

**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**

---

---

**División Académica de Ciencias de la Salud**



**“Estrategias de afrontamiento y nivel de resiliencia en  
padres de hijos con cáncer”**

**Tesis que para obtener el diploma de la  
Especialidad en Enfermería Pediátrica**

**Presenta:**

**L.E. Mariela Pérez Domínguez**

**Director:**

**D.C.E. Valentina Rivas Acuña**

**Villahermosa, Tabasco.**

**Junio, 2019.**



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



Of. No. 0437/DACS/JAEP

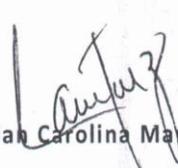
17 de junio de 2019

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

**C. Mariela Pérez Domínguez**  
Especialidad en Enfermería Pediátrica  
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores D.C.E. María Asunción Vicente Ruiz, M.C.E. Amelia Hernández De la Cruz, M.C.E. Celia del Carmen Solís Gómez, M.C.E. María Eugenia Sánchez Gómez y la M.T.E. Elizabeth Ramos Sánchez, impresión de la tesis titulada: "Estrategias de afrontamiento y nivel de resiliencia en padres e hijos con cáncer", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Enfermería Pediátrica, donde funge como Directora de Tesis la D.C.E Valentina Rivas Acuña.

Atentamente

  
**Dra. Miriam Carolina Martínez López**  
Directora



C.c.p.- DCE. Valentina Rivas Acuña.- Directora de Tesis  
C.c.p.- D.C.E. María Asunción Vicente Ruiz.- sinodal  
C.c.p.- M.C.E. Amelia Hernández De la Cruz.- Sinodal  
C.c.p.- M.C.E. Celia del Carmen Solís Gomez.- Sinodal  
C.c.p.- M.C.E. MARÍA Eugenia Sánchez Gómez.- sinodal  
C.c.p.- M.T.E. Elizabeth Ramos Sanchez.- Sinodal

C.c.p.- Archivo  
DC/MCML/MO/MACA/lkrd\*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



### ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de **Villahermosa Tabasco**, siendo las **12:30** horas del día **12** del mes de **junio** de **2019** se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la **División Académica de Ciencias de la Salud** para examinar la tesis de grado titulada:

**"Estrategias de afrontamiento y nivel de resiliencia en padres e hijos con cáncer"**

Presentada por el alumno (a):

Pérez	Domínguez	Mariela
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
Con Matricula		

1	5	2	E	1	7	0	0	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

**Especialidad en Enfermería Pediátrica**

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

#### COMITÉ SINODAL

D.C.E. Valentina Rivas Acuña  
Directora de Tesis

D.C.E. María Asunción Vicente Ruiz

M.C.E. Amelia Hernández De la Cruz

M.C.E. Celia del Carmen Solís Gómez

M.C.E. María Eugenia Sánchez Gómez

M.T.E. Elizabeth Ramos Sánchez

C.e.p.- Archivo  
DC'MCML/MO'MACA/lkrd\*

Miembro CUMEX desde 2008  
Consortio de  
Universidades  
Mexicanas

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,  
Col. Tamulté de las Barrancas,  
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel. (999) 951500 Fax. 999111 e-mail: rectoria@dece@uajtat.mx



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



**División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud**

**Jefatura del  
Área de  
Estudios  
de Posgrado**

## Carta de cesión de derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 30 del mes de enero del año 2019, el que suscribe, Mariela Pérez Domínguez, alumna del programa de la Especialidad en enfermería Pediátrica, con número de matrícula 152E17005 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "Estrategias de afrontamiento y nivel de resiliencia en padres de hijos con cáncer" bajo la Dirección de la Dra. en C. Valentina Rivas Acuña.

Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [perezmariela3@hotmail.com](mailto:perezmariela3@hotmail.com). Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Mariela Pérez Domínguez

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE  
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE  
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

## **Dedicatorias**

Primeramente a Dios quien me da la vida, quien permite en su amor y misericordia que alcance esta meta y cada día de mi vida nunca cesarán mis ganas de decir que es gracias a él que puedo ver mis sueños cumplidos.

A mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí, gracias a mi madre por su amor incondicional y su gran ejemplo de lucha y superación; gracias a mi padre por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

A mi esposo Iván de Jesús Hernández García quien me ha brindado amor incondicional en cada uno de mis proyectos, gracias por todo el apoyo en mi formación académica, sin él no habría podido lograr este sueño.

A mi Hija Samara que a pesar de ser pequeña ha sido el impulso para querer superarme cada día y ser una persona que la haga sentirse orgullosa y poder llegar a ser un ejemplo para ella.

A Jocelyn Ríos Cerino y Laura Olivia León Domínguez porque además de ser mis mejores amigas, siempre me han brindado amor, cariño, compañía y apoyo emocional en cada meta profesional que me he propuesto.

Mariela Pérez Domínguez.

## Agradecimientos

A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, a la División Académica de Ciencias de la Salud y Coordinación de Estudios de Posgrado por brindarme la oportunidad de ser parte de esta casa de estudios y brindarme los conocimientos para ser de mí una especialista en enfermería pediátrica con competencias para ejercer.

Al Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” quien me permitió realizar el estudio dentro de sus instalaciones, especialmente al personal de la unidad de oncología por brindarme su tiempo y espacio para poder culminar este trabajo satisfactoriamente.

A la Doctora Valentina Rivas Acuña porque además de ser mi directora de tesis de especialidad me ha brindado cariño, amistad y ha dedicado tiempo para compartir su valioso conocimiento a lo largo de mi formación académica, sin duda ha sido el mayor ejemplo a seguir.

A mis sinodales por los aportes y sugerencias que han permitido mejorar el presente trabajo.

## Índice

Abreviaturas .....	I
Glosario de términos .....	II
Resumen.....	IV
Abstract.....	V
Capítulo I	
1.1 Descripción del problema .....	1
1.2 Objetivo general.....	5
1.3 Objetivos específicos.....	5
1.4 Marco de referencia .....	6
1.4.1 Cancer. ....	6
1.4.2 El papel del afrontamiento y resiliencia en padres de niños con cáncer .....	7
1.4.3 La importancia de fomentar comportamientos resilientes.....	8
1.4.4 Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer .....	8
1.4.5 Resiliencia.....	10
1.5 Artículos relacionados.....	10
1.6 Definición de términos.....	14
Capítulo II	
2 Metodología .....	16
2.1 Diseño. ....	16
2.2 Población, muestreo y muestra .....	16
2.3 Criterios.....	16
2.3.1 Criterios inclusión.....	16
2.3.2 Criterios exclusión. ....	16
2.4 Métodos e instrumento para la recolección de datos .....	17
2.5 Plan de tabulación y análisis de datos.....	20
2.6 Consideraciones éticas .....	20

Capítulo III	
3 Resultados .....	22
3.1 Datos sociodemograficos .....	22
Capítulo IV	
4.1 Discusión.....	30
4.2 Conclusiones.....	35
4.3 Recomendaciones.....	36
Referencias bibliográficas.....	38
Apéndices.....	42

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.

## Abreviaturas

**CIRC:** Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**CAE:** Cuestionario de Afrontamiento del Estrés.

**SPSS:** Statistical Package for the social Sciences.

**UJAT:** Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

**DACS:** División Académica de Ciencias de la Salud.

**CD-RISC:** Connor-Davidson Resilience Scale.

**CSI:** Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

**ADN:** Ácido Desoxirribonucleico.

**SNC:** Sistema Nervioso Central.

**REP:** Resolución de Problemas.

**AUC:** Autocrítica.

**EEM:** Expresión Emocional.

**PSD:** Pensamiento Desiderativo.

**APOS:** Apoyo Social.

**REC:** Reestructuración Cognitiva.

**EVP:** Evitación de Problemas.

**RES:** Retirada Social.

**DE:** Desviación Estándar.

**CDS:** Cedula de Datos Sociodemográficos.

**AAC:** Asociación Americana del Cáncer.

## Glosario de términos

**Disnea:** Es la dificultad respiratoria o falta de aire. Es una sensación subjetiva y por lo tanto de difícil definición. La dificultad respiratoria es una afección que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire.

**Anorexia:** Es un trastorno alimenticio caracterizado por la distorsión de la imagen corporal, acompañado de un adelgazamiento extremo, que lleva al individuo a poseer un fuerte miedo en adquirir peso.

**Quimioterapia:** Es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Actúa evitando que las células cancerosas crezcan y se dividan en más células.

**Morbilidad:** La cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado.

**Morbimortalidad:** Es la muerte causada por enfermedades.

**Incidencia:** Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico.

**Hematopoyesis:** Proceso por el cual se forman nuevas células sanguíneas.

**Aversivas:** Es un estímulo que tiene la propiedad de ser desagradable para quien lo recibe.

**Psicosociales:** El concepto de factores psicosociales hace referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación.

**Cohesión familiar:** se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, la cohesión familiar evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella.

**Evasión:** Salida o recurso con que una persona elude afrontarse a una dificultad, un compromiso o un peligro.

**Carcinos:** Elemento prefijal de origen griego que entra en la formación de nombres y adjetivos con el significado de 'cáncer', 'tumor'.

**Neoplasia:** Es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede y está descoordinado con el de los tejidos normales, y que persiste en su anormalidad después de que haya cesado el estímulo que provocó el cambio.

**Pericia:** Es la habilidad, sabiduría y experiencia en una determinada materia.

**Radioterapia:** Tratamiento médico de algunas enfermedades que consiste en la utilización y la aplicación de todo tipo de rayos, especialmente los rayos X.

**Inmunoterapia:** Inmunización pasiva de un individuo mediante la administración de anticuerpos específicos, generalmente contenidos en un suero, que se realiza con fines curativos o preventivos.

**Innato:** [cualidad, capacidad] Que no es aprendido y pertenece a la naturaleza de un ser desde su origen o nacimiento.

**Psicopatología:** Estudio de las enfermedades o trastornos mentales, así como de su naturaleza y sus causas.

## Resumen

**Autor:** L.E. Mariela Pérez Domínguez

**Institución:** Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; División Académica de Ciencias de la Salud

**Título del estudio:** Estrategias de afrontamiento y nivel de resiliencia en padres de hijos con cáncer.

**Introducción:** Los padres tienen que atravesar una crisis extrema frente al diagnóstico de cáncer en algún miembro. Las estrategias de afrontamiento y comportamientos resilientes pueden fortalecer y mantener recursos de la familia para garantizar un manejo adecuado de su dinámica. **Objetivo general:** Evaluar estrategias de afrontamiento y nivel de resiliencia de padres de hijos con cáncer del Hospital del Niño de Tabasco. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo y corte transversal. **Resultados:** La muestra fueron 62 padres entre 17 y 62 años, la edad de sus hijos entre 1 y 13 años de edad, 82.3 % fueron madres y 17.7 % padres, tiempo de evolución de enfermedad predominante fue 2 años, y predominó la leucemia linfoblástica. Las estrategias de afrontamiento se calificaron de acuerdo a frecuencia de uso; 39 padres utilizan más estrategias y 5 menos estrategias; el nivel de resiliencia: 41 padres mostró niveles altos, 14 moderada y 7 baja resiliencia.

