

2016-03-16

# Regulación emocional, apreciación cognitiva y estrategias de afrontamiento en padres con hijos diagnosticados con cáncer

Moreno, Clara

---

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/450>

*Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni*

## AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer a todas aquellas personas que nos han acompañado e inspirado en este desafío intelectual que implica el proceso de investigación hacia nuestra meta de formación profesional en Psicología. Este camino ha sido un aprendizaje incomparablemente rico, el cual implicó ir superando algunos obstáculos. Este proceso de aprendizaje nos ha permitido el despliegue del desarrollo de habilidades académicas y hábitos que consideramos necesarios para el desempeño profesional y académico del psicólogo.

Le agradecemos a nuestra querida directora Dra. Deisy Krzemien, por ser un modelo de excelencia como investigadora, por su orientación experta y sus observaciones, por toda su generosa y valiosa orientación teórica y académica en el curso de nuestro desarrollo como tesisistas. Su sabia ayuda y dedicación han sido memorables.

El más profundo y sincero agradecimiento a los padres de niños con cáncer del Hospital Materno Infantil que nos abrieron su corazón y compartieron con nosotras sus experiencias, estados y emociones acerca de su tránsito por esta difícil situación. También no podemos dejar de mencionar a los profesionales que nos permitieron realizar las entrevistas en las salas de espera del área de Hematología.

A nuestra familia por compartir con nosotras la relevancia de esta investigación y por ser los ángeles que nos acompañaron siempre.

A todos ellos, nuestro reconocimiento como partícipes del logro de nuestro proyecto académico y nuestro cariño y sincero agradecimiento.

Esta tesis sigue las normas de redacción de la APA 6° edición, publicadas en American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ta ed.). Washington, DC: Autor.

## Introducción

El trabajo que a continuación se expone surge de la necesidad de brindar una nueva mirada a la situación crítica que provoca el diagnóstico de cáncer de un hijo. El marco que se utilizó ha sido el de la Psicología Cognitiva, la misma estudia los procesos mentales y los mecanismos básicos y profundos por los cuales se elabora la personalidad, desde la percepción, la memoria y el aprendizaje. Por cognitivo se entiende al acto de conocimiento, en sus acciones de almacenar, recuperar, reconocer, comprender, organizar y usar la información recibida a través de los sentidos.

La presente investigación pretende ser una pequeña contribución a la ampliación del conocimiento de las diferentes formas en la que los padres afrontan la situación general de tener en la familia un hijo que padece una enfermedad oncológica, en cuanto a cómo evalúan cognitivamente esta situación, cuáles son los mecanismos que disponen para regular sus emociones y cuáles son las estrategias de afrontamiento predominantes. Intenta además obtener información valiosa al servicio del abordaje familiar y la intervención psicoclínica para favorecer procesos de adaptación parental.

Es en este marco que surgió el objetivo de trabajo: Describir y analizar las relaciones entre la apreciación cognitiva, la regulación emocional, y las estrategias de afrontamiento en un grupo de 60 padres de entre 21 y 55 años de edad, cuyos hijos están diagnosticados de cáncer, en algunos casos se trata de parejas de padres y en otros casos de madres o padres solos, que asisten al Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata del área HematoOncología

En el presente trabajo se estudió la relación de la apreciación cognitiva de la enfermedad oncológica sobre los constructos Estrategias de Afrontamiento y Regulación Emocional, en los padres, con el fin de mostrar que cuando la situación es percibida como un desafío de vida y medianamente controlable, los padres tenderán a usar estrategias de afrontamiento predominantemente activas y cognitivas. Por otro lado, cuando la situación es percibida como pérdida y/o amenaza y de escaso control interno, los padres preferirán estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, y principalmente pasivas y evitativas.

Se presenta en primer lugar el marco teórico, en el cual se desarrollan todas las variables de estudio, tales como describir y evaluar la apreciación cognitiva de la enfermedad de cáncer, las estrategias de regulación emocional, y las estrategias y estilos de afrontamiento

predominantes en los padres con hijos con cáncer, y una revisión de las investigaciones que se han realizado con anterioridad sobre el fenómeno de estudio.

A continuación se incluye un apartado donde se lleva a cabo una explicación de la metodología de la investigación. Luego se ofrecen los resultados y el análisis de los datos obtenidos a través de las técnicas.

En el último capítulo se presentan las conclusiones del trabajo.

## Antecedentes

La revisión de la literatura científica permite reconocer el creciente interés y la evidencia empírica acerca del rol de las variables personales en la explicación del afrontamiento como una cuestión central de investigación en las últimas décadas (Carver 1997, 2002, 2003; Tennen, 2007; Kliewer, 2008).

Como señala Krzemien (2010) en los últimos años uno de los tópicos centrales en el que convergen diversas investigaciones en Psicología Cognitiva es la temática de estrategias de afrontamiento (coping).

Este concepto comienza a tener importancia científica en los años 1940 y 1950 en la evaluación clínica y psicoeducativa con el objetivo de que las personas desarrollen sus recursos adaptativos para hacer frente a circunstancias difíciles (como consecuencia de las guerras mundiales y crisis económicas de la época). Pero, es a partir de las últimas dos décadas cuando se desarrollan sistemáticamente estudios empíricos acerca de la relación entre el afrontamiento y otros aspectos psicológicos que se presumen asociados.

Las primeras consideraciones sobre recursos y procesos de afrontamiento han sido formuladas desde el Psicoanálisis y la Psicología del yo. El Psicoanálisis lo entiende como un proceso inconsciente. Freud (1923/1979, 1940/1982) postuló la existencia de mecanismos de defensa del yo, que sirven a la reducción de la tensión causada por el conflicto entre los impulsos instintivos y las exigencias provenientes de la realidad exterior. La Psicología del yo, por su parte, enfatiza la orientación a la realidad o procesos de afrontamiento primitivos de la zona libre de conflictos, tales como atención, percepción y memoria. Los estudios desde estas concepciones tenían un predominio de la perspectiva clínica (Endler & Parker, 1990). El estudio del afrontamiento ha progresado bajo el predominio de modelos cognitivos del estrés y adaptación, donde el afrontamiento es entendido como una respuesta consciente a eventos críticos (Lazarus, 1993; Tennen, 2007). Los primeros trabajos corresponden al Modelo Transaccional del Estrés de Lazarus y Folkman (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1987) desde una perspectiva que considera el contexto del afrontamiento y la interacción persona-situación.

En la literatura psicológica contemporánea prevalece una tendencia a reconocer la complejidad y multidimensionalidad del constructo afrontamiento (Krzemien, 2010), y en las últimas décadas, los estudios se han orientado a la consideración del contexto social y cultural.

Desde el enfoque transaccional, algunos estudios argumentan que la diferencia en la forma de afrontar se asocia a la naturaleza de la situación y a la apreciación cognitiva de ésta -

por ejemplo, según la situación crítica, esta es percibida como una pérdida, una amenaza o un desafío- (Blanchard-Fields & Robinson, 1987; Baggett, Saab & Carver, 1996; Kaiser, Major & McCoy, 2004; Lazarus & Folkman, 1987; Major, Richards, Cooper, Cozzarelli & Zubek, 1998), también en ancianos (Arathuzik, 1991; Keister, 2006). Fry y Grover (1982) hallaron que cuando prevalece la percepción de pérdida de control frente a los cambios del envejecimiento, se tiende a usar estrategias de afrontamiento desadaptativas.

Teniendo en cuenta un estudio realizado por Limiñana Gras, Corbalán Berná y Patró Hernández, (2007) sobre el afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina; los estilos de personalidad han demostrado ser una fuente de información sobre las consecuencias estables que la experiencias de la discapacidad de un niño tiene sobre la organización psicológica y la conducta adaptativa de los padres, permitiéndonos identificar perfiles diferenciales de personalidad y modos preferentes de afrontamiento significativamente distintos a los de la población normal, que pueden resultar determinantes de su conducta adaptativa y por tanto, determinantes de su bienestar y de su salud.

Los padres que tienen hijos diagnosticados de FLVP muestran un perfil de personalidad caracterizado en la dimensión motivacional del comportamiento, por una mayor orientación hacia el cuidado y las necesidades de los demás, que hacia la promoción de uno mismo. En la dimensión cognitiva se muestran poco inclinados a procesar información abstracta y simbólica, confiando más en la experiencia directa y los fenómenos observables; y poco dados a explorar formas nuevas e innovadoras de organizar y transformar la información. En su comportamiento interpersonal destacan por su afinidad social y su tendencia general a ser agradables, comprometidos y cooperadores. Muy poco discrepantes y muy conformista y respetuosos con las normas establecidas. Así mismo se obtuvo un estilo preferente de afrontamiento basado en la búsqueda de apoyo social y la reevaluación positiva, lo que, si encuentran las resonancias adecuadas en los servicios médicos y en los profesionales implicados, pueden constituir un verdadero factor de protección y de resistencia para afrontar las demandas internas y externas relacionadas con la enfermedad de sus hijos.

Respecto al modo de afrontamiento de padres con niños con cáncer, se llevaron a cabo investigaciones, donde se halló que el estilo de afrontamiento cognitivo activo es utilizado con mayor frecuencia por los cuidadores primarios de niños con cáncer, debido a que centran sus acciones en el análisis o la valoración y renovación de las demandas o amenazas provocadas por la enfermedad, para entenderlas y comprenderlas, logrando manejar la tensión provocada por la situación. A este estilo de afrontamiento le sigue el afrontamiento conductual activo, en donde los cuidadores manejan directamente el problema y sus efectos, tratan de conocer más

sobre la situación, tomar acciones positivas para resolverla y lo hacen hablando con un profesional creando planes de acción. Los padres de estos niños utilizaron en mayor proporción la búsqueda de información y solución de problemas, la mayoría se acercó a un profesional o trató de saber más sobre la enfermedad y crearon planes de acción para el cuidado de la enfermedad de sus hijos (Huerta, Corona y Méndez, 2006).

También se halló que el afrontamiento evitativo es el menos frecuente en los padres cuidadores de niños con cáncer. En este caso estos padres utilizaron conductas nocivas para su salud como fumar y comer de manera abusiva. En un intento de olvidar la situación, niegan la realidad, o hacen bromas acerca de ella como una fantasía optimista que le permita olvidar el problema, como también los sentimientos desagradables que le provocan (Corona, et al., 2006).

Otra investigación evaluó los niveles de estrés y ansiedad de padres con hijos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, así como las estrategias de afrontamiento utilizadas por éstos, y posteriormente se realizó la intervención en la modalidad de taller vivencial en relación al proceso de duelo por pérdida del hijo sano. Los resultados mostraron que los participantes presentaron bajos niveles de estrés pero altos niveles de ansiedad, así como el empleo de estrategias adecuadas de afrontamiento. No obstante, los datos mostraron la probabilidad de un proceso de recuperación lento, de secuelas aunadas a la enfermedad o de fallecimiento, lo cual justificó el diseño de programas de intervención orientados hacia los padres de familia (Rubiños, 2012).

Los hallazgos de investigaciones sobre el uso de estrategias de regulación emocional en pacientes oncológicos indican que la expresión emocional juega un rol predominante en la salud física y mental de estos pacientes (Nyklícek, Vingerhoets & Denollet, 2002). La relación entre inhibición de la expresión emocional y el inicio y progresión del cáncer ha sido un tópico central de investigación desde hace tiempo en la literatura científica (Giese-Davis & Spiegel, 2003).

Un estudio meta-analítico correlacional relacionado con criterios de salud y bienestar con muestras bajo diversas situaciones estresantes confirmó que el afrontamiento directo tiene efectos positivos pero ligeros, en particular en condiciones de control de la situación, mientras que en situaciones estables, negativas e incontrolables tiene efectos negativos. Por el contrario, la planificación –solo parece ser efectiva para la regulación emocional en el momento de inicio del afrontamiento de un hecho grave–, y la concentración de los esfuerzos, parece solo aumentar el impacto del estrés, probablemente por una absorción exagerada en la situación estresante, que impide la gratificación y distracción (Penley, 2002).



Por otra parte, se halló evidencia de que los estilos de personalidad son una fuente de información sobre las consecuencias estables que la experiencia de la enfermedad de un hijo tiene sobre la organización psicológica y la conducta adaptativa de los padres, permitiendo identificar perfiles diferenciales de personalidad y modos preferentes de afrontamiento significativamente distintos a los de la población normal, que pueden resultar determinantes de su conducta adaptativa y por tanto, determinantes de su bienestar y de su salud (Limiñana Gras, Corbalán Berná y Patró Hernández, 2007).

Respecto a las consecuencias o implicancias psicológicas en la familia provocadas por la enfermedad crónica en niños, García y Flora (2005) mencionaron que ésta se acompaña de un cambio permanente en la vida cotidiana del niño y su familia, produciendo una alteración del funcionamiento físico y emocional, muchas veces profundo e irreversible. Los procesos crónicos pueden iniciarse de manera repentina o insidiosa; además, la evolución de la enfermedad se mantiene, o presenta reagudizaciones bruscas o paulatinas alternadamente. La necesidad de hospitalización puede ser reiterada y en ocasiones reciben tratamientos solo paliativos de los síntomas de su enfermedad, los pronósticos son muchas veces malos e insatisfactorios, dejando incertidumbre respecto del futuro vital del niño.

En consecuencia, existen factores que pueden alterar el bienestar psicológico de los padres de familia, quienes pueden mostrar manifestaciones psicósomáticas, además de mantener niveles elevados de estrés y ansiedad, aunados al temor y dolor por la pérdida del hijo sano que tenían; y, en el caso de un pronóstico desfavorable, la pérdida física y emocional de su hijo por fallecimiento. Véliz y Caballero (2000) mencionaron que el temor envuelve a los padres de esa inseguridad sobre qué va a pasar, y esto los torna irritables y depresivos; de acuerdo con Kubler-Ross (1999), los padres se enfrentan a una situación súbita que tiene un impacto tan grande dentro del ámbito emocional, afectivo, social, moral, económico, laboral y temporal, que altera totalmente la vida cotidiana y produce una reacción psicológica expresada en cinco etapas: 1. Negación de la realidad (shock). Los padres no aceptan o no entienden las explicaciones del médico. 2. Enojo, culpa a terceros. 3. Negociación. Los padres tratan de negociar con un ser supremo de acuerdo a sus creencias. 4. Depresión, la cual incluye sentimientos de desamparo y tristeza, falta de esperanza e impotencia. 5. Aceptación. Cuando después de la pérdida se puede vivir en el presente, sin adherirse al pasado.

