo anterior Pearlin y Schooler plantean que (1978, citado por Lazarus y Folkman 1986) (...) por tanto, los fallos en el afrontamiento no reflejan necesariamente deficiencia del individuo; lo que realmente pueden representar es el fallo de los sistemas sociales en los que se encuentra imbricado. (p.211)

2. Moral: se caracteriza por la sensación de bienestar que se impregna en el individuo ante un acontecimiento estresante y el nivel de moral que soporta a largo plazo. Durante los eventos estresantes se abren a la experiencia determinadas emociones, tanto positivas como negativas las cuales son el reflejo de un análisis instantáneo del individuo.

De esta manera, en el momento que el sujeto entre a evaluar una situación estresante, éste introduce los juicios sobre el nivel de éxito en la obtención de los fines que se ha propuesto y el grado de satisfacción del sujeto con su rendimiento. De otro lado, se encuentra el bienestar que se caracteriza por la relación que se produce entre los intereses del individuo y los resultados que se produzcan. En este sentido, Linsenmeier y Brickman sugieren que (1980, citado por Lazarus y Folkman 1986) el individuo se hallará satisfecho consigo mismo y con sus logros en la medida que estos excedan lo que pensaba lograr y se sentirá frustrado cuando tales logros no alcancen lo esperado.

En este orden de ideas, cuanto menos permanezca el individuo inspeccionando la situación que le es estresante, se incrementaran los déficits cognitivos, emocionales y motivacionales que guiaran al sujeto a un comportamiento no adaptativo y a la depresión, como lo plantea Garber et al., (1980 citado por Lazarus y Folkman 1986)

El déficit cognitivo es comprendido a partir de que el sujeto no se da cuenta de que su respuesta de afrontamiento le puede permitir un resultado propicio para la valoración de la situación de estrés. El déficit motivacional se define como la pasividad alrededor de una circunstancia de desesperanza. El déficit emocional no se refiere únicamente a la depresión, también tiene en cuenta la ansiedad; puesto que solo cuando el individuo considera el contexto como desesperado, se habla de depresión (p.224).

Algunos individuos cuando se encuentran en situaciones que pueden estar prescritas bajo parámetros considerablemente perjudiciales, les es difícil mantener un control equilibrado pero aun así, guardar confianza y seguridad de que las cosas no son tan malas como se presuponen.

3. Salud del Organismo: en la interpretación que se ha hecho del estrés, del afrontamiento y de la salud, se presupone que tienen una relación directa con la enfermedad; en tanto que, esté da lugar a sensaciones que resultan de cambios fuertes en el organismo donde de por sí, tales sensaciones son intensas y negativas. De esta manera, el verse enfrentado a una experiencia estresante aumenta la vulnerabilidad del sujeto frente a la enfermedad.

Igualmente, es importante aclarar si se puede evidenciar generalidad o especificidad entre estrés, emoción y enfermedad física; donde en el modelo de generalidad, la enfermedad puede originarse a partir de los efectos de la inestabilidad orgánica sobre los procesos inmunes o por las consecuencias metabólicas de las hormonas participantes en los procesos de estrés. Selye (1956, 1976 citado por Lazarus y Folkman, 1986, p. 239).

De igual manera, en el modelo de la especificidad, la enfermedad puede ocasionarse a partir de las maneras características del trastorno orgánico que se relacionan a los diferentes patrones de respuesta, además por las consecuencias inmediatas del comportamiento de afrontamiento a través de las vías 2 y 3. (Ver más adelante)

Las tres vías por las cuales el afrontamiento puede afectar la salud, propuestas por Lazarus y Folkman, (1986) son:

1. El afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés, en donde se desiste de prevenir y de reducir las circunstancias ambientales dañinas para el sujeto; entendida como la carencia del afrontamiento encaminado al problema. Además del deterioro de regulación de la perturbación emocional que se presenta alrededor de situaciones de desequilibrio y perjudiciales, éste haciendo alusión al afrontamiento conducido a la emoción. Y el patrón A de comportamiento, el cual puede perjudicar de manera adversa las reacciones neuroquímicas al estrés a través de una sucesión de valores y de un estilo de vida que conlleve el sujeto
2. El afrontamiento puede afectar la salud de forma negativa, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad cuando incluye el uso excesivo de sustancias dañinas como son el alcohol, las drogas y el tabaco, o cuando abocan al individuo a actividades que implican un riesgo significativo para su vida.
3. Las formas de afrontamiento dirigido a la emoción pueden perjudicar la salud al reprimir comportamientos adecuados relacionados con la salud/ enfermedad. En este sentido, comportamientos de evitación, y negación permiten reducir el trastorno emocional, pero a su vez imposibilita al sujeto para que pueda buscar otras alternativas de solución que le posibiliten una adecuación a esa situación estresante.

4.1.1 Estrategias de afrontamiento

A partir de la noción de estrategias de afrontamiento y la conceptualización realizada sobre los estilos de afrontamiento, surgen diferentes estrategias que dan cuenta de los dos estilos propuestos, sin embargo para la realización de este estudio serán consideradas las estrategias de afrontamiento propuestas en la Escala de Estrategias Coping Modificada (EECM) por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre (2006) que son:

1. *Solución de problemas*: estrategia de afrontamiento caracterizada por el análisis de los orígenes del problema y producir alternativas de solución.
2. *Apoyo social*: es una estrategia de tipo comportamental, donde se expresa la emoción y se buscan alternativas de solución con otras personas.
3. *Espera*: estrategia cognitivo comportamental, en la cual la persona espera que la situación se resuelva por si sola con el paso del tiempo.
4. *Religión*: es una estrategia cognitivo- conductual, donde la persona realiza oraciones orientadas a la solución del problema o poder tolerarlo.

5. *Evitación Emocional*: estrategia cognitivo- comportamental, donde se eluden la manifestación de las emociones, por causa de la carga emocional o de la censura social.
6. *Búsqueda de apoyo profesional*: estrategia comportamental que da cuenta de la búsqueda que realiza la persona de recursos a nivel profesional para la solución del problema o las consecuencias del mismo.
7. *Reacción agresiva*: estrategia comportamental, donde se manifiesta el enojo y la hostilidad explícitamente como efecto de la frustración y la desesperación, respondiendo de forma agresiva hacia los que lo rodean, hacia sí mismo o hacia los objetos.
8. *Evitación cognitiva*: estrategia cognitiva entendida como facilitadora de suprimir o equilibrar los pensamientos apreciados como negativos o perturbadores, a partir del entretenimiento y la negación.
9. *Reevaluación positiva*: estrategia de tipo cognitivo que busca aprender de las dificultades, para lo cual se realiza una identificación de los aspectos positivos que contiene el problema, esta posibilita sobrellevar la situación que se está presentando, además de generar pensamientos que contribuyen al enfrentamiento de la problemática.

10. *Expresión de la dificultad de afrontamiento*: estrategia que da cuenta de la dificultad que manifiesta el individuo para afrontar las emociones generadas por el problema.

11. *Negación*: se caracteriza por la ausencia de aceptación del problema, por lo que la persona actúa como si el problema no existiera, tratándolo de evitar a toda costa.

12. *Autonomía*: hace referencia a las personas que buscan soluciones al problema de manera independiente.

4.2 CALIDAD DE VIDA

Haciendo una aproximación histórica del concepto de calidad de vida, se evidencia que éste término aparece alrededor del año 1975 (Moreno y Ximénez, 1996); propagándose alrededor de los años ochenta. Este concepto aparece inicialmente en la medicina, trasladándose a la sociología y psicología; no obstante al ser este término tan reciente no se encuentran referencias bibliográficas del origen de la calidad de vida concretamente, por lo que el bosquejo histórico parte de conceptos como salud, bienestar y felicidad.

Partiendo desde la salud se ha encontrado que en “las civilizaciones Egipcia, Hebrea, Griega y Romana crearon la gran tradición occidental de la preocupación por la salud del sujeto” Moreno y Ximénez (1996, p. 3); entendiendo ésta como la atención desde diferentes factores como la alimentación, la higiene, además de un espacio público que posibilite el desarrollo social sin ningún tipo de riesgos. Posteriormente la declaración de los derechos humanos y

ciudadanos en el siglo XIX, condujo a la consideración de nuevas formas de calidad de vida constituidas por “el reconocimiento de la actividad y de la acción individual, de la lucha política de la libertad de asociación y reunión, de la libertad de creencias, de opiniones y de su libre expresión”. Moreno y Ximénez (1996, p. 4).

La calidad de vida ha sido un tema abordado por numerosos autores; sin embargo no se ha logrado establecer una definición concreta. En este sentido, se retomarán algunas de las definiciones propuestas por diferentes autores que se hayan referido a ésta, citado por Urzúa y Caqueo; (2012 p. 62)

Autor	Calidad de Vida
Ferrans (1990b)	“la calidad de vida general es definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.”
Hornquist (1982)	Propone la calidad de vida en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Lawton (2001)	La plantea como “evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.”
Szalai (1980)	“la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo”.
Celia y Tulskey	“la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción

(1990)	con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal”
--------	--

Pese a las dificultades encontradas con el concepto de calidad de vida, se puede identificar algo común en las definiciones citadas anteriormente referido a que éste término involucra diferentes ámbitos de la vida de las personas tanto internos como externos y la valoración que realiza el individuo de las áreas comprendidas; teniendo en cuenta que desde el nivel subjetivo presente en la valoración de calidad de vida, la persona puede considerar relevantes unos ámbitos más que otros; generándose una idea amplia de lo que comprende este concepto sin importar las dificultades encontradas para el consenso del término y el número de ámbitos por los cuales está conformada.

Para realizar una definición del concepto de calidad de vida se hace necesario retomar aspectos desde lo objetivo y subjetivo, “desde esta perspectiva, y desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria” Moreno y Ximénez (1996, p. 7). Por tanto se realiza un abordaje que reúne aspectos objetivos pero al mismo tiempo se le da importancia a la significación realizada por el individuo del bienestar desde los procesos y elementos involucrados en éste.

Ardila (2003) propone una definición integradora de calidad de vida, la que define como

Un estado de satisfacción general, derivado de las potencialidades de la persona.

Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de

bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud a nivel subjetivo. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. (p. 163)

El concepto de calidad de vida consigue cobrar relevancia en los Estados Unidos después de la segunda Guerra Mundial, con el objetivo de profundizar en la percepción de los diferentes individuos a raíz de si tenían una adecuada vida o si se sentían económicamente estables. (Campbell, 1981; Meeberg, 1993 citado por Ursua y Caqueo –Urizar, 2012). Es importante anotar que respecto a un desarrollo conceptual de calidad de vida, es muy poco lo que se ha planteado donde sólo un 35% de los modelos evaluados profundizan en esta, un 25% de autores no caracterizaban el patrón de calidad de vida y más del 50% de los modelos no diversificaban entre calidad de vida y los componentes que la afectan. Gill & Feinstein (1994, citado por Ursua y Caqueo –Urizar, 2012).

En este orden de ideas, se proponen ciertas categorías de definiciones sobre el concepto de calidad de vida:

a) *La calidad de vida como condiciones de vida:* se propone la calidad de vida como equivalente entre los puntajes de las condiciones de vida objetivamente cuantificables en un sujeto, como son: la salud orgánica, condiciones de vida, interacciones sociales, motivaciones eficaces u ocupación. De esta manera, esta definición ofrecería la contrastación entre una persona y otra a partir de valoraciones específicamente objetivos, significando la calidad de vida en cantidad. (Hollanflsworth, 1988, citado por Ursua y Caqueo –Urizar, 2012).

Es importante el análisis a partir del resultado final de cualquier patrón de calidad de vida, donde ésta sería un periodo universal de bienestar enlazado a situaciones específicas por las que el sujeto se vea enfrentado, en la cual se parte de la presunción que cada individuo tendría derecho a un estado de bienestar, al igual que esta vivencia de bienestar puede ser medida a partir de valoraciones universales objetivas.

b) *La calidad de vida como satisfacción con la vida*: en este sentido, el carácter fundamental del bienestar es otorgado a partir del carácter meramente subjetivo, evitando alinearse con situaciones extremas de vida, donde se presupone un individuo preparado para separarse de un ambiente económico, de las interacciones sociales, culturales, políticas hasta de su mismo estado de salud; siempre y cuando pueda estar saciada la satisfacción personal. Por tal motivo, es aquí donde la persona tiende a autoevaluarse bajo los parámetros del “insight” (darse cuenta) o el nivel de “conciencia”, los cuales son necesarios para la adecuación a este modelo. (Urzúa y Caqueo; 2012 p. 64)

c) *La calidad de vida como condiciones de vida y satisfacción con la vida*: en este modelo se concilian las condiciones de vida determinadas objetivamente a partir de valoraciones orgánicas, vínculos sociales, materiales, comportamentales y psicológicos con las sensaciones y afectos subjetivos sobre cada área, los cuales pueden verse expresados en el bienestar general. En este sentido, es determinante a razón de la interpretación que el individuo le dé, en términos del lugar de relevancia que toma en la esta.

A partir del año 1995, Felce & Perry (citado por Urzúa y Caqueo; 2012) plantean un cuarto modelo teórico que permita definir el concepto de calidad de vida con mayor rigurosidad, donde se incluyera la necesidad de considerar los valores personales, anhelos e intereses.

d) La calidad de vida como condiciones de vida, satisfacción con la vida y valores: estos autores caracterizan la calidad de vida como un período de bienestar general que abarca descriptores objetivos y análisis subjetivo de bienestar físico, material, social y emocional, ligado al progreso personal y de actividades, todas estas intervenidas por los valores individuales. Por tanto, se establece una fase dinámica donde sí se divisan transformaciones en los valores, en las circunstancias de la vida o en la percepción se produce un cambio en los otros.

Si bien, no se proponen rasgos únicos para la definición de calidad de vida, surgen esquemas comunes como son el bienestar, la satisfacción, la multidimensionalidad, subjetivo y objetivo que integran en un sistema común las diferentes caracterizaciones, permitiendo una definición global de calidad de vida.

El modelo presentado por la OMS, la calidad de vida está orientada tanto en una percepción objetiva como en un autoreporte subjetivo, en la cual se encuentra la influencia alrededor aspectos como el control físico, el control psicológico y el medio ambiente; a razón del nivel de independencia, las relaciones sociales y las creencias personales, enmarcadas por la espiritualidad y la religión; determina la influencia que tienen ciertos factores en la percepción individual, tales como las fines a desarrollar, los intereses, expectativas, los cuales tienen una relación con el análisis que se proponga en el área y los factores que en ella incurrir, donde el proceso cognitivo de la evaluación torna relevancia por encima de los valores.