**Discusión:** Más de la mitad de padres usan muchas estrategias y una pequeña minoría usa pocas, las estrategias utilizadas: resolución de problemas, apoyo social y reestructuración cognitiva; y la mayoría de la muestra tiene niveles altos de resiliencia a pesar del problema de salud de sus hijos. **Conclusión:** La capacidad de afrontamiento es alta y la mayoría de padres tienen un alto nivel de resiliencia.

## Abstract

**Author:** L.E. Mariela Pérez Domínguez

**Institution:** Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; Academic Division of Health Sciences

**Title of the study:** Coping strategies and resilience level in parents of children with cancer.

**Introduction:** Parents have to go through an extreme crisis in front of the diagnosis of cancer in a member. Coping strategies and resilient behaviors can strengthen and maintain family resources to ensure proper management of their dynamics. **Course objective:** To evaluate coping strategies and resilience level of parents of children with cancer at the Hospital del Niño de Tabasco. **Methodology:** Quantitative, descriptive, prospective and cross-sectional study. **Results:** The sample consisted of 62 parents between 17 and 62 years of age, the age of their children between 1 and 13 years of age, 82.3% were mothers and 17.7% were fathers, the predominant disease evolution time was 2 years, and lymphoblastic leukemia predominated. Coping strategies were graded according to frequency of use; 39 parents use many strategies and 5 few strategies; the level of resilience: 41 parents showed high levels, 14 moderate and 7 low resilience. **Discussion:** More than half of parents use many strategies and a small minority uses few, the strategies used: problem solving, social support and cognitive restructuring; and most of the sample has high levels of resilience despite the health problems of their children. **Conclusion:** Coping capacity is high and most parents have a high level of resilience.

## Capítulo I

### 1.1 Descripción del problema.

El cáncer es una enfermedad rara en niños y adolescentes; sin embargo, en los últimos años, se viene presentando en un aumento considerable, hasta llegar a ser hoy día una de las primeras causas de mortalidad infantil en el mundo (Verdecia, 2016). En la infancia y adolescencia se considera que el cáncer es una enfermedad poco frecuente en comparación con los adultos; sin embargo, constituye una de las principales causas de morbimortalidad entre la población que aún no tiene 20 años de edad. El cáncer infantil ha aumentado en incidencia, específicamente un 13 por ciento en las últimas dos décadas, entre los años 2001 y 2010 a nivel mundial, el número de nuevos casos anuales de cáncer fue de 140 por cada millón de niños menores de 14 años, así lo revela un estudio del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIRC), agencia especializada en esta enfermedad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Alfaro y Murga, 2016). En México la causa de morbilidad en niños (75 de cada 100 mil) y niñas (72 de cada 100 mil) por tumores malignos es por cáncer hematopoyético, dentro de este tipo de cáncer se encuentra las leucemias (Díaz, et al. 2018). Ante este panorama muchas familias, específicamente los padres, tienen que atravesar una situación de crisis extrema frente al diagnóstico de cáncer infantil en uno de sus miembros, constituyéndose en una experiencia inesperada, dolorosa, desconcertante y desestabilizadora que pueda vivir una familia, considerada en general como un evento vital estresante, que no solo afecta al niño que lo padece sino también a padres y hermanos (Alfaro y Murga, 2016). Por ello, el contexto familiar se convierte en una pieza fundamental cuando se diagnostica un cáncer en la infancia. Al ser un sistema que espontáneamente se hace cargo de la atención al paciente, desarrolla un vínculo de cuidado y ayuda mutua, funciona como un agente de salud y se convierte en parte integral del largo proceso de la enfermedad; por lo que la actitud de

afrentamiento y resiliencia que asuma ejercerá gran influencia en los resultados del tratamiento. En los momentos actuales, el cáncer se concibe como una enfermedad de familia, que afecta no solo a quien lo padece, sino a todos los miembros a través de las complejas interrelaciones que se establecen y del fuerte vínculo afectivo existente, en tanto crean un espacio psicológico común entre sí. Generalmente, esta enfermedad implica transformaciones y dificultades en la organización familiar, en la comunicación, en la resolución de problemas y en los procesos de afrontamiento y adaptabilidad a los cambios. La forma de afrontarlo requiere de la puesta en marcha de una serie de acciones y estrategias centradas en buscar una respuesta a todas las exigencias y requerimientos psicosociales de la enfermedad. Este proceso de ajuste supone realizar cambios y modificaciones importantes en la estructura, dinámica y funcionamiento familiar, lo cual resulta un constante desafío, que puede conllevar a situaciones complejas de equilibrio, adaptación y comprensión de las necesidades de cada miembro familiar o a un desequilibrio total, donde se arriesga tanto la salud del paciente como la estabilidad emocional y funcionalidad de la familia (Matos y Mercerón, 2017). Cuando aparece una enfermedad aguda, crónica o terminal en algún miembro familiar los padres especialmente suelen poner en marcha estrategias de afrontamiento, dado que puede representar un serio problema tanto para el funcionamiento y la composición familiar (Peña, 2012). De forma más específica se señalan diversos aspectos que ejercen una influencia directa en la desestructuración familiar cuando sobreviene el impacto de una enfermedad infantil. Estos serían, entre otros aspectos, la cohesión familiar; la dinámica familiar; el núcleo estructural familia-trabajo; los cambios normativos en el “encuentro familiar”; el aislamiento social; los cambios en las expectativas; la transformación de la economía familiar; la comunicación social de la familia; las habilidades para afrontar, resolver y renegociar los problemas; la necesidad de optimizar el funcionamiento familiar o la adaptación a la nueva situación, una vez superada la crisis. Por ello, los padres que tienen un hijo diagnosticado con cáncer, tienen que enfrentarse a múltiples situaciones de tensión y estrés, por

consiguiente, tienen que disponer de recursos para enfrentarse a ellas, y desarrollar diferentes estrategias de afrontamiento. Existen estrategias activas que pueden ser dirigidas al problema (el sujeto se enfrenta al problema regulando su comportamiento para disminuir las consecuencias aversivas que éste le produce), o dirigidas a la emoción (el sujeto se enfrenta al problema regulando sus emociones, de modo que las consecuencias aversivas de la situación problemática no le afecten emocionalmente). Las estrategias activas son adaptativas y favorecen: la regulación emocional, la resolución de problemas, la autoestima, la integración social, el conocimiento, la construcción de sentido y desarrollo persona, son un indicador del grado de resiliencia que tendrá la familia ante la enfermedad. Cada una de las anteriores hace referencia a los esfuerzos para enfrentarse al suceso conflictivo. Los factores que favorecen la resiliencia en las familias son: la rápida movilización, reorganización de la familia, el apoyo del equipo de cuidados sanitarios, de la familia extensa, comunidad y los cambios de valores de la familia. Las estrategias pasivas o evitativas no son tan adaptativas y son un indicador del grado de vulnerabilidad de la familia. Suelen ser menos exitosas y hacen referencia a la ausencia de enfrentamiento o a las conductas de evasión y de negación (Espada y Grau, 2012). Las familias, con sus estrategias de afrontamiento, regulan su funcionamiento especialmente a crisis situacionales. En este sentido, las estrategias de afrontamiento familiar pueden potencialmente fortalecer y mantener los recursos de la familia con el fin de protegerla de las demandas de las situaciones estresantes y garantizar un manejo adecuado de su dinámica, manifestado en la comunicación, los vínculos, la promoción de una autoestima positiva en sus miembros (Macias, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013). De ahí la importancia de conocer cómo la familia enfrenta esta realidad y comprender cuáles son los mecanismos adaptativos y de afrontamiento acordes con un funcionamiento familiar adecuado, desde una mirada más positiva y menos centrada en el malestar, sin dejar de reconocer la adversidad de la situación y sus implicaciones. Es por ello que se resalta el enfoque de resiliencia como una alternativa para hacer frente a las demandas y dificultades

que presentan los familiares de niños y adolescentes con cáncer, en función de favorecer el afrontamiento y la adaptación activa ante las situaciones de crisis, lo que implica modificar el modelo en el que tradicionalmente se ha basado el estudio de la disfunción, el trauma y la enfermedad. Se pasa así a un modelo centrado en las potencialidades y los recursos que tienen las familias, como unidad funcional, en sí mismas y en su entorno, para ser capaces de afrontar la adversidad y salir fortalecido de la experiencia (Matos y Mercerón, 2017). Actualmente diversos estudios se han orientado hacia la identificación de aquellas estrategias que promueven los recursos del paciente en tales condiciones y que pueden llegar a favorecer su estado de salud como el afrontamiento y resiliencia de los padres al padecimiento. Dado que los estilos de afrontamiento y resiliencia son considerados variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación, los resultados de estas investigaciones pueden tener importantes implicaciones para el diseño e implementación de intervenciones interdisciplinarias. Debido a que tanto la capacidad del afrontamiento y resiliencia de los padres de hijos con cáncer son amortiguadores que permitirán la vivencia de la enfermedad oncológica e incluso la muerte como oportunidades de generar procesos reflexivos y de aprendizaje personales y familiares si estos son adecuados, sin embargo la contraparte nos dicta un camino incierto afectando las relaciones de confianza, el cultivo de emociones positivas y creencia en un mundo justo lo cual afecta directa o indirectamente todo el proceso de la enfermedad en el hijo y su familia es ahí donde el rol del profesional de enfermería que cuida bajo el enfoque transformador del cuidado debe abarcar en el cuidado directo del niño que padece cáncer, considerando su entorno interno y externo, dentro de este último esta la familia más cercana y dentro de ella los padres que representan un sistema vital de apoyo y protección frente a las experiencias percibidas y experimentadas no solo del hijo que padece cáncer sino también a sus padres, haciéndoselas más tolerables, ya que si no se afronta adecuadamente y se logran mayores comportamientos resilientes esta crisis se incrementaría el estrés y ansiedad en el niño y su familia, lo cual complicaría el proceso de la enfermedad, es por ello que debemos analizar

y descubrir las estrategias de afrontamiento y la resiliencia en personas y sus familias que padecen enfermedades crónicas (Dávila y Díaz, 2018). En base en lo anteriormente expuesto, el presente estudio pretende identificar las estrategias de afrontamiento y el nivel de resiliencia de padres de hijos con cáncer que acudieron al servicio de oncología del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” en los meses de agosto y septiembre del 2016.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento y el nivel de resiliencia de padres de hijos con cáncer del servicio de oncología del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” del estado de Tabasco?