En otra investigación se evaluó el afrontamiento de 50 cuidadores primarios de niños con cáncer (diferenciando grupos según la edad y el diagnóstico), resultando que el estilo de afrontamiento predominante fue el cognitivo activo y que la mayoría de los cuidadores utilizaron las estrategias de afrontamiento de búsqueda de información y resolución de

problemas, estos resultados se obtienen debido a que, dichos cuidadores centran sus acciones en el análisis o la valoración y renovación de las demandas o amenazas provocadas por la enfermedad de sus hijos para comprenderlas logrando manejar la tensión provocada por la situación. Los cuidadores manejan directamente el problema y sus efectos, tratan de conocer más sobre la situación, toman acciones positivas para resolverla y lo hacen hablando con un profesional para crear planes de acción. En esta investigación a su vez se encontró una relación estadísticamente significativa entre la autoconfianza y padecer alguna enfermedad recurrente. Lo cual indica que aquellos cuidadores que padecieron una o más enfermedades recurrentes durante el periodo de enfermedad de sus hijos, sintieron un menor grado de autoconfianza en comparación de aquellos padres que no padecieron ninguna enfermedad. También se observó que la autoconfianza se ve disminuida debido a que los cuidadores tienen que dejar su lugar de origen y de pronto se encuentran en un lugar desconocido sin el apoyo de su familia o amigos, los gastos económicos, la incertidumbre del proceso de la enfermedad y aunado a esto el padecimiento en los cuidadores de alguna enfermedad recurrente, como por ejemplo gripe o dolor de espalda.

Otro factor que la evidencia empírica señaló asociado al afrontamiento es la edad de los niños: así el afrontamiento cognitivo activo es utilizado, con mayor frecuencia en padres de niños menores a cinco años y conforme la edad del niño aumenta, la utilización de este afrontamiento disminuye. Los padres de niños pequeños centran sus acciones en el análisis para tratar de comprender la enfermedad de sus hijos (De la Huerta y cols., 2010).

Numerosos autores coinciden en destacar que el afrontamiento es un proceso complejo y multidimensional en el que influyen tanto variables relativas al ambiente (demandas y recursos) como a las disposiciones de personalidad, y a su interrelación (Campos, Iraurgi, Páez y Velasco, 2004; Krezemien y Urquijo, 2009).

## Marco teórico

### Afrontamiento

En los últimos años uno de los tópicos centrales en el que convergen diversas investigaciones en Psicología Cognitiva es la temática de *estrategias de afrontamiento* (*coping*). Este concepto comenzó a tener importancia científica en los años 1940 y 1950 en la descripción y evaluación clínica y psicoeducativa con el objetivo de desarrollar recursos adaptativos. A partir de las últimas dos décadas se desarrollaron estudios empíricos acerca de la relación entre el afrontamiento y otros aspectos psicológicos que se presumen asociados. Como señala Snyder (1999), el término afrontamiento se introdujo como categoría separada en los *Psychological Abstracts* en 1970 y el *Oxford English Dictionary* no incluyó una definición del afrontamiento en los términos actuales hasta 1980.

Las primeras consideraciones sobre recursos y procesos de afrontamiento fueron formuladas desde el Psicoanálisis y la Psicología del yo. El Psicoanálisis lo entiende como un proceso inconsciente (Freud, 1923, 1933, 1940). Postula la existencia de mecanismos de defensa del yo, que sirven a la reducción de la tensión causada por el conflicto entre los impulsos instintivos y las exigencias de la realidad exterior. La Psicología del yo, por su parte, enfatiza la orientación a la realidad o procesos de afrontamiento primitivos de la *zona* libre de conflictos, tales como atención, percepción y memoria. Los estudios desde estas concepciones tenían un predominio de la perspectiva clínica (Endler & Parker, 1990a, 1990b; McCrae, 1993). Ambas teorías suponen la posibilidad de enriquecimiento de recursos de afrontamiento a lo largo del desarrollo vital del individuo.

El estudio del afrontamiento progresó bajo el predominio de modelos cognitivos del estrés y adaptación, donde el afrontamiento es entendido como una respuesta consciente a eventos críticos (Billings & Moos, 1981; Lazarus & Folkman, 1987; McCrae & Costa, 1986). Los primeros trabajos correspondieron al Modelo Transaccional del Estrés de Lazarus & Folkman (1980, 1986) desde una perspectiva que considera el contexto del afrontamiento y la interacción persona-ambiente. Snyder (1999) en una revisión reciente sobre el tema, señaló que luego del predominio durante veinte años (1960-1980) del modelo cognitivo del estrés y el enfoque situacional en el estudio del afrontamiento, le ha seguido una fuerte defensa de las diferencias individuales y desde las teorías de la personalidad (Endler & Parker, 1990, 1994; Lehr & Thomaes, 2003; McCrae, 1993; Pelechano, 1992, 1996, 1999, 2000). También han ido

apareciendo estudios más orientados al campo social y cultural (Price, 1992), y en la literatura psicológica contemporánea prevalece una tendencia a reconocer la complejidad y multidimensionalidad del constructo afrontamiento (Góngora, Coronado, Reyes y Lagunas, 1999). En este sentido, Berg, Meegan y Deviney (1998) propusieron un modelo de afrontamiento sociocontextual, que toma en cuenta la dinámica entre los microcambios del desarrollo relativos a la situación actual y los macrocambios del desarrollo a lo largo del curso de vida de la persona.

Las formas de afrontamiento que resultan adaptativas serían aquellas que consiguen disminuir el distress fisiológico y mejorar la respuesta corporal (por ejemplo, mejorar la respuesta inmunitaria o disminuir el gasto cardiaco), minimizar las reacciones emocionales subjetivas negativas y amplificar las positivas, así como reforzar la autoestima, aumentar recompensas y disminuir castigos o resolver los problemas y mejorar el rendimiento y ajuste social. Desde este punto de vista, diferentes formas de coping pueden desempeñar las mismas funciones psicológicas, o la misma forma de cumplir diferentes objetivos, entre los que se plantean: a) Regulación emocional o función emocional: disminuir la afectividad negativa y aumentar la positiva; b) Resolver el problema o función instrumental; c) Proteger la autoestima y mantener un autoconcepto como persona digna o función motivacional defensiva y d) Manejar las relaciones sociales o función de integración social (Laux & Weber, 1991).

En el intento de dar respuesta a esta cuestión acerca de los factores condicionantes que explican la selección y uso de ciertas estrategias de afrontamiento, existen dos principales concepciones tradicionales, donde la evidencia empírica parece mostrar que, lejos de ser antagónicas, son más bien complementarias: la perspectiva disposicional y la contextualista (Krzemien, 2010). La *perspectiva disposicional* (Carver et al., 1989; Houtman, 1990; McCrae & Costa, 1987), por un lado, enfatiza los rasgos estables de la personalidad; mientras que la *perspectiva contextualista o transaccional* (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1987; Moos, 1992; Thoits, 1995; Zeidner & Saklofske, 1996), por otro, asigna mayor papel a la situación y al contexto específico de interacción persona-ambiente. Si bien existe controversia acerca del rol de los factores de personalidad y situacionales en la explicación del comportamiento de afrontamiento -como observaron De Ridder, Schreurs & Bensing (1998)-, no obstante -como señalaron Holahan, Moos y Schaefer (1996), Cook y Heppner (1997) y Bouchard, Guillemette y Landry-Léger (2004), y según la evidencia empírica han indicado (Carver & Scheier, 1994; Endler & Parker, 1994)-, actualmente se tiende a posturas integradoras a partir de las cuales se asume que tanto las variables de personalidad como las situacionales son factores complementarios para explicar el afrontamiento.

Los trabajos pioneros de Lazarus y Folkman definen las estrategias de afrontamiento como (...) “los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar, tolerar o reducir las demandas externas y/o internas y los conflictos entre ellas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Folkman & Lazarus, 1980, p. 223; Lazarus & Folkman, 1986, p. 164).

Lazarus propuso una primera clasificación de las estrategias de afrontamiento, distinguiendo entre estrategias dirigidas a la resolución de un problema y estrategias orientadas a la regulación de la emoción. Las primeras comprenden actividades directamente dirigidas a la modificación o minimización del impacto del estresor o de la situación crítica, que lleva a la creencia de que el estresor puede ser controlado. Las segundas consisten en el intento de disminuir o eliminar las emociones negativas suscitadas por un estresor.

En una revisión de la definición del concepto estrategias de afrontamiento (Krzemien, 2010), se halló que existen diferencias en la consideración de este término en cuanto a los diferentes tipos de estrategias y no habría una respuesta uniforme en cuanto a la clasificación de las mismas. Sin embargo, si bien existen numerosas clasificaciones del afrontamiento, la mayoría de los autores (Aldwin & Revenson, 1987; Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Lazarus & Folkman, 1986; Moos, 1988; Páez, 1993; Góngora, Coronado y Reyes Lagunas, 1999) concuerdan en distinguir tres estilos, como modalidades o dominios del afrontamiento: cognitivo, conductual y emocional, según esté dirigido a: La valoración -afrontamiento cognitivo- que es un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable. Este dirigido al problema -afrontamiento conductual- que es la conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias. Y por último dirigido a la emoción -afrontamiento emocional-, que es la regulación de los aspectos emocionales y un intento de mantener el equilibrio afectivo.

En síntesis, se puede afirmar que las estrategias de afrontamiento constituyen un conjunto de procedimientos o actividades, generalmente conscientes e intencionales, que guían la acción hacia el logro de metas adaptativas (Pressley, 1985). Se trata de emplear estratégicamente las capacidades cognitivas y la motivación para la adaptación a cada situación, lo cual supone considerar los procesos del pensamiento que intervienen en el afrontamiento a situaciones, las reacciones emocionales y su concreción en decisiones y acciones.

## **Afrontamiento efectivo y adaptación.**

Los conceptos afrontamiento y adaptación no sólo están asociados desde la evidencia empírica y clínica sino también teóricamente. Según la Encyclopedia of Psychological Assessment (Sutama, 2007) la adaptación es un amplio constructo que involucra diversos aspectos del comportamiento humano, mientras que el afrontamiento se refiere a los distintos medios o recursos de una persona para lograr o mantener la adaptación.

El empleo de estrategias de afrontamiento efectivas debiera permitir la adaptación psicológica y el ajuste social a pesar de la crisis, de acuerdo a la numerosa evidencia empírica existente que confirma la relación entre la adaptación a situaciones críticas y el uso de estrategias de afrontamiento efectivas (Aldwin & Revenson, 1987; Billings & Moos, 1981; Bouchard, 2003; Moos & Schaefer, 1991; Brissette, Scheier & Carver, 2002; Cardenal y Fierro, 2001; Font Guiteras, 1990; Hamarat, Thompson, Steele, Matheny & Simons, 2002; Lazarus & Folkman, 1986; Livneh & Wilson, 2003, Park, Mills-Baxter & Fenster, 2005, Ziegelmann & Lippke, 2007).

En general, la finalidad adaptativa del uso de las estrategias de afrontamiento consiste en (Lazarus & Folkman, 1986; Laux & Weber, 1991):

1. Resolución de situaciones o problemas
2. Preservar un balance emocional o regulación de las emociones
3. Protección de la autoestima, preservar una imagen de sí mismo satisfactoria y mantener el sentido de competencia personal
4. Mantener relaciones sociales
5. Prepararse para futuras situaciones críticas.

Varios autores (Gatz, Bengtson & Blue, 1990; Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990; Laux & Weber, 1991) consideran que el afrontamiento adaptativo comprende tres conductas:

1. Manejar la situación (resolviendo problemas o buscando ayuda)
2. Modificar el significado o evaluación de la situación (focalizarse en el crecimiento de la propia existencia, utilizar el optimismo, etc.)
3. Manejar los síntomas del estrés (encontrar actividades de ocio, buscar soporte social y encontrar un lugar seguro para expresar frustraciones)

En general, las formas de afrontamiento activas (*active coping-style*) se refieren a esfuerzos para manejarse directamente con el suceso conflictivo y son usualmente descriptas como efectivas. Las formas pasivas (*passive coping-style*) consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evitación y negación, consideradas como menos efectivas y desadaptativas, (Aldwin & Revenson, 1987; Brissette, Scheier & Carver, 2002; Lazarus & Folkman, 1986). De todos modos, Carver y colaboradores (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) consideran la efectividad de las estrategias de afrontamiento según sean funcionales a la situación a afrontar o como etapa vital, indistintamente si son pasivas o activas.

En síntesis, la mayoría de los autores más representativos en este campo diferenciaron a las estrategias según fuesen adaptativas y desadaptativas (Lazarus & Folkman, 1986; Carrobbles, Remor & Rodríguez Alzadora, 2003; Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Aldwin & Revenson, 1987; Krzemien y Urquijo, 2007). Existe consenso en que la eficacia de las estrategias de afrontamiento descansa en su capacidad de adaptación, es decir, en la habilidad para manejar y reducir el malestar. Se suele aceptar que las estrategias de afrontamiento son eficaces si contribuyen al bienestar psicológico y al estado de salud de la persona (Snyder, 1999).

### **Afrontamiento disposicional y situacional.**

En la conceptualización del afrontamiento a situaciones críticas han existido dos planteamientos teóricos genéricos dentro del estudio del comportamiento humano: las posturas disposicional y contextual. Ambas posturas han recibido suficiente apoyo empírico (Bouchard, 2003). Los modelos psicodinámicos y psicoanalíticos representan la primer postura, y el modelo dinámico transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1986) es el prototipo de la vertiente contextualista.

La aproximación disposicional asumió que factores relativamente estables de la personalidad afectan y condicionan las conductas de afrontamiento, así se habla de estilos de afrontamiento, relativamente estables (Bouchard, Guillemette & Landry-Léger, 2004; Moos, Holahan & Beutler, 2003; Mc Crae & Costa, 1986). Existe vasta evidencia empírica acerca de la relación entre estrategias de afrontamiento y rasgos de personalidad (Bouchard et al., 2004; Brissette et al., 2002; Bosworth, Bastian, Rimer & Siegler, 2003; Carver, Scheier & Weintraub,

1989; Vollrath, Torgersen & Alnaes, 2001). Bolger (1990) ha sostenido que (...) “el afrontamiento es la personalidad en acción bajo el estrés” (p. 525).

La perspectiva contextualista dio por sentado que los aspectos ligados a la evaluación de la situación y los recursos externos son los que determinan la elección y uso de las estrategias de afrontamiento. En esta última línea se destacan los postulados situacionistas de los autores como Parker y Endler, (1996); Lazarus y Folkman (1986). Hay evidencia empírica que los factores estables de la personalidad explican una porción significativa del comportamiento de afrontamiento, pero también los factores situacionales (naturaleza del evento y evaluación de la situación) influencia el afrontamiento (Terry, 1994).

Esta cuestión, aún pendiente en la investigación acerca del afrontamiento, supone la indagación acerca de si los factores situacionales influyen en el afrontamiento o el afrontamiento varía de acuerdo con factores personales como la estructura de personalidad, la modalidad de interacción social, las motivaciones, las creencias personales y los mecanismos personales regulatorios.