Para la identificación de procesos cognitivos subyacentes al análisis de la calidad de vida, Skevington, O`Connell & WHOQOL Group (2004, citado por Urzúa y Caqueo; 2012) despliegan cuatro probables opciones que tendrían incluido el proceso de comparación y de valoración por parte de cada individuo. Estos autores manifiestan que el evaluar positivamente o no la calidad de vida se debe a la relación que se establece entre dos componentes: “por un lado la valoración del dominio como tal, la cual lleva implícita la comparación, y por otro lado la importancia que la persona otorgue a este dominio. Bajo este marco, la evaluación sería un proceso permanente y cambiante, pues los estándares o patrones de comparación utilizados pueden variar en el tiempo, otorgando así a la Calidad de Vida un carácter dinámico”. (Pág. 66)

Frente al concepto de calidad de vida, se han presenciado una serie de dificultades enmarcadas por, la inexistencia de un patrón que afirme la definición demostrada, además de no especificarse la diferencia con esquemas que influyen en la calidad de vida y la validez de los instrumentos de medición utilizados. Sin embargo, se han esclarecido ciertas similitudes respecto a la literatura de la calidad de vida alrededor de tres ejes fundamentales como que: es subjetiva, el puntaje establecido a cada dimensión cuantificable es diverso en cada individuo y el valor determinado a cada dimensión puede cambiar a razón de la vida. Fernández-Ballesteros (1998, citado por Urzúa y Caqueo; 2012, p. 70)

Habiendo hecho un acercamiento general a la definición de calidad de vida, es importante señalar que desde la oncología este término está referido a la salud integral del paciente, donde se presentan variaciones por la enfermedad padecida en este caso tipo de cáncer y los tratamientos a los cuales se someten; para ello es importante abordar la medición de calidad

de vida en pacientes con cáncer y el proceso que ha tenido hasta la actualidad, teniendo en cuenta que en épocas anteriores la valoración sobre la salud se generaba a partir de los procedimientos realizados desde la medicina comprendiendo las respuestas producidas por el organismo ante el tumor o afección, la erradicación total o parcial de la enfermedad o la supervivencia. El interés por realizar un abordaje más formal sobre el impacto de la enfermedad y los tratamientos en la calidad de vida, data aproximadamente de los años noventa.

En los primeros estudios realizados sobre la calidad de vida se tenían en cuenta áreas netamente individuales como la respuesta al tumor, el intervalo libre de enfermedad o la supervivencia; sin embargo de acuerdo a los estudios realizados y los postulados referentes a la calidad de vida se ha podido comprender que son muchas las dimensiones que están involucradas en la misma, por ello un abordaje desde sólo una dimensión no podría dar cuenta de la calidad de vida, sino de un aspecto que la compone. Como se mencionó anteriormente no existe aún un acuerdo sobre las áreas que conforman la calidad de vida; sin embargo desde la oncología se propone abarcar también en el área de salud los cambios generados a partir de la enfermedad y los tratamientos de la misma, “los componentes de síntomas y efectos secundarios tanto de la enfermedad como de los tratamientos, el funcionamiento físico entendido como la capacidad de realizar diferentes tareas, el funcionamiento psicológico, en especial el estado de ánimo, y el funcionamiento social, que se refiere a la interacción con las otras personas de la comunidad” Niezgoda, Pater & Selby (1993 citado por Arrarás, Martínez, Manterola, & Laínez; 2004, p.88)

Continuando con los cambios que ha suscitado el estudio de la calidad de vida, cabe resaltar que anteriormente los profesionales médicos encargados de los pacientes eran quienes

realizaban la evaluación sobre la calidad de vida según lo que podían observar; actualmente se considera indispensable que sea el paciente quien realice esta valoración, tomando como referencia que es algo subjetivo donde sus percepciones sobre su vida, enfermedad, entorno; cobran un alto valor, además que ésta puede cambiar de acuerdo al proceso de la enfermedad misma “En este sentido, es frecuente encontrar evaluaciones altas de CV (calidad de vida) en sujetos con enfermedad avanzada que han encontrado una estabilización en sus síntomas y que tienen una buena adaptación a la enfermedad.” Arrarás, et. Al (2004 p. 3).

Se puede hablar de tres dimensiones que comprenden la calidad de vida estas son: la dimensión física, psicológica y social. La dimensión física da cuenta de la percepción de estado físico o salud, en esta se identifica la ausencia de enfermedad, los síntomas generados por una enfermedad y los efectos producidos por los tratamientos; la dimensión psicológica es la percepción que tiene el individuo de su estado a nivel cognitivo y afectivo, en la cual realiza una valoración a nivel emocional complementado con las significaciones o creencias personales y la dimensión social abarca la percepción que tiene el individuo de las relaciones interpersonales o apoyo social percibido.

La Organización Europea para la Investigación y tratamiento del cáncer (EORTC), está conformado por investigadores de diferentes países unidos en la investigación del cáncer; ésta organización la constituyen cuatro divisiones, una de éstas está centrada en el tratamiento, donde se encuentra un grupo de investigadores dedicados al estudio de la calidad de vida, el objetivo que reúne a este grupo de investigadores es la creación de instrumentos que hagan posible la evaluación de la calidad de vida, para lo cual realizan un cuestionario específico del cáncer y tratamientos estructurado así: cinco escalas funcionales: escala global de salud/calidad de vida, funcionamiento físico, rol emocional, social, cognitivo y actividades

cotidianas; tres escalas de síntomas fátiga, dolor, náusea/vómito; e ítems individuales dirigidos a la evaluación de síntomas adicionales como pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento, diarrea.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN: CUANTITATIVA.

Para la resolución de la pregunta de investigación se tomará el tipo cuantitativo.

El enfoque cuantitativo “utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población” (Hernández, Fernández, Baptista 2003; p.10)

El enfoque cuantitativo se ocupa de un problema de estudio concreto, por ello sus preguntas de investigación apuntan a interrogantes específicos; la realidad desde esta perspectiva tiene dos vertientes, “la primera consiste en las creencias, presuposiciones y experiencias subjetivas de las personas (...) la segunda realidad es objetiva e independiente de las creencias que tengamos sobre ella”. Hernández, Fernández, Baptista (2003, p. 6).

La recolección de información desde este enfoque tiene como objetivo probar hipótesis, orientada a través de datos cuantificables y el análisis estadístico; con el fin de determinar modelos de conducta y probar teorías. Teniendo en cuenta que esta investigación debe ser lo más precisa posible donde las creencias del investigador no deben afectar el curso de la investigación, se busca constantemente la neutralidad. Para el desarrollo de los estudios situados desde este enfoque de investigación, se procura extender los resultados obtenidos a una población más grande, además de buscar generalizar el conocimiento y proponer patrones de validez y confiabilidad.

5.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se encuentra dentro del nivel Descriptivo- Correlacional- Comparativo.

En lo referido al enfoque descriptivo de la investigación tiene como objetivo recoger información sobre conceptos o variables, en este caso la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento, con el fin de detallar cómo son y de qué manera se manifiestan. “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, proceso, objetos, cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Danhke, 1989. Citado por Hernández, Fernández, Baptista 2008, p. 102).

Por su parte el enfoque Correlacional tiene como objetivo conocer la relación existente entre dos o más variables, para la investigación que nos suscita calidad de vida y estrategias de afrontamiento, presentes en un contexto particular. La relación entre los elementos investigados es cuantificada, de esta manera se pretende conocer cómo se comporta una variable al saber el comportamiento de las demás que componen el fenómeno estudiado; se pueden distinguir dos polos en la correlación el positivo y el negativo; la correlación positiva da cuenta de una relación entre variables directamente proporcional, donde los valores elevados en una variable necesariamente se elevan en la otra y viceversa; la correlación negativa significa que las variables no siguen un patrón sistemático entre sí, lo que se evidenciaría en valores elevados en una de las variables y valores bajos en las demás. “la investigación Correlacional tiene, en alguna medida, un valor explicativo aunque parcial, ya

que el hecho de saber que dos conceptos o variables se relacionan, aporta cierta información explicativa” Hernández, Fernández, Baptista (2008, p. 107).

En términos generales el enfoque comparativo de la investigación permite examinar tendencias, convergencia, divergencias, y busca encontrar con precisión las causas de los fenómenos observados. Según Durkheim (citado por Pliscoff & Monje, 2003) el “Método comparativo, (...) consistente en la confrontación de hechos o fenómenos producidos espontáneamente y no artificial o voluntariamente (...) el fundamento del método comparativo no es otro que la correlación de variables, de aplicación continua en las investigaciones sociológicas”

5.3 MUESTRA

Muestra Intencional o selectiva, se describe como una decisión tomada a principio de la investigación donde se elige a personas que tengan conocimiento profundo alrededor del tema que se va a indagar, o personas que estén viviendo la experiencia de la cual se está ahondando. En este sentido, se hace una selección intencional de personas o grupos representativos de una comunidad específica que puedan proporcionar la información requerida para el estudio. (Patton 1990, citado por Bonilla y Rodríguez, 2005, p 137)

Estrategia del muestreo intencional introducido por Fossey et al. (2002 citado por Bonilla y Rodríguez, 2005, p 138.) Muestreo de casos extremos: útiles cuando nos interesa evaluar características, situaciones o fenómenos especiales, alejados de la “normalidad”. Creswell (2005, citado por Hernández, Fernández, Baptista (2008, p. 568). Los participantes se seleccionan a raíz de que su experiencia o conocimiento es irregular o insólito, de manera que

se hace significativo para el estudio; estos casos se caracterizan por tener abundante información, puesto que son específicos. El muestreo de casos extremos elige casos específicos con el fin de enfatizar o comprender situaciones más variables. Cabe destacar que, el investigador no debe distorsionar la realidad al hacer parecer lo atípico como un patrón, el objetivo no es universalizar a toda la población que no ha sido estudiada sino desarrollar con mayor amplitud determinadas características. (Ulin, 2006)

Para la presente investigación se tendrán en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Niños con diagnóstico de cáncer y sus cuidadores pertenecientes a los programas del Hospital General de Medellín y Funicáncer
- Voluntariedad por parte de los niños y sus cuidadores para participar en la investigación
- Firma del consentimiento informado

Siguiendo estos criterios la muestra total fue de 15 niños y sus cuidadores.

5.4 INSTRUMENTOS

La Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) de Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango, Aguirre (2006), contiene 69 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert de Nunca hasta siempre con opciones entre 1 y 6; este instrumento está compuesto por 12 escalas: Solución De Problemas, Apoyo Social, Espera, Religión, Evitación Emocional, Búsqueda De Apoyo Profesional, Reacción agresiva, Evitación Cognitiva, Expresión De La Dificultad De Afrontamiento, Reevaluación Positiva, Negación y Autonomía; escalas evaluadas en los 69 ítems propuestos (ver tabla). Para su validación participaron 893 personas de la Ciudad de Medellín, Colombia, a quienes se les administró el cuestionario; la Escala

cuenta con niveles adecuados de fiabilidad y validez, obteniendo en los coeficientes de fiabilidad de Cronbach de 0,847. (Ver anexo 2)

Escalas	Ítems
Solución De Problemas	10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68
Apoyo Social	6, 14, 23,24, 34, 47, 57.
Espera	9, 18, 27, 29,38, 40, 50, 60,69
Religión	8, 16, 25, 36, 49, 59,67
Evitación Emocional	11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62
Búsqueda De Apoyo Profesional	7, 15, 35, 48, 58
Reacción agresiva	4, 12, 22, 33,44
Evitación Cognitiva	31,32, 42, 54, 63
Expresión De La Dificultad De Afrontamiento	45, 52, 55, 61
Reevaluación Positiva	5, 13, 46, 56, 64
Negación	1, 2, 3
Autonomía	65, 66

Modulo general del Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (EORTC QLQ-C30) en la versión española. Incluye treinta ítems que se dividen en la escala global de salud, cinco escalas funcionales, el área de síntomas, además de un ítem adicional que evalúa el impacto a nivel económico. Para su validación se realizó un estudio internacional con una muestra de pacientes de cáncer de pulmón de 12 países, entre los que no se encontraba España; el proceso de validación del cuestionario en este país se realizó en el servicio de oncología del Hospital de Navarra,

donde se hizo una traducción al Castellano a través de “forward backward” aplicado a dos muestras de pacientes con cáncer de pulmón y mama; el cuestionario cuenta con niveles adecuados de fiabilidad y validez, obteniendo en los coeficientes de fiabilidad de Cronbach cercanos a puntajes de 0.70. Por lo que se considera como una de los mejores instrumentos para la valoración de la calidad de vida en el cáncer (Arrarás, Dueñas, Meiriño, Prujá, Villafranca & Valerdi 1998).

Es importante aclarar que de los ítems propuestos para la evaluación de Calidad de vida por Arrarás, Dueñas, Meiriño, Prujá, Villafranca & Valerdi (1998) fueron modificados algunos, tanto para evaluar la calidad de vida en niños como en sus cuidadores; donde con los últimos se adapta desde su experiencia en el cuidado de sus hijos a partir del diagnóstico de cáncer, los ítems modificados en la versión para cuidadores fueron 1, 4, 5, 8, 26, 27, 28 y en la versión para niños sólo fue modificado el ítem 28. (Ver anexo 3).

AREA	ESCALA FUNCIONAL	ITEMS
Estado global de salud	Escala global de salud	29-30
Área de funcionamiento	Función física	1,2,3,4,5
	Actividades cotidianas	6,7
	Rol emocional	21,24
	Función cognitiva	20,25
	Función social	26,27

Área de síntomas	Fatiga	10,12,18
	Dolor	9,19
	Náuseas y vómito	14,15
	Disnea/Agotamiento	8
	Insomnio	11
	Falta de apetito	13
	Estreñimiento	16
	Diarrea	17
	Impacto económico (en el caso de los niños será evaluado el impacto escolar)	28

5.5 PLAN DE DIVULGACIÓN

Artículo publicable en revista indexada, exposición de resultados en las instituciones comprometidas con la investigación.

5.6 PLAN DE ANÁLISIS

Para los datos cuantitativos obtenidos mediante la investigación, se utilizará el programa SPSS versión 21, teniendo en cuenta los siguientes procedimientos. Para los datos descriptivos se tendrán en cuenta medias y desviaciones estándar, además del nivel de asimetría. Para el nivel correlaciones se tomara en cuenta el coeficiente de correlación de Pearson.