## **1.2 Objetivo general.**

Evaluar las estrategias de afrontamiento y el nivel de resiliencia de padres de hijos con cáncer del servicio de oncología del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” del estado de Tabasco.

## **1.3 Objetivos específicos.**

- Describir el perfil sociodemográfico de los participantes del estudio.
- Describir los datos clínicos del paciente pediátrico.
- Valorar la capacidad de afrontamiento y el nivel de resiliencia de los padres respecto al problema de salud de sus hijos.
- Describir las estrategias de afrontamiento dominantes y los comportamientos resilientes por dimensión.
- Determinar la relación entre la resiliencia y el afrontamiento de los padres con los años de evolución de la enfermedad y el tiempo de diagnóstico.

## **1.4 Marco de referencia.**

### **1.4.1 Cáncer.**

La enfermedad del cáncer fue conocida desde la antigüedad (1600 a.C.) el término “cáncer” proviene de carcinos que significa cangrejo, que Hipócrates utilizó para designar aquellas neoplasias (cáncer de mama) que, tenía una denotación clara de prolongaciones o patas, así como un cangrejo que hace presa en los tejidos que invaden (Alfaro y Murga, 2016).

**Cómo aparece el cáncer.** El cáncer es una enfermedad genética, es decir, es causado por cambios en los genes que controlan la forma como funcionan nuestras células, especialmente la forma como crecen y se dividen. Los cambios genéticos que causan cáncer pueden heredarse de los padres. Pueden suceder también en la vida de una persona como resultado de errores que ocurren al dividirse las células o por el daño del ADN causado por algunas exposiciones del ambiente. Las exposiciones ambientales que causan cáncer son las sustancias, como los compuestos químicos en el humo de tabaco y la radiación, como los rayos ultravioleta del sol. El cáncer de cada persona tiene una combinación única de cambios genéticos. Conforme sigue creciendo el cáncer, ocurrirán cambios adicionales. Aun dentro de cada tumor, células diferentes pueden tener cambios genéticos diferentes (Instituto Nacional del Cáncer [INC], 2018).

**Tipos de Cáncer en niños.** Aunque los índices de mortalidad por cáncer en este grupo han bajado en casi 57 % en las últimas cuatro décadas, el cáncer sigue siendo la causa principal de muerte en niños. Los tipos más comunes de cáncer que se diagnostican en niños de 0 a 14 años de edad son las leucemias, cáncer de encéfalo y otros tumores del sistema nervioso central (SNC), y linfomas (INC, 2018).

**Tratamiento del cáncer en niños.** Los cánceres en niños no siempre se tratan como los cánceres en adultos. La oncología pediátrica es una especialidad médica que se

concentra en la atención de niños con cáncer. Es importante saber que esta pericia existe y que hay tratamientos efectivos para muchos cánceres en niños (INC, 2018).

**Tipos de tratamiento.** Hay muchos tipos de tratamiento para el cáncer. Los tipos de tratamiento que recibe un niño con cáncer dependerán del tipo de cáncer y de lo avanzado que esté. Los tratamientos comunes son: cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y trasplante de células madre (INC, 2018).

#### **1.4.2 El papel del afrontamiento y resiliencia en padres de niños con cáncer**

El impacto y el proceso de adaptación familiar al cáncer infantil, no es homogéneo, uniforme o lineal. Tampoco se produce en un período de tiempo concreto o preestablecido, ni tampoco sigue un patrón común en todas las familias afectadas. En general, las familias de niños con cáncer deben hacer frente a muchos problemas como la sensación de impotencia, el sentir que sus vidas están gobernadas por la enfermedad, los cambios en la dinámica familiar, los cambios significativos en la autoestima de los padres, la ausencia de capacidad para convivir eficazmente con la enfermedad, el negociar con las reacciones de los demás, etc., es por ello que se considera que el afrontamiento y resiliencia son aspectos fundamentales para las personas diagnosticadas con cáncer y sus familias, esto permite afrontar de una manera más adecuada la enfermedad, el dolor y el contexto que rodea a la persona y su familia durante el proceso del diagnóstico y tratamiento, de manera que estos dos conceptos se convierten en un eje central del cuidado. La resiliencia como capacidad para superar las adversidades e incluso aprender y salir “fortalecido” de ellas se ha convertido, en la última década, en el centro de múltiples estudios a lo largo del ciclo vital en diferentes culturas, sobre todo por las implicaciones que tiene para la prevención y la promoción del desarrollo humano (Dávila y Díaz, 2018).

### **1.4.3 La importancia de fomentar comportamientos resilientes en la familia de pacientes oncológicos**

Hay que tener en cuenta que la resiliencia, como la mayoría de las facultades humanas, no es un don totalmente innato, ni totalmente adquirido. Es importante identificar cuáles son los factores que promueven esa protección, con el objetivo de fomentarlos en las personas, para obtener así a un ser resiliente. Existen factores internos protectores o moduladores de resiliencia y factores externos. Entre los factores internos o características individuales se encuentran la autoestima, el optimismo, la responsabilidad, la inteligencia emocional, la autonomía, la fe, la competencia cognitiva, la confianza en sí mismo, entre otros. La enfermedad oncológica es una afección crónica inter y multi-sistémica que fragiliza al ser humano, a sus vínculos, predispone a la psicopatología individual y al estrés del cuidador. La resiliencia es una característica de la salud mental, de la sobrevivencia y de la rehabilitación en oncología. La resiliencia en familias con cáncer se asocia con factores individuales, de grupo, y de múltiples apoyos asistenciales, sociales, financieros, escolares o laborales. La familia tiene un rol de importancia en la evolución de la enfermedad como contenedora y facilitadora de mejorías (González, Fonseca, González y López, 2017).

### **1.4.4 Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer.**

El término “afrontamiento” es un concepto común e indica la manera o la forma de aceptar y/o resolver aquellas situaciones difíciles que pueden alterar o preocupar el bienestar biopsicosocial de las personas (Peña y Nieto, 2012). El interés sobre el afrontamiento es la forma en como las personas responda adecuadamente a situaciones difíciles, de manera que estas dificultades no desencadenen ninguna alteración psicológica o fisiológica. El afrontamiento es una forma de adaptación a aquellas situaciones difíciles. Se refiere a tomar estrategias para lidiar con aquellas amenazas y encontrar el equilibrio, estabilidad emocional y social (Lazarus y Folkman, 1984).

Según (Peña y Nieto, 2012) denomina al afrontamiento como un proceso que pone en marcha frente a la situación en crisis en este caso a la enfermedad, empleando diferentes tipos de estrategias y mecanismos psicológicos para eliminarlo, dominarlo o reducirlo a través de recursos personales, sociales o afectivas. El concepto de estrategias de afrontamiento ha sido trabajado en el campo de la salud mental y la psicopatología, alude a un conjunto de acciones que se realizan para solucionar o satisfacer aquellas demandas específicas, principalmente relacionado con las emociones, la resolución de problemas y el estrés. Según (Cano, Rodríguez, y García, 2007) describe otros tipos de estrategias de afrontamiento:

- Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
- Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
- Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.
- Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en la situación.
- Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento.
- Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional de aquella situación.
- Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpción y la autocrítica por la ocurrencia de la situación o su inadecuado manejo.

### **1.4.5 Resiliencia.**

La resiliencia es un constructo dinámico y multidimensional que hace referencia a la capacidad que tienen los sistemas personales de afrontar o recuperarse con éxito de las situaciones adversas; se asocia a crecimiento positivo y a superación de los desafíos. La persona con patrón resiliente es aquella que ha activado respuestas de adaptación positiva frente a la tragedia, el trauma y la adversidad y progresa significativamente frente a los estresores durante el curso de la vida (Connor & Davidson, 2003).

### **1.5 Artículos relacionados.**

Fuenmayor, Chacín, y Chacín, Josymar (2011) realizaron un estudio sobre Estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer en Maracaibo Venezuela, el objetivo del estudio fue determinar las estrategias de afrontamiento empleadas por los padres de niños y adolescentes con cáncer, el tipo y nivel de investigación fue descriptivo de campo; la población estuvo compuesta por padres que asisten al Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, seleccionándose una muestra no probabilística de 118 sujetos de niños con diagnóstico reciente, en tratamiento y fuera de tratamiento. Los datos fueron obtenidos por medio del cuestionario de estimación del afrontamiento. Los resultados fueron analizados con estadísticas descriptivas inferenciales. Se determinó que la estrategia comúnmente empleada por los padres de niños y adolescentes con cáncer fue la centrada en el problema, así como las dimensiones afrontamiento religioso y la reinterpretación positiva. Dentro de sus conclusiones fueron que se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, con un estadístico igual a 0,033 ( $P < 0,05$ ) en la dimensión retraimiento, la cual fue menor en el grupo de padres de los hijos que se encuentran fuera de tratamiento, y 0,00 ( $P < 0,05$ ) en la dimensión de aceptación, la cual se encuentra predominante en el grupo de tratamiento y fuera de tratamiento y negación 0,00 ( $P < 0,05$ ) se encontró exacerbada en el grupo de padres de niños y adolescentes con diagnóstico reciente.

González, Nieto y Valdez (2011) realizaron un estudio sobre la Resiliencia en madres e hijos con cáncer en la Ciudad de Toluca Estado de México cuyo objetivo fue identificar las características de resiliencia entre madres y sus respectivos hijos estos últimos que tienen diagnóstico de cáncer, así como conocer el grado de relación entre ambos. El estudio tuvo un muestreo no probabilístico de tipo intencional, la muestra estuvo formada por un total de 60 participantes, de los cuales 30 son niños de ambos sexos, que actualmente están siendo sometidos a tratamiento en un Hospital público Infantil en la Ciudad de Toluca Estado de México; entre 8 y 17 años de edad ( $X=13,13$ ;  $DS= 2,78$ ). Los resultados de este trabajo sugieren que el nivel de resiliencia de los niños es alto, en los factores protectores internos, externos y empatía, lo cual apunta a considerar que el hecho de padecer una enfermedad como lo es el cáncer, están mostrando estas características favorables y que posiblemente les permiten y puede ayudar a dotar de sentido a esta experiencia así como dominar los desafíos que les impone la enfermedad. Asimismo, los resultados indican un nivel de resiliencia de moderada a alta en el caso de las madres, lo cual, es un resultado alentador en el sentido de que en la medida que la madre posea mayor seguridad, autoestima, filiación, altruismo y considere a la familia como un apoyo en una situación como la de tener un hijo enfermo, pueden ser factores que ayuden a verse a sí mismas y a la relación con su hijo como algo más que el producto de la enfermedad.