Lazarus y Folkman (1984), mencionan la noción de proceso de afrontamiento, para dar cuenta de un conjunto de estrategias que pueden volverse más o menos estables a lo largo del tiempo, pero que también pueden modificarse de acuerdo a las demandas de la situación y las evaluaciones que el sujeto hace de ellas. Este modelo considera las observaciones y valoraciones relacionadas con el contexto específico del afrontamiento. Los pensamientos y acciones de afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares. Para comprender y evaluar el afrontamiento es necesario conocer aquello que el individuo afronta. Esta concepción supone que la interacción de la persona y su entorno afectan el afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1986), se centran en los procesos cognitivos que median entre la situación crítica y la respuesta de la persona y proponen que la selección y uso de estrategias de afrontamiento dependa de la apreciación cognitiva que el sujeto haga de la situación a afrontar, es decir, de la evaluación o valoración del suceso como potencialmente crítico (Lazarus, 1999; Smith & Lazarus, 1993). Estos autores distinguen una evaluación primaria, la cual se refiere a las ideas y juicios relativos al impacto o significación subjetiva de la situación crítica, y una evaluación secundaria, que alude a las ideas o juicios respecto a los recursos o posibilidades de enfrentar la situación.

Como señalan Holahan et.al. (1996), actualmente, se tiende a posturas integradoras a partir de las cuales se asume que tanto los factores de la personalidad como los situacionales son aspectos complementarios para describir el afrontamiento



## **Estrategias de afrontamiento.**

Las estrategias de afrontamiento de acuerdo al modelo teórico de Carver (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Carver, 1997) se describen a continuación y se presenta en la Tabla 1 la clasificación de las mismas.

1. **Autodistracción:** es una forma de escape o distanciamiento del estresor, descompromiso conductual, es decir, supone la centración en tareas y actividades como modo de pensar menos en el problema y distraer la atención de la situación crítica, puede ser a través de la fantasía, dormir más de lo habitual, mirar TV, ir de compras, enfocarse en tareas sustitutorias.
2. **Afrontamiento conductual activo:** conductas dirigidas a resolver la situación y confrontar las dificultades. Supone una serie de acciones encaminadas a eliminar el problema o bien reducir sus efectos.
3. **Negación:** supone una forma de evitación cognitiva, negándose a creer o rechazando la realidad de la situación crítica.
4. **Consumo de sustancias:** implica un tipo de evitación conductual por el cual se intenta deshacerse de la situación problemática o sus efectos mediante alcohol o drogas o sobremedicación.
5. **Apoyo emocional:** supone la búsqueda de apoyo social, contención emocional y comprensión de otras personas. El apoyo o soporte social incluye la comunicación abierta, sosiego y sostén afectivo.
6. **Apoyo instrumental:** intento de contar con una ayuda tangible, material, guías de actuación, información o consejo acerca de la situación crítica.
7. **Abandono de resolución / Renuncia:** se refiere al descompromiso conductual, de tal forma que se dejan que las cosas sigan su curso sin realizar ninguna acción al efecto de la resolución de la situación crítica.
8. **Descarga emocional:** comunicación catártica del estado emocional como forma de eliminación de las emociones negativas elicítadas por el problema. Supone centrarse en el propio estado emocional y el desahogo de las emociones.
9. **Reinterpretación o reformulación positiva:** reevaluación del suceso crítico como forma de revocación voluntaria, controlable y vinculada a buscar un sentido al problema, mediante

la reinterpretación o atribución de un nuevo significado positivo. Supone un aprendizaje a partir de la experiencia de atravesar por la situación, y muchas veces, un crecimiento personal.

10. Planificación: incluye formas de determinar los pasos de acción, elaborar una estrategia, suponiendo que la situación crítica puede ser controlada y sus consecuencias previsibles en alguna medida.
11. Optimismo: se refiere a la consideración de la situación negativa restándole importancia o aliviando sus efectos críticos.
12. Aceptación: supone el reconocimiento de la realidad de la crisis y de la responsabilidad propia sobre la situación, pudiendo ser una aceptación activa o pasiva.
13. Religión: es la búsqueda de soporte afectivo y espiritual mediante la depositación de la esperanza en creencias religiosas.
14. Autocrítica: implica el reconocimiento de las limitaciones propias para hacerse cargo de la situación, y formas de culpabilización.

Tabla 1. Estrategias de afrontamiento de acuerdo al modelo teórico de Carver (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Carver, 1997).

Estrategias de afrontamiento	
Problema	Afrontamiento activo
	Planificación
	Apoyo instrumental
	Renuncia o supresión de la resolución
Emoción	Apoyo emocional
	Reinterpretación positiva
	Optimismo
	Aceptación
	Religión

Evitativo / Desadaptativo	Autodistracción Uso de sustancias Descarga emocional Negación
Autoculpa	

Los teóricos del afrontamiento asumieron que esta diferencia en las respuestas adaptativas resulta de los esfuerzos o estrategias de afrontamiento para manejar las demandas que son evaluadas como excedentes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986).

Determinadas estrategias de afrontamiento activo orientadas a confrontar la situación crítica son usualmente descritas como adaptativas; mientras que aquellas denominadas pasivas, consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evitación y son consideradas desadaptativas (Aldwin & Revenson, 1987; Ben-Zur, 1999; Brissette, Scheier & Carver, 2002; Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Lazarus & Folkman, 1986; Livneh & Wilson, 2003). Entonces, la elección y uso de ciertas estrategias de afrontamiento redundan en la capacidad adaptativa del individuo a la situación de crisis.

Si bien existen numerosas clasificaciones del afrontamiento, la mayoría de los autores (Aldwin & Revenson, 1987; Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Lazarus & Folkman, 1986; Moos, 1988) distinguen tres dominios del afrontamiento: cognitivo, conductual y emocional, según se oriente a la apreciación cognitiva de la situación crítica, al intento de resolución del problema, y/o a la regulación de las emociones suscitadas. (Tabla 2) Estrategias de afrontamiento según la modalidad y el nivel de adaptabilidad. (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Carver, 1997).

Tabla 2. Estrategias de afrontamiento según la modalidad y el nivel de adaptabilidad.

	Activo	Pasivo / Evitativo
Conductual	Afrontamiento activo	Renuncia o supresión de la resolución
	Planificación	Autodistracción
	Apoyo instrumental	Uso de sustancias
Cognitivo	Reinterpretación positiva	Negación
	Optimismo	Religión
	Aceptación	Autoculpa

Carver, Scheier y Weintraub (1989), en concordancia con los planteos de Lazarus y Folkman (1986) y de Moos (1988), han desarrollado un modelo integrador de estilos y estrategias de afrontamiento y un instrumento de medición (COPE Inventory), discriminando tres escalas conceptualmente diferentes: 1. Afrontamiento enfocado al problema, 2. Afrontamiento enfocado a la emoción y 3. Afrontamiento desadaptativo.

Lazarus y Folkman (1986) en su modelo transaccional del afrontamiento como interacción persona-ambiente, proponen que la selección y uso de estrategias de afrontamiento depende de la apreciación cognitiva que hace el individuo de la situación, es decir, de la evaluación o valoración del suceso como potencialmente crítico.

### **Apreciación Cognitiva**

La apreciación cognitiva es la evaluación o valoración del suceso como potencialmente crítico que hace la persona (Lazarus & Folkman, 1986). Incluye dos tipos de evaluaciones: Primaria: significación personal otorgada a la situación crítica; y Secundaria: valoración de los recursos con los que cuenta la persona para resolver esa situación según la evaluación primaria. Existe acuerdo en suponer que en situaciones apreciadas como controlables y susceptibles de cambio, se tiende a emplear estrategias conductuales u orientadas al problema; mientras que si aquellas son evaluadas como de escaso control por parte del sujeto o irreversibles, se tiende a usar estrategias orientadas a la emoción (Bouchard y cols, 2003).

Desde el paradigma cognitivo en el campo de afrontamiento se destaca la importancia de las representaciones y pensamientos al influir en los comportamientos de los sujetos. Es creciente el interés en el campo de la salud acerca del rol mediador de la apreciación cognitiva y su respuesta adaptativa al medio (Carver et al., 2000). El concepto de evaluación cognitiva es considerado como aquel proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocara en el individuo (Lazarus & Folkman, 1986).

Lazarus y Folkman (1986) sostienen que el afrontamiento depende, en gran medida de las peculiaridades de la apreciación cognitiva de la situación a afrontar. En este sentido, existen evidencias de que aquellas situaciones valoradas como de escaso control interno suelen orientar al uso de estrategias pasivas y centradas a la emoción, más que de estrategias de afrontamiento activo y centrado en el problema (Krzemien, 2007).

Mientras que la apreciación cognitiva de los cambios sentidos como estresantes, amenazas o castigos contribuyen a desencadenar efectos negativos en la salud física y psíquica (Matheny & Kern, 1984), las situaciones apreciadas como pérdidas, percibidas como hechos naturales de la vida e incluso como desafíos, parecen funcionar como amortiguador de las demandas críticas, reduciendo el nivel de ansiedad para poner en funcionamiento estrategias de afrontamiento que resulten eficaces para adaptarse a la situación (Krzemien, 2007).

La escala de apreciación cognitiva (Lazarus & Folkman, 1986) evalúa la apreciación cognitiva o percepción subjetiva de la situación crítica y de los recursos para afrontarla, siguiendo el modelo de Lazarus y Folkman (Cognitive-appraisal model of coping, 1986). Consiste en dos escalas: 1. Evaluación primaria: significado de la situación, percepción de la posibilidad de cambio o resolución, y control interno, y 2. Evaluación secundaria: percepción de los recursos propios. Primero, los participantes describen el significado o valoración de la situación en términos de pérdida/daño, amenaza o desafío. Segundo, se indaga el grado de control de la situación percibido por el sujeto en una escala de 3 puntos (escasamente, medianamente o casi totalmente controlable) y se evalúa cómo la situación es considerada según cuatro opciones de respuesta: a) algo que puedo cambiar, b) algo donde no puedo hacer nada, c) algo que debo aceptar o acostumbrarme, d) algo que requiere de más información para saber qué hacer (Chovan & Chovan, 2001).

## **Regulación Emocional**

La regulación emocional fue definida como la activación y utilización de determinadas estrategias que los individuos ponen en marcha para modificar el curso, la intensidad, la calidad, la duración y la expresión de las experiencias emocionales, en pos del cumplimiento de objetivos individuales, (Garber, Dodge, 1991; Gross, 1998b; John & Gross, 2007; Thompson, 1994). El modelo de Gross (1998) del proceso de la emoción y regulación emocional sostiene que la emoción comienza con una evaluación de señales contextuales externas e internas. Cuando son atendidas y evaluadas, estas señales desencadenan un conjunto coordinado de tendencias de respuesta emocional que se manifiestan a nivel subjetivo, comportamental y fisiológico. Una vez que estas tendencias de respuesta se "disparan" se pueden modular de diversas maneras. Las estrategias de regulación emocional pueden ser diferenciadas en función del momento en el que se despliegan en el proceso de generación de una respuesta emocional, es decir, en función del momento en el cual tienen su principal impacto en el proceso de generación de la emoción (Gross, 1998a). A nivel general, este

modelo distingue entre estrategias de regulación emocional focalizadas en el antecedente y estrategias focalizadas en la respuesta. Las estrategias focalizadas en el antecedente se refieren a las estrategias que se realizan antes de que las tendencias de respuesta emocional estén completamente generadas y modifican la tendencia de respuesta subjetiva, comportamental y fisiológica. Las estrategias focalizadas en la respuesta se refieren a las estrategias que se implementan una vez que las tendencias de respuesta ya han sido generadas (Gross, 2001).

La supresión de la expresión emocional (SEE) es una de las estrategias de regulación emocional focalizada en la respuesta que mayor soporte empírico y emocional ha recibido y se refiere a la inhibición del curso expresivo, comportamental de la experiencia emocional, (Gross, 1998a) esta estrategia modifica el componente comportamental de la respuesta emocional sin reducir la experiencia subjetiva de emoción negativa; se trata de una estrategia de regulación que adviene relativamente tarde en el proceso de generación de la emoción, por lo que requiere que el individuo esté continuamente y de manera esforzada manejando la respuesta expresiva emocional. Se considera que estos esfuerzos repetidos consumen recursos cognitivos que de otro modo podrían ser utilizados para un rendimiento óptimo en los contextos sociales en los que las emociones surgen (Gross & John, 2002, 2003; John & Gross, 2007; Jackson et al. 2003; Ochsner, 2002). La utilización diferencial de estrategias de regulación emocional resulta un componente esencial del bienestar psicológico, teniendo en cuenta que los sujetos están expuestos en la cotidianidad a estados de tensión de distinta magnitud (John & Gross, 2004). Los estudios que han explorado los tipos de expresividad emocional (EE), han encontrado dos facetas que representan el nivel típico de modulación del comportamiento expresivo en lugar de una faceta general. Por un lado, la expresividad negativa (EN) que se refiere al grado en que la tendencia de respuesta emocional negativa es expresada comportamentalmente y por otro, la expresividad positiva (EP) que se refiere al grado en que la tendencia de respuesta emocional positiva es expresada comportamentalmente (Gross & John, 1997).

En general, hablamos de regulación emocional como un proceso eminentemente eficaz y adaptativo: las personas buscan mantener un bienestar subjetivo en base al modelo de incremento – decremento de la afectividad positiva y negativa, respectivamente. Es decir, ésta puede entenderse como la capacidad de disminuir la intensidad y el displacer del afecto negativo, aumentando también el positivo, y la de reforzar la agradabilidad y el control de la experiencia afectiva. Puede lograrse mediante estilos de afrontamiento probablemente efectivos como son la Resolución de Problemas Planificada y la Reestructuración Cognitiva o

Reevaluación Positiva, así como con la Expresión Emocional Autorregulada y la Búsqueda de Información.

Dentro del campo del afrontamiento, se ha diferenciado una forma de aproximación emocional constructiva, (experiencia, entendimiento y expresión emocional) de las formas de afrontamiento centradas en la emoción que reflejan una descarga incontrolable de emociones negativas (ventilación emocional) (Stanton, Danoff-Burg, Cameron & Ellis 1994; Folkman & Moskowitz, 2004). Así, para Skinner et al. (2003) la regulación emocional se definiría por los intentos activos de influir sobre el distress emocional y expresar constructivamente las emociones en el momento y lugar adecuados, de manera que los recursos sociales que la persona tiene disponibles queden protegidos y sin que la confianza en uno mismo disminuya. Esta categoría formaría parte de actividades de autocontrol junto con conductas de autorregulación en la que se incluirían el auto-reconfortarse o tranquilizarse a uno mismo, el control emocional, la relajación y la expresión emocional. También puede clasificarse dentro de la familia de afrontamiento mediante control primario, junto con la resolución de problemas (Skinner et al. 2003, citado en Campos et al. 2004).