5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la Ley 1090 de 2006, existen ciertas normas para el ejercicio investigativo desde la psicología. Para la investigación que se pretende realizar se considera necesario retomar los siguientes puntos:

CAPÍTULO VII

De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones

Artículo 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Artículo 52. En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante . (Ver anexo)

Artículo 56. Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

6. RESULTADOS

6.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Según los datos obtenidos respecto al género se presentó una distribución homogénea, con un poco más del género femenino. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Distribución por género niños

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	F	8	53.3	53.3	53.3
	M	7	46.7	46.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Respecto a los datos obtenidos sobre el género de los cuidadores se evidencia una participación mayor del género femenino. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Distribución Por Género Cuidadores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	F	13	86.7	86.7	86.7
	M	2	13.3	13.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

De la muestra total de niños la media correspondiente a la edad es de 8 años aproximadamente. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Distribución poblacional por edad de niños

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	15	5	12	8.13	1.995
	15				

De la muestra total de cuidadores la media correspondiente a la edad es de 36 años. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Distribución poblacional por edad de cuidadores

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	15	21	62	36.27	12.209
N válido (según lista)	15				

La población corresponde en su mayoría al Hospital General de Medellín (HGM), seguido por la Institución Funicáncer, la menor parte de la población pertenece a Otro. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Distribución poblacional por institución

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos FUNICANCER	12	40.0	40.0	40.0
HGM	16	53.3	53.3	93.3
OTRO	2	6.7	6.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

En el tiempo de diagnóstico del total de la muestra de niños la mayor parte de la población se encuentra entre 1 y 2 años, y en un porcentaje más bajo se encuentran los diagnósticos inferiores a un año. (Ver tabla 6)

Tabla 6. Distribución poblacional por tiempo de diagnóstico.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entre 1 y 2 años	5	33.3	33.3	33.3
	Entre 1 y 6 meses	3	20.0	20.0	53.3
	Entre 2 y 3 años	3	20.0	20.0	73.3
	Entre 6 meses y 1 año	2	13.3	13.3	86.7
	Menos de 1 mes	2	13.3	13.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

6.2 ANÁLISIS DIFERENCIAL

Se observa en los resultados obtenidos que se establecen diferencias significativas entre niño y cuidador en diversas estrategias de afrontamiento como la Solución de Problemas, manifestada un poco más por los cuidadores que por los niños; de igual manera la estrategia de afrontamiento Evitación Cognitiva, es utilizada principalmente por los cuidadores y poco por los niños; así mismo, se evidencian diferencias significativas en la Reevaluación Positiva

y la negación las cuales tienden a ser más utilizadas por los niños que por sus cuidadores.

(Ver tabla 7).

Tabla 7. Comparación de medias de las Estrategias de Afrontamiento del total de la muestra.

Niño/cuidador		A social	SP	Espera	R	Ev	BAP	RA	EC	EDA	RP	N	A
Niño	Media	29,27	33,80	29,47	31,93	23,27	10,07	25,73	11,20	13,87	12,80	4,07	16,67
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Desv. típ.	10,51	8,890	6,802	7,372	8,328	4,621	2,604	4,229	8,175	5,281	2,374	8,707
Cuidador	Media	28,60	44,60	29,80	36,53	27,40	11,33	18,33	11,73	26,20	8,87	3,27	20,40
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Desv. típ.	10,09	8,270	7,213	4,658	9,164	7,825	4,938	4,334	6,097	4,518	2,086	6,116
Total	Media	28,93	39,20	29,63	34,23	25,33	10,70	22,03	11,47	20,03	10,83	3,67	18,53
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Desv. típ.	10,13	10,06	6,891	6,495	8,856	6,347	5,404	4,216	9,463	5,226	2,233	7,633

Tabla 8. Tabla anova de estrategias de afrontamiento

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Asocial * Niño/cuidador	Inter-grupos	(Combinadas)	3.333	1	3.333	.031	.861
		Intra-grupos	2974.533	28	106.233		
		Total	2977.867	29			
SP * Niño/cuidador	Inter-grupos	(Combinadas)	874.800	1	874.800	11.867	.002
		Intra-grupos	2064.000	28	73.714		
		Total	2938.800	29			
Espera * Niño/cuidador	Inter-grupos	(Combinadas)	.833	1	.833	.017	.897
		Intra-grupos	1376.133	28	49.148		
		Total	1376.967	29			
Religion * Niño/cuidador	Inter-grupos	(Combinadas)	158.700	1	158.700	4.174	.051
		Intra-grupos	1064.667	28	38.024		
		Total	1223.367	29			

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Evitacion *	Inter-	(Combinadas)	128.133	1	128.133	1.671	.207
Niño/cuidador	grupos						
		Intra-grupos	2146.533	28	76.662		
		Total	2274.667	29			
BAP *	Inter-	(Combinadas)	104.533	1	104.533	1.847	.185
Niño/cuidador	grupos						
		Intra-grupos	1584.933	28	56.605		
		Total	1689.467	29			
RA *	Inter-	(Combinadas)	12.033	1	12.033	.291	.594
Niño/cuidador	grupos						
		Intra-grupos	1156.267	28	41.295		
		Total	1168.300	29			
EC *	Inter-	(Combinadas)	410.700	1	410.700	26.359	.000
Niño/cuidador	grupos						
		Intra-grupos	436.267	28	15.581		
		Total	846.967	29			
EDA *	Inter-	(Combinadas)	2.133	1	2.133	.116	.736
Niño/cuidador	grupos						
		Intra-grupos	513.333	28	18.333		
		Total	515.467	29			
RP *	Inter-	(Combinadas)	1140.833	1	1140.833	21.937	.000
Niño/cuidador	grupos						
		Intra-grupos	1456.133	28	52.005		
		Total	2596.967	29			
N *	Inter-	(Combinadas)	116.033	1	116.033	4.805	.037
Niño/cuidador	grupos						
		Intra-grupos	676.133	28	24.148		
		Total	792.167	29			
A *	Inter-	(Combinadas)	4.800	1	4.800	.961	.335
Niño/cuidador	grupos						
		Intra-grupos	139.867	28	4.995		
		Total	144.667	29			

En los resultados obtenidos se presentan diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones evaluadas de calidad de vida entre el niño y el cuidador, como son: el Rol Emocional donde los cuidadores a diferencia de los niños perciben este rol como el más afectado; de igual manera se encuentran diferencias estadísticamente significativas con la Disnea/ Agotamiento donde los cuidadores se sienten más agotados que los niños; así mismo

en la dimensión Insomnio se evidencia mayor presencia de éste en los cuidadores que en los niños.

Es importante aclarar que pese a la diferencia estadísticamente significativa que se evidencia en el síntoma Nausea/ vómito, no se utilizó para el análisis, ya que los ítems que evalúan esta dimensión no fueron tenidos en cuenta en la prueba de calidad de vida de los cuidadores. (Ver tablas 9, 10 y 11)

Tabla 9. Comparación de medias de Calidad de vida del total de la muestra

Niño/cuidador		Salud	F. Física	AC	RE	F. Cognitiva	F. Social
Niño	Media	12,67	9,20	3,47	3,00	3,07	3,13
	N	15	15	15	15	15	15
	Desv. típ.	1,988	3,121	1,846	1,927	1,580	,990
Cuidador	Media	11,53	11,33	3,73	4,60	3,93	3,73
	N	15	15	15	15	15	15
	Desv. típ.	2,642	3,811	1,792	2,261	1,624	2,120
Total	Media	12,10	10,27	3,60	3,80	3,50	3,43
	N	30	30	30	30	30	30
	Desv. típ.	2,369	3,591	1,793	2,219	1,635	1,654

Tabla 10. Comparación de medias de Calidad de vida del total de la muestra

Niño/ Cuidador		Fatiga	Dolor	Nauseas/ vómito	Disnea/ Agotamiento	Insomnio	Falta Apetito	Estreñimiento	Diarrea	I.Escolar/ Económico
Niño	Media	5,40	3,13	2,93	1,07	1,13	2,20	2,00	1,67	2,47
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Desv. típ.	2,131	1,922	1,668	,258	,352	1,082	1,648	1,447	1,125
Cuidador	Media	6,80	4,00	,00	2,87	2,20	1,73	1,60	1,20	2,60

Niño/ Cuidador		Fatiga	Dolor	Nauseas/ vomit	Disnea/ Agotamiento	Insomnio	Falta Apetito	Estreñimiento	Diarrea	I.Escolar/ Económico
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Desv. típ.	2,731	2,070	,000	1,246	1,265	1,100	,910	,561	1,242
Total	Mediana	6,10	3,57	1,47	1,97	1,67	1,97	1,80	1,43	2,53
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Desv. típ.	2,510	2,012	1,889	1,273	1,061	1,098	1,324	1,104	1,167

Tabla 11. Tabla de anova calidad de vida

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Salud *	Inter-grupos	(Combinadas)	9.633	1	9.633	1.762	.195
Niño/cuidador	Intra-grupos		153.067	28	5.467		
	Total		162.700	29			
F.Física *	Inter-grupos	(Combinadas)	34.133	1	34.133	2.813	.105
Niño/cuidador	Intra-grupos		339.733	28	12.133		
	Total		373.867	29			
AC * Niño/cuidador	Inter-grupos	(Combinadas)	.533	1	.533	.161	.691
	Intra-grupos		92.667	28	3.310		
	Total		93.200	29			
RE * Niño/cuidador	Inter-grupos	(Combinadas)	19.200	1	19.200	4.350	.046
	Intra-grupos		123.600	28	4.414		
	Total		142.800	29			
F.Cognitiva *	Inter-grupos	(Combinadas)	5.633	1	5.633	2.195	.150
Niño/cuidador	Intra-grupos		71.867	28	2.567		
	Total		77.500	29			
F.Social *	Inter-grupos	(Combinadas)	2.700	1	2.700	.986	.329
Niño/cuidador	Intra-grupos		76.667	28	2.738		
	Total		79.367	29			
Fatiga *	Inter-grupos	(Combinadas)	14.700	1	14.700	2.450	.129

Niño/cuidador	grupos						
	Intra-grupos	168.000	28	6.000			
	Total	182.700	29				
Dolor *	Inter- (Combinadas)	5.633	1	5.633	1.412	.245	
Niño/cuidador	grupos						
	Intra-grupos	111.733	28	3.990			
	Total	117.367	29				
Nauseas/vomito *	Inter- (Combinadas)	64.533	1	64.533	46.411	.000	
Niño/cuidador	grupos						
	Intra-grupos	38.933	28	1.390			
	Total	103.467	29				
Disnea/Agotamiento	Inter- (Combinadas)	24.300	1	24.300	30.018	.000	
* Niño/cuidador	grupos						
	Intra-grupos	22.667	28	.810			
	Total	46.967	29				
Insomnio *	Inter- (Combinadas)	8.533	1	8.533	9.901	.004	
Niño/cuidador	grupos						
	Intra-grupos	24.133	28	.862			
	Total	32.667	29				
Falta Apetito *	Inter- (Combinadas)	1.633	1	1.633	1.372	.251	
Niño/cuidador	grupos						
	Intra-grupos	33.333	28	1.190			
	Total	34.967	29				
Estreñimiento *	Inter- (Combinadas)	1.200	1	1.200	.677	.417	
Niño/cuidador	grupos						
	Intra-grupos	49.600	28	1.771			
	Total	50.800	29				
Diarrea *	Inter- (Combinadas)	1.633	1	1.633	1.356	.254	
Niño/cuidador	grupos						
	Intra-grupos	33.733	28	1.205			
	Total	35.367	29				
I.Escolar/Económico	Inter- (Combinadas)	.133	1	.133	.095	.760	
* Niño/cuidador	grupos						
	Intra-grupos	39.333	28	1.405			
	Total	39.467	29				

6.3 RESULTADOS CORRELACIONALES

6.3.1 Estrategias de Afrontamiento en Niños

Según los resultados obtenidos a nivel correlacional de la muestra de niños, se observa que la Estrategia de Afrontamiento Apoyo social correlaciona significativa y positivamente con religión, por lo que al aumentar la utilización de la Estrategia Apoyo social incrementa también el uso de la Estrategia Religión y viceversa. De igual manera, se observa que la Estrategia de Afrontamiento Evitación correlaciona significativa y negativamente con Apoyo social indicando que a mayor uso de la Estrategia Evitación disminuye la utilización del Apoyo social como Estrategia de Afrontamiento. Así mismo, la Estrategia de Afrontamiento Búsqueda de Apoyo profesional (BAP) correlaciona de forma significativa y positivamente con la Estrategia Religión, por lo que a mayor búsqueda de apoyo profesional incrementa también el uso de la Religión como estrategia de afrontamiento; finalmente se observó que la Reevaluación positiva (RP) correlaciona significativa y negativamente con la Estrategia Espera, indicando que las personas que utilizan frecuentemente la reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento, disminuyen el uso de la Estrategia Espera . (Ver tabla 12)

Tabla 12. Correlación de la muestra de niños con las estrategias de afrontamiento Apoyo social, Solución de problemas, Espera, Religión.

			Asocial	SP	Espera	Religión
Rho de Spearman	Asocial	Coefficiente de correlación	1	0.307	-0.174	,550*
		Sig. (bilateral)	.	0.266	0.536	0.034
Rho de Spearman	SP	Coefficiente de correlación	0.307	1	-0.337	-0.091
		Sig. (bilateral)	0.266	.	0.219	0.746
Rho de Spearman	Espera	Coefficiente de correlación	-0.174	-0.337	1	-0.048
		Sig. (bilateral)	0.536	0.219	.	0.866
Rho de Spearman	Religión	Coefficiente de correlación	,550*	-0.091	-0.048	1
		Sig. (bilateral)	0.034	0.746	0.866	.