Moral y Martínez (2009) ejecutaron un estudio sobre la reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo sus objetivos fueron observar cuáles son las estrategias de afrontamiento dominantes en la muestra, estudiar las diferencias entre la madre y el padre ante el diagnóstico de cáncer del hijo en cuanto al estrés percibido y las estrategias de afrontamiento; determinar la asociación de las estrategias de afrontamiento con el estrés percibido por los padres, y determinar la asociación de estrés con la edad, el género del menor y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Este fue un estudio correlacional con diseño no experimental transversal. Se empleó una muestra no probabilística de tipo incidental de 15 parejas. La población eran padres de hijos menores de edad recientemente

diagnosticados con cáncer. La media de edad de las madres fue 34 años y la de los padres de 37. El rango de edad de los padres varió de 23 a 49 años. La media de edad de los hijos fue de 6.5 años, con un rango de 2 a 14 años. La mayoría de los participantes eran de escasos recursos y baja escolaridad. Los casos fueron tomados de la Alianza Anticáncer Infantil de la ciudad de Monterrey (México). Los instrumentos que utilizaron fueron: el estrés se midió por la Escala Estrés Percibido (PSS) de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), empleando la adaptación a la población mexicana de González y Landero (2007), y el afrontamiento por el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Sandin y Chorot (2003). Además, se aplicó una pequeña cédula de entrevista para registrar los datos de edad y tiempo transcurrido desde el diagnóstico. La Escala Estrés Percibido evalúa el grado en que los participantes valoran las situaciones del último mes como impredecibles y fuera de control. En sus resultados obtuvieron en cuanto a la prevalencia de casos de estrés cuatro de las quince madres (27%) y once de los padres (73%) mostraron niveles altos de estrés, las estrategias de afrontamiento se obtuvieron que las mujeres usaron con una alta frecuencia la focalización en la solución del problema, la religión y la reevaluación positiva; los hombres, sólo la primera de ellas. Todas las demás estrategias quedaron en un intervalo intermedio. Más próxima al límite alto se halló la búsqueda de apoyo social en las madres, y más próxima al límite bajo la expresión emocional abierta de agresividad en los hombres. En la muestra conjunta de madres y padres, las medias de la focalización en la solución del problema y la religión fueron las únicas que quedaron por encima de 18, es decir, en el intervalo de alta frecuencia. Las puntuaciones en las siete escalas de estrategias de afrontamiento de madres y padres no correlacionan entre en sí, es decir, son independientes. No obstante, sí hay diferencias significativas de medias en cuatro escalas. Las madres acuden con más frecuencia que los padres a la focalización en la solución del problema, religión, reevaluación positiva de la situación y búsqueda de apoyo. En las tres restantes modalidades de afrontamiento (evitación, expresión emocional abierta de agresividad y focalización negativa en sí mismo) hay equivalencia estadística de medias

entre madres y padres. Concluyen que aunque el nivel de estrés percibido es equivalente estadísticamente entre ambos cónyuges, la tendencia a un mayor nivel de estrés en el hombre es clara. Por el tipo de afrontamiento predominante ante la enfermedad del hijo se puede explicar el hecho de que los hombres (evitación) muestren más estrés que las mujeres. No obstante, también podrían intervenir otros estresores no considerados, como la carga económica de la enfermedad, ya que el hombre, de acuerdo su rol social tradicional de sostén económico de la familia, debe hacerse responsable de ella. El nivel de estrés es alto en la muestra, pudiendo la mitad requerir apoyo psicológico, incluso más los hombres que las mujeres, siendo constante este nivel en el primer mes y medio a partir del diagnóstico.

De la Huerta, Corona y Méndez (2006) realizaron un estudio sobre la evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer en México, su objetivo fue identificar y evaluar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores ante el diagnóstico de cáncer en sus hijos. Se evaluó el afrontamiento de 50 cuidadores primarios (hombres y mujeres) de niños diagnosticados con cáncer entre las edades de un mes y 15 años, que se encontraran en el Servicio de Hemato-Oncología del Instituto Nacional de Pediatría, se utilizó un muestreo no probabilístico, un tipo de estudio descriptivo con un diseño exploratorio, retrospectivo y transversal. Se les pidió a los cuidadores que contestaran el instrumento de Salud y Vida Cotidiana HDL forma B, traducido y validado por Ayala y Aduna en 1989 en México. El instrumento consta de siete escalas incluida la de afrontamiento. Se utilizó un análisis descriptivo e inferencial a través del paquete estadístico SPSS 10, prueba t de Student, análisis de varianza y correlación, producto momento de Pearson. Se trató de un diseño exploratorio, transversal y retrospectivo Resultados: La muestra estuvo conformada por 50 cuidadores primarios, que en su mayoría fueron del sexo femenino (40 cuidadores) y sólo 20% fue del sexo masculino (10 cuidadores). Tuvo un intervalo de edad de 18 a 53 años, con una media de 30 años ( $\pm 3$  años). Dentro de sus resultados encontraron, 60% de la muestra de cuidadores sólo cuenta

con estudios de primaria. El estilo de afrontamiento principalmente utilizado en nuestra muestra es el cognitivo-activo con (61%), seguido del conductual-activo, posteriormente un grupo que iguala la utilización de ambos estilos el cognitivo y el conductual activo y con el menor porcentaje el estilo de afrontamiento de evitación. Estrategias de afrontamiento dentro de las estrategias de afrontamiento, las más utilizadas por los cuidadores fueron la búsqueda de información, seguida por la resolución de problemas, posteriormente la regulación afectiva y el análisis lógico, siendo la estrategia de descarga emocional la menos utilizada por los cuidadores de niños con cáncer.

## 1.6 Definición de términos.

**Datos personales:** Se denomina así a las variables que caracterizan a la muestra (edad, género, seguridad social, religión, años de evolución con la enfermedad, antecedente familiar de asma, control de la enfermedad) recolectadas por medio de una cedula de datos personales.

**Edad del cuidador principal:** Los años de edad del cuidador principal que integra la muestra.

**Edad del paciente:** Los años de edad del paciente que integra la muestra

**Seguridad social:** Institución prestadora de servicios de salud a la muestra (Ninguna, seguro popular, IMSS, ISSTE, ISSET y PEMEX).

**Religión:** Hace referencia al conjunto de creencias o ceremonias de oración que las personas llevan a cabo o profesan (Ninguna, católica, pentecostés, presbiteriana, adventista, testigos de Jehová, cristiana u otra).

**Estado civil:** Es la situación de los padres determinada por sus relaciones en la familia proveniente del tipo de unión que existe entre los padres (Soltera (o), casados, unión libre, divorciados, viudo (a)). Esta variable fue recolectada por medio de la cedula de datos personales.

**Género:** Es la denominación de las especificaciones sexuales (Femenino y masculino).

**Tiempo de evolución:** Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento de una enfermedad.

**Motivo de la consulta:** Razón por la cual acude el hijo del participante al hospital.

**Resiliencia:** La resiliencia es un constructo dinámico y multidimensional que hace referencia a la capacidad que tienen los sistemas personales de afrontar o recuperarse con éxito de las situaciones adversas; se asocia a crecimiento positivo y a superación de los desafíos (Connor & Davidson, 2003).

**Estrategias de afrontamiento:** conjunto de acciones que se realizan para solucionar o satisfacer aquellas demandas específicas, principalmente relacionado con las emociones, la resolución de problemas y el estrés (Peña y Nieto, 2012).

## Capítulo II

### Metodología

#### 2.1 Diseño de Investigación.

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal (Polit y Hungler, 2003, p. 171). Por medio de esta investigación se determinaron las estrategias de afrontamiento y el nivel de resiliencia de padres de hijos con cáncer del servicio de oncología del Hospital del niño del estado de Tabasco.

#### 2.2 Población, muestreo y muestra.

La población en estudio estuvo conformada por padres con hijos diagnosticados con cáncer del servicio de Oncología del Hospital de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” del estado de Tabasco. El muestreo fue de tipo no probabilístico. La muestra a conveniencia estuvo conformada por 62 sujetos a quienes se logró entrevistar en el periodo de la colecta de datos.

#### 2.3 Criterios.

##### 2.3.1 Inclusión.

Padres o familiares de hijos/familiar diagnosticado con cáncer del servicio de Oncología del Hospital de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” del estado de Tabasco que accedieron a participar en el estudio y que acudieron en la fecha y hora programadas en la aplicación de los instrumentos elegidos con anterioridad.

##### 2.3.2 Exclusión.

Padres de pacientes que se encontraron en etapa terminal debido a que estos pacientes que padecen enfermedades en fase avanzada presentan diversos síntomas, entre los que prevalece el dolor, disnea, anorexia, vómito, sangrados y alteraciones en la orina y la deposición causan sufrimiento al paciente, quien ya se encuentra al límite de su

tolerancia debido a su grave enfermedad. Este sufrimiento se extiende también a los cuidadores, quienes deben hacer un gran esfuerzo físico y emocional para manejar los pacientes debido a que se vio afectado su estado de ánimo y disponibilidad para participar en el estudio.

## **2.4 Métodos e instrumento para la recolección de datos**

Se calendarizó un día específico para realizar una visita al Hospital del Niño para el primer contacto con los directivos correspondientes para informar y solicitar los permisos pertinentes llevar a cabo la recolecta de datos identificándome como estudiante de la especialidad en Enfermería Pediátrica de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT) pertenecientes a la División de Ciencias de la Salud (DACS), siguiendo con una breve explicación de la investigación y de su objetivo de igual forma la recolección de datos, se entregará un oficio extendido por las autoridades que nos rigen pidiendo el apoyo y permiso para realizar dicho trabajo de investigación en el cual lleva datos importantes que avalan el trabajo.

Una vez autorizada la participación en dicha institución por parte de los directivos correspondientes se realizó la recolecta de datos en la fecha y hora estipulada por las institución a los sujetos que accedan a participar y cuenten con los criterios de inclusión del estudio, a los cuales se les explicó el proceso y propósito del estudio de forma detallada, se describieron los instrumentos y se aclararon las dudas que se presente de forma oportuna, de igual forma se dio a conocer el consentimiento informado el cual firmaron para cumplir con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

La ficha de datos sociodemográficos y los instrumentos seleccionados para medir las variables se respondieron con lápiz y papel. La ficha de datos sociodemográficos que se elaboró cuenta con opciones de respuesta libre, dicotómicas en las cual se solicitó datos

como edad, sexo, año en el que su hijo/familiar fue diagnosticado, escolaridad, ocupación, entre otros datos que se consideraron importantes para el estudio.