Larsen recoge los siguientes estilos de regulación de la Afectividad Negativa:

Distracción de sucesos o emociones negativas, evitación de pensamientos repetidos o rumiación; ventilación de la afectividad negativa, catarsis; supresión o inhibición de la expresión de la afectividad negativa, reevaluación cognitiva o búsqueda de significado en los hechos negativos; comparación social hacia abajo; acciones dirigidas hacia el problema o planificación de evitar problemas en el futuro; auto-reconfortarse, pensar en o realizar actividades placenteras; manipulación fisiológica como hacer ejercicio, relajarse, comer; socializar, buscar comodidad, ayuda o consejos en otros; retirarse, aislarse, pasar tiempo solo.

En relación con la regulación de la Afectividad Positiva: Estrategias como la gratitud, bendecirse a uno mismo o focalizar en las áreas vitales que nos van bien; ayudar a otros, realizar actos bondadosos; expresar emociones positivas, utilizar el sentido del optimismo y la risa, serían útiles para su mantenimiento o incremento.

Para Gross (1999) la regulación emocional se refiere a aquellos procesos internos y externos responsables de la influencia que ejercemos sobre nuestras emociones, sobre cuándo la tenemos y sobre cómo las experimentamos y las expresamos. De este modo podemos evaluar, supervisar y modificar las reacciones emocionales que experimentamos con el objeto de alcanzar nuestros objetivos (Gross, 1999; Thompson, 1994). Para este autor la emociones comenzarían con una evaluación de las señales emocionales de manera que a través de la atención que se les presta y la manera en cómo se evalúan, dichas señales desencadenarían un

conjunto coordinado de tendencias de respuestas que implicarían los sistemas experiencial, conductual y fisiológico. Una vez que dichas tendencias de respuestas surgen, pueden ser moduladas de varias maneras. Ya que la emoción se desarrolla en el tiempo, las estrategias de regulación emocional pueden distinguirse en términos de cuando tienen su impacto primario en dicho proceso generativo de emoción.

Así se distinguirían entre estrategias de regulación emocional centradas en los antecedentes de la emoción – impactan antes de que las tendencias de respuesta emocional hayan sido activadas y hayan cambiado nuestro comportamiento y la respuesta fisiológica -, y los focalizados en la respuestas emocionales - esto es, en lo que hacemos una vez que la emoción ha aflorado y después de que las tendencias a responder ya han sido generadas. Las primeras harían alusión a 4 familias del proceso de regulación de emociones: 1. La regulación de las emociones a partir de la selección de la situación con la que se inicia el proceso generativo de la emoción – evitar o aproximarse a ciertas personas, lugares o actividades. 2. La modificación de ésta con el fin de adaptarse a ella, es decir, modificar su impacto emocional creando diferentes situaciones. 3. El despliegue de la atención con el fin de seleccionar en que aspectos de la situación debemos focalizarnos, y 4. El cambio de pensamientos o cogniciones que hace referencia a la construcción de uno de los muchos posibles significados que pueden ser vinculados con ese aspecto.

La reevaluación cognitiva se refiere a la regulación de la experiencia emocional mediante el cambio de los contenidos de lo que uno piensa después de que la emoción ha sido despertada o reevaluando el estímulo que la ocasiona. Esta estrategia implicaría un cambio mental que consiste en llegar a construir una situación potencialmente generadora de emociones de tal manera que cambie su impacto emocional original. Lazarus y Folkman (1984) y Gross y John (2002) han mostrado que no es la situación/estímulo por sí mismas sino la evaluación cognitiva de dichos estímulos y de los recursos disponibles que uno posee para afrontarlos lo que es responsable de la emoción generada. Parece primordial poder modificar cómo se percibe la situación de cara a ajustar la respuesta emocional. La situación psicológicamente relevante que desencadena el proceso puede ser externa y por lo tanto físicamente específica. Pero también pueden ser internas, basadas en representaciones mentales.

Para definir la naturaleza de la tendencia a actuar de una emoción se necesita hacer referencia al contexto en el que ésta tiene lugar. Siguiendo el modelo de Gross y John (2002) una vez que la emoción ya ha surgido, puede intentarse regular la respuesta emocional haciendo uso de la supresión expresiva, es decir inhibiendo el curso del comportamiento emocional



expresivo o lo que es lo mismo, mediante el control o la neutralización del comportamiento emocional. Con la intención de mostrar las emociones apropiadas en una situación dada – sobre todo de corte social - a veces, las personas deben inhibir o suprimir sus sentimientos.

Las estrategias que han recibido mayor apoyo empírico son la reevaluación cognitiva y la supresión de la expresión. La reevaluación cognitiva hace referencia a la construcción de nuevos significados con el objetivo de neutralizar el impacto emocional negativo o de amplificar el resultado emocional positivo de un evento o su resultado. La supresión de la expresión se refiere a la inhibición del curso expresivo comportamental de la experiencia emocional. Esta estrategia modifica el componente comportamental de la respuesta emocional sin reducir la experiencia de la emoción negativa (Gross & John, 2002, 2003; John & Gross, 2007; Jackson, Mueller, Dolsky, et al., 2003; Ochsner & Gross, 2014).

La predisposición para adquirir y ejecutar determinadas estrategias de regulación emocional está relacionada con los precursores temperamentales que el individuo trae al nacer. Los resultados de investigaciones en variables temperamentales sugieren que las diferencias individuales en la reactividad y regulación emocional poseen fuertes bases genéticas y se manifiestan ya en etapas tempranas de la vida del niño (Rothbart, Ahadi & Evans, 2000). Estas predisposiciones afectivas de base, se ven reflejadas en los factores de personalidad propuestos por la taxonomía de los Cinco Grandes (John & Srivastava, 1999) y constituyen los precursores de la reevaluación y la supresión porque tornarían más fácil o más difícil la adquisición y ejecución de dichas estrategias (John & Gross, 2004). Por otra parte, la adquisición y utilización diferencial de las estrategias de regulación emocional posee repercusiones importantes para las evaluaciones que realicen los sujetos respecto a su grado de bienestar o malestar psicológico. La regulación emocional resulta entonces un componente imprescindible del bienestar psicológico, teniendo en cuenta que los sujetos están expuestos en su curso vital a estados de tensión de distinta magnitud (John & Gross, 2004). El término bienestar psicológico alude a un constructo de naturaleza multidimensional en el que se destaca la importancia que tienen los estados emocionales para la salud mental, el desarrollo y el comportamiento del individuo (Bridges, Margie, Zaff & Moore, 2001; Lazarus, 1991; Thompson, 1990).

Los síntomas depresivos se disparan o exacerban frente a las respuestas negativas dadas a los cambios o las pérdidas; en este sentido, la reevaluación debería ejercer un efecto protector contra ellos. Por su parte, la supresión, al generar una sensación de discrepancia entre la experiencia interna y la expresión real, se ha relacionado con problemas de ajuste emocional.

Los individuos que utilizan mayormente esta estrategia sienten más cantidad de emociones negativas, poseen menor apoyo social y menos estrategias de afrontamiento

efectivas, todo lo cual incrementaría su riesgo de padecer altos niveles de depresión (John & Gross, 2004; Durbin & Shafir, 2007). La ansiedad, varía su intensidad en relación al uso diferencial de estrategias de regulación emocional. La supresión, generalmente, no resulta tan efectiva para disminuir la activación del arousal y de hecho, podría estar potencialmente vinculada al aumento de ansiedad (Gross & John, 2003; Kashdan & Steger, 2006; Garnefski, Rieffe, Jellesma, Terwogt & Kraaij, 2007). Finalmente, con la reevaluación se asocia mayor experiencia de emociones positivas y de intercambios sociales favorables, lo cual conlleva mayor satisfacción vital y niveles de autoestima. Se ha observado que aquellos individuos en los que predomina la supresión tienden a vivenciarse a sí mismos como inauténticos, a ofrecer una falsa imagen a los otros y a rumiar constantemente sobre eventos que les provocan sentimientos negativos sobre sí mismos, lo que predispondría a niveles bajos de autoestima (Caprara & Steca, 2005; Gross & John, 2003).

La autorregulación emocional es la capacidad de dirigir y manejar las emociones en forma eficaz, dando lugar a la homeostasis emocional y evitando respuestas poco adecuadas en situaciones de ira, provocación o miedo. Supone también percibir el propio estado afectivo sin dejarse arrollar por él, de manera que no obstaculice el razonamiento y permita tomar decisiones acordes con valores y normas sociales y culturales (Fox & Calkins, 2003). La autorregulación o autocontrol emocional suele iniciarse con un proceso de atención y de reconocimiento de las propias emociones. El autocontrol no hace referencia a una represión, sino a que los sentimientos y emociones estén en mayor relación y consonancia con las circunstancias del momento. Este proceso beneficia las relaciones interpersonales, posibilita un mayor control de las situaciones y genera estados de ánimo más positivos (Roche Olivar, 1998, 1999). En la actualidad las definiciones de autorregulación emocional se han centrado en los beneficios y ventajas a nivel adaptativo, lo cual implica la capacidad de ajustar el estado emocional a la realidad. Esta adaptación al ambiente muestra el carácter flexible de la autorregulación emocional, lo cual dista del rígido concepto de control de emociones o impulsos (Ato Lozano et al., 2004). En esta línea Nathan A. Fox (1994, 2003) destaca que la autorregulación emocional es una habilidad para modular el afecto, al servicio del respeto a normas definidas social y culturalmente. Las personas prefieren algunos estados emocionales más que otros, siendo la autorregulación emocional lo que permite que se den ciertos estados preferidos por el sujeto (Higgins, Shah & Friedman, 1997; Bonano, 2001). Higgins y colaboradores distinguen tres principios fundamentales de la autorregulación emocional:

- Anticipación regulatoria: teniendo en cuenta las experiencias previas, las personas pueden anticipar el placer o malestar que puede causarles determinada situación, generando esto motivaciones de acercamiento o evitación a determinadas realidades.

- Referencia regulatoria: ante una misma situación puede tenerse un punto de referencia positivo o negativo. La motivación es la misma pero en un caso es movida por algo positivo y en otro por algo negativo.

- Enfoque regulatorio: distinguen enfoque de promoción y enfoque de prevención; distinguiendo aspiraciones y autorrealizaciones como promoción y responsabilidades y seguridades como prevención.

Gross y John (2002) describen cinco puntos en los que la persona puede intervenir para autorregularse emocionalmente: 1. Seleccionando la situación: se refiere a la aproximación o alejamiento deliberados de determinados ámbitos, personas u objetos, con el objeto de influenciar las propias emociones. 2. Modificando la situación: la persona se adapta para modificar su impacto emocional. 3. Despliegue atencional: la persona centra su atención en un determinado aspecto de la realidad. 4. Cambio cognitivo: significa elegir uno de los muchos posibles significados de una determinada situación. 5. Modulación de la respuesta: influenciar las tendencias de acción una vez que se han elicitado.

Las cuatro primeras opciones estarían centradas en los antecedentes, mientras que la última estaría centrada en la respuesta emocional.

El proceso de autorregulación emocional estaría enmarcado dentro del proceso general de autorregulación psicológica, mecanismo del ser humano que le permite mantener constante el balance psicológico.

Esta autorregulación psicológica según Piaget e Inhelder (1981) está controlada por una regulación de segundo orden, la voluntad. Explica que el sujeto no desecha una determinada configuración afectiva sino que la supera y cambia el punto de vista, de tal forma que aparezcan relaciones que antes no se mostraban; con esto se realiza una analogía entre la voluntad y la descentración (liberarse de la configuración perceptiva para que aparezcan relaciones que no están dadas en un comienzo).

La capacidad de la persona de autorregularse emocionalmente será tenida en cuenta tomando como referencia sólo dos de sus dimensiones que fueron seleccionadas por los autores de la presente investigación de acuerdo a los objetivos planteados, a saber:

- Control ante situaciones externas adversas: definida como el manejo activo y positivo de las situaciones estresantes, frustrantes o adversas. Supone la capacidad de autocontrol para resistir, soportar e influenciar las situaciones problemáticas o de crisis sin dejarse llevar por

estados emocionales intensos, eligiendo cursos de acción y resolución efectivos desde una postura optimista con respecto a los recursos propios y hacia las nuevas experiencias y cambios en general.

- Control de los impulsos: definido como la habilidad para resistir o posponer la consecución de un impulso, energía, o tentación de actuar. La aceptación y control de los impulsos predispone a una conducta más responsable y serena.

Por otro lado, cuando estos mecanismos no funcionan, la baja tolerancia a la frustración y el enojo en el control de los problemas, entre otros, pueden llevar al sujeto a una pérdida del control de sí mismo, actuando de manera explosiva e impredecible y/o abusiva (Gómez Dupertuis y Moreno, 1999).

## **Cáncer**

La organización mundial de la salud considera el cáncer como un término genérico para definir un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Una de las características que lo define es la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis (OMS, 2010).

A nivel psicológico, recibir un diagnóstico de cáncer y pasar por un tratamiento del mismo, supone un hecho estresante que puede acarrear alteraciones emocionales secundarias (Bárez, Blasco y Fernández, 2003). Otros autores señalan que ciertos modos específicos de manejar las emociones predisponen en mayor medida al inicio y progresión de la enfermedad (Gross, 1989).

El cáncer causa un crecimiento anormal de células en el cuerpo. Normalmente, las células del cuerpo se organizan en su división y crecimiento, cuando estas células se ven afectadas por el cáncer crecen sin control, dañando los tejidos del cuerpo e interrumpiendo el funcionamiento normal de los órganos del mismo. Este crecimiento celular anormal a menudo causa tumores que, cuando se deja sin tratamiento, pueden crecer y diseminarse. La propagación de los tumores a nuevos lugares en el cuerpo se llama metástasis. Algunos cánceres, tales como cánceres del sistema sanguíneo y linfático, no forman tumores, pero de igual forma interfieren con el funcionamiento de estos sistemas

Mientras que los adultos son propensos a desarrollar cáncer de pulmón, de colon, de mama, próstata y de páncreas, los niños tienden a desarrollar diferentes tipos de cáncer. (Hoida & McDougal, 1998)

## **Aspectos Biológicos del cáncer**

### **Etimología.**

Etimológicamente el término Cáncer proviene del griego KanKros y significa literalmente cangrejo. Esta palabra se empezó a utilizar porque la forma y la estructura de los tumores que se observaron en tiempos de Hipócrates (médico griego del siglo V A.C) recordaba a este animal: un cuerpo central del que se desprenden ramificaciones (Cortés, 2010).

De la misma manera, neoplasia es un término que viene del griego y que quiere decir neoformación o neocrecimiento, o lo que es lo mismo crecimiento excesivo de un tejido que forma una masa diferenciada, denominada tumor, que puede ser maligno o benigno (Cortés, 2010).

### **Epidemiología.**

El Cáncer es una enfermedad degenerativa que produce un deterioro tanto en el ámbito interno como externo del paciente, debido a que todos los tratamientos son altamente invasivos. Sin duda vivir y tratar el Cáncer es enfrentar un drama singular y altamente doloroso.