			Asocial	SP	Espera	Religión
Rho de Spearman	Evitación	Coeficiente de correlación	-,554*	-0.071	-0.007	-0.146
		Sig. (bilateral)	0.032	0.8	0.98	0.604
Rho de Spearman	BAP	Coeficiente de correlación	0.397	0.204	0.123	,689**
		Sig. (bilateral)	0.142	0.465	0.662	0.004
Rho de Spearman	RA	Coeficiente de correlación	-0.191	-0.365	0.148	-0.381
		Sig. (bilateral)	0.496	0.181	0.598	0.161
Rho de Spearman	EC	Coeficiente de correlación	-0.119	0.479	-0.164	-0.358
		Sig. (bilateral)	0.673	0.071	0.558	0.19
Rho de Spearman	EDA	Coeficiente de correlación	-0.177	-0.226	0.424	0.001
		Sig. (bilateral)	0.527	0.418	0.116	0.997
Rho de Spearman	RP	Coeficiente de correlación	0.355	0.047	-,617*	0.19
		Sig. (bilateral)	0.194	0.868	0.014	0.499
Rho de Spearman	N	Coeficiente de correlación	-0.23	0.126	0.188	-0.025
		Sig. (bilateral)	0.409	0.654	0.503	0.931
Rho de Spearman	A	Coeficiente de correlación	-0.209	0.373	-0.147	-0.202
		Sig. (bilateral)	0.455	0.171	0.6	0.469

De acuerdo a los datos arrojados con la muestra total de niños, se puede evidenciar que la estrategia de afrontamiento Apoyo social correlaciona de forma negativa y significativa con la estrategia de afrontamiento evitación, es decir que si hay un aumento de la estrategia Apoyo social se reduce el uso de la estrategia evitación. La estrategia de afrontamiento religión tiene una correlación significativa y positivamente con la estrategia búsqueda de apoyo profesional, evidenciándose un incremento de ambas variables. La estrategia de afrontamiento Búsqueda de apoyo profesional correlaciona negativa y de forma significativa con la estrategia de afrontamiento Reacción Agresiva; por lo tanto hay aumento de búsqueda de apoyo profesional y disminución de la Reacción agresiva como estrategia de afrontamiento. (Ver tabla 13)

Tabla 13. Correlación de la muestra de niños con las estrategias de afrontamiento Evitación, Búsqueda de Apoyo profesional, Reacción agresiva, Evitación Cognitiva, Expresión de la dificultad de afrontamiento.

		Evitación	BAP	RA	EC
Asocial	Coefficiente de correlación	-,554*	0.397	-0.191	-0.119
	Sig. (bilateral)	0.032	0.142	0.496	0.673
SP	Coefficiente de correlación	-0.071	0.204	-0.365	0.479
	Sig. (bilateral)	0.8	0.465	0.181	0.071
Espera	Coefficiente de correlación	-0.007	0.123	0.148	-0.164
	Sig. (bilateral)	0.98	0.662	0.598	0.558
Religion	Coefficiente de correlación	-0.146	,689**	-0.381	-0.358
	Sig. (bilateral)	0.604	0.004	0.161	0.19
Evitacion	Coefficiente de correlación	1	-0.228	0.153	-0.313
	Sig. (bilateral)	.	0.414	0.585	0.257
BAP	Coefficiente de correlación	-0.228	1	-,574*	0.122
	Sig. (bilateral)	0.414	.	0.025	0.666
RA	Coefficiente de correlación	0.153	-,574*	1	-0.38
	Sig. (bilateral)	0.585	0.025	.	0.162
EC	Coefficiente de correlación	-0.313	0.122	-0.38	1
	Sig. (bilateral)	0.257	0.666	0.162	.
EDA	Coefficiente de correlación	0.326	-0.163	0.225	-0.229
	Sig. (bilateral)	0.236	0.561	0.42	0.412
RP	Coefficiente de correlación	-0.152	0.036	0.065	-0.206
	Sig. (bilateral)	0.589	0.898	0.819	0.461
N	Coefficiente de correlación	0.023	0.074	-0.381	0.324
	Sig. (bilateral)	0.936	0.794	0.161	0.239
A	Coefficiente de correlación	0.496	-0.192	0.146	-0.012
	Sig. (bilateral)	0.06	0.494	0.604	0.967

Se observa que la Estrategia de Afrontamiento Reevaluación positiva (RP) correlaciona significativa y negativamente con la Estrategia Espera, por lo que al aumentar el uso de la

Estrategia Espera disminuye la Reevaluación positiva como Estrategia de Afrontamiento.

(Ver tabla 14)

Tabla 14. Correlación de la muestra de niños con las estrategias de afrontamiento Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA), Reevaluación positiva (RP), Negación (N), Autonomía (A).

		EDA	RP	N	A
Asocial	Coefficiente de correlación	-0.177	0.355	-0.23	-0.209
	Sig. (bilateral)	0.527	0.194	0.409	0.455
SP	Coefficiente de correlación	-0.226	0.047	0.126	0.373
	Sig. (bilateral)	0.418	0.868	0.654	0.171
Espera	Coefficiente de correlación	0.424	-,617*	0.188	-0.147
	Sig. (bilateral)	0.116	0.014	0.503	0.6
Religion	Coefficiente de correlación	0.001	0.19	-0.025	-0.202
	Sig. (bilateral)	0.997	0.499	0.931	0.469
Evitacion	Coefficiente de correlación	0.326	-0.152	0.023	0.496
	Sig. (bilateral)	0.236	0.589	0.936	0.06
BAP	Coefficiente de correlación	-0.163	0.036	0.074	-0.192
	Sig. (bilateral)	0.561	0.898	0.794	0.494
RA	Coefficiente de correlación	0.225	0.065	-0.381	0.146
	Sig. (bilateral)	0.42	0.819	0.161	0.604
EC	Coefficiente de correlación	-0.229	-0.206	0.324	-0.012
	Sig. (bilateral)	0.412	0.461	0.239	0.967
EDA	Coefficiente de correlación	1	-0.462	-0.303	0.249
	Sig. (bilateral)	.	0.083	0.272	0.371
RP	Coefficiente de correlación	-0.462	1	-0.016	-0.116
	Sig. (bilateral)	0.083	.	0.956	0.68
N	Coefficiente de correlación	-0.303	-0.016	1	-0.047
	Sig. (bilateral)	0.272	0.956	.	0.869
A	Coefficiente de correlación	0.249	-0.116	-0.047	1
	Sig. (bilateral)	0.371	0.68	0.869	.

6.3.2 Estrategias de afrontamiento y Dimensiones de calidad de Vida en Niños

Según los resultados obtenidos en la variable salud, de la muestra total de niños, se evidencia una correlación significativa y positivamente con La Estrategia de Afrontamiento Negación, por lo que a mayor percepción de salud incrementa también la Negación como estrategia de Afrontamiento. (Ver tabla 15)

Tabla 15. Correlación de la dimensión Salud con Estrategias de afrontamiento de la muestra total de niños.

		A	SP	E	R	EV	BA	RA	EC	EDA	RP	N	A
Rho Spearman		social					P						
	Salud	-0,15	0,08	0,24	0,24	0,093	0,06	0,109	0,007	0,323	0,04	,517	0,041
	Sig. (bilateral)	0,594	0,75	0,38	0,38	0,74	0,80	0,698	0,981	0,24	0,86	0,04	0,885

En la correlación de las áreas funcionales de calidad de vida con las estrategias de afrontamiento se evidencia que la Función social correlaciona significativa y negativamente con Espera, donde la función social incrementa y la utilización de la estrategia de afrontamiento Espera disminuye; de igual manera la Función cognitiva correlaciona significativa y negativamente con la Estrategia de Afrontamiento Evitación cognitiva, es decir a mayor afectación de la función cognitiva disminuye el uso de la Evitación cognitiva como estrategia de afrontamiento; así mismo el Rol emocional correlaciona significativa y positivamente con Autonomía, por lo que hay un aumento de ambas variables. (Ver tablas 16 y 17)

Tabla 16. Correlación de las áreas funcionales de la Calidad de Vida con Estrategias de afrontamiento de la muestra total de niños

			Apoyo social	SP	Espera	Religión	Evitación	BAP	RA	EC
Rho Spearman	Función. Física	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,062	-0,058	-0,036	-0,192	-0,068	0,012	-0,046	0,093
		Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,827	0,838	0,898	0,492	0,809	0,967	0,869	0,742
Rho Spearman	AC	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,222	0,117	-0,24	-0,08	-0,401	0,04	-0,077	0,258
		Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,426	0,677	0,389	0,778	0,139	0,888	0,784	0,352
Rho Spearman	RE	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,036	0,275	-0,078	-0,002	0,306	0,191	-0,041	-0,137
		Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,898	0,321	0,783	0,994	0,268	0,496	0,885	0,628
Rho Spearman	Función Cognitiva	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,259	-0,087	0,026	0,251	0,371	0,092	0,393	-,639*
		Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,351	0,758	0,927	0,367	0,173	0,744	0,147	0,01
Rho Spearman	Función Social	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	-0,056	-0,115	-,644**	0,073	-0,048	0,102	-0,241	0,252
		Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,842	0,682	0,01	0,796	0,864	0,718	0,386	0,364

Tabla 17. Correlación de las áreas funcionales de la Calidad de Vida con Estrategias de afrontamiento de la muestra total de niños

			EDA	RP	N	A
Rho Spearman	F. Física	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	-0,198	-0,209	-0,457	0,02
		Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,479	0,455	0,087	0,943
Rho Spearman	AC	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	-0,158	0,412	-0,105	0,021
		Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,573	0,127	0,709	0,94

			EDA	RP	N	A
Rho Spearman	RE	Coeficiente de correlación	0,077	0,146	-0,18	,612*
		Sig. (bilateral)	0,785	0,604	0,52	0,015
Rho Spearman	F.Cognitiva	Coeficiente de correlación	0,411	0,289	-0,492	0,382
		Sig. (bilateral)	0,128	0,297	0,062	0,16
Rho Spearman	F.Social	Coeficiente de correlación	-0,22	0,416	-0,279	-0,23
		Sig. (bilateral)	0,431	0,123	0,314	0,41

Se observa en los resultados obtenidos que la variable diarrea correlaciona de forma positiva y significativamente con la estrategia de afrontamiento solución de problemas, por lo que en el incremento de la variable diarrea, también aumenta la estrategia de afrontamiento solución de problemas. El síntoma fatiga correlaciona de forma positiva y significativa con la estrategia Evitación Cognitiva. El síntoma Dolor correlaciona positiva y significativamente con Búsqueda de Apoyo Profesional y negativamente con Reacción Agresiva, por tanto al incrementar el Dolor, aumenta también la Búsqueda de Apoyo Profesional y se reduce el uso de la estrategia de afrontamiento Reacción Agresiva. El Estreñimiento correlaciona de forma positiva y significativa con Evitación Cognitiva, es decir que ambas variables aumentan. La falta de apetito correlaciona de forma positiva y significativamente con Reevaluación Positiva; por lo tanto, al aumentar la falta de apetito, también incrementa la Reevaluación positiva. La Diarrea tiene una correlación significativa y positiva con la estrategia de Afrontamiento Autonomía, donde ambas variables tienden a incrementar. (Ver tablas 18 y 19)

Tabla 18. Correlación de la Escala de síntomas de Calidad de Vida con las estrategias de afrontamiento en Niños

			Apoyo Social	SP	Espera	Religión	Evitación	BAP	RA	EC
Rho Spearman	Fatiga	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-0,046 0,871	0,335 0,222	-0,18 0,52	-0,206 0,461	-0,328 0,232	0,148 0,598	-0,363 0,184	,785** 0,001
Rho Spearman	Dolor	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,405 0,135	0,448 0,094	0,033 0,907	0,447 0,095	-0,155 0,581	,776** 0,001	-,642** 0,01	0,35 0,2
Rho Spearman	Nauseas/vomito	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,067 0,812	0,276 0,319	0,194 0,488	-0,009 0,976	-0,419 0,12	0,204 0,466	-0,188 0,501	0,266 0,337
Rho Spearman	Disnea/Agotamiento	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,373 0,171	- 0,279 0,314	0,186 0,507	0,341 0,213	-0,219 0,433	-0,187 0,505	0,438 0,102	-0,406 0,133
Rho Spearman	Insomnio	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-0,228 0,413	0,023 0,936	-0,341 0,213	0,068 0,809	0,275 0,321	0,091 0,746	0,069 0,807	0,092 0,745
Rho Spearman	Falta de apetito	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,089 0,754	-0,03 0,916	-0,465 0,08	0,329 0,231	0,323 0,241	0,122 0,664	-0,052 0,855	-0,424 0,115
Rho Spearman	Estreñimiento	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,196 0,485	0,339 0,216	-0,216 0,439	-0,491 0,063	-0,429 0,111	-0,226 0,418	-0,253 0,363	,553* 0,033
Rho Spearman	Diarrea	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-0,015 0,958	,632* 0,011	-0,455 0,088	-0,122 0,665	0,336 0,22	-0,099 0,725	-0,293 0,29	0,17 0,544

Rho	I. Escolar/ Económico	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	- 0,013	0,393	0,414	0,435	-0,017	0,392	-0,223	-0,02
Spearman			0,963	0,148	0,125	0,105	0,952	0,149	0,423	0,944

Tabla 19. Correlación de la Escala de síntomas de Calidad de Vida con las estrategias de afrontamiento en Niños.

			EDA	RP	N	A
Rho		Coeficiente				
Spearman	Fatiga	de				
		correlación	-0,382	0,05	0,455	0,165
		Sig.				
		(bilateral)	0,16	0,86	0,088	0,556
Rho		Coeficiente				
Spearman	Dolor	de				
		correlación	-0,244	-0,121	0,14	-0,048
		Sig.				
		(bilateral)	0,382	0,667	0,618	0,865
Rho	Nauseas/ vomito	Coeficiente				
Spearman		de				
		correlación	-0,26	0,105	0,358	-0,257
		Sig.				
		(bilateral)	0,348	0,709	0,19	0,354
Rho	Disnea/ Agotamiento	Coeficiente				
Spearman		de				
		correlación	0,435	-0,125	-0,314	0,133
		Sig.				
		(bilateral)	0,106	0,658	0,255	0,636
Rho		Coeficiente				
Spearman	Insomnio	de				
		correlación	-0,251	0,435	0,161	0,269
		Sig.				
		(bilateral)	0,368	0,105	0,566	0,333
Rho		Coeficiente				
Spearman	Falta Apetito	de				
		correlación	-0,103	,645**	-0,11	0,437
		Sig.				
		(bilateral)	0,714	0,009	0,696	0,103
Rho		Coeficiente				
Spearman	Estreñimiento	de				
		correlación	-0,146	-0,093	-0,175	-0,069
		Sig.	0,604	0,743	0,532	0,807

			EDA	RP	N	A
		(bilateral)				
Rho		Coeficiente				
Spearman	Diarrea	de				
		correlación	-0,04	-0,006	-0,037	,741**
		Sig.				
		(bilateral)	0,887	0,984	0,895	0,002
		Coeficiente				
Rho	I.Escolar/	de				
Spearman	Económico	correlación	0,017	-0,26	0,292	-0,338
		Sig.				
		(bilateral)	0,952	0,349	0,291	0,217

6.3.3 Estrategias de Afrontamiento en los cuidadores

En los resultados obtenidos se evidencia que la estrategia de afrontamiento Apoyo Social correlaciona de forma significativa y negativa con la estrategia de afrontamiento Autonomía; por lo tanto, al aumentar la estrategia de afrontamiento Apoyo Social, disminuye la estrategia de afrontamiento Autonomía. La estrategia de afrontamiento Solución de Problemas correlaciona positiva y significativamente con Búsqueda de Apoyo Profesional, es decir que ambas estrategias de afrontamiento aumentan.