Para medir la resiliencia de los participantes se usó el instrumento Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) la escala consta de 25 ítems estructurados en una escala sumativa tipo Likert que se responden en una escala desde 0= “en absoluto” hasta 4= “siempre”. El constructo se compone de cinco dimensiones (Connor & Davidson, 2003): persistencia-tenacidad-autoeficacia (ítems: 10, 12, 16, 17, 23, 25); control bajo presión (6, 7, 14, 15, 18, 19, 20); adaptabilidad y redes de apoyo (1, 2, 4, 5, 8); control y propósito (13, 21, 22) y espiritualidad (3, 9). Las puntuaciones de cada ítem se suman y se interpreta que, a mayor puntuación en cada dimensión, más indicadores de resiliencia muestra el individuo. Teniendo como rango de puntuación de 0-100 puntos. Los resultados de las puntuaciones obtenidas se categorizaron de la siguiente manera: de 80-99= Alta resiliencia, de 60-79= Regular resiliencia y de 59-8 Baja resiliencia. La versión utilizada es una adaptación que posee buenas propiedades, con un alfa de Cronbach de 0.90 lo que confirma la confiabilidad del instrumento y hasta donde conocemos no existe ningún instrumento validado en castellano que evalúe la resiliencia en la población de mayores. El CD-RISC (Connor & Davidson, 2003) es un instrumento cuyas propiedades psicométricas han sido evaluadas en jóvenes, en personas con problemas de salud y en poblaciones de ámbitos socioculturales diversos, y ha mostrado ser útil en ambientes clínicos y de investigación, además una versión corta de este instrumento ha sido validada en adultos jóvenes (Serrano et al., 2012).

Para medir las estrategias de afrontamiento que utilizan los participantes se aplicó el Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) Adaptación de Cano, Rodríguez y García, 2006 el cual cuenta con 40 ítems configurados en 8 dimensiones las cuales son: primera dimensión Resolución de problemas (REP) la conforma las preguntas 1, 9, 17, 25 y 33, segunda dimensión Autocrítica (AUC) preguntas 2, 10, 18, 26 y 34, tercera dimensión Expresión emocional (EEM) preguntas 3, 11, 19, 27 y 35, cuarta dimensión Pensamiento

desiderativo (PSD) sus preguntas son 4, 12, 20, 28 y 36, quinta dimensión Apoyo social sus preguntas son 5, 13, 21, 29 y 37, sexta dimensión Reestructuración cognitiva (REC) sus preguntas son 6, 14, 22, 30 y 38, séptima dimensión Evitación de problemas (EVP) sus preguntas son 7, 15, 23, 31 y 39, octava y última dimensión Retirada social (RES) sus preguntas son 8, 16, 24, 32 y 40; las respuestas son en escala tipo Likert (0 en absoluto, 1 un poco, 2 bastante, 3 mucho y 4 totalmente) por último cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.72 esta adaptación denominada Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) que adaptaron Cano, Rodríguez y García en el 2006 presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias. La persona comienza por describir detalladamente la situación estresante. Posteriormente, el sujeto contesta 40 ítems, según una escala tipo Likert de cinco puntos donde las respuestas son: 0= En absoluto 1=Un poco 2= Bastante 3=Mucho 4=Totalmente, con qué frecuencia hizo en la situación descrita, lo que expresa cada ítem. Al final de la escala se contesta a un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento («¿En qué grado manejó adecuadamente la situación?: nada, algo, bastante, mucho, totalmente»). Las ocho escalas primarias son, brevemente: Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante; Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante; Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Es importante mencionar que la fuente donde se obtuvo el instrumento original solo señala por dimensiones las estrategias de afrontamiento más frecuentes, en este estudio se hizo un análisis para identificar aquellas personas que afrontan mejor la enfermedad de manera que fue necesario recodificar las siguientes preguntas: 2, 4, 8, 10, 12, 15, 16, 20, 24, 26, 32, 34, 35, 36, 39 y 40 en las cuales se invirtió las respuestas para que a mayor puntuación mejor capacidad de afrontamiento. Quedando la categoría de puntuaciones de la siguiente manera: de 90- 102= Mayores estrategias de afrontamiento, de 80-89= Regulares estrategias de afrontamiento y de 41-79= Menores estrategias de afrontamiento.

## **2.5 Plan de tabulación y análisis de datos.**

El análisis y tabulación de datos se realizó a través del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 18 en español para Windows. El análisis de datos se llevó a cabo con la estadística descriptiva para la obtención de distribución de frecuencias y medidas de tendencia central, media, mediana, moda y desviación estándar, además de la prueba no paramétrica de Kolmogórov-Smirnov para determinar la normalidad de la distribución y la prueba de coeficiente de correlación de Spearman entre las variables de este estudio.

## **2.6 Consideraciones éticas**

Las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta en este trabajo de investigación fueron los siguientes artículos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Durante la recolecta de datos se respetó la dignidad de cada persona involucrada en este estudio utilizando lenguaje apropiado y cada acción realizada hacia los participantes se hizo de forma apropiada protegiendo en cada momento los derechos y bienestar de cada participante como lo marca el artículo 13.

Tal como lo marca el artículo 14 (fracción I, V, VI) por ser una investigación con seres humanos se contó con el consentimiento informado de cada participante como parte esencial además se cuenta con principios científicos y éticos que justifican este estudio por ultimo cada procedimiento fue realizado por profesionales que tenían conocimiento y experiencia protegiendo la integridad humana en cada momento.

Es importante remarcar que no existe ningún riesgo o daño para los usuarios y en cada procedimiento realizado se protegió la privacidad de cada participante como lo marca el artículo 16.

De acuerdo al tipo de investigación se consideró el artículo 17 fracción I informando al participante que esta investigación se clasifica como sin riesgo además que no se expuso en peligro la vida o la integridad humana de ningún participante que accedió a participar en este estudio ya que la dinámica consistiría en contestar cuestionarios.

Por otra parte, el consentimiento informado se considera existente ya que se dio una explicación clara y detallada de tal manera que se explicaron puntos importantes de dicho estudio como justificación, objetivos, procedimientos y confidencialidad a cada participante como lo exige el artículo 21.

Por último, se menciona que se elaboró el consentimiento informado de forma escrita, el cual fue elaborado, revisado el cual incluyo datos y firma de cada participante y se brindó un duplicado del mismo a cada participante en estudio cumpliendo así con el artículo 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

## Capítulo III

### 3. Resultados

En este capítulo se reportan los resultados obtenidos en primer lugar se presentan las características sociodemográficas y datos clínicos que describen a los participantes del estudio, los coeficientes de confiabilidad del instrumento y la estadística descriptiva de las variables principales del estudio.

#### 3.1 Datos sociodemográficos.

De la muestra estudiada de padres de hijos con diagnóstico de cáncer ( $n=62$ ), las edades comprendieron entre los 17 y 62 años con una media de 35.9 años ( $DE=11.7$ ).

El número de años de estudio del cuidador fueron entre 2 y 12 años, el número de hijos fueron entre 1 y 6 hijos, las horas que dedican a asistir en actividades religiosas fueron entre 0 y 5 horas por semana y la edad de sus hijos con diagnóstico de cáncer oscilaron entre 1 y 13 años de edad (ver tabla 1).

Tabla 1

*Características de los datos sociodemográficos del cuidador principal*

<i>Datos Sociodemográficos CDS</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar</i>	<i>Valor Máximo</i>	<i>Valor Mínimo</i>
Edad del cuidador principal	35.9	11.7	62	17
Años de estudio del cuidador Principal	7.7	2.9	12	2
Número de hijos	2.4	1.0	6	1
¿Cuántas horas dedica participar a actividades religiosas?	1.4	1.4	5	0
Edad del paciente (hijo)	8.3	2.8	13	1

*Nota:* CDS= Cédula de datos sociodemográficos,  $n = 62$

Del total de la muestra de participantes el 82.3 % fueron madres que fungían como cuidador principal y el 17.7 % fueron padres. De acuerdo a la seguridad social, predominó en un 100% de la muestra la afiliación al seguro popular, de acuerdo a la religión que profesan, el 69.4 % correspondió a la católica, el 9.7 % pentecostés y el 20.9 % a otras religiones, la ocupación que predominó fue labores del hogar con un 77.4 %, y el estado civil con un 59.7 % fue el de casados (ver tabla 2).

Tabla 2

*Características de los datos sociodemográficos del cuidador principal.*

<i>Datos Sociodemográficos</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<b>Parentesco</b>		
Madre	<b>51</b>	<b>82.3</b>
Padre	11	17.7
<b>Seguridad social</b>		
Seguro popular	62	100
<b>Religión</b>		
Católica	<b>43</b>	<b>69.4</b>
Pentecostés	6	9.7
Otras	13	20.9
<b>Ocupación</b>		
Labores del hogar	<b>48</b>	<b>77.4</b>
Obrero	7	11.3
Desempleado	6	9.7
Estudiante	1	1.6
<b>Estado civil</b>		
Casado	<b>37</b>	<b>59.7</b>
Unión libre	13	21.0
Madre soltera	7	11.3

*Nota: f= frecuencia; %= porcentaje, n = 62*

### 3.2 Datos clínicos del paciente pediátrico

En cuanto al género de los hijos de los participantes del estudio el género predominante fue el femenino con un 66.1 %, mientras que el 33.9 % al masculino. El tiempo de evolución de la enfermedad que predominó fue el de 2 años con un 32.3 % y el menor tiempo fue de 5 años con un 6.5 % del total de pacientes, el tipo de cáncer que predominó fue la leucemia linfoblástica aguda con un 50 %, la quimioterapia obtuvo el mayor porcentaje del tratamiento con un 80.6 % y el motivo de consulta por el cual acudían al hospital fue por tratamiento con un 66.1 % (ver tabla 3).

Tabla 3

*Datos clínicos del paciente pediátrico.*

<i>Datos Clínicos</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>Género</b>		
Femenino	<b>41</b>	<b>66.1</b>
Masculino	21	33.9
<b>Tiempo de evolución</b>		
2 meses	5	8.1
1 año	14	22.6
2 años	<b>20</b>	<b>32.3</b>
3 años	9	14.5
4 años	10	16.1
5 años	4	6.5
<b>Tipo de cáncer</b>		
Leucemia linfoblástica aguda	<b>31</b>	<b>50.0</b>
Tumores de Wilms	16	25.8
Leucemia mieloide aguda	9	14.5
Mieloma	5	8.1
Tumor de Hodgkin	1	1.6
<b>Tratamiento</b>		
Quimioterapia	<b>50</b>	<b>80.6</b>
Radioterapia	7	11.3
Punción Intratecal	5	8.1
<b>Motivo de la consulta</b>		
Tratamiento	<b>41</b>	<b>66.1</b>
Control	14	22.6
Recaída	7	11.3

*Nota: f= frecuencia; %= porcentaje, n = 62.*

### 3.3 Estrategias de afrontamiento y resiliencia.

Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres se calificaron de acuerdo a la frecuencia de su uso y quedó de la siguiente manera; 39 (62.9%) utiliza más estrategias de afrontamiento y sólo 5 (8.1%) utilizan menos estrategias de afrontamiento y en cuanto al nivel de resiliencia 41 (66.1%) de los padres mostró niveles altos de resiliencia respecto al problema de salud de sus hijos, 14 (22.6 %) moderada resiliencia y solo 7 (11.3 %) de la muestra presentaron baja resiliencia (ver tabla 4 y 5).