Según la Organización Mundial de la Salud, el Cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardíacas. Mientras que la muerte por las enfermedades cardíacas está disminuyendo en los países desarrollados, las muertes por Cáncer están aumentando, y se estima que esta será la primera causa de muerte a lo largo del siglo (American Cancer Society, 2011).

En estudios de mortalidad infantil, Buenos Aires muestra los mismos índices que los países desarrollados. Los resultados de estudios realizados en los principales hospitales de Buenos Aires, arrojan resultados similares a los de hospitales reconocidos de Europa. Sin embargo, no ocurre lo mismo en el resto de nuestro país, para la atención de niños con cáncer, ya que resulta insuficiente. Como consecuencia de esta situación, el diagnóstico y el acceso al tratamiento en tiempo y forma se ven seriamente dificultados (Fundación Kaleidos, 2010).

Sin embargo, y gracias al diagnóstico precoz, los avances en los diagnósticos y el mejor resultado de los tratamientos, aumenta cada vez más la supervivencia de las personas afectadas, es decir, se reducen las tasas de mortalidad global por cáncer.

Actualmente, la tasa de supervivencia general, (porcentaje de personas vivas en un determinado periodo de tiempo, generalmente 5 años después del diagnóstico o del tratamiento) del cáncer es aproximadamente de un 50%, y se están dedicando grandes esfuerzos a la investigación para tener tratamientos más curativos y con menos efectos secundarios.

Más del 40% de los cánceres se pueden prevenir, mientras que otros se pueden detectar en las primeras fases de su desarrollo y ser tratados y curados. Incluso, en etapas avanzadas de la enfermedad, se puede lentificar su progresión y controlar el dolor (Fundación Kaleidos, 2010).

La situación en nuestro país, en el caso de niños, según el Registro Oncopediátrico “En Argentina se diagnostican 1200 nuevos casos de cáncer infantil por año” (Fundación Kaleidos, 2010). Se puede afirmar que hoy se curan aproximadamente el 70% de los casos diagnosticados de cáncer infantil. Si tenemos en cuenta esta información se puede inferir que el 70% de los chicos restaura su estado de salud bajo ciertas condiciones, como: Acceder a un diagnóstico temprano, a un tratamiento adecuado en tiempo y forma, a un buen estado nutricional y a una red de apoyo socioemocional, esta estadística se transforma en la posibilidad de vida para muchos niños.

### **Etiología del Cáncer.**

Se sabe que todos los cánceres comienzan en la células, unidades básicas de vida del cuerpo. El cáncer es multicausal, es decir no se origina por una sola causa predisponente. Un 80% de cánceres no tienen una causa clara, por algún motivo ciertos genes empiezan a cambiar, se multiplican rápidamente y se convierten en malignos. El cuerpo está formado por muchos tipos de células. Estas células crecen y se dividen en una forma controlada para producir más células necesarias para mantener sano el cuerpo, cuando las células envejecen o se dañan, mueren y son reemplazadas por células nuevas (American Cancer Society, 2011). Las investigaciones científicas han demostrado que el cáncer es causado por alteraciones en los genes que controlan el crecimiento y la muerte normal de las células. Algunas veces este proceso se descontrola. El material genético ADN de una célula puede dañarse o alterarse, lo

cual genera mutaciones (cambios) que afectan el crecimiento y la división celular. Cuando esto acontece las células no mueren cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando el cuerpo no las requiere. Las células que sobran forman una masa de tejido, que es lo que se llama tumor. No todos los tumores son cancerosos ya que puede haber tumores benignos.

### **Prevención.**

Debido a que la exposición a carcinógenos (agentes que causan el cáncer) es el responsable de activar la mayoría de los cánceres humanos, las personas pueden reducir su riesgo de desarrollar cáncer siguiendo ciertos pasos para evitar dichos agentes. El primer paso en la prevención del cáncer es identificar los comportamientos o exposiciones a ciertos tipos particulares de carcinógenos y virus que representan el mayor peligro para desarrollar el cáncer (Insituto Nacional del Cancer, 2009).

### **Tratamiento.**

El tratamiento del cáncer requiere una cuidadosa selección de una o más modalidades terapéuticas como la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y el trasplante. El objetivo consiste en curar la enfermedad o prolongar considerablemente la supervivencia y mejorar la calidad de vida del paciente.

Una vez que se diagnostica esta enfermedad los hijos-pacientes deben comenzar una serie de intervenciones. La principal, llamada Quimioterapia, es un método por el que los medicamentos se usan para tratar el cáncer. Los medicamentos se administran por vía oral o por vía intravenosa, intramuscular o cefalorraquídeo fluido. La medicación llega a todas las áreas del cuerpo, por lo que funciona especialmente bien para cánceres que se han diseminado. La quimioterapia también mata células normales, sin embargo generalmente, este daño puede revertirse después de que la quimioterapia haya terminado, pero durante el tratamiento, el paciente puede experimentar efectos secundarios numerosos tales como pérdida de cabello, baja resistencia a la infección, pérdida de apetito, náuseas, problemas auditivos y llagas en la boca. En casos raros, algunos órganos pueden ser dañados, tales como el riñón, el hígado, los testículos, los ovarios, el cerebro, el corazón y / o los pulmones. Los fármacos adicionales a

menudo se prescriben para contrarrestar los efectos secundarios de la quimioterapia (Instituto Nacional del Cancer, 2009).

La radioterapia utiliza rayos X directamente en el sitio del cáncer para matar las células anómalas. La radioterapia externa es un método de radiación; utilizando este método, el paciente es expuesto a rayos de alta energía que son similares a los rayos X de diagnóstico, sólo que con una dosis mucho más fuerte. Con la radiación intersticial el material radiactivo se coloca directamente dentro del tumor. Los efectos secundarios de la radiación son la irritabilidad, los dolores de cabeza la fatiga, las náuseas, las reacciones en la piel, y las alteraciones intestinales.

Si el cáncer está en el cerebro y el tejido cerebral debe ser irradiado, generalmente, la cirugía es el método a utilizar e implica la extirpación del tumor. En algunos casos particulares con osteosarcoma, puede ser necesaria la cirugía de amputación, o en otros casos salvar el miembro es otra opción a través de una técnica mediante la cual se extrae parte del tejido del hueso y se reemplaza con injertos de tejido de otros huesos. Los posibles efectos secundarios de la cirugía son cicatrización de las heridas y también posibles infecciones. Además, si la quimioterapia o la radioterapia se han administrado después de la cirugía, el proceso de cicatrización de la herida puede estar disminuido (Instituto Nacional del Cancer, 2009).

En el trasplante de médula ósea (BMT) el paciente tiene removidas todas sus células de la médula ósea y de la sangre. El paciente recibe dosis altas de quimioterapia y a veces radiación para destruir las células cancerosas restantes, así como las células normales. Después de que el paciente se somete a estos tratamientos, recibe una transfusión de reemplazo de médula ósea, después de dicha transfusión, la médula ósea no funciona normalmente. El paciente debe permanecer en aislamiento protector hasta que la función normal de la médula ósea comience, lo cual puede tomar de dos a cuatro semanas (Phipps, 2002). El paciente está en riesgo de sufrir complicaciones graves o la muerte debido a la falta de funcionamiento de la médula ósea, a la terapia de alta intensidad, o al rechazo de donantes debido al desajuste (Granowetter, 1994).

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer se complementan con el apoyo psicológico. Mientras se someten a tratamientos contra el cáncer, los pacientes pueden experimentar tanto emocional como físicamente efectos secundarios. Kazak (1994) reconoce que la mayoría de los sobrevivientes de cáncer infantil no tienen problemas psicológicos clínicamente significativos. “Sin embargo, un subconjunto preocupante de los sobrevivientes tienen dificultades significativas, las cuales actualmente aún no están del todo investigadas”; (Kazak, 1994. Pp 179). Los investigadores han encontrado una variedad de estos problemas psicológicos en los jóvenes afectados por el cáncer.



## **Cuidados Paliativos.**

Cuidados Paliativos es una estrategia que permite aumentar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias asistiendo las enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de una temprana e impecable valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas, físicos, sicosociales y espirituales (OMS, 2010).

Los Cuidados Paliativos se brindan a través de un equipo multidisciplinario de salud, a personas enfermas y a sus grupos familiares. No son solo enfermos oncológicos, puede tratarse de cualquier tipo de enfermedad cuyas posibilidades de cura se hayan agotado luego del intento científico y racional aplicado a los tratamientos médicos asistenciales.

Estas enfermedades, tal cual lo especifica la Organización Mundial de la Salud, son amenazantes de vida, la mayoría de ellas terminales.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Analizar la relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento, la regulación emocional y la apreciación cognitiva de la enfermedad en padres con hijos que padecen cáncer.

### **Objetivos Específicos**

1. Describir y evaluar la apreciación cognitiva de la enfermedad de cáncer, las estrategias de regulación emocional, y las estrategias y estilos de afrontamiento predominantes en padres con hijos con cáncer.
2. Describir y analizar las relaciones entre la apreciación cognitiva, la regulación emocional, y las estrategias de afrontamiento.
3. Discriminar perfiles de afrontamiento activo y pasivo-evitativo, proporcionando una tipificación empírica de estilos de adaptación en padres con hijos con cáncer, para determinar las implicancias clínicas en su abordaje terapéutico.

## **Hipótesis**

Existirá una asociación entre la apreciación cognitiva de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento que utilizan los padres, de manera que:

Cuando la situación es percibida como un desafío de vida y medianamente controlable, los padres tenderán a usar estrategias de afrontamiento predominantemente activas y cognitivas.

Cuando la situación es percibida como pérdida y/o amenaza y de escaso control interno, los padres preferirán estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, y principalmente pasivas y evitativas.

El uso de estrategias de afrontamiento se hallará asociado a las estrategias de regulación emocional.

## **Metodología**

### **Características de la investigación**

El propósito último de esta tesis fue, mediante un diseño de investigación de carácter correlacional y transversal, obtener información que nos permita deducir conclusiones con respecto a las hipótesis planteadas.

Una investigación de carácter correlacional-transversal se propone establecer posibles relaciones entre las variables de estudio, de acuerdo a la literatura científica y evidencia previa, sin implicar causalidad, en un mismo grupo de participantes y en un determinado momento temporal dado.

El proyecto de investigación se ha desarrollado ajustándose debidamente al Plan de Trabajo propuesto, a fin de dar respuesta a la cuestión de investigación que motivó dicho proyecto, es decir, describir y analizar la relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento, la regulación emocional y la apreciación cognitiva de la enfermedad en padres con hijos que padecen cáncer. En este sentido, el objetivo general y los objetivos particulares han sido alcanzados y las actividades cumplimentadas.

Los datos obtenidos dan cuenta de la necesidad de continuar y profundizar en esta línea de investigación, dado el creciente interés en las últimas décadas desde las corrientes cognitivas en investigar las estrategias de afrontamiento de personas en situaciones críticas.

En general, las actividades cumplimentadas de acuerdo al Plan de trabajo fueron: actualización del estado de la cuestión; adquisición y revisión de material bibliográfico relevante y específico, intercambio con investigadores en este campo; revisión epistemológica del marco conceptual y esclarecimiento en la conceptualización de los constructos y las variables estudiadas a partir de la discusión de la literatura científica en el tema; muestreo, diseño y abordaje metodológico; las tareas relativas al desarrollo del plan y del trabajo de campo; administración de los instrumentos y recolección de datos; procesamiento y análisis de datos; discusión e interpretación de los resultados.

### **Muestra**

La muestra es de tipo no probabilística debido, a que no se recurre al azar sino que se realiza de manera intencional dependiendo de las características pertinentes al estudio en desarrollo. Está compuesta por 60 padres entre 21 y 55 años de edad, residentes de la ciudad de Mar del Plata, quienes fueron seleccionados intencionalmente según los siguientes criterios de inclusión: padres de hijos diagnosticados de cáncer, en algunos casos se trata de parejas de padres y en otros casos de madres o padres solos que asisten al Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata del área de Hematología. El 76.7 % fue de sexo femenino, y el 23.3% masculino. La edad del total de la muestra tiene una media de 35 años. Su estado civil es en mayor frecuencia casado o en pareja 55%, soltero 25%, divorciado 11, 7% y por último viudo/a 8, 3%.

En lo que se refiere a convivencia familiar el 88,3% se encuentra en pareja y familia, y el 11,7% se encuentran solos.

En cuanto al lugar de residencia el 68,3 % vive en zona de barrio, mientras el 31,7% en zona centro. Con respecto al nivel de instrucción la tendencia mayor es 51, 7% primario completo, 33, 3 % secundario completo, 8,3% tienen terciario, 3,3 % poseen estudios universitarios, y 3,3% son no escolarizados.

Con respecto a la ocupación el 48,3 % es ama de casa, el 20% es técnico, gestor o posee algún oficio, el 10% es empleado/a, el mismo porcentaje se reitera en personal de limpieza. En cuanto a las ocupaciones de comerciante, docente y profesional es de 1,7%, y el 6,7 % es desempleado.

En relación al diagnóstico, las categorías de cáncer que aparecen son: tumores 51,7% (linfoma de Hodgkin, neuroblastomas, glioblastoma), leucemias leves 38,3%, y leucemias de alto riesgo 10%. Al momento de la muestra, los padres se encontraban en periodos diferentes de tratamiento, menos de un año de tratamiento el 36,7%, entre 1 año y 3 años y once meses de tratamiento el 41,7%, y entre 4 años y 8 años y once meses de tratamiento el 21,7%.

Los datos acerca de los antecedentes familiares muestran que el 53,3 % algún integrante de la familia ha padecido cáncer, y un 46,7 % no presenta antecedentes de la enfermedad.

## **Recolección de datos**

Se realizó búsqueda, organización bibliográfica y revisión de las fuentes de información consultadas: libros, publicaciones científicas, documentos de organismos nacionales e internacionales, bases de datos informatizadas (SAGE Publication, SAGE eReference

Encyclopedia, Scielo, Latindex, Nexus Médica, SeCyT, Dialnet, Psicodoc, Latindex, Psiquiatría.com, PsycLit, Psyinfo, Psyarticles, Psicodoc, RedALyC, SciVee, etc.). Luego se elaboró y actualizó el estado de la cuestión, llevándose a cabo la construcción del marco conceptual y definición de las variables estudiadas. Una vez conformada la muestra, se contactó y coordinó con las instituciones y organismos a visitar para la recolección de datos.

Antes de comenzar con la administración de los instrumentos, se realizó una prueba piloto y se ajustaron las técnicas de recolección de datos.

### **Técnicas administradas**

Entrevista semiestructurada con el objetivo de indagar datos socioeducativos, acontecimientos vitales significativos en la historia familiar, y características del diagnóstico y evolución de la enfermedad del niño.