De igual manera se observa que la estrategia de afrontamiento Evitación Emocional tiene una correlación significativa y positivamente con la estrategia de afrontamiento Expresión de la Dificultad de Afrontamiento; por lo tanto, al incrementar la estrategia de afrontamiento Evitación, aumenta la Expresión de la Dificultad de Afrontamiento. La estrategia de Búsqueda de Apoyo Profesional correlaciona positiva y significativamente con la estrategia de afrontamiento Solución de Problemas, es decir que ambas variables tienden a aumentar. La estrategia de afrontamiento Búsqueda de Apoyo Profesional tiene una correlación significativa y negativa con la estrategia de afrontamiento Autonomía; de esta manera al aumentar la estrategia de afrontamiento Búsqueda de Apoyo Profesional disminuye la

Autonomía y viceversa. La estrategia de afrontamiento Reacción agresiva correlaciona negativa y significativamente con la estrategia de afrontamiento Reevaluación Positiva; igualmente la estrategia Reacción agresiva correlaciona significativa y positivamente con la expresión de la dificultad de afrontamiento, donde la utilización de ambas estrategias incrementa.

Así mismo se evidencia que la estrategia Expresión de la Dificultad de Afrontamiento presenta una correlación positiva y significativa con la Evitación y la Reacción Agresiva; por lo tanto las estrategias de expresión de la dificultad de afrontamiento, la evitación y la reacción agresiva incrementan. La estrategia de afrontamiento Reevaluación Positiva tiene una correlación negativa y significativa con la Reacción Agresiva; de esta manera al aumentar la Reevaluación Positiva disminuye la Reacción Agresiva. La estrategia de afrontamiento Autonomía correlaciona negativa y significativamente con las estrategias de afrontamiento Apoyo Social y Búsqueda de Apoyo Profesional, es decir que al incrementar la estrategia de afrontamiento Autonomía disminuyen las estrategias de afrontamiento Apoyo Social y Búsqueda de Apoyo Profesional. (Ver tabla 20)

Tabla 20. Correlación de la muestra de cuidadores con las estrategias de afrontamiento Apoyo social, Solución de problemas (SP), Espera, Religión, Evitación, Búsqueda de Apoyo profesional, Reacción agresiva, Evitación Cognitiva, Expresión de la Dificultad de Afrontamiento (EDA), Reevaluación positiva (RP), Negación y Autonomía.

		Asocial	SP	Espera	Religión	Evitación	BAP	RA	EC	EDA	RP	Negación	Autonomía
Asocial	Coefficiente de correlación	1,000	,037	-,168	,170	-,496	,351	-,154	-,067	-,192	,176	,006	-,632
	Sig. (bilateral)	.	,896	,550	,544	,060	,199	,584	,813	,492	,531	,982	,011
SP	Coefficiente de correlación	,037	1,000	-,078	,225	,155	,521	-,239	,457	-,101	,353	,304	-,082
	Sig. (bilateral)	,896	.	,781	,420	,581	,047	,392	,087	,720	,197	,270	,772
Espera	Coefficiente de correlación	-,168	-,078	1,000	-,089	,104	-,091	,204	-,005	,212	-,110	,126	-,179
	Sig. (bilateral)	,550	,781	.	,753	,712	,748	,467	,987	,448	,697	,655	,523
Religion	Coefficiente de correlación	,170	,225	-,089	1,000	,228	-,024	-,316	-,163	-,083	,347	,103	,175
	Sig. (bilateral)	,544	,420	,753	.	,413	,934	,252	,560	,768	,205	,714	,533
Evitacion	Coefficiente de correlación	-,496	,155	,104	,228	1,000	-,234	,458	,211	,632	-,099	-,063	,199
	Sig. (bilateral)	,060	,581	,712	,413	.	,402	,086	,450	,012	,725	,823	,476
BAP	Coefficiente de correlación	,351	,521	-,091	-,024	-,234	1,000	-,042	,380	-,296	,087	,005	-,609
	Sig. (bilateral)	,199	,047	,748	,934	,402	.	,883	,163	,284	,759	,985	,016
RA	Coefficiente de correlación	-,154	-,239	,204	-,316	,458	-,042	1,000	-,019	,702	-,609	-,044	-,247
	Sig. (bilateral)	,584	,392	,467	,252	,086	,883	.	,946	,004	,016	,875	,374
EC	Coefficiente de correlación	-,067	,457	-,005	-,163	,211	,380	-,019	1,000	,298	,229	,111	-,303
	Sig. (bilateral)	,813	,087	,987	,560	,450	,163	,946	.	,281	,411	,693	,272

		Asocial	SP	Espera	Religión	Evitación	BAP	RA	EC	EDA	RP	Negación	Autonom
EDA	Coefficiente de correlación	-,192	-,101	,212	-,083	,632	-,296	,702	,298	1,000	-,227	,006	-,209
	Sig. (bilateral)	,492	,720	,448	,768	,012	,284	,004	,281	.	,416	,982	,454
RP	Coefficiente de correlación	,176	,353	-,110	,347	-,099	,087	-,609	,229	-,227	1,000	,476	,144
	Sig. (bilateral)	,531	,197	,697	,205	,725	,759	,016	,411	,416	.	,073	,609
N	Coefficiente de correlación	,006	,304	,126	,103	-,063	,005	-,044	,111	,006	,476	1,000	,078
	Sig. (bilateral)	,982	,270	,655	,714	,823	,985	,875	,693	,982	,073	.	,781
A	Coefficiente de correlación	-,632	-,082	-,179	,175	,199	-,609	-,247	-,303	-,209	,144	,078	1,000
	Sig. (bilateral)	,011	,772	,523	,533	,476	,016	,374	,272	,454	,609	,781	.

6.3.4 Estrategias de afrontamiento y Dimensiones de la Calidad de Vida en los cuidadores

De acuerdo a los datos obtenidos se presenta que la variable Salud correlaciona negativa y significativamente con la estrategia Expresión de la dificultad de Afrontamiento, es decir al aumentar la Salud disminuye la Expresión de dificultad de Afrontamiento. (Ver tabla 21)

Tabla 21. Correlación la dimensión Salud con Estrategias de afrontamiento de la muestra total de Cuidadores

		Apoyo social	Solución de Problemas	Espera	Religión	Evitación	BA P	RA	EC	ED A	RP	N	A
Salud	Coefficiente de correlación	,229	-,133	-,142	,094	-,232	,121	-,406	-,362	-,561	,325	-,064	-,040
	Sig. (bilateral)	,411	,637	,614	,739	,405	,668	,134	,186	,030	,238	,820	,886

Se logra identificar una correlación significativa y de forma negativa entre la Función cognitiva y la estrategia de afrontamiento Religión por lo que al aumentar la Función cognitiva disminuye la utilización de la Religión como estrategia de afrontamiento. Así mismo se evidencia una correlación significativa y positivamente entre el Rol emocional (RE) y la estrategia de afrontamiento Reacción Agresiva por lo que ambas dimensiones aumentan, además correlaciona significativa y negativamente con la Reevaluación Positiva en tanto al tener un incremento en el rol emocional disminuye la utilización de la reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento. Con relación a la Función social correlaciona de forma significativa y positivamente con las estrategias de afrontamiento Evitación, Reacción agresiva y Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA), por lo que hay una aumento de estas variables; de igual manera correlaciona significativa y negativamente con la estrategia de afrontamiento Reevaluación positiva, es decir la función social aumenta; disminuyéndose el uso de la estrategia de afrontamiento Reevaluación positiva. (Ver tabla 22)

Tabla 22. Correlación de las áreas funcionales de la Calidad de Vida con Estrategias de afrontamiento de la muestra total de Cuidadores.

		Apoyo Social	SP	Esperanza	Religión	E	BA P	RA	EC	EDA	RP	N	A
Función Física	Coefficiente de correlación	,020	-,169	,210	-,288	,165	,109	,168	-,038	-,087	-,158	-,163	-,108
	Sig. (bilateral)	,944	,546	,452	,298	,556	,699	,548	,893	,757	,575	,561	,701
AC	Coefficiente de correlación	,102	,043	-,120	-,206	,083	,113	,481	-,435	,093	-,407	,087	-,118

		Apoyo Social	SP	Espera	Religi ón	E	BA P	RA	EC	ED A	RP	N	A
	ón												
RE	Sig. (bilateral)	,718	,880	,670	,462	,768	,687	,070	,105	,742	,132	,757	,674
	Coeficien te de correlaci ón	,141	,122	,228	-,265	,164	,167	,710	,210	,489	-,513	,209	-,448
Funció n. Cogniti va	Sig. (bilateral)	,617	,666	,414	,340	,560	,551	,003	,452	,065	,050	,455	,094
	Coeficien te de correlaci ón	-,088	,173	,045	-,523	,035	,067	,483	,424	,394	-,282	,487	-,246
Funció n. Social	Sig. (bilateral)	,754	,537	,873	,046	,902	,812	,068	,116	,146	,309	,066	,377
	Coeficien te de correlaci ón	-,316	-,279	,285	-,231	,575	-,063	,868	-,180	,606	-,588	-,198	-,170
	Sig. (bilateral)	,251	,314	,304	,408	,025	,823	,000	,521	,017	,021	,480	,545

De acuerdo a la correlación entre la escala de síntomas de calidad de vida con las estrategias de afrontamiento de la muestra de cuidadores se evidencia una correlación significativa y negativa entre el síntoma diarrea y la estrategia de afrontamiento Religión por lo que al incrementar la diarrea disminuye la utilización de la religión como estrategia de afrontamiento. Se observa correlación significativa y positiva de la estrategia de afrontamiento Reacción agresiva con los síntomas fatiga, dolor, disnea/ agotamiento, insomnio y estreñimiento; de esta manera, al incrementar la estrategia de Reacción agresiva, aumentan también los síntomas de fatiga, dolor, disnea/agotamiento, insomnio y estreñimiento. Por otra parte se evidencia una correlación significativa y negativamente entre el síntoma Impacto escolar/económico con la estrategia de afrontamiento Evitación cognitiva,

por lo que cuando el impacto escolar/económico aumenta la evitación cognitiva disminuye. De igual forma la estrategia de afrontamiento Expresión de la dificultad de afrontamiento correlaciona significativa y positivamente con los síntomas fatiga y dolor, por lo que entre más se utiliza esta estrategia de afrontamiento incrementan también los síntomas mencionados. De igual manera se evidencia que la estrategia de afrontamiento Reevaluación positiva correlaciona significativa y negativamente con los síntomas disnea/ agotamiento y estreñimiento, por lo que al aumentar el uso de la Reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento disminuye la diarrea/ agotamiento y el estreñimiento. (Ver tabla 23)

Tabla 23. Correlación de la Escala de síntomas de Calidad de Vida con las estrategias de afrontamiento, en Cuidadores.

		Apo yo Soci al	SP	Espe ra	Religi ón	Ev	BAP	RA	EC	EDA	RP	N	A
Fatiga	Coefficient e de correlación	- ,063	,059	,344	-,133	,348	,101	,719	,30 2	,538	- ,49 9	,12 9	- ,29 1
	Sig. (bilateral)	,822	,834	,210	,635	,203	,721	,003	,27 4	,039	,05 8	,64 7	,29 3
Dolor	Coefficient e de correlación	,066	,089	,324	-,213	,107	,091	,623	,24 3	,524	- ,06 2	,34 9	- ,19 6
	Sig. (bilateral)	,816	,752	,239	,447	,703	,748	,013	,38 3	,045	,82 6	,20 3	,48 3
Disnea/ Agotamiento	Coefficient e de correlación	- ,009	,032	,272	-,476	-,038	,159	,612	,09 6	,258	- ,73 6	,04 8	- ,35 8
	Sig. (bilateral)	,976	,911	,326	,073	,893	,571	,015	,73 5	,354	,00 2	,86 6	,19 0
Insomnio	Coefficient e de correlación	,132	,052	,382	-,086	,198	,151	,594	,17 0	,463	- ,44 4	,18 0	- ,48 9
	Sig. (bilateral)	,816	,752	,239	,447	,703	,748	,013	,38 3	,045	,82 6	,20 3	,48 3

		Apo yo Soci al	SP	Espe ra	Religi ón	Ev	BAP	RA	EC	EDA	RP	N	A
	n												
Falta Apetito	Sig. (bilateral) Coeficient e de correlació n	,639 ,294	,854 ,146	,160 ,113	,762 ,070	,479 -,035	,591 ,003	,020 -,230	,54 ,05 4 9	,082 ,032	,09 ,17 7 6	,52 ,12 2 8	,06 - ,29 8
Estreñimi ento	Sig. (bilateral) Coeficient e de correlació n	,288 -,285	,605 -,110	,689 ,057	,805 -,328	,903 ,344	,991 ,134	,409 ,845	,83 -,14 4 4	,911 ,381	,53 -,69 0 9	,64 -,05 9 5	,28 - ,16 8
Diarrea	Sig. (bilateral) Coeficient e de correlació n	,303 ,033	,697 -,152	,840 -,400	,233 -,598	,210 -,267	,634 ,067	,000 ,311	,61 -,24 0 0	,161 -,143	,00 -,38 4 0	,84 -,17 5 0	,54 ,05 9 8
I. Escolar/ Económi co	Sig. (bilateral) Coeficient e de correlació n	,906 -,170	,589 ,243	,140 ,035	,019 ,203	,337 ,398	,813 ,017	,259 ,227	,38 ,51 9 5	,612 ,344	,16 -,33 2 1	,54 ,08 5 1	,83 - ,04 8
	Sig. (bilateral)	,544	,383	,903	,467	,142	,951	,416	,04 9	,210	,22 8	,77 4	,86 5

7. DISCUSIÓN

El cáncer es una enfermedad crónica causada por el crecimiento sin control de las células lo cual pone en peligro la vida de las personas que lo padecen, se pueden distinguir más de cien tipos de cáncer; los niños principalmente son afectados por leucemia, linfoma infantil, tumores y trastornos del sistema inmunitario. En este sentido, las personas con diagnóstico de cáncer y sus cuidadores, buscan formas de afrontamiento a nivel cognitivo, emocional, comportamental y psicosocial, puesto que se ve afectada su estabilidad, además de que el estrés generado por la situación problema, en este caso el cáncer, compone diferentes cambios en la vida tanto del niño enfermo como en la de su cuidador, por ello la importancia de valorar de igual manera la percepción de la calidad de vida en estas dos poblaciones a partir del diagnóstico de cáncer, teniendo en cuenta que la calidad de vida se refiere en términos generales a la percepción de bienestar en las diferentes dimensiones que componen el individuo. De esta manera, la investigación se centró en relacionar las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, en niños con diagnóstico de cáncer y sus cuidadores primarios.