Tabla 4

*Frecuencia de estrategias de afrontamiento utilizadas por padres*

<i>Afrontamiento</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Menos estrategias de afrontamiento	5	8.1
Regulares estrategias de afrontamiento	18	29
Más estrategias de afrontamiento	<b>39</b>	<b>62.9</b>
Total	62	100

*Nota: f= frecuencia; %= porcentaje, n = 62.*

Tabla 5

*Nivel de resiliencia de padres*

<i>Resiliencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Baja resiliencia	7	11.3
Moderada resiliencia	14	22.6
Alta resiliencia	<b>41</b>	<b>66.1</b>
Total	62	100

*Nota: f= frecuencia; %= porcentaje, n = 62.*

Dentro de las 5 dimensiones que conforman el instrumento de Resiliencia encontramos que dos dimensiones con la mayor frecuencia y con el mismo puntaje son persistencia, tenacidad y autoeficacia (1ra. dimensión) y control bajo presión (2da. dimensión), por otra parte la espiritualidad (5ta. dimensión) es la dimensión con menos frecuencia (ver tabla 6).

Tabla 6

*Estadística descriptiva del cuestionario de resiliencia por dimensión*

<i>Dimensión</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar</i>	<i>Valor Máximo</i>	<i>Valor Mínimo</i>
Persistencia, Tenacidad y autoeficacia	22.9	5.2	28	2
Control bajo presión	22.7	5.3	28	4
Adaptabilidad y redes de apoyo	15.3	4.4	20	1
Control y propósito	9.5	2.5	12	1
Espiritualidad	6.2	1.9	8	0

*Nota: n = 62.*

En el instrumento de estrategias de afrontamiento las dimensiones que alcanzaron porcentajes significativos para resaltar son tres de las ocho dimensiones siendo la resolución de problemas, apoyo social y reestructuración cognitiva las dimensiones que alcanzaron los mayores porcentajes y las dimensiones con menor porcentaje son resolución de problemas y retirada social (ver tabla 7).

Tabla 7

*Estadística descriptiva del instrumento de estrategias de afrontamiento por dimensión*

<i>Dimensión</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar</i>	<i>Valor Máximo</i>	<i>Valor Mínimo</i>
Resolución de problemas	16.0	4.1	20	0
Autocritica	16.6	3.5	13	3
Expresión emocional	14.0	2.4	17	5
Pensamiento desiderativo	16.4	3.4	13	3
Apoyo social	16.4	3.9	20	2
Reestructuración cognitiva	16.2	3.8	20	2
Evitación de problemas	11.1	1.4	14	6
Retirada social	16.5	3.4	19	0

*Nota: n = 62.*

En cuanto a la distribución de frecuencia de comportamientos resilientes por dimensión los comportamientos resilientes con mayores puntajes fue en la angustia busco ayuda con un 59.7 % perteneciente a la dimensión de control y propósito, no me doy por vencido con un 56.5 % de la dimensión de persistencia, tenacidad y autoeficacia y prefiero

intentar con 54.8 % de la dimensión control bajo presión por el contrario los comportamientos resilientes con menos puntajes se encontraron en problemas la suerte o Dios me ayudan con un 41.9 % de la dimensión de espiritualidad y tengo claro lo que quiero con un 43.5 % en la dimensión de control y propósito (ver tabla 8).

Tabla 8

*Distribución de frecuencia de comportamientos resilientes por dimensión del instrumento de resiliencia*

<i>Dimensión</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>Persistencia, Tenacidad y autoeficacia</b>		
No me doy por vencido	35	56.5
Soy una persona fuerte	32	51.6
<b>Control bajo presión</b>		
Prefiero intentar solucionar	34	54.8
Puedo tomar decisiones populares	33	53.2
<b>Adaptabilidad y redes de apoyo</b>		
Los éxitos me dan confianza	30	48.4
Me recupero rápido	29	46.8
<b>Control y propósito</b>		
En angustia busco ayuda	37	59.7
Tengo claro lo que quiero	27	43.5
<b>Espiritualidad</b>		
En problemas la suerte o Dios me ayudan	26	41.9
Las cosas ocurren por una razón	29	46.8

*Nota: n = 62.*

Las estrategias más utilizadas según la tabla de frecuencias que se presenta a continuación son las siguientes: la estrategia con el mayor porcentaje fue pedí consejo a un amigo o familiar que respeto con un 58.1 % perteneciente a la dimensión apoyo social, me reproché con un 56.5 % de la dimensión autocritica y Expresé mis emociones 56.5% de la dimensión expresión emocional por otro lado las estrategias menos utilizadas son me fije en el lado bueno de las cosas con un 50.0 % perteneciente a la dimensión restructuración cognitiva y de la dimensión de resolución de problemas resaltan dos estrategias la primera

es luché para resolver el problema y supe que había que hacer obteniendo el porcentaje menor ambas de 48.4 % (ver tabla 9).

Tabla 9

*Distribución de frecuencia de estrategias por dimensión del instrumento de estrategias de afrontamiento*

<i>Dimensión</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>Resolución de problemas</b>		
Luché para resolver el problema	30	48.4
Supe lo que había que hacer	30	48.4
<b>Autocrítica</b>		
Me culpé a mí mismo	33	53.2
Me reproché	35	56.5
<b>Expresión emocional</b>		
Deje salir mis sentimientos	34	54.8
Expresé mis emociones	35	56.5
<b>Pensamiento desiderativo</b>		
Deseé que la situación nunca hubiera empezado	33	53.2
Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	34	54.8
<b>Apoyo social</b>		
Encontré a alguien que escuchó mi problema	34	54.8
Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	36	58.1
<b>Reestructuración cognitiva</b>		
Repasé el problema una y otra vez en mi mente	32	51.6
Me fijé en el lado bueno de las cosas	31	50.0
<b>Evitación de problemas</b>		
Quitó importancia a la situación	34	54.8
Evité pensar o hacer nada	33	53.2
<b>Retirada social</b>		
Evité estar con gente	32	51.6
Traté de ocultar mis sentimientos	34	54.8

*Nota: n = 62.*

Se realiza la prueba de Kolmogórov-Smirnov obteniendo que la distribución no es normal por lo tanto se utilizó la prueba de corrección de Spearman presentándose a continuación en

la tabla No. 10; dicha prueba arroja datos que afrontamiento con años de estudio del cuidador principal tienen una significancia positiva leve de .316\* al igual que tiempo de diagnóstico con edad del paciente con una significancia positiva leve de .306\*, Por otra parte los que tuvieron una significancia positiva moderada fueron años con la enfermedad y edad del paciente con una significancia positiva moderada de .343\*\*, afrontamiento años con la enfermedad con una significancia positiva moderada de .355\*\*, resiliencia y años con la enfermedad obtuvo una significancia positiva moderada de .490\*\*, afrontamiento y tiempo de diagnóstico con una significancia positiva moderada de .328\*\*, y por último resiliencia y tiempo de diagnóstico con una significancia positiva moderada de .476\*\*, por último los que presentaron significancia positiva fuerte son resiliencia y afrontamiento con una significancia positiva fuerte de .646\*\* y tiempo de diagnóstico y años con la enfermedad con una significancia positiva fuerte de .981\*\* (ver tabla 10).

Tabla 10

*Matriz de correlación de Spearman de variables principales*

Correlaciones	1	2	3	4	5	6
1. Años de estudio del cuidador principal	1.000					
2. Edad del paciente	-.146	1.000				
3. Años con la enf.	.068	.343**	1.000			
4. Tiempo de Dx	.080	.306*	.981**	1.000		
5. Afrontamiento	.316*	.101	.355**	.328**	1.000	
6. Resiliencia	.113	.007	.490**	.476**	.646**	1.000

*Nota: n = 62, \*p < .05, \*\*p < .01,*

## Capítulo IV

### Discusión, Conclusiones y Recomendaciones

#### 4.1 Discusión.

En el siguiente apartado se describen los hallazgos encontrados en los resultados de la cédula de datos sociodemográficos y las principales variables de la investigación siendo estas: estrategias de afrontamientos y nivel de resiliencia en los padres de hijos con cáncer que participaron en el estudio.

Dentro de los datos relevantes en los aspectos sociodemográficos de los padres se encontró que el rango mínimo de edad fue de 17 años y el máximo de 62 años habiendo una diferencia en años considerablemente entre participantes razonando que existen participantes en la etapa adolescente y en etapa adulta mayor, si describimos estas dos etapas de la vida encontraremos que estos dos grupos etarios son considerados vulnerables en primera instancia hay padres que están cursando por la adolescencia y si bien recordamos la Organización Mundial de la Salud (OMS) define este periodo que comprende entre 10 a 19 años y la describe como etapa compleja, donde se marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales (Borras, 2014) . Por otra parte la etapa de adulto mayor tiene algunas variaciones según las Naciones Unidas ya que considera adulto mayor a toda persona a partir de 65 años para los países desarrollados y 60 para los países en desarrollo. Para México es considerada una persona adulta mayor a partir de los 60 años.