Escala de Apreciación Cognitiva, (Stress Appraisal Scale) traducida al español, de Lazarus y Folkman (1986): evalúa la apreciación cognitiva o percepción subjetiva de la situación crítica y de los recursos para afrontarla, de acuerdo al modelo de Lazarus y Folkman (Cognitive-appraisal model of coping, 1986). Consiste en dos escalas: 1. Evaluación primaria: y 2. Evaluación secundaria: Primero, los participantes describen el significado o valoración de la situación en términos de pérdida/daño, amenaza o desafío. Segundo, se indaga el grado de control de la situación percibido por la persona en una escala Likert de tres puntos (escasamente, medianamente a casi totalmente controlable) y se les preguntó si creían que ellos podían hacer algo para cambiar la situación, con un formato de respuesta si/no. Estas Escalas se han aplicado en estudios previos en adultos mayores (Urquijo, Monchetti y Krzemien, 2008).

Inventario de Estilos de Afrontamiento (Brief-COPE Inventory, Coping Orientations to Problems Experienced Inventory) (Carver, 1997), versión situacional abreviada, traducida, el cual responde teóricamente al modelo de auto-regulación de Carver et al., (1989). La versión situacional evalúa las diversas respuestas o estrategias de afrontamiento, limitadas a un tiempo y contexto específico. La estructura factorial del cuestionario es consistente a su versión original completa (Carver et. Al., 1989). La versión abreviada consta de 28 ítems que se agrupan por pares en 14 estrategias reunidas en tres escalas según análisis factorial: 1. Afrontamiento enfocado al problema: afrontamiento activo, búsqueda de apoyo instrumental, reinterpretación positiva, planificación, aceptación, renuncia, optimismo; 2. Afrontamiento enfocado a la emoción: apoyo emocional, descarga emocional; 3. Afrontamiento evitativo: autodistracción,

religión, negación, consumo de sustancias; y, una última escala autocrítica. El afrontamiento es evaluado en relación a las estrategias que los participantes usan para responder a una situación en una escala Likert de cuatro puntos (de escasamente frecuente a muy frecuente). Puntualmente, los participantes fueron entrenados en evaluar la frecuencia en que usaron cada estrategia descripta por los ítems del cuestionario frente a la situación crítica que reportaron. El cuestionario posee propiedades psicométricas satisfactorias (Carver, 1997), cuenta con amplia validación en estudios con población norteamericana de diversas edades (Perczek, Carver, Price & Pozo-Kaderman, 2000; Urcuyo, Boyers, Carver & Antoni, 2005) y se ha validado su aplicabilidad en población argentina femenina en estudios locales previos (Krzemien, 2007; Krzemien y Urquijo, 2009).

Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ), de Gross y John (2003), en su versión castellana, y adaptación rioplatense para la Argentina (ERQ-A). Este cuestionario evalúa cómo la persona controla, maneja y regula las emociones. Consta de 10 ítems referidos a dos estrategias de regulación emocional: la reevaluación cognitiva (RC) y la supresión emocional (SE). Las opciones de respuesta se presentan en una escala Likert de siete puntos y se valoran desde 1. “totalmente de acuerdo” a 7. “totalmente en desacuerdo”. Los autores hallaron índices de confiabilidad entre .75 y .82 para RC y entre .68 y .76 para SE, y coeficientes test-retest de .69 para ambas escalas.

### **Análisis e interpretación de datos**

A continuación se presentan los resultados de las variables investigadas de acuerdo a los objetivos. Se evaluaron las siguientes variables de estudio: afrontamiento, apreciación cognitiva y regulación emocional en padres con hijos con cáncer. Por otra parte, se analizó las relaciones entre las tres variables mencionadas. Y por último se discriminó perfiles de afrontamiento activo y pasivo-evitativo, proporcionando una tipificación empírica de estilos de adaptación de acuerdo a los datos obtenidos en la muestra de padres.

**Objetivo 1: Analizar la apreciación cognitiva de la enfermedad de cáncer, las estrategias de regulación emocional, y las estrategias y estilos de afrontamiento predominantes en padres con hijos con cáncer.**

**Apreciación cognitiva.**

En cuanto a la apreciación cognitiva, se presentaron los datos de acuerdo a las dimensiones de esta variable:

1. Respecto de la percepción de la situación, la mayor parte de la muestra apreció la situación como un desafío, el 76,7 %; mientras que las categorías pérdida/daño y amenaza fueron mencionadas por el 11,7% cada uno.
2. Respecto de la posibilidad de cambio de la situación crítica, la mayoría de los padres, un 85%, la percibió como modificable; mientras que el 15% la percibió como no modificable.
3. Respecto al grado de control sobre la situación reconocido por los participantes, la mayoría de ellos percibió la situación como bastante controlable, un 51,7%; mientras el 40% la percibió como controlable y por último el 8,3% como no controlable.
4. La mayoría de los participantes, el 33,3%, percibieron la situación como algo que deben aceptar o acostumbrarse; como algo que puede resolverse la percibieron un 31,7%; como algo que requiere de más información para saber que hacer fue percibida por un 28,3%; y por último, como algo donde no se puede hacer nada un 6,7%.

**Regulación emocional.**

Los resultados mostraron que los valores de la dimensión reevaluación cognitiva ( $M=5,22$ ,  $DE= 1,45$ ) es mayor que los valores de la dimensión supresión emocional ( $M=3,94$ ,  $DE= 1,89$ ).

**Estrategias de afrontamiento.**



Las estrategias de afrontamiento que predominaron en la muestra fueron, afrontamiento conductual activo (M= 3,50 DE =0,67), aceptación (M =3,28 DE= 0,72), apoyo emocional (M=2,89 DE=0,94), religión (M=2,85 DE=1,22), reinterpretación o reformulación positiva (M =2,83 DE=0,96), luego le siguieron apoyo instrumental (M=2,80 DE=1,08), planificación (M= 2,70, DE=0,98), y descarga emocional (M=2,35, DE=1,11). Las menos frecuentes correspondieron a autodistracción (M=2,10, DE=0,93), negación (M =1,96, DE 1,07), autocrítica (M=1,77 DE=0,94), optimismo (M=1,60, DE= 0,81), abandono de resolución/ renuncia (M= 1,25 DE=0,66), y por último consumo de sustancias (M=1,09 DE=0,31).

Las estrategias de afrontamiento conductual activo, aceptación y apoyo emocional, era esperable que fuesen adaptativas. Mientras la estrategia de afrontamiento religión que es desadaptativa, en esta muestra en particular fue adaptativa, debido a la significación personal otorgada, en relación con la valoración de los recursos con los que cuenta la persona para resolver la situación crítica.

### **Estilos de afrontamiento.**

Se realizó un análisis estadístico de frecuencia de la variable estilo de afrontamiento; primero considerando las escalas de la clasificación aportada por Carver et. al., (1989), y luego considerando la clasificación por consenso teórico en el campo del afrontamiento Carver, Scheier y Weintraub (1989), Lazarus y Folkman (1986), Moos (1988), Páez Rovira, (1993).

1. Según la clasificación de Carver et. al., (1989), con respecto a los estilos de afrontamiento, el afrontamiento orientado hacia la emoción (M= 2,69, DE=0,49), predominó por sobre el afrontamiento orientado al problema (M= 2,58, DE= 0,46), mientras que el afrontamiento evitativo (M =1,89, DE= 0,51) fue el de menor frecuencia.

Se observó un predominio del estilo de afrontamiento adaptativo (M =2,73, DE= 0,42) sobre el desadaptativo (M=1,68, DE=0,46).

2. Se evidenció uso preponderante del afrontamiento emocional (M=2,64, DE=0,84); en segundo término el afrontamiento cognitivo (M= 2,39, DE=0,45); y por último, el afrontamiento conductual (M= 2,25, DE = 0,34).

### **Eventos críticos.**

#### ***Eventos críticos del test de afrontamiento.***

Se realizó un procedimiento de tipo cualitativo en donde se recabaron variables de tipo situacionales, conductuales y emocionales en relación al diagnóstico de cáncer. Se realizó una reducción de datos en 23 categorías de situaciones de cambio relacionadas con los eventos críticos:

1. Temor: 18
2. Ansiedad/miedo: 15
3. Angustia: 12
4. Diagnóstico cáncer: 12
5. Dificultad económica: 10
6. Miedo a la quimioterapia: 9
7. Pérdida de cotidianidad: 8
8. Alteraciones físicas: 6
9. Confusión y desconcierto: 5
10. Impacto: 5
11. Separación conyugal y divorcio: 4
12. Peleas/conflicto: 3
13. Miedo a la muerte: 3
14. Incertidumbre: 2
15. Negación: 2
16. Toma de conciencia: 2
17. Miedo a hablar con el médico: 2
18. Bronca: 2
19. Búsqueda de otro diagnóstico: 1
20. Carga horaria: 1
21. Creencia religiosa: 1
22. Aumento en la carga de trabajo: 1
23. Dolor cuando solo se puede acompañar: 1

A partir del análisis de contenido se obtuvieron 7 categorías:

1. Temor al diagnóstico de cáncer.
2. Confusión (incertidumbre, desconocimiento).
3. Angustia.
4. Dificultades económicas.

5. Alteraciones psicofísicas (personas que recibieron algún tipo de ayuda psicofarmacológica).
6. Pérdida de cotidianeidad.
7. Conflicto conyugal (separación, peleas).

La situación de cambio que enfrentó la mayoría de los padres fue el temor al diagnóstico de cáncer.

Los principales eventos críticos de la muestra se refirieron principalmente a el temor al diagnóstico de cáncer un 37,8%, confusión (incertidumbre, desconocimiento) un 10,2%, angustia un 9%, dificultades económicas un 7,2%, alteraciones psicofísicas (personas que recibieron algún tipo de ayuda psicofarmacológica) un 6,69%, pérdida de cotidianeidad un 4,8% y por último, conflicto conyugal (separación, peleas) con un 4,2%.

## **Objetivo 2: Relación entre apreciación cognitiva, regulación emocional y afrontamiento.**

Con el objetivo de contrastar la hipótesis de las relaciones entre apreciación cognitiva y afrontamiento, se calculó el coeficiente de correlación *r de Pearson*. Debido a que algunas variables no presentaban una distribución normal se realizó una transformación estandarizada de los valores. Los resultados mostraron que la apreciación cognitiva de la situación como desafío se correlacionó con el afrontamiento conductual ( $r = 0,28$ ;  $p \geq .05$ ), las estrategias de afrontamiento activo y optimismo ( $r = 0,41$ ;  $p \geq 0,01$ ), y con el estilo de afrontamiento emocional ( $r = 0,31$ ;  $p \geq 0,05$ ). En cuanto a apreciación cognitiva respecto a la posibilidad de cambio de la situación crítica, correlacionó negativamente con planificación ( $r = -0,31$ ;  $p \geq 0,05$ ).

Con respecto a la relación de afrontamiento y regulación emocional, se halló una correlación negativa entre la estrategia supresión emocional y la estrategia de afrontamiento apoyo instrumental ( $r = 0,30$ ;  $p \geq -0,05$ ) y una correlación positiva entre esta misma estrategia emocional y el estilo de afrontamiento renuncia. ( $r = 0,33$ ;  $p \geq 0,01$ ).

La estrategia emocional de reevaluación cognitiva correlacionó positivamente con las estrategias de afrontamiento: planificación ( $r = 0,34$ ;  $p \geq 0,05$ ), optimismo ( $r = 0,30$ ;  $p \geq 0,05$ ), autocrítica ( $r = 0,01$ ;  $p \geq 0,05$ ) y afrontamiento adaptativo ( $r = 0,26$ ;  $p \geq 0,05$ ).

## **Objetivo 3: Perfiles de afrontamiento activo y pasivo-evitativo**

De acuerdo a los resultados se obtuvieron dos perfiles claramente diferenciados en cuanto a la relación del manejo de la emoción y el estilo de afrontamiento.

- Estilo de afrontamiento desadaptativo: dado por el uso de la supresión emocional que implica una escasa posibilidad de control de las emociones, y el uso de la estrategia abandono o renuncia en el afrontamiento y un escaso uso de la estrategia apoyo instrumental.
- Estilo de afrontamiento adaptativo: dado por el uso de la reevaluación cognitiva asociada con las estrategias adaptativas, planificación y optimismo. La reevaluación cognitiva hace referencia a la construcción de nuevos significados con el objetivo de neutralizar el impacto emocional negativo o de amplificar el resultado emocional positivo de un evento o su resultado. Por otra parte, en este estilo de afrontamiento adaptativo se incluye la relación entre reevaluación cognitiva y la estrategia de autculpa (la cual teóricamente fue desadaptativa; no obstante en este caso en particular, el uso de esta estrategia de autculpa asociada a la reevaluación cognitiva puede explicarse debido a que permite que los padres analicen su propio comportamiento y le otorguen una significación positiva a las emociones sobre la situación. La autculpa es el reconocimiento de las limitaciones propias para hacerse cargo de la situación, asociada a la reevaluación del significado emocional de la situación. Es decir, cuanto mayor es el análisis cognitivo mayor también resulta la conducta de responsabilizarse ante la situación. Por ejemplo, se ha observado que los padres realizaron una autocrítica acerca de sus factores genético-hereditarios, sobre el tipo de alimentación, por la falta de interconsultas con otros pediatras, o por la falta de atención hacia el cuidado de sus hijos. Este análisis reflexivo de su propia forma de respuesta ante la situación de crisis, lejos de ser desadaptativo, parece que les ha sido provechoso para regular la emoción y adaptarse cognitivamente.

## Discusión

A partir de los datos de este estudio se observó en la muestra un predominio del estilo de afrontamiento adaptativo, habiendo sido mayormente utilizadas las estrategias de afrontamiento conductual activo, aceptación, apoyo emocional, religión, reformulación positiva, apoyo instrumental, y planificación. En dicho estudio se observó que las estrategias de afrontamiento que predominaron fueron activas y adaptativas. Principalmente, se evidenció que estas estrategias son de carácter cognitivo y emocional. Según la clasificación de Carver et. al., (1989), predominó el afrontamiento orientado hacia la emoción y al problema, mientras que el afrontamiento evitativo fue el menos utilizado.

El objetivo principal de este estudio fue describir y evaluar la apreciación cognitiva de la enfermedad de cáncer, las estrategias de regulación emocional, y las estrategias y estilos de afrontamiento predominantes en padres con hijos con cáncer.

Respecto de la apreciación cognitiva la mayor parte de la muestra percibió la situación como un desafío y se encontró asociada con el afrontamiento conductual adaptativo. Aún frente de la situación crónica de enfermedad de cáncer cuando es percibida como un desafío se puede hacer uso de estrategias de afrontamiento adaptativas cognitivas y activas. Las situaciones apreciadas como desafíos parecen funcionar como amortiguador de las demandas críticas, reduciendo el nivel de ansiedad para poner en funcionamiento estrategias de afrontamiento que resulten eficaces para adaptarse a la situación. Es decir, las personas que percibieron la situación como un desafío de vida tienden a utilizar un afrontamiento adaptativo tanto de confrontación conductual como emocional. Esta percepción de la situación se asoció positivamente al uso de la estrategia de afrontamiento optimismo, la cual le quita la carga dramática a la situación negativa de la enfermedad crónica (Carver, 1989).