En la búsqueda de investigaciones se hizo evidente una limitada muestra de estudios que especifiquen el análisis correlacional de las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en niños y cuidadores, en vista de que las investigaciones principalmente planteadas que analizan estas dos variables se hacen por separado, niños o cuidadores y estrategias de afrontamiento o calidad de vida, con la investigación planteada se pretende aportar al análisis de estas dos variables, presentes tanto en el niño que padece una enfermedad y cuidador encargado de atender principalmente las necesidades físicas y emocionales de este.

Estrategias de afrontamiento en niños

En este orden de ideas, los resultados presentados en los niños con diagnóstico de cáncer demuestran que a mayor manifestación de la estrategia de afrontamiento Apoyo social, la expresión de las emociones y la búsqueda de opciones para la resolución del problema con personas cercanas a la problemática, posibilita que las experiencias que perjudican la estabilidad de la persona sean disminuidas; Lazarus y Folkman (1986) (p. 267) estableciéndose al mismo tiempo y con mayor frecuencia la utilización de las creencias existenciales, las cuales permiten un fortalecimiento de la fe y de la búsqueda del sentido de la existencia, donde el individuo directamente implicado percibe una sensación de alivio y disminución del sufrimiento como se presenta en la estrategia de afrontamiento Religión. (Bandura, 1977. Citado por Lazarus y Folkman, 1986).

Siguiendo esta misma línea, la tendencia del niño hacia el sostenimiento emocional por parte de individuos cercanos a su problemática, permite hacerle frente a un suceso que causa malestar al bienestar personal, social y familiar, entendiendo éste como un acontecimiento desafiante; por tanto, al aumentar la sensación de Apoyo social, la estrategia de Evitación Emocional disminuye, permitiendo que el individuo exprese sus emociones de una manera autónoma, eludiendo comportamientos apáticos que generan conflictos en la resolución de problemas. (Castaño et al, 2010).

Así mismo, al expresarse mayor uso de la Estrategia de Afrontamiento Búsqueda de Apoyo Profesional, la cual permite la reducción de los efectos aversivos del estrés Everly (1989,

citado por Martin, Jiménez et. al) al igual que posibilita la promoción de la salud tanto física como mental; al mismo tiempo, se establece la utilización reiterativa de la Estrategia de afrontamiento Religión, la cual a partir de las creencias positivas direccionan a la persona a la sensación de esperanza y significado de vida; por tal motivo ambas estrategias aumentan en pro del favorecimiento del afrontamiento a las situaciones difíciles.

Como se planteó anteriormente, como alternativa a la solución de problemas, se encuentra la Búsqueda de apoyo profesional que permite el acercamiento a personas a nivel profesional, con el objetivo de alivianar presiones ambientales, sociales y personales que afectan sustancialmente el equilibrio de la persona, la cual correlaciona de forma inversa con la Reacción Agresiva, que es en menor medida empleada por el niño; de esta manera, se percibe poca sensación de irritación y discordia debido a la frustración y la impotencia que genera el padecer cáncer .Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre (2006)

Como estrategia de afrontamiento utilizado con mayor frecuencia, también se presenta la Espera, donde se aguarda para que el tiempo conceda la solución, a partir de los procesos cognoscitivos; a diferencia de la estrategia de afrontamiento Reevaluación Positiva, la cual disminuye en el uso adoptado por el niño, impidiendo en el sujeto la aprehensión de los conflictos que trae consigo el problema y la adecuación de pensamientos que contribuyan a desafiar el problema, Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre (2006).

Calidad de vida y afrontamiento en niños

Dentro de los resultados establecidos, se percibe un aumento de la variable Salud; puesto que el niño aun sabiendo que tiene una enfermedad crónica como el cáncer, manifiesta sensación de bienestar físico, mental y social, además de la capacidad de funcionamiento en el organismo, OMS (1948), pero al mismo tiempo, presenta un incremento de la estrategia de afrontamiento Negación manifestada en comportamientos de distanciamiento frente al problema, donde la persona actúa como si éste no existiera; ya que revela sentirse estable.

En las áreas funcionales de calidad de vida, se entiende la Función Social como la dificultad para mantener relaciones interpersonales significativas que permiten un fortalecimiento y acompañamiento a los acontecimientos de dificultad que se presentan; la cual correlacionó inversamente con la Espera, donde la resolución del problema se deja al paso del tiempo.

Cuando el niño con diagnóstico de cáncer manifiesta mayor funcionamiento cognitivo, expresado en el papel activo del procesamiento de la información y en el desarrollo de las habilidades mentales; disminuye la estrategia de afrontamiento Evitación cognitiva, eludiendo los pensamientos angustiosos y desorganizados.

En este orden de ideas, el Rol emocional correlaciona significativamente con la Autonomía; de esta manera al aumentar la afectación del Rol emocional en el cual se manifiestan sensaciones de preocupación, angustia y sentimientos de tristeza; incrementa al mismo tiempo la capacidad para tomar sus propias decisiones frente al problema y ser independiente.

Las respuestas ante el estrés generan y refuerzan cambios en el organismo, donde se produce un incremento de la presión sanguínea, aumento de la tasa estomacal e intestinal, dilatación de las pupilas, dolor de cabeza, aumento de la respiración entre otros. (Sandín, 1995); en este sentido se presenta la diarrea como una variable que correlaciona significativamente con la estrategia de afrontamiento solución de problemas; de esta manera, en este contexto puede manifestarse la diarrea como un efecto secundario de los tratamientos en el niño como son la quimioterapia, medicamentos, los cuales se proponen como un canal para la resolución de problemas. Así mismo la diarrea puede presentarse como un efecto a nivel fisiológico del estrés donde el sujeto debe responder a los acontecimientos que le generan estrés, y a confrontar sensaciones negativas, a partir de la solución de problemas.

Siguiendo esta misma línea, los resultados manifiestan que la diarrea también correlaciona positivamente con la estrategia de afrontamiento autonomía responsable de la búsqueda de soluciones de forma independiente, de esta manera como respuesta al estrés se presenta la diarrea como un factor a nivel fisiológico; no obstante, la autonomía permite mantener un equilibrio y manejar de la mejor manera esos cambios que se generan a partir de los efectos de la enfermedad como los del cáncer.

El cáncer como una enfermedad crónica, produce en la persona síntomas que afectan el buen funcionamiento del organismo, a nivel físico y psicológico como en el caso del Dolor, el cual tiene efectos en las actividades cotidianas que el niño desempeña; no obstante, se encuentra directamente correlacionado con la estrategia de Búsqueda de apoyo profesional,

posibilitando que el individuo realice una búsqueda de recursos a nivel profesional para disminuir los efectos adversos producidos por el cáncer.

En este orden de ideas, el dolor como efecto de la enfermedad, y de alguna manera como limitador de poder ser ejecutor de diferentes juegos y actividades sin restricciones de tiempo, espacio o condición física, presenta una correlación inversa con la estrategia de afrontamiento Reacción agresiva, lo cual indica que el hecho de poseer ese dolor no indica que se deba manifestar una actitud de enfado, exasperación y grosería con las personas que se encuentran alrededor y están constantemente como un agente que presta apoyo y compañía.

El síntoma fatiga afecta directamente la calidad de vida de la persona, además de ser un factor condicionante que acarrea la falta de energía, debilidad, somnolencia y cambios en el estado de ánimo; igualmente, puede aparecer como una respuesta que demanda la enfermedad; así pues, al aumentar el síntoma de fatiga también se incrementa la estrategia de afrontamiento Evitación Cognitiva, utilizando pensamientos que permitan suprimir el acontecimiento que genera angustia y preocupación por medio de la búsqueda de entretenimiento.

Con relación a lo anterior, la estrategia Evitación cognitiva, como un factor en el que el individuo suscita pensamientos que lo distancien del problema; evidencia dentro de los resultados una correlación positiva con el estreñimiento, el cual contiene una gran carga emocional, además de la relación con el estrés y a la enfermedad. “En pacientes con cáncer la constipación puede ser: 1. Causada directamente por el cáncer, 2. Secundaria a la enfermedad

y 3. Secundara a los efectos del cáncer o a su tratamiento” Acosta, (2005, p. 233) Así mismo, el estrés admite una variación de hábitos que implican la aparición del estreñimiento y otros desajustes digestivos.

La falta de apetito es una variable preocupante en los niños con diagnóstico de cáncer, manifestada en problemas para digerir ocasionando náuseas y vómito, el estado de ánimo, el dolor, efectos de la quimioterapia y del tratamiento en general; esta variable presenta correlación positiva y significativa con la estrategia de afrontamiento Reevaluación positiva, la cual permite hacer un análisis a profundidad de los aspectos positivos que sobrelleva la situación problema; por lo tanto, cuando este síntoma se presenta el niño responde realizando una identificación de los aspectos positivos que contiene el problema.

Estrategias de afrontamiento en los cuidadores

De acuerdo a los datos obtenidos se evidencia que las personas que desempeñan la labor de cuidadores de los niños con diagnóstico de cáncer corresponden principalmente al género femenino siendo sus madres, abuelas o tías, quienes se encargan de los cuidados, estos datos están acorde con lo encontrado en diferentes investigaciones realizadas con cuidadores, Huerta et al. (2006), Almunia (2007), González (2007), Laufarie et al. (2008) y Flórez, Montalvo, Herrera & Romero (2010), estudios en los cuales la participación de las mujeres como cuidadoras sobrepasa de manera significativa al número de cuidadores de género masculino, sin embargo cabe resaltar que actualmente se ha incrementado el número de hombres que se desenvuelven como cuidadores.

En los cuidadores se encontró que la estrategia utilizada principalmente fue la solución de problemas la cual corresponde a lo que Lazarus y Folkman (1980) nombraron como Afrontamiento dirigido al problema donde la situación, en este caso el cáncer, se evalúa como una realidad que se puede cambiar, es decir corresponde a una situación o problema que se puede resolver, en este sentido se evidencia la predominancia de un estilo de afrontamiento conductual activo el cual se orienta a la búsqueda de alternativas de solución para el problema. Este resultado dista de lo obtenido en México por Huerta, Corona & Méndez (2006) quienes al evaluar los estilos primarios de afrontamiento encontraron que el afrontamiento más utilizado por los cuidadores es el cognitivo- activo debido a que se orientan a la valoración de la situación estresante haciendo una renovación constante de las demandas generadas, buscando comprenderlas para manejar la tensión que dicha situación les produce, sin embargo cabe mencionar que el estilo de afrontamiento conductual activo fue el segundo más utilizado por los cuidadores en México, al igual que la estrategia de afrontamiento solución de problemas.

En cuanto a la correlación de las estrategias de afrontamiento entre sí de los cuidadores, se encontró que la estrategia de afrontamiento apoyo social correlacionó significativa y negativamente con la autonomía, este resultado indica que las personas que usan la estrategia afrontamiento apoyo social buscan alternativas de solución a sus problemas con otras personas, a diferencia de las personas que utilizan la autonomía como estrategia de afrontamiento quienes se caracterizan por buscar alternativas de solución de forma independiente.

La estrategia de afrontamiento solución de problemas correlacionó significativa y positivamente con búsqueda de apoyo profesional, esta correlación se puede asociar a que el cáncer padecido por sus hijos implica estar constantemente en contacto con los profesionales de la salud ya sean médicos, enfermeras, psicólogos; durante las etapas de la enfermedad, en este sentido la estrategia de afrontamiento solución de problemas genera alternativas de solución y la búsqueda de profesional sería el recurso utilizado para el afrontamiento de la enfermedad.

Por otra parte la estrategia de afrontamiento evitación emocional correlacionó significativa y positivamente con la estrategia expresión de la dificultad de afrontamiento, estas dos estrategias se encuentran relacionadas en tanto en la evitación emocional se eluden la manifestación de las emociones y en la expresión de la dificultad de afrontamiento se genera en el individuo dificultad para afrontar las emociones que el problema le genera.

La estrategia de afrontamiento reacción agresiva correlaciona negativamente con la reevaluación positiva, esta correlación negativa se puede explicar a partir del significado de ambas estrategias de afrontamiento, en tanto la primera se refiere a la manifestación de enojo y hostilidad contra otras personas como producto de la frustración que genera la situación estresante, en este caso el cáncer de sus hijos y la estrategia de afrontamiento reevaluación positiva busca identificar los aspectos positivos presentes en el problema generando pensamientos que contribuyen al enfrentamiento de la situación. De igual forma la estrategia de afrontamiento reacción agresiva correlacionó significativa y positivamente con la

expresión de la dificultad de afrontamiento, estas estrategias se relacionan en tanto la reacción agresiva puede ser generada por la dificultad que se tiene en el reconocimiento, expresión y control de las emociones generadas por la enfermedad.

Así mismo se encontró que la estrategia de afrontamiento autonomía correlacionó de forma significativa y negativamente con búsqueda de apoyo profesional, es decir las personas que tienden a buscar soluciones de forma independiente reducen la búsqueda de recursos a nivel profesional para solucionar el problema.

Calidad de vida en cuidadores

En cuanto a la calidad de vida se encontró que los cuidadores perciben el rol emocional como el más afectado considerando que el cáncer de los niños que son en su mayoría hijos, genera diferentes cambios para sus vidas desde el diagnóstico y las diferentes etapas del tratamiento, afectando directamente su estado emocional, “cuando se asiste a una persona con enfermedad crónica se deben enfrentar muchos desafíos que llegan a interferir en el ámbito personal del cuidador” Pinto (2011, citado por Sáenz. Periódico Universidad Nacional; s. p), el rol emocional corresponde a la dimensión psicológica de la calidad de vida donde los individuos realizan una percepción de su estado tanto a nivel cognitivo como afectivo.

De igual manera los cuidadores en el área de síntomas evaluada por la calidad de vida, se percibieron como más agotados y con mayores dificultades para conciliar el sueño (Insomnio) que los niños, en tanto son ellos quienes deben estar la mayoría de tiempo al cuidado del niño (a), atentos de la toma de medicamentos y de los procesos propios del

tratamiento; en este sentido la presencia de estos dos síntomas se puede asociar al estrés producido por la enfermedad y los procesos de la misma, donde los cuidadores cumplen un papel muy importante en la recuperación del niño enfermo, paralelo a esto se encuentran los diferentes roles que ocupan en sus familias (madre, padre, esposa, esposo, proveedor) donde se encuentran inmersos de otras situaciones que les genera estrés, como lo concluyeron Laufarie, et al. (2008, p. 50) “El estar de manera permanente atendiendo a su niña(o) enferma(o) obliga desatender aspectos de la familia lo que les causa conflictos al interior de sus vidas personales”.

Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida en cuidadores.

En la correlación de estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en los cuidadores se encontró que la salud correlaciona negativa y significativamente con la estrategia de afrontamiento expresión de la dificultad de afrontamiento, indicando que cuando se presenta una valoración positiva de la salud la utilización de esta estrategia de afrontamiento disminuye, teniendo en cuenta que esta estrategia se refiere a la dificultad para afrontar las emociones que el cáncer de sus hijos les genera.

En cuanto a las áreas funcionales evaluadas por la calidad de vida se pudo observar que el rol emocional tiene una correlación positiva con la reacción agresiva, indicando que las personas que perciben como más afectado el rol emocional tienden a manifestar enojo y hostilidad a las personas que la rodean como efecto de la frustración que el cáncer de sus hijos les genera,

además de los cambios a nivel emocional que se presentan por su condición de cuidadores de una persona enferma.

La función cognitiva correlacionó de forma significativa y negativamente con la estrategia de afrontamiento religión, indicando que cuando se percibe como afectada la función cognitiva evidenciada en bloqueos mentales, pérdida de memoria, procesos disociativos de la mente; la utilización de la estrategia de afrontamiento religión, orientada a realizar oraciones como recurso para solucionar el problema o que permitan sobrellevarlo disminuye. Cabe mencionar que la afectación de la función cognitiva es producto del estrés que genera el problema, con la presencia de los síntomas a nivel cognitivo se puede ver afectada la forma de relacionarse con los demás y el contacto con la religión disminuye.

En lo referido a la función social, la cual contiene la percepción de los cuidadores en cuanto a las relaciones con las personas que los rodean o el apoyo social percibido, correlacionó de forma positiva con evitación indicando que los cuidadores que percibieron más afectada la función social también eluden la manifestación emociones a causa de la carga emocional que la situación les genera presentado en la evitación. Así mismo la función social correlacionó de forma positiva con la estrategia de afrontamiento reacción agresiva con la cual el individuo actúa de manera hostil con las personas que la rodean como efecto de la frustración que le genera la situación que está viviendo, en esta medida la interacción a nivel social se ve afectada. De igual manera la función social correlacionó positivamente con la estrategia de afrontamiento expresión de la dificultad de afrontamiento, donde se presenta un conflicto para manejar las emociones que le genera el acontecimiento estresante generado por el cáncer de sus hijos.

La función social en los cuidadores obtuvo una correlación negativa con la estrategia de afrontamiento reevaluación positiva indicando que cuando la función social se percibe como afectada los cuidadores no buscan aprender del problema o verle lo positivo, esto relacionado con las dificultades presentes en la interacción social y con el apoyo social percibido; además, de las dificultades para manejar las emociones generadas por la situación estresante que incluye los cambios a los que se ven sometidos y la responsabilidad que adquieren como cuidadores.

Por otra parte en la correlación de la escala de síntomas con las estrategias de afrontamiento se encontró que el síntoma diarrea correlacionó negativamente con la estrategia de afrontamiento religión, indicando que las personas que utilizan la religión como estrategia para solucionar sus problemas o para tolerarlos, disminuyen el estrés que la situación les genera y por ende los síntomas a nivel fisiológico.

Así mismo se encontró una correlación positiva entre los síntomas fatiga, dolor, disnea/agotamiento, insomnio y estreñimiento con la estrategia de afrontamiento reacción agresiva, esta correlación puede ser entendida a partir de la explicación de una de las estructuraciones del estrés que corresponde a la dimensión fisiológica donde son generadas respuestas neuroendocrinas, del sistema nervioso autónomo y de un conjunto amplio de variables psicofísicas (Sandín, 1995) por ello que los síntomas generados por el estrés terminen alterando de manera importante la calidad de vida de los cuidadores y que la respuesta emocional ante la situación amenazante sea de enojo con las personas que le rodean, como lo

mencionó Flórez et al. (2010, p. 761) “el cuidado a otro produce un desgaste físico y emocional, ampliamente documentado en la literatura bajo el término la carga del cuidador o el síndrome del cuidador”, esta sobrecarga del cuidador tanto a nivel físico como emocional requiere atención, con el fin de evitar que el cuidador pase a ser un enfermo secundario.

Siguiendo con este orden de ideas en los cuidadores se halló una correlación negativa entre el impacto económico y la evitación cognitiva, donde la percepción de que la enfermedad ha generado dificultades a nivel económico para ellos y/o sus familias, no se encuentra en relación con las personas que optan por realizar diferentes actividades de distracción como herramienta para tratar de olvidar o negar el problema; en este sentido se podría decir que el impacto sobre una de las dimensiones de calidad de vida que corresponde al nivel económico, dificulta la realización de actividades de entretenimiento o pensamientos dirigidos a negar el problema que se está presentando evidenciado en la evitación cognitiva.

Por otra parte los síntomas fatiga y dolor correlacionaron de forma positiva con la estrategia de afrontamiento expresión de la dificultad de afrontamiento, esto relacionado con los cambios de rutina que se deben hacer orientados al bienestar del niño con cáncer, quien requiere de diferentes cuidados durante la enfermedad y los diversos procesos de la misma; “Situaciones como la soledad, no saber cómo consolar o aliviar al enfermo y los juicios de otras personas son algunas de las necesidades personales de quien busca responder plenamente al paciente, a veces sin lograrlo” Pinto, (2011, citado por Sáenz; periódico Universidad Nacional), en este punto se considera importante mencionar que gran parte de los cuidadores que participaron en la investigación se referían a que no les parecía

conveniente para el proceso de recuperación de sus hijos que se dieran cuenta del cansancio o preocupaciones a las que estaban sometidos de igual manera que sus familias.

Finalmente se encontró una correlación negativa entre los síntomas agotamiento y estreñimiento con la estrategia de afrontamiento reevaluación positiva, indicando que la presencia de estos síntomas que afectan la percepción de bienestar del cuidador impide que en el evento estresante o la enfermedad del niño se identifiquen aspectos positivos y de los cuales se pueda aprender.

8. CONCLUSIONES

En la literatura clásica podemos encontrar que el afrontamiento dirigido al problema aparece cuando la situación generadora de estrés se percibe como cambiante. En este sentido se podría afirmar que tanto los niños como cuidadores que participaron de la investigación presentan un afrontamiento dirigido a modificar esta situación estresante, en tanto la utilizaron como principal estrategia de afrontamiento la “solución de problemas”.

La estrategia de afrontamiento Religión constituyó la segunda estrategia más utilizada tanto por niños como por cuidadores, donde se toma como recurso la oración o rituales para la solución de problemas o como una opción que permite tolerar el acontecimiento generador de desequilibrio.

En este orden de ideas los resultados obtenidos evidenciaron que tanto niños como cuidadores coinciden en las estrategias de afrontamiento principalmente utilizadas para hacerle frente a la enfermedad y cambios generados por la misma en los diferentes ámbitos que se desenvuelve la persona.

Al mismo tiempo, en la variable Calidad de Vida, se evidencia en ambas poblaciones que la Salud se constituye como la mejor percibida y la función física como la dimensión más afectada; por lo tanto, tanto en niños como en cuidadores se presenta sensación de bienestar tanto físico, mental y social, aun padeciendo el agotamiento, desgaste físico y malestar que demanda la enfermedad.

Finalmente, puede manifestarse que las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida influyen de manera característica en la enfermedad crónica de cáncer tanto en su adaptación, como en la manera como se enfrenta; posibilitando direccionar su existencia hacia el logro de la Salud y el bienestar psicológico. En este orden, es importante resaltar, que tanto en niños con diagnóstico de cáncer como en sus cuidadores es significativo poder expresarse a partir de lo que les genera esta enfermedad y en este sentido las pruebas utilizadas para la investigación posibilitaron abrir un espacio que permitió hablar sobre la problemática desde preguntas orientadas a las experiencias y cambios generados por la misma y situaciones de la vida cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta, N. (2005). Constipación y diarrea. En Cadavid, A; Estupiñán, J; & Vargas, J. (Eds.), *Dolor y cuidados paliativos: Fundamentos de Medicina* (pp. 232- 240). Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.

Almunia, B. (2007). Factores psicológicos y sociales en las neoplasias malignas pediátricas. *Revista Cubana de Pediatría, la Habana*, 79 (1), 0-0. ISSN 1561-3119. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312007000100001&script=sci_arttext

Arrarás, J.I; Dueñas, T; Meiriño, R; Prujá, E; Villafranca, E; Valerdi, J.J. (1998) La calidad de vida en el paciente oncológico: estudios del Servicio de Oncología del Hospital de Navarra en el grupo de calidad de vida de la EORTC. *Anales*, 21 (1). Recuperado de <http://www.cfnavarra.es/webgn/sou/publicac/ap/textos/vol21/n1/revis2a.html>

Arrarás, J.I; Martínez, M; Manterota, A; & Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de EORTC*. *Psicosociología*. 1(1) Pamplona, 87-98. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC0404110087A/16333>

Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: una definición integradora, *Revista latinoamericana de psicología*. 35 (2) ,161- 164. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>

Bonilla, E & Rodríguez, P (2005). *Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales*. Recuperado de http://books.google.com.co/books?id=oSa54vNsC7YC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Castaño, E. F & del Barco, B. L. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology, and Psychological Therapy*, 10 (2), 245-25. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estres-ES.pdf>

Cruz, O. (2004). *Calidad de Vida en niños de 7 a 16 años con cáncer*. (Tesis de maestría, Universidad Autónoma De Nuevo León). Recuperado de <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149845.PDF>

Flórez, I.E; Montalvo, A; Herrera, A. & Romero, E (2010). Afectación de los bienestar en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica. *Revista de Salud pública*, 12 (5), 754-764. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a06.pdf>

Gantiva, C.A; Luna, A; Dávila, A. M & Salgado, M.J. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: avances de la disciplina*, 4 (1), 63-70. Recuperado de <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/viewFile/195/170>

González, M. (2007). El cáncer durante la infancia: experiencias y necesidades. (Tesis Doctoral, Universidad de Granada, España). Recuperado de <http://hera.ugr.es/tesisugr/17249946.pdf>

González, O; Fonseca, J.C & Jiménez, L.C. (2006). El cáncer como metáfora de muerte o como opción para resignificar la vida: narrativas en la construcción de la experiencia familiar y su relación con el afrontamiento del cáncer de un hijo menor de edad. *Revista Diversitas-perspectivas en psicología*, Bogotá, 2 (2), 259 – 277 Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S179499982006000200007&script=sci_arttext

Hernández, C.R; Fernández, C & Baptista, P (2003). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Herrera, M. (2010, 11, 21). Colombia reclamó reglamentar Ley de cáncer infantil que aún está en papel. *Soy periodista.com*. Bogotá Colombia. Recuperado de

<http://www.soyperiodista.com/noticias/nota-5222-colombia-reclamo-raglamentar-ley-de-cancer-infanti>

De la Huerta, R; Corona, J & Méndez, J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y*

Psiquiatría, México, 39 (1), 46- 51. Recuperado de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp061g.pdf>

Jaimes, K. (2012, 09, 28). Más de 33 mil personas mueren anualmente por cáncer en Colombia, Educación en salud para la prevención de enfermedades, *Su Vida*, ISSN 2145-7999. Recuperado de <http://www.su-vida.com/node/1329>

Laufarie, M. M; Barón, L. V; León, D. C; Martínez, P. M; Molina, D. C; Rodríguez, D.Y; Rojas, A. M & Roncancio, M. L. (2008). Madres cuidadoras de niños (as) con cáncer: vivencias, percepciones y necesidades, 5 (5), 41-52. Recuperado de

http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen5/madres_cuidadoras_ninos_cancer.pdf

Lazarus, R & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos Cognitivos*. España: Ediciones Martínez Roca.

Ley 1388 (2010, 05, 26). Por el derecho a la vida de los niños con cáncer de Colombia.

Diario Oficial Congreso de la República, Colombia. Recuperado de

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2010/ley_1388_2010.html

Londoño, N.H; Henao, G. C; Puerta, I.C; Posada, S; Arango, D; Aguirre, D.C. (2006).

Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de COPING modificada

(EEC-M) en una muestra Colombiana. *Universitas Psychologica*, 5 (2), b327-349.

Recuperado de

http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N209_propiedadespsicometricas.pdf

Martin, M. D; Jiménez, M. P & Fernández, E. (2010). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista electrónica de emoción y motivación R. E. M. E*, 3 (4).

Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>

Moreno, B & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la Calidad de Vida. Universidad Autónoma de Madrid, 1045- 1070. Recuperado de

<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf>

Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil, (2011). *El Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil (OICI) y la Defensoría del Pueblo presentaron ante el Ministerio de la protección Social una propuesta de reglamentación de la Ley 1388, a través de la cual se busca mejorar las tasas de sobrevivencia de los niños colombianos que padecen cáncer.*

Recuperado de <http://oicicancerinfantil.blogspot.com/2011/12/urge-reglamentar-la-ley-de-proteccion.html>

OMS, Grupo sobre calidad de vida (1996). ¿Qué calidad de vida? Foro Mundial de la Salud, 17 (4), 385-387. Recuperado de <http://www.who.int/iris/handle/10665/55264>

Pliscoff, C & Monje, P (2003). Método comparado: un aporte a la investigación en gestión pública. Panamá, 28- 31. Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0047327.pdf>

Quiceno, J.M; Vinaccia, S; Lozano, I.C, Castaño, Z. & Fernández, H. (en prensa). Estrés y estrategias de afrontamiento en un grupo de personas con VIH. En Juan José Sánchez-Sosa,

Julio Alfonso Piña López & Blanca Margarita Rivera Icedo (Eds.). Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH: investigación e intervención. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia. SSSA (2007-2009). Recuperado el 25 de Julio de 2012, de <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/registro-poblacional-de-cancer>

Rojas, V. & Pére, Y.L. (2011, 19, 11). Cáncer Infantil: una visión panorámica. *Revista Psicología Científica. com*, 13 (19). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/cancer-infantil-una-vision-panoramica/>

Sáenz, H. (2011, 03, 12). Cuidadores de enfermos crónicos una población en riesgo. *Periódico Universidad Nacional de Colombia*. Recuperado de <http://www.unperiodico.unal.edu.co/dper/article/cuidadores-de-enfermos-cronicos-una-poblacion-en-riesgo.html>

Sandín (1995). Manual de psicopatología, 2 (1), El estrés, Madrid.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532003000200002&script=sci_arttext

Solís, C. & Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán*, 7 (1). 33-39. Perú. Recuperado de <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/3%20ESTILOS%20Y%20AFRONTAMIENTO.pdf>.