En cuanto a la conceptualización de adulto mayor algunos autores coinciden en reconocer que son personas con un progresivo decline en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas esto corresponde con lo descrito por Millán 2010 que plantea que la edad avanzada es un factor condicionante para la pérdida de sus capacidades de autocuidado, por lo que el adulto de mayor edad muchas veces necesita de otras personas para satisfacer sus necesidades

básicas. Si a todo lo anterior le sumamos el hecho de ser padres de un hijo con una enfermedad oncológica resulta particularmente llamativo que la mayoría de participantes obtuvieron un nivel de resiliencia alto además de utilizar más estrategias de afrontamiento a pesar de pertenecer a un grupo etario vulnerable. Podría atribuirle este hallazgo a que la mayoría de los participantes son madres y que a través de la educación recibida y los mensajes que trasmite la sociedad se favorecen la concepción de que la mujer está mejor preparada, tiene más capacidad de resolver problemas en menor tiempo que los hombres, al mismo tiempo podemos decir que se justifica que la edad no es un condicionante para el uso de mayores estrategias de afrontamientos ni ser personas con niveles altos de resiliencia en personas con hijos que cursan una enfermedad oncológica aún en grupos etarios vulnerables coincidiendo con Alfaro y Murga 2016 que afirman en su estudio que la edad no influye para el uso de estrategias ni comportamientos resilientes en padres de hijos con cáncer . Se halló que la mayoría de quienes fungían como cuidador principal eran las madres de los pacientes por lo tanto la ocupación que más predominó fue ama de casa, debido a que cuando se elige el cuidador principal ante un diagnóstico de cáncer infantil generalmente es la madre quien asume el rol, se considera culturalmente como la persona más apropiada para facilitar los cuidados a su hijo enfermo; coincidiendo en el sexo de cuidadores principales con De la Huerta et. al (2006) que en su estudio de evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer encontraron en su muestra el mayor porcentaje de cuidadores eran madres y por consiguiente el sexo femenino fue el que más predominó. Por otra parte se encontró que el estado civil de los participantes con mayor porcentaje fue el de casados y solo una minoría son madres solteras lo que hace referencia que la mayoría de la muestra se encuentran con el apoyo o acompañamiento de pareja/familia ante el proceso de la enfermedad teniendo otra coincidencia con Alfaro y Murga (2016) que en su estudio la mayoría de su muestra afirmó tener pareja/familia durante el proceso de la enfermedad de su hijo y quienes comprueban en su estudio que existe un nivel de significación en cuanto a las personas con parejas y

familia evidenciando que uno se apoya a la pareja/familia para poder buscar formas, maneras o estrategias para afrontar la enfermedad oncológica de un hijo. Esto contribuye a la interpretación personal con los hallazgos encontrados en este estudio ya que se confirma que parte del uso de mas estrategias de afrontamiento y altos niveles de resiliencia sean por el apoyo recibido por parte de la pareja/familia hacia los padres lo que sustenta su importancia del papel que juega la familia especialmente la pareja como fuentes de apoyo en situaciones estresantes como la enfermedad de un hijo con cáncer.

Dentro de las características de los pacientes pediátricos hijos de los participantes se encontró que el género predominante fue el femenino. El tiempo de evolución de la enfermedad que predominó fue el de 2 años y el menor tiempo fue de 4 años, el tipo de cáncer que predominó fue la leucemia linfoblástica aguda confirmando las estadísticas dadas a conocer por el Instituto Nacional del Cáncer (INC) en el 2018 que el tipo de cáncer que se presenta con mayor porcentaje en niños y adolescentes menores de 20 años es la leucemia, en cuanto al tipo de tratamiento la quimioterapia obtuvo el mayor porcentaje esto va de la mano con el tipo de cáncer que predominó debido a que la elección de un tratamiento dependerá directamente del tipo de cáncer según la Asociación Americana del cáncer (AAC) en este caso la mayoría padecía leucemias y por ello la quimioterapia obtuvo mayor porcentaje en tipos de tratamiento ya que es el tratamiento principal para este tipo de cáncer, por último el motivo de consulta por el cual acudían al hospital fue por tratamiento. Por otro lado, al analizar las variables principales del estudio se encontraron los siguientes datos relevantes tenemos que más de la mitad de los padres usan muchas estrategias de afrontamiento frente al padecimiento de su hijo y que una pequeña minoría usa pocas estrategias, al indagar en los resultados de los datos clínicos de la muestra se observan el tiempo de evolución como una posible causa que podría influir en este hallazgo ya que tenemos que la mayoría de los hijos de los participantes tienen un tiempo de evolución entre los rangos de 1 a 5 años y solo 5 de los participantes tienen el tiempo mínimo de 2 meses de evolución esto resalta lo expuesto por Lozada y Astete (2018) en su

estudio funcionalidad familiar y afrontamiento al estrés en padres de niños con leucemia que hace referencia a la forma como los padres de hijos con cáncer atraviesan las diversas etapas de la enfermedad, estos responderán de manera diferente según las etapas y tiempo de evolución de la enfermedad, mencionando que en la primera y segunda etapa son las más impactantes y existe una desintegración familiar natural donde se experimentan sentimientos negativos que no permiten que se afronte la situación de manera inmediata y adecuada, pero al transcurrir las demás etapas permiten un ajuste, manejo de emociones y reintegración de la enfermedad a la familia donde los padres adquieren o mejoran la capacidad de usar las diversas estrategias de afrontamiento.

Continuando con esta variable se obtuvo que las estrategias utilizadas con mayor frecuencia son resolución de problemas, apoyo social y reestructuración cognitiva difiriendo con De la Huerta et. al, (2006) que en su estudio encontraron que su muestra no podía apoyarse en su pareja, amigos o familiares debido a que se encuentran lejos de su lugar de origen, con esto podemos decir que no contaban con apoyo social para hacer frente a la situación la mayoría de participantes de su muestra; Sin embargo en este estudio la mayoría de los participantes son personas casadas lo que hace suponer que cuentan con el apoyo o acompañamiento de sus parejas en este proceso y resaltando que en su mayoría el cuidador principal son madres sospechando que sus parejas asumen la otra parte complementaria del rol que sería trabajar para tener los recursos financieros necesarios para solventar el proceso de la enfermedad. Además en México aún prevalece en su mayoría una cultura patriarcal donde el padre trabaja para sostener a la familia y la madre es quien cuida a los hijos (George, 2018).

Continuando con la siguiente variable se encontró que un porcentaje mayoritario de los participantes tienen un alto nivel de resiliencia a pesar del problema de salud que cursan sus hijos coincidiendo con González et. al, que en el 2011 realizaron un estudio sobre la Resiliencia en madres e hijos con cáncer encontrando que las participantes presentaron niveles de resiliencia de moderada a alta al igual que en este estudio; se puede atribuir este

hallazgo a las características de los participantes en base a otros autores como McCubbin et al. (2002) que en su modelo de resiliencia de estrés familiar, ajuste y adaptación menciona que los altos niveles de resiliencia se relacionan directamente con factores familiares entre los más relevantes con este estudio son contar con apoyo emocional de la familia extensa que proporcione respiro a los padres y cuidado a los hermanos, disponer de ayuda de la comunidad para el cuidado de los hijos, económicas, mantenimiento del hogar, apoyo emocional y flexibilidad en el lugar de trabajo si comparamos las características de los participantes de este estudio con cada uno de esos factores podremos comparar con el primer factor mencionado anteriormente, teniendo que la mayoría de los participantes son casados por lo tanto se cuenta con una pareja que brindan apoyo emocional y acompañamiento en el proceso de la enfermedad, también disponen de ayuda de la comunidad ya que en el análisis de la tabla de distribución de frecuencia de comportamientos resilientes por dimensión del instrumento usado arroja que en la dimensión de apoyo social más de la mitad de participantes respondió casi siempre dicha respuesta es la que tiene mayor puntuación, y por último el factor de flexibilidad en el lugar laboral remarcando los datos sociodemográficos de los participantes la ocupación que más predominó por más de la mitad del total de la muestra fue ama de casa sin quitarle ninguna relevancia al trabajo que el ser ama de casa implica resaltamos que el horario de cada actividad en el hogar dependerá directamente de cada ama de casa sabiendo que no tienen un horario fijo y orden de realización de cada actividad esto da la apertura de que ellas se organicen entre las labores del hogar y las actividades propias del proceso de la enfermedad. Por otra parte los mayores comportamientos resilientes que predominaron en los participantes fueron persistencia, tenacidad y autoeficacia (1ra. dimensión) junto con control bajo presión (2da. dimensión) y a pesar que cada participante dijo profesar una religión el comportamiento resilientes menos usado es la espiritualidad (5ta. dimensión) difiriendo en un punto con Fuentemayor et. al que el 2011 realizaron un estudio sobre estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer a pesar que ellos

utilizaron otro instrumento para medir las estrategias de afrontamiento las dimensiones son similares al del instrumento usado en este estudio que marca que ellos encontraron que la estrategia comúnmente empleada por padres fue la de afrontamiento religioso llamada en el instrumento de este estudio espiritualidad. De esta manera podemos decir que, la espiritualidad es vivenciada de diferentes maneras. Para algunos, implica una participación activa en una religión, donde, a través de la fe en un dios, buscan la esperanza y la fortaleza interior que necesitan para enfrentar este evento tan doloroso; para otros está relacionado con una fuerza espiritual interior. Ambas, de cierta forma, permiten dar sentido a las experiencias dolorosas, lo cual constituye una vía para canalizar las angustias, las ansiedades y el temor a la muerte. Agregando que los participantes respondieron que dedican pocas horas a las actividades de la religión que profesan dando lugar a que se sientan alejados espiritualmente de Dios por la mayor exigencia que tiene el proceso de una enfermedad crónica como el cáncer, su tratamiento y las citas de control frecuentes en la institución donde están siendo atendidos disminuyendo o anulando sus actividades religiosas.

## **4.2 Conclusiones.**

Con la realización de este estudio se concluye lo siguiente de acuerdo a los objetivos:

1. Las características sociodemográficas de la muestra son el rango mínimo de edad fue de 17 años y el máximo de 62 años, la edad de sus hijos con diagnóstico de cáncer fue de 1 y 13 años de edad, quienes fungían como cuidador principal en mayoría eran las madres de los pacientes y el estado civil con mayor porcentaje fue el de casados.

2. Las características de los pacientes pediátricos hijos de los participantes que se encontró fue que el género predominante fue el femenino, el tiempo de evolución de la enfermedad que predominó fue de 2 años y menor tiempo fue de 4 años, el tipo de cáncer con mayor predominio fue la leucemia linfoblástica aguda, la quimioterapia obtuvo el mayor porcentaje del tratamiento y el motivo de consulta por el cual acudían al hospital fue por tratamiento.
3. La mayoría de participantes mostró que usan muchas estrategias de afrontamiento por otra parte la mayoría de padres tienen un alto nivel de resiliencia a pesar del problema de salud que cursa su hijo.
4. La capacidad de afrontamiento de la mayoría de los padres que participaron en este estudio es alta ya que a pesar que un 8.1 % de la muestra usa pocas estrategias de afrontamiento podemos decir que si usan al menos una estrategia de afrontamiento ante la situación de un hijo con cáncer.
5. Las estrategias de afrontamiento dominantes fueron resolución de problemas, apoyo social y reestructuración cognitiva y los comportamientos resilientes que destacaron fueron persistencia, tenacidad y autoeficacia junto con control bajo presión.

### **4.3 Recomendaciones.**

Al personal de enfermería:

1. Realizar investigaciones sobre el mismo objeto de estudio con las mismas variables: estrategias de afrontamiento y resiliencia pero con la implementación de un programa de intervenciones dirigidas a fortalecer las estrategias de afrontamiento y comportamientos resilientes en padres de niños con enfermedades oncológicas.
2. Fortalecer la comunicación terapéutica entre el personal de salud, el paciente y familiar con cáncer para favorecer un ambiente de confianza que le permita expresar libremente como se siente física y emocionalmente.

Al comité encargado de la unidad oncológica del Hospital de Alta Especialidad del Niño

Rodolfo Nieto Padrón:

3. Seleccionar un programa informativo de las estrategias de afrontamiento y comportamientos resilientes adecuados dirigidos a los padres/cuidadores principales de pacientes oncológicos y al personal de enfermería que trabaja en esa área específicamente.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.

## Referencias bibliográficas

- Borrás, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05-07. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000100002&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002&lng=es&tlng=pt).
- Dávila, A. K. y Díaz, M. (2018). Afrontamiento de los padres frente al diagnóstico de cáncer hematológico de sus hijos en edad escolar en un hospital de Chiclayo. Recuperado de:  
<http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/3636>
- De la Huerta, R., Corona, J., y Méndez, J. (2006) Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 39(1), 46-51.
- Díaz, K., Morales, Reyes, J., Morgado, K. y Everardo, D. (2018). Síntomas en niños con cáncer y estrategias de cuidado familiar. *Revista Cuidarte*, 10(1).  
doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.597>
- Espada MC, & Grau C. Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Revista Psicología*. 9(1):25-40. Recuperado de:  
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/39136/37741>
- Fuenmayor, Chacín, y Chacín, Josymar. (2011). Estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer margarita. *Revista Venezolana de Oncología*, 23(3), 199-208.  
Recuperado de: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-05822011000300010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822011000300010&lng=es&tlng=es).

- George, T. (2018). Los Efectos del Machismo en El Desarrollo de Los Trastornos de Salud Mental de Las Mujeres en México. Recuperado de:  
<https://digitalworks.union.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2168&context=theses>
- González, A., Fonseca, M., Valladares, A., & López, L. (2017). Factores moduladores de resiliencia y sobrecarga en cuidadores principales de pacientes oncológicos avanzados. *Revista Finlay*, 7(1), 26-32. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342017000100005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000100005&lng=es&tlng=es).
- Henley, R. (2010). Programas psicosociales de mejora de la resiliencia para jóvenes en diferentes contextos culturales: evaluación e investigar el progreso en estudios de desarrollo, *10* (4), 295-307. doi: 10.1177 / 146499340901000403
- Instituto Nacional del Cáncer [INC] (2018) ¿Qué es el cáncer? Recuperado de:  
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York, United States.
- Lozada, D. A. y Astete, J. J. (2018) funcionalidad familiar y afrontamiento al estrés en padres de niños con leucemia. *Revista Repositorio*. Recuperado de:  
[http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/3682/1/2018\\_Astete-Florian.pdf](http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/3682/1/2018_Astete-Florian.pdf)
- Macías, M. A., Madariaga C., Valle, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psico Criba*. 30(1):123-145. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>

Matos, D. y Mercerón, Y. (2017). Potenciación de la capacidad de resiliencia en familiares de niños con cáncer mediante un programa de intervención psicosocial. *Medisan*, 21(3), 361-370. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000300017&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000300017&lng=es&tlng=es).

Millán, I. E. (2010). Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(4), 202-234. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es&tlng=pt).

Moral, J., y Martínez, J. (2009) reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19 (2). 189-196.

Peña, C. L., y Nieto, L. (2012). Afrontamiento del cuidador familiar ante la enfermedad oncológica en uno de sus hijos. Recuperado de: [http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/2197/CDMPSI163\\_Art%C3%A4Dculo%20L%C3%ADnea\\_Investigaci%C3%B3n.pdf?sequence=1](http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/2197/CDMPSI163_Art%C3%A4Dculo%20L%C3%ADnea_Investigaci%C3%B3n.pdf?sequence=1)

Peña, L. (2012). Afrontamiento del cuidador familiar ante la enfermedad oncológica en uno de sus hijos. Recuperado de: [http://repositorio.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/2197/1/CDMPSI163\\_Art%C3%A4Dculo%20L%C3%ADnea\\_Investigaci%C3%B3n.pdf](http://repositorio.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/2197/1/CDMPSI163_Art%C3%A4Dculo%20L%C3%ADnea_Investigaci%C3%B3n.pdf)

Polit F. D., Hungler P. B. (2003). *Investigación científica en ciencias de la salud*. Saratoga Springs New York, EE. UU. McGraw-Hill Interamericana.

Serrano, M., Garrido, M., Notario, B., Bartolomé, R., Solera, M., y Martínez-Vizcaino, V. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of Psychological Research*, 5 (2), 49-57.

Verdecia, C. (2016). Cáncer pediátrico en Cuba. *Revista Cubana de Pediatría*, 89(1). Recuperado de: <http://www.reypediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/216/81>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.

## Apéndice A

### Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD JUAREZ AUTONOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud

Coordinación de Estudios de Posgrado

Especialidad en Enfermería Pediátrica

FOLIO: \_\_\_\_\_



Yo \_\_\_\_\_, acepto de

manera voluntaria que se me incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación denominado: Estrategias De Afrontamiento y Nivel De Resiliencia En Padres De Hijos Con Cáncer, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de mi participación en el estudio, y en el entendido de que:

- Mi participación no repercutirá en mis relaciones con mi institución de adscripción el Hospital de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón ni en los tratamientos de mi paciente.
- No habrá ninguna sanción para mí en caso de no aceptar la invitación.
- Puedo retirarme del proyecto si lo considero conveniente a mis intereses, aun cuando el investigador responsable no lo solicite; pudiendo si así lo deseo, recuperar toda la información obtenida de mi participación.
- No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación, con un número de clave que ocultará mi identidad.
- Los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y la estudiante de Especialidad en Enfermería Pediátrica L.E Mariela Pérez Dominguez es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos. Ellas pueden ser localizadas mediante una llamada telefónica al número: 9931 681 326

Lugar y Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante:

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien proporcionó la información para fines de consentimiento

## Apéndice B

### Cédula de datos Sociodemográficos personales y familiares



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco  
División Académica de Ciencias de la Salud



#### I. Cédula de datos personales.

*Instrucciones:* Por favor responde lo que se te indica y elige en su caso, una de las opciones y coloca una **X** en el recuadro correspondiente.

Edad:						
Sexo:	1) Masculino			2) Femenino		
Escolaridad:						
Ocupación:						
Estado civil:						
¿Tiene hijos?	1) Si		2) No		¿Cuántos?	
Religión:						
¿Cuántas horas dedica a asistir o participar a actividades religiosas?						
Parentesco con el paciente:	1) Padre			2) Madre		
Edad de su hijo:						
Sexo de su hijo:	1) Masculino			2) Femenino		
Año en el que su hijo fue diagnosticado:						
<b>Tipo de cáncer:</b>						
Tratamiento:						
Motivo de la consulta.	1. Recaída		2. Tratamiento		3. Control	
Seguridad social:	1) Seguro Popular	2) IMSS	3) ISSET	4) ISSSTE	5) PEMEX	6) Ninguno

## Apéndice C

### Escala de resiliencia de Connor-Davidson

**Instrucciones:** Marque con una X una respuesta por pregunta

1. Soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios.	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
2. Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy angustiado.	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
3. Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte o Dios pueden ayudarme.	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
4. Puedo enfrentarme a cualquier cosa que se me presente.	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
5. Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme con nuevos retos y dificultades.	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
6. Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con los problemas	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
7. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
8. Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas o adversidades	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
9. Bueno o malo la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre

10. Siempre me esfuerzo sin importar cual pueda ser el resultado	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
12. No me doy por vencido a pesar de que las cosas no parezcan tener soluciones	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
13. Durante los momentos de angustia, se dónde puedo buscar ayuda	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
14. Bajo presión me centro y pienso claramente	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
15. Prefiero intentar solucionar las cosas por mí mismo a dejar que otros tomen todas las decisiones	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
16. No me desanimo fácilmente con el fracaso	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
17. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y a las dificultades de la vida	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
18. Puedo tomar decisiones populares o difíciles que afectan a otras personas si es necesario	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
19. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza, temor y enfado	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
20. Al enfrentarme a los problemas de	En	Rara	A veces	A menudo	Casi

la vida, a veces actúo por presentimiento sin saber por qué	absoluto	vez			siempre
21. Tengo muy claro lo que quiero en la vida	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
22. Siento que controlo mi vida	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
23. Me gustan los retos	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
24. Trabajo para conseguir mis objetivos sin importarme las dificultades que encuentro en el camino	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
25. Estoy orgulloso de mis logros	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre

## Apéndice D

### Inventario de Estrategias de Afrontamiento

**Instrucciones:** Este seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

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

Inventario de Estrategias de Afrontamiento	Marque con una X solo una respuesta por pregunta				
1. Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2. Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8. Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13. Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16. Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17. Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18. Me critiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26. Me reprimí por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27. Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4

28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39. Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
41. Me consideré capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4

Uárez Autónoma de Tabasco.  
México.

*Apéndice E*  
*Operacionalización de las variables*

<b>Variable o concepto</b>	<b>Tipos de variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operativa (instrumento)</b>	<b>Escala de medición/Valores</b>	<b>Calificación de las variables (Instrumento)</b>	<b>Tipo de Estadístico</b>
Afrontamiento	Cuantitativa	Aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud.	el Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) Adaptación de Cano, Rodríguez y García	Ordinal 0= En absoluto 1=Un poco 2= Bastante 3=Mucho 4=Totalmente	en este estudio se hizo un análisis para identificar aquellas personas que afrontan mejor la enfermedad de manera que fue necesario recodificar las siguientes preguntas: 2, 4, 8, 10, 12, 15, 16, 20, 24, 26, 32, 34, 35, 36, 39 y 40 en las cuales se invirtió las respuestas para que a mayor puntuación mejor capacidad de afrontamiento. Quedando la categoría de puntuaciones de la siguiente manera: de 90- 102= Mayores estrategias de afrontamiento, de 80-89= Regulares estrategias de afrontamiento y de 41-79= Menores estrategias de afrontamiento.	Descriptiva: distribución de frecuencia y porcentaje.
Resiliencia	Cuantitativa	Constructo dinámico y multidimensional que hace referencia a la capacidad que tienen los sistemas	La Escala de resiliencia de Connor-Davidson (Connor-Davidson	Ordinal 0= En absoluto 1=Rara vez 2= A veces 3=A menudo	Las puntuaciones de cada ítem se suman y se interpreta que, a mayor puntuación en cada dimensión, más indicadores de resiliencia muestra el individuo. Teniendo una	Descriptiva: distribución de frecuencia y porcentaje.

	personales de afrontar o recuperarse con éxito de las situaciones adversas; se asocia a crecimiento positivo y a superación de los desafíos.	Resilience Scale, CD-RISC Versión 25 ítems	4=Casi siempre	categoría de puntuaciones de la siguiente manera: de 80-99= Alta resiliencia, de 60-79= Regular resiliencia y de 59-8 Baja resiliencia.	
--	--	--	----------------	---	--