Ulin, P. (2006) Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos. Washington, D. C; OPS, © (Publicación científica y Técnica N° 614).

Urzúa, A. & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life: A theoretical review. *Terapia psicológica. Chile*, 30 (1), 61-71. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Fecha:

¿Hace cuánto tiempo fue dado el diagnóstico de cáncer de tu hijo (a)? _____

Las estudiantes Adriana Muñoz Ramírez con C.C 1.036.396.881 y Daniela Vásquez Tabares con C.C 1.036.941.179 me han solicitado que mi hijo (a) participe en su estudio de investigación titulado " Estrategias de afrontamiento y la relación con la calidad de vida en niños con cáncer y sus cuidadores", entiendo que el propósito del estudio es conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por los niños (as), además de indagar por la calidad de vida de los niños que padecen cáncer. Sé que la participación de mi hijo (a) consiste en responder dos cuestionarios; se me ha explicado que los datos que proporcione serán confidenciales y solo se utilizarán con fines académicos.

Tengo entendido que los resultados se darán a conocer a la institución, conservando siempre el anonimato de los participantes. Se me ha informado que tengo derecho a abandonar y a terminar mi participación en el momento que yo lo desee.

Acepto participar voluntariamente

Nombre:

Firma

Cédula

Anexo 2. Escala de estrategias de coping modificada (eec-m)

Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango, Aguirre (2006)

Propuesta para los niños

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores ni peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X, el número que mejor indique que tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante situaciones estresantes.

1= Nunca 2= Casi nunca 3= A veces 4= Frecuentemente

5=Casi siempre 6= Siempre.

Ítems	1	2	3	4	5	6
1.Tratas de comportarte como si nada hubiera pasado						
2.Cuando tienes alguna dificultad prefieres alejarte de ella (saliendo a pasear, jugando)						
3.Procuras no pensar en el problema						
4.Descargas tu mal humor con los demás						
5.Tratas de verle lo positivo al problema						
6. Le cuentas a familiares y amigos como te sientes						
7.Tratas de entender lo que pasa a través de un profesional (enfermera, doctor, psicólogo)						
8.Asistes a la iglesia						
9.Esperas que la solución llegue sola						
10.Cuando tienes un problema piensas en la manera cómo solucionarlo						

11.Procuras guardar para ti mismo tus sentimientos						
12.Te comportas de forma grosera con los demás						
13.Intenas sacar algo positivo del problema						
14. Pides consejo u orientación a algún familiar o amigo para poder afrontar mejor el problema						
15.Buscas ayuda profesional para que te guíen u orienten						
16.Tienes fe en que puede ocurrir algún milagro						
17.Esperas el momento oportuno para resolver el problema						
18.Piensas que con el paso del tiempo el problema se soluciona						
19. Haces un plan para solucionar el problema						
20. Procuras que los otros no se den cuenta de lo que sientes						
21. Te alejas de las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema						
22. Expresas tu rabia sin pensar en lo que pueda pasar después						
23. Pides a familiares o amigos que te ayuden a pensar acerca del problema						
24.Procuras hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema						
25. Tienes fe en que Dios remedie la situación						
26. Piensas que hay un momento adecuado para pensar en el problema						
27.Dejas que el tiempo solucione el						

problema						
28.Tratas de solucionar el problema de diferentes maneras						
29. Dejas que las cosas sigan igual						
30. Tratas de ocultar tu malestar						
31.Realizas diferentes actividades para olvidarte del problema						
32.Evitas pensar en el problema						
33.Te dejas llevar por tu mal humor						
34. Hablas con tus familiares o amigos para que te tranquilicen cuando te encuentras mal						
35.Buscas ayuda de un profesional (enfermera, medico, psicólogo) para disminuir tu malestar						
36. Rezas						
37. Hasta que no tengas claro lo que te pasa no piensas en una solución						
38. Piensas que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar						
39. Piensas paso a paso la solución del problema						
40. Dejas que las cosas pasen						
41. No expresas tus emociones						
42. Buscas actividades que te distraigan						
43.Niegas que tengas problemas						
44. Te enojas con facilidad						
45.Por más que quieras no eres capaz de expresar abiertamente lo que sientes						
46.A pesar de lo grande que sea el problema ves lo positivo						
47.Pides ayuda a algún amigo o familiar que te indique cual sería el mejor camino a seguir						

48. Pides ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar tus nervios						
49. Vas a la iglesia para poner velas o rezar						
50. Consideras que las cosas se solucionan por si solas						
51. Analizas lo bueno y lo malo de las posibles soluciones						
52. Se te dificulta relajarte						
53. Haces todo lo posible por ocultar tus sentimientos a los otros						
54. Realizas diferentes actividades para no pensar en el problema						
55. Así lo quieras no eres capaz de llorar						
56. Piensas que al mal tiempo hay que hacerle buena cara						
57. Procuras que algún familiar o amigo te escuche cuando necesitas manifestar tus sentimientos						
58. Intentas conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales (enfermera, medico, psicólogo)						
59. Dejas todo en manos de Dios						
60. Esperas que las cosas se vayan solucionando						
61. Te es difícil pensar en posibles soluciones para tus problemas						
62. Tratas de evitar tus emociones						
63. Dejas a un lado tus problemas y piensas en otras cosas						
64. Tratas de identificar las cosas buenas del problema						
65. consideras que los problemas los puedes solucionar sin ayuda de los demás						
66. Piensas que no necesitas la ayuda de						

alguien y menos de un profesional						
67. Buscas tranquilizarte a través de la oración						
68. Frente a un problema, esperas conocer bien la situación antes de actuar						
69. Dejas que pase el tiempo y el problema se solucione						

ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING MODIFICADA (EEC-M)

Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango, Aguirre (2006)

Propuesta para los cuidadores

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores ni peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X, el número que mejor indique que tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante situaciones estresantes.

1= Nunca 2= Casi nunca 3= A veces 4= Frecuentemente

5=Casi siempre 6= Siempre.

Ítems	1	2	3	4	5	6
1.Trato de comportarme como si nada hubiera pasado						
2.Cuando tengo alguna dificultad prefiero alejarme de ella (saliendo a pasear, realizar diferentes actividades)						
3.Procuro no pensar en el problema						
4.Descargo mi mal humor con los demás						
5.Trato de verle lo positivo al problema						
6. Le cuento a familiares y amigos como me siento						
7.Trato de entender lo que pasa a través de un profesional (enfermera, doctor, psicólogo)						
8.Asisto a la iglesia						
9.Espero que la solución llegue sola						
10.Cuando tengo un problema pienso en la manera cómo solucionarlo						

11.Procuro guardar para mí los sentimientos						
12.Me comporto de forma grosera con los demás						
13.Intentó sacar algo positivo del problema						
14. Pido consejo u orientación a algún familiar o amigo para poder afrontar mejor el problema						
15.Busco ayuda profesional para que me guíen u orienten						
16.Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro						
17.Espero el momento oportuno para resolver el problema						
18.Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona						
19. Hago un plan para solucionar el problema						
20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento						
21. Me alejo de las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema						
22. Expreso mi rabia sin pensar en lo que pueda pasar después						
23. Pido a familiares o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema						
24.Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema						
25. Tengo fe en que Dios remedie la situación						
26. Pienso que hay un momento adecuado para pensar en el problema						
27.Dejo que el tiempo solucione el						

problema						
28.Trato de solucionar el problema de diferentes maneras						
29. Dejo que las cosas sigan igual						
30. Trato de ocultar mi malestar						
31.Realizo diferentes actividades para olvidarme del problema						
32.Evito pensar en el problema						
33.Me dejo llevar por mi mal humor						
34. Hablo con familiares o amigos para que me tranquilicen cuando me encuentro mal						
35.Busco ayuda de un profesional (enfermera, medico, psicólogo) para disminuir mi malestar						
36. Rezo						
37. Hasta que no tengas claro lo que te pasa no piensas en una solución						
38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar						
39. Pienso paso a paso la solución del problema						
40. Dejo que las cosas pasen						
41. No expreso mis emociones						
42. Busco actividades que me distraigan						
43.Niego que tenga problemas						
44. Me enojo con facilidad						
45.Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento						
46.A pesar de lo grande que sea el problema veo lo positivo						
47.Pido ayuda a algún amigo o familiar que me indique cual sería el mejor camino a seguir						

48. Pides ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar tus nervios						
49. Voy a la iglesia para poner velas o rezar						
50. Considero que las cosas se solucionan por si solas						
51. Analizo lo bueno y lo malo de las posibles soluciones						
52. Se me dificulta relajarme						
53. Hago todo lo posible por ocultar mis sentimientos a los otros						
54. Realizo diferentes actividades para no pensar en el problema						
55. Así lo quiera no soy capaz de llorar						
56. Pienso que “al mal tiempo hay que hacerle buena cara”						
57. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos						
58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales (enfermera, medico, psicólogo)						
59. Dejo todo en manos de Dios						
60. Espero que las cosas se vayan solucionando						
61. Me es difícil pensar en posibles soluciones para mis problemas						
62. Trato de evitar mis emociones						
63. Dejo a un lado mis problemas y pienso en otras cosas						
64. Trato de identificar las cosas buenas del problema						
65. Considero que los problemas los puedo solucionar sin ayuda de los demás						
66. Pienso que no necesito la ayuda de						

alguien y menos de un profesional						
67. Busco tranquilizarme a través de la oración						
68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar						
69. Dejo que pase el tiempo y que el problema se solucione solo						

Anexo 3. Cuestionario de calidad de vida de la european organization for research and treatment cancer (eortc qlq-c30) en la versión española.

Arrarás, Dueñas, Meiriño, Prujá, Villafranca, Valerdi (1998)

Propuesta para los niños:

Este cuestionario permite conocer algunas cosas de su vida diaria y su salud. Responda con una X, el número que mejor se aplique a su caso.

Por favor ponga sus iniciales:

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

Fecha de hoy (día, mes, año):

1= Nunca 2= Un poco 3= Bastante 4= Mucho.

Ítems	1	2	3	4
1. ¿Tienes alguna dificultad para hacer actividades que requieran algún esfuerzo en tu vida cotidiana?				
2. ¿Tienes alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?				
3. ¿Tienes alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?				
4. ¿Tienes que quedarte en la cama o sentado (a) en una silla durante el día?				
5. ¿Necesitas ayuda para comer, vestirse, asearte o ir al baño?				

DURANTE LA SEMANA PASADA:

6. ¿Has tenido algún obstáculo para realizar tus actividades o funciones del día a día?				
7. ¿Has tenido alguna dificultad para hacer lo que te gusta u otras actividades de diversión?				
8. ¿Sentiste "falta de aire" o dificultad para respirar?				
9. ¿Has tenido dolor?				
10. ¿Necesitas parar para descansar?				
11. ¿Has tenido dificultades para dormir?				
12. ¿Te has sentido débil?				
13. ¿Te ha faltado el apetito?				
14. ¿Has tenido ganas de vomitar?				
15. ¿Has vomitado?				

DURANTE LA SEMANA PASADA:

16. ¿No has podido dar del cuerpo?				
17. ¿Has tenido diarrea?				
18. ¿Estuviste cansado (a)?				
19. ¿Hubo algún dolor que obstaculizo tus actividades diarias?				
20. ¿Has tenido dificultad en concentrarte en cosas como ver televisión o leer cuentos?				
21. ¿Te sentiste preocupado (a)?				
22. ¿Te sentiste nervioso (a)?				
23. ¿Te sentiste enojado (a)?				

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE LA EUROPEAN ORGANIZATION
FOR RESEARCH AND TREATMENT CANCER (EORTC QLQ-C30) EN LA
VERSIÓN ESPAÑOLA.**

Arrarás, Dueñas, Meiriño, Prujá, Villafranca, Valerdi (1998)

Propuesta para los cuidadores:

Este cuestionario permite conocer algunas cosas de su vida diaria y su salud. Responda con una X, el número que mejor se aplique a su caso.

Por favor ponga sus iniciales:

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

Fecha de hoy (día, mes, año):

1= Nunca 2= Un poco 3= Bastante 4= Mucho.

Ítems	1	2	3	4
1. ¿Tienes alguna dificultad para hacer actividades diferentes al cuidado de tu hijo (a)?				
2. ¿Tienes alguna dificultad para dar un paseo largo por el cuidado de tu hijo(a)?				
3. ¿Tienes alguna dificultad para dar un paseo corto por el cuidado de tu hijo (a)?				
4. ¿Tienes que permanecer solo (a) durante el día cuidando a tu hijo (a)?				
5. ¿Te encargas solo (a) del aseo de tu hijo (a)?				

DURANTE LA SEMANA PASADA:

6. ¿Has tenido algún obstáculo para hacer tu trabajo u otras actividades cotidianas por estar cuidando de tu hijo (a)?				
7. ¿Has tenido alguna dificultad para hacer lo que te gusta u otras actividades de ocio por cuidar de tu hijo (a)?				
8. ¿Te has sentido agotado (a)?				
9. ¿Has tenido dolor producto del cansancio?				
10. ¿Necesitas parar para descansar?				
11. ¿Has tenido dificultades para dormir?				
12. ¿Te has sentido débil?				
13. ¿Te ha faltado el apetito?				
14. ¿Ha tenido náuseas?	_____	_____	_____	_____
15. ¿Ha vomitado?	_____	_____	_____	_____

DURANTE LA SEMANA PASADA:

16. Ha estado estreñido				
17. ¿Has tenido diarrea?				
18. ¿Estuviste cansado (a)?				
19. ¿Hubo algún dolor que obstaculizó tus actividades diarias?				
20. ¿Has tenido dificultad en concentrarte en cosas como ver televisión o leer el periódico?				
21. ¿Te sentiste nervioso (a)?				

22. ¿Te sentiste preocupado (a)?				
23. ¿Te sentiste enojado (a)?				
24. ¿Te sentiste deprimido (a)?				
25. ¿Has tenido dificultades para recordar cosas?				
26. ¿El estado físico o el tratamiento médico de tu hijo (a) ha sido un obstáculo en tu vida familiar?				
27. ¿El estado físico o el tratamiento médico de tu hijo (a) ha sido un obstáculo en tus actividades sociales?				
28. ¿Te ha causado problemas económicos el estado físico o el tratamiento médico de tu hijo (a)?				

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted.

29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésima

Excelente

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésima

Excelente