La percepción de la situación crítica como desafío se relacionó a su vez, con la estrategia de afrontamiento apoyo emocional. Dada las características de convivencia familiar de la muestra, el apoyo emocional provenía de la pareja o de la familia y también de los médicos. No obstante, en esta muestra existe un alto porcentaje de personas divorciadas y separadas.

Es de destacar que frente a una situación crítica de enfermedad crónica, cuando es percibida como un desafío, las personas tienden a utilizar la estrategia cognitiva de optimismo. Desde la perspectiva de la psicología del potencial humano se puede explicar esta preferencia del uso de estrategias de optimismo con la capacidad de recuperación ante la adversidad. El

optimismo protege contra los efectos debilitantes de los eventos negativos (Peterson, 2000). El optimismo es beneficioso en gran parte porque se asocia con una resolución activa de problemas. El optimismo es la expectativa global de que ocurrirán más cosas buenas que malas. En el lenguaje cotidiano, optimismo significa pensamiento positivo. El pensamiento positivo tiene connotaciones ilusorias y de ingenuidad, aunque las investigaciones muestran que el pensamiento positivo tiene numerosos beneficios. El optimismo ha sido estudiado ampliamente por los psicólogos, bajo diferentes acepciones: el optimismo disposicional propuesto por Carver y Scheier (1981), la esperanza defendida por Snyder (2000) y el estilo explicativo descrito por Peterson y Seligman (1984). Desde todas estas tradiciones de investigación se evidencia que el optimismo -el pensamiento positivo- se asocia con un mejor estado de ánimo, mayor satisfacción con la vida, buena salud y una expectativa de vida más larga (Peterson, 2000). Asimismo, las personas que piensan positivamente también son menos propensas a experimentar accidentes traumáticos (Peterson et al., 2001).

El afrontamiento conductual activo predominante en la muestra, está dado por conductas dirigidas a resolver la situación y confrontar las dificultades. Supone una serie de acciones encaminadas a eliminar el problema o bien reducir sus efectos (Carver, 1989). Frente a una situación de enfermedad crónica donde hay una serie de tareas que resolver dadas por ejemplo por médicos y terapeutas, como ser el tratamiento de quimioterapia, la toma de medicación y en algunos casos trasplantes y tratamiento de radioterapia, es esperable que las personas apelen al uso del afrontamiento activo, ya que según Carver (1989) esta estrategia permite afrontar la situación que intentan resolver. Tanto el afrontamiento activo como el optimismo son dos estrategias activas.

Coincidentemente, en una investigación (Huerta, Corona y Méndez, 2006) se halló que el estilo de afrontamiento cognitivo activo es utilizado con mayor frecuencia por los padres o cuidadores de niños con cáncer, debido a que centraban sus acciones en el análisis o la valoración y renovación de las demandas o amenazas provocadas por la enfermedad, para entenderlas y comprenderlas, logrando manejar la tensión provocada por la situación. También resultó frecuente en dicha investigación el afrontamiento conductual activo, en donde los padres o cuidadores manejaban directamente el problema y sus efectos, tratando de conocer más sobre la situación, tomando acciones positivas para resolverla, hablando con un profesional, como también se evidenció en el presente estudio. No obstante, en la investigación mencionada, los padres o cuidadores de niños utilizaron en mayor proporción la búsqueda de información y crearon planes de acción para el cuidado de la enfermedad de sus hijos, lo cual no se observó este comportamiento como frecuente en el presente estudio.

Por otro lado, el afrontamiento evitativo resultó ser el menos frecuente en los padres de niños con cáncer, coincidentemente con un estudio previo (Huerta, Corona y Méndez, 2006). Este tipo de afrontamiento supone conductas nocivas para la salud como fumar, beber y comer de manera abusiva, en un intento de olvidar la situación, niegan la realidad, como también los sentimientos desagradables que le provocan.

Cabe destacar que una estrategia muy frecuentemente utilizada es la religión que incluye la búsqueda de soporte afectivo y espiritual mediante la depositación de la esperanza en creencias religiosas (Carver, 1989). Esta estrategia de apoyo espiritual es definida teóricamente como desadaptativa. No obstante, Carver y colaboradores (1989) consideran que el carácter adaptativo o desadaptativo de las estrategias de afrontamiento reposa en que sean funcionales a la situación a afrontar. En este sentido, considerando que la enfermedad de cáncer es una situación crónica que si bien los padres la ven como medianamente controlable y modificable, el uso de la religión podría ser adaptativo. Como estos padres no cuentan con el uso de recursos propios, depositan en la fe la curación de su hijo enfermo debido a que son personas que no tienen recursos de sanidad. Existe evidencia de que el afrontamiento religioso en comparación con otras formas de afrontamiento resulta especialmente útil en situaciones de pérdidas, tragedias o enfermedad crónica y provee recursos para ajustarse a las crisis vitales (Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn, 2004).

Respecto al grado de modificación de una situación existe acuerdo en suponer que en situaciones apreciadas como controlables y susceptibles de cambio, se tiende a emplear estrategias conductuales u orientadas al problema; mientras que si aquellas son evaluadas como de escaso control por parte del sujeto o irreversibles, se tiende a usar estrategias orientadas a la emoción (Lazarus & Folkman, 1986). Los resultados de esta investigación mostraron que las personas consideran que la situación podía ser modificable y controlable, sin embargo, esta apreciación de la situación se halló negativamente relacionada con la estrategia planificación, la cual es una estrategia conductual y orientada al problema. La planificación teóricamente incluye formas de determinar los pasos de acción y elaborar una estrategia, suponiendo que la situación crítica puede ser controlada y sus consecuencias previsibles, en alguna medida (Carver, 1989). Estos padres aludían a que vivían día a día, sin tender a programar pasos a seguir, ni realizar un plan cognitivo que logre cambiar la situación.

En definitiva, en esta muestra en particular los resultados mostraron un mayor uso de estrategias de afrontamiento activas y adaptativas como el afrontamiento conductual activo, aceptación, apoyo emocional y religión; mientras que el afrontamiento evitativo fue el menos utilizado. Las estrategias de afrontamiento conductual activo, optimismo y apoyo emocional

son estrategias adaptativas, que resultaron estar asociadas a la percepción de la situación de enfermedad crónica como desafío, en padres de hijos con cáncer, lo cual puede favorecer la adaptación (Carver, 1989).

Con respecto a la relación de afrontamiento y regulación emocional, este estudio halló que la estrategia de regulación emocional reevaluación cognitiva se asoció con las estrategias de afrontamiento planificación, optimismo, autocrítica y estilo adaptativo de afrontamiento, es decir, la estrategia de regulación emocional positiva relacionada con el bienestar se asoció con las estrategias de afrontamiento adaptativas, excepto para el caso de la autocrítica como se mencionó en los perfiles de afrontamiento. La reevaluación cognitiva hace referencia a la construcción de nuevos significados con el objetivo de neutralizar el impacto emocional negativo o de amplificar el resultado emocional positivo de un evento o su resultado. Por otra parte, en este estilo de afrontamiento adaptativo se incluye la relación entre reevaluación cognitiva y la estrategia de autocrítica, la cual teóricamente fue desadaptativa; no obstante en este caso en particular, el uso de esta estrategia de autocrítica asociada a la reevaluación cognitiva puede explicarse debido a que permite que los padres analicen su propio comportamiento y le otorguen una significación positiva a las emociones sobre la situación. La autocrítica es el reconocimiento de las limitaciones propias para hacerse cargo de la situación, asociada a la reevaluación del significado emocional de la situación. Es decir, cuanto mayor es el análisis cognitivo mayor también resulta la conducta de responsabilizarse ante la situación. Por ejemplo, se ha observado que los padres realizaron una autocrítica acerca de sus factores genético-hereditarios, sobre el tipo de alimentación, por la falta de interconsultas con otros pediatras, o por la falta de atención hacia el cuidado de sus hijos. Este análisis reflexivo de su propia forma de respuesta ante la situación de crisis, lejos de ser desadaptativo, parece que les ha sido provechoso para regular la emoción y adaptarse cognitivamente.



Por otra parte, en esta muestra se halló una correlación negativa entre la supresión emocional y la estrategia de afrontamiento apoyo instrumental y una correlación positiva entre esta misma estrategia emocional y la estrategia de afrontamiento renuncia, es decir, esta estrategia de regulación emocional negativa, se relacionó con una estrategia de afrontamiento desadaptativa y evitativa.

La regulación emocional se define como el proceso de modulación de uno o más aspectos de una experiencia o respuesta emocional (Gross, 1998; citado por Nyklícek, 1999). Este proceso puede tener lugar a un nivel consciente, o inconsciente. La estrategia emocional de reevaluación cognitiva es una estrategia focalizada en los antecedentes que refleja la reinterpretación deliberada de estímulos emotivos con el objetivo de modificar su impacto emocional (Gross, 1998; citado por Nyklícek, 1999). Se cree que se produce antes de que las respuestas emocionales se hallan activado totalmente (Gross & John, 2003; Ochsner, 2004; citado por Chambers y cols., 2009) por lo que es posible poder cambiar por completo la trayectoria emocional subsecuente. La enfermedad cancerosa en un niño provoca un cambio en el sistema de valores y en la visión del mundo de los padres. En nuestro estudio se observó que la estrategia emocional de reevaluación cognitiva fue predominante. Coincidentemente, estudios previos en cuidadores de personas enfermas hallaron el uso de la reevaluación cognitiva. Específicamente, en padres con hijos enfermos de cáncer, Espada y Grau (2012) hallaron el uso de esta estrategia emocional, donde los padres intentaban tener un enfoque más positivo de la enfermedad del hijo, desarrollando pensamientos positivos y reestructurando sus propios valores.

## Conclusiones

El estudio de la relación entre las estrategias de afrontamiento apreciación cognitiva y regulación emocional, resulta de interés en el campo de la psicología cognitiva y clínica. En particular los resultados de este estudio pueden contribuir a la generación de planes o proyectos de intervención en familias de enfermos con cáncer.

Los resultados que se presentan en este estudio mostraron un predominio de estrategias de reevaluación emocional, la reevaluación cognitiva y la percepción del desafío asociado al afrontamiento adaptativo frente a una situación crónica particular como lo es la enfermedad de cáncer de un hijo.

Los datos hallados en esta muestra son de interés para hacer avanzar el conocimiento en cuanto al afrontamiento frente a una situación de enfermedad crónica en relación a otros aspectos psicológicos vinculados, dados los escasos estudios previos. El aporte de este estudio se fundamenta en la evidencia de la importancia de la apreciación cognitiva como desafío ante la situación crítica de la enfermedad de cáncer de un hijo, lo cual se halló asociado al uso de estrategias de afrontamiento activas y adaptativas. Por otra parte también se destaca la importancia de la reevaluación cognitiva, la cual se asoció al uso de estrategias de afrontamiento activo adaptativo.

Por lo tanto los resultados obtenidos revelan la importancia de los aspectos cognitivos y emocionales asociados a un afrontamiento adaptativo de la situación de enfermedad oncológica. En este sentido el aporte de este estudio está orientado al desarrollo de programas de intervención terapéutica que consideren la apreciación de la situación crítica y la regulación de las emociones de manera que favorezcan el estilo de afrontamiento adaptativo de la situación, un enfrentamiento más competente y más beneficioso. En estos programas orientados a padres con hijos con cáncer se podría tender a favorecer procesos de cambios en el uso de estrategias de afrontamiento y empoderar a las personas a que utilicen estrategias activas y adaptativas como afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, reinterpretación positiva, optimismo, aceptación y apoyo emocional. Como sugiere Lazarus los efectos de un evento no se deben únicamente al evento mismo, sino a cómo lo percibimos e interpretamos. El optimismo implica un replanteamiento positivo, así como las actitudes positivas pueden motivarnos a participar en una acción constructiva. Cuando las personas perciben las situaciones negativas como desafíos piensan que les ocurrirán cosas buenas, son más propensas a esforzarse porque sienten que lo que hagan marcará la diferencia en el logro de un buen resultado.

Dada la importancia del abordaje de esta temática y la escases de evidencia empírica se recomienda profundizar el análisis de estos constructos psicológicos estudiados en este trabajo para futuras investigaciones.

## Referencias

Aldwin, C. M. & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 237-248.

American Cancer Society, (2011). *Cancer Facts & Figures*. Atlanta, GA: American Cancer Society.

Arathuzik, M. D. (1991). The appraisal of pain and coping in cancer patients. *Western Journal of Nursing Research*, 13, 714-731.

Baggett, H. L., Saab P. G. & Carver, C. S. (1996). Appraisal, coping, task performance, and cardiovascular responses during the evaluated speaking task. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(5), 483-494.

Barez, M., Blasco, T. & Fernández C.J. (2003). La inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 19, 235-246.

Ben-Zur, H. (1999). The effectiveness of coping meta-strategies: Perceived efficiency, emotional correlates and cognitive performance. *Personality and Individual Differences*, 26(5), 923-939.

Berg, C. A., Meegan, S. P. & Deviney, F. P. (1998). A social-contextual model of coping with everyday problems across the lifespan. *International Journal of Behavioral Development*; 22(2), 239-261.

Billings, A. G. & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and the social resources in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 131-157.

Blanchard-Fields, F. & Robinson, S. (1987). Age differences in the relation between controllability and coping. *Journal of Gerontology*, 42, 497-501.

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

Bonano, G.A. (2001). Emotion self-regulation. En T. J. Mayne y G.A. Bonano (Eds.). *Emotions. Current issues and future directions*. New York: The Guilford Press.

Bosworth, H. B., Bastian, L. A., Rimer, B. K. & Siegler, I. C. (2003). Coping styles and personality domains related to menopausal stress. *Women's Health Issues*, 13(1), 32-38.

Bouchard, G. (2003). Cognitive appraisals, neuroticism, and openness as correlates of coping strategies. An integrative model of adaptation to marital difficulties. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 35(1), 1-12.

Bouchard, G., Gullemette, A. & Landry-Léger, N. (2004). Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personality, cognitive appraisals, and psychological distress. *European Journal of Personality*, 18, 221-238.

Bridges, L., Margie, N.G., & Zaff, J.F. (2001). Background for community-level work on emotional health in adolescence: A review of antecedents, programs, and investment strategies. Report prepared for the John S. and James L. Knight Foundation. Washington, DC.

Brissette, I., Scheier, M. F. & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 102-111.

Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.

Caprara, G. V. & Steca, P. (2005). Affective and social self-efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 10 (4), 275, 286.

Cardenal, V. & Fierro, A. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar personal y adaptación social. *Psicothema*, 13(1), 118-126.

Carrobes, J. A., Remor, E. & Rodríguez Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.

Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.

Carver, C. S. & Scheier, M. S. (2003). Self-regulatory perspectives on personality. En T. Millon & M. J. Lerner (Eds.), *Handbook of Psychology: Personality and Social Psychology* (Vol. 5, pp. 185-208). New Jersey: Wiley.

Carver, C. S. (1997a). Adult attachment and personality: Converging evidence and a new measure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(8), 865-883.

Carver, C. S. (1997b). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief-Cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 94-100.

Carver, C. S. (2005). Impulse and constraint: Perspectives from personality psychology, convergence with theory in other areas, and potential for integration. *Personality and Social Psychology Review*, 9(4), 312-333.

Carver, C. S., Harris, S. D., Lehman, J. M., Durel, L. A., Antoni, M. H., Spencer, S. M. & Pozo-Kaderman, C. (2000). How important is the perception of personal control? Studies of early stage breast cancer patients. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(2), 139-149.

Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 267-283.

Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 267-283.

Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and stress: Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 6, 471-482.

Chambers, E. S, Bridge, M. W. & Jones, D. A. (2009). Carbohydrate sensing in the human mouth: effects on exercise performance and brain activity. *International Journal of Health Services*, Volume 587, Issue 8,1779–1794.

Chovan, M. J. & Chovan, W. (2001). Stressful events and coping responses among older adults in two sociocultural groups. *The Journal of Psychology*, 119(3), 253-260.

Cook, S. W. & Heppner, P. P. (1997). A psychometric study of three coping measures. *Educational and Psychological Measurement*, 57(6), 906-923.

Cortés, F. (2010). La metáfora del cangrejo y su calco latino. *Diccionario de la Universidad de Salamanca*. Recuperado en <http://dicciomed.eusal.es>.

De la Huerta H. R., Corona M. J. y Méndez V.J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 39(1), 46-51.

De Ridder, D. T., Schreurs, K. M. & Bensing, J. M. (1998). Adaptive tasks, coping and quality of life of chronically ill patients: The cases of Parkinson's disease and Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Health Psychology*, 3(1) 87-101.

Dodge, K. J. & Garber. (1991). *Domains of Emotion Regulation. The development of emotion regulation and dysregulation 3-14* New York: Cambridge University Press.

Durbin, C. E. & Shafir, D. M. (2007). Emotion regulation and risk for depression. En J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Guilford Press.

Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.

Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50-60.

Espada Barón, M. C., Grau Rubio, C. y Fortes del Valle, M.C. (2010). Enseñar estrategias de afrontamiento a padres de niños con cáncer a través de un cortometraje. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33 (3) (3), 259-269. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272010000400002>.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Folkman, S. & Lazarus, R. S., Pimley, S. & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology & Aging*, 2(2): 171-184.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.

Font Guiteras, A. (1990). Estrategias de afrontamiento adaptación y calidad de vida. *Revista Psicología y salud*, 7, 90-96.

Fox, N. & Calkins, S. D. (2003). The development of self-control of emotion: Intrinsic and extrinsic influences. *Motivation and Emotion*, 27, 7-26.

Freud, S. (1923/1979). El yo y el ello. *Obras Completas* (Vol. 19, pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1940/1982). Esquema del Psicoanálisis. *Obras Completas* (Vol. 23, pp. 133-209). Buenos Aires: Amorrortu.

Friedrich, W. (1997). Ameliorating the psychological impact of chronic physical disease on the and family. *Journal of Pediatric Psychology*, 2, 26-31.

Fry, P. S. & Grover, S. C. (1982). Cognitive appraisals of life stress and depression in the elderly: A cross-cultural comparison of Asians and Caucasians. *Internacional Journal of Psychology*, 17, 437-454.

García, S., R., y Flora de la B.M. (2005). Hospitalización de niños y adolescentes. *Rev.Med.Clin.Conde* 16 (4) 236-241. Recuperado el 16 de agosto de 2011 de: [http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED\\_16\\_1/HospitalizacionDeNinosYAdolescentes.pdf](http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_16_1/HospitalizacionDeNinosYAdolescentes.pdf)

Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M.M. & Kraaij, V. (2007). Cognitive

emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-years-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry* 16(1), 1-9.

Gatz, M., Bengtson, V. L. & Blum, M. J. (1990). Caregiving families. En J. E. Birren & K.W. Schaie (Eds.). *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 245-254).

Giese-Davis, J., & Spiegel, D. (2003). Emotional expression and cancer progression. En R. J. Davison, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 1053– 1082). Oxford: Oxford University Academic Press.

Gómez Dupertuis, D. y Moreno, J. E. (1999). El Inventario de Cociente Emocional EQ-i en Serie de Estudios e Investigaciones. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de la Plata. N° 37, pp. 25-43.

Góngora Coronado, E. & Reyes Lagunas, I. (1999). La estructura de los estilos de enfrentamiento: Rasgo y estado en un ecosistema tradicional mexicano. *Revista Sonorense de Psicología*, 13(2), 3-14.

Granowetter, L. (1994). Pediatric oncology: A medical overview. In D.J. Bearison & R.K. Mulhern (Eds.), *Pediatric psychooncology: Psychological perspectives on children with cancer* (pp. 9-34).

Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.

Gross, J. J. & John, O. P. (1997). Revealing feelings: Facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 435--448.

Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 349-362.

Gross, J. J. & John, O. P. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301–1333.

Gross, J. J. & John, O. P. (2007). Individual differences in emotion regulation. En Gross & John, *Handbook of emotion regulation*. California University, 40, 349-362.



Hamarat, E., Thompson, D., Steele, D., Matheny, K. & Simons, C. (2002). Age differences in coping resources and satisfaction with life among middle-aged, young-old, and oldest-old adults. *Journal of Genetic Psychology*, 163(3), 360-367.

Higgins, E. T., Shah, J. & Friedman, R. (1997). Emotional responses to goal attainment: Strength of regulatory focus as moderator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 515-525.

Hoida, J. A. & McDougal, S. E. (1998). Fostering a positive school environment for students with cancer: The role of the principal. *NASSP Bulletin*, 82 (601), 59-72.

Holahan, C. J., Moos, R. H. & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress, resistance and growth: Conceptualizing adaptative functioning. En M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 24-43). New York: Wiley.

Houtman, I. L. D. (1990). Personal coping resources and sex differences. *Personality and Individual Differences*, 11, 53-63.

Instituto Nacional del Cáncer [INC] (1 de septiembre de 2009). Ministerio de Salud. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/inc/index.php>

Kaiser, C. R., Major, B. & McCoy, S. K. (2004). Expectations about the future and the emotional consequences of perceiving prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 173-184.

Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P. & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 1301-1320.

Kazak, Anne E., Christakis, Dimitri, Alderfer, Melissa & Coiro (1994). Young adolescent cancer survivors and their parents: Adjustment, learning problems, and gender. *Mary Journal of Family Psychology*, Vol 8(1), 74-84.

Keister, L. A. (2006). Wealth distribution in the encyclopedia of economic sociology, edited by Jens Beckert and Milan Zafirovski. New York: Routledge. 710-15.

Kliewer, W. (2008). Coping. *Encyclopedia of Counseling*. SAGE Reference, CA/London: SAGE Publications, Inc. Recuperado en [http://sage-reference.com/counseling/Article\\_n167.html](http://sage-reference.com/counseling/Article_n167.html)

Krzemien, D. (2007). Estilos de personalidad y afrontamiento situacional frente al envejecimiento en la mujer. *Revista Interamericana de Psicología*, 41, 139-150.

Krzemien, D., Monchietti, A. y Urquijo, S. (2008). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata. Una revisión de la estrategia autodistracción. *Revista Interdisciplinaria de Psicología y Ciencias Afines*, 22, 183-210.

Krzemien, D. y Urquijo, S. (2009). Estilos y Estrategias de Afrontamiento a eventos de vida críticos y estilos de personalidad. *Investigación en Ciencias del Comportamiento*. Buenos Aires, 4, 101-136.

Krzemien, D. (2010). Tesis Doctoral: Afrontamiento a la crisis del envejecimiento femenino. Su relación con los estilos de personalidad y la integración social. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de San Luis.

Kübler-Ross, E. (1994). Muerte, vida y transición. *Ciencias del Espíritu*. 2 (2), 32.

Laux, L. & Weber, H. (1991). Presentation of self in coping with anger and anxiety: An international approach. *Anxiety Research*, 3, 233-255.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychometric Medicine*, 55, 234-247.

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.

Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y Emoción*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Lehr, U. & Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.

Limiñana Gras, R. M., Corbalán Berná, J. & Patró Hernández, R. (2007). Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina. *Anales de Psicología*, 23(2), 201-206.

Livneh, H. & Wilson, L. M. (2003). Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variables and psychosocial adaptation: An exploratory investigation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(4), 194-208.

Major, B., Richards, C., Cooper, M. L., Cozzarelli, C. & Zubek, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 74, 735-752.

Matheny, K. B. & Kern, R. (1984). Personality and illness. In R. J. Corsini (Ed.), *Encyclopedia of Psychology*, 3 (pp. 16-18). New York: Wiley Publishers.

McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an old adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.

McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.

McCrae, R. R. (1993). Moderated analyses of longitudinal personality stability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 577-585.

Moos, R. H. & Schaefer J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In: Goldberger L, Breznitz S, editors. *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. pp. 234–25.

Moos, R. H. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Psychological Assessment*, 4, 133-158.

Moos, R. H. (1992). Stress and coping theory and evaluation research: An integrated perspective. *Evaluation Review*, 16(5), 534-553.

Moos, R. H., Holahan, C. J. & Beutler, L. E. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Introduction to the special issue. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1257-1259.

Moser, G. & Uzzell, D. (2003). *Environmental Psychology*. En T. Millon & M. J. Lerner (Eds.), *Handbook of Psychology: Personality and Social Psychology*, 5 (pp. 419-446). New Jersey: Wiley. Nathan A. Fox (1994, 2003).

Nyklíček, I. (1999). Elevated blood pressure and self-reported symptom complaints, daily hassles, and defensiveness. *International Journal of Behavioral Medicine*, 6, 177–189.

Ochsner, K. N. (2004) For better or for worse: neural systems supporting the cognitive down- and up-regulation of negative emotion. *Neuroimage* 23, 483–499.

Ochsner, K. N. & Gross, J. J. (2014). The neural bases of emotion and emotion regulation: A valuation perspective. In: Gross, J. J., & Thompson, R. (Eds). *The Handbook of Emotion Regulation*, Second Edition (pp. 23-42). New York: Guilford Press.

Organización Mundial de la Salud. Cáncer. [Consultado el 25 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>.

Páez, D. (1993). *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia: Palmore, E. B., Cleveland, W. P., Nowlin, J. P., Ramm, D. & Sigler, I. C. (1985). Stress and adaptation in later life. *Journal of Gerontology*, 34, 841-851.

Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9(6) 713-730.

Park, C. L., Mills-Baxter, M. A. & Fenster, J. R. (2005). Post-traumatic growth from life's most traumatic event: Influences on elders' current coping and adjustment. *Traumatology*, 11(4), 297-306.

Parker, J. D. A. & Endler, N. S. (1996). Coping and defense: An historical overview. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*, 3-23.

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. & Skaff M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.

Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18(58), 167-201.

Pelechano, V. (1996). *Psicología de la personalidad I. Teorías*. Barcelona: Ariel.

Pelechano, V. (1999). *Psicología Sistemática de la Personalidad*. Barcelona: Ariel.

Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.

Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. & Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with english versions. *Journal of Personality Assessment*, 74, 63-87.

Peterson, T. C. (2001). Homogeneity adjustments of in situ atmospheric climate data: A review, *Int. J. Climatol.*, 18, 1493 – 1517.

Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (1984). Content analysis of verbatim explanations. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia.

Phipps, C. (2002). Swami Vivekananda on Darwin, evolution, and the Perfect Man. What is Enlightenment?, Spring/Summer, pp. 58-63, 150-151.

Piaget, J. & Inhelder, B. (1981). *Psicología del niño*. (10ª ed.). Madrid: Morata.

Porro-Conforti, M. L., Andrés, M. y Espinola, S. (2012). Regulación Emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30, 341-355.

Pressley, M., (1985). Children's use of cognitive strategies, how to teach strategies and what to do if they can't be taught. En M. Pressley y C.J. Brainerd (Eds.), *Cognitive learning and memory children*. New York: Springer-Verlag.

Price, L. J. (1992). Metalogue on coping with illness: Cases from Ecuador. *Qualitative Health Research*, 2(2), 135-158.

Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino [ROHA] (22 de Junio de 2014). Fundación Kaleidos. Recuperado de <http://www.fundaciónkaleidos.org/>

Roche Olivar, R. (1998). Prefazione in COPPA, M., DE SANTIS, R. *Il Bambino ipovidente*. Roma: Armando Editore.

Roche Olivar, R. (1999). L'educazione alla prosocialità come ottimizzatrice della salute mentale e della qualità nelle relazioni social. *Nuova Umanità*, XXI vol. 1, 121 (29-48).

Rothbart, M. K., Ahadi, S. A. & Evans, D. E. (2000). Temperament and personality: Origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 122–135.

Rubiños, M. A. (2012). Estrés, ansiedad y estilos de afrontamiento de padres con hijos internos en Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y*

Humanidades Apoyadas por Nuevas Tecnologías. México. 1, 1, pp.16-39. Recuperado de <http://www.citeach.org/web/revista-csant/vol1num1/estres-ansiedad-estilos/>

Schwarz, N. (2003). Feeling as information: Informational and motivational functions of affective states. In E. T. Higgins & R. M. Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition*. (pp.527-561). New York: Guilford Press.

Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. 2003. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol. Bull.*129:216–69

Smith, C. A. & Lazarus, R. S. (1993). Appraisal components, core relational themes, and emotions. *Cognition and Emotion*, 7, 233-269.

Snyder, C. R. (1999). *Coping. The psychology of what works*. Nueva York: Oxford.

Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope*. San Diego, CA: Academic Press.

Suutama, T. (2007). Coping Styles. *Encyclopedia of Psychological Assessment*. SAGE eReference. CA/London: SAGE Publications, Inc. Recuperado en [http://www.sage-reference.com/psychassessment/Article\\_n57.html](http://www.sage-reference.com/psychassessment/Article_n57.html)

Tennen, H. (2007). Coping. *Encyclopedia of Social Psychology*. SAGE eReference. CA/London: SAGE Publications, Inc. Recuperado en [http://sage-reference.com/socialpsychology/Article\\_n115.html](http://sage-reference.com/socialpsychology/Article_n115.html)

Terry, D. J. (1994). Determinants of coping. The role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 895-910.

Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior (Special Issue)*, 53-79.

Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. In R. A. Thompson (Ed.), *Socioemotional development. Nebraska Symposium on Motivation (Vol. 36, pp. 367–467)*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25–52.

Thompson, M. & Srivastava (1999). Children's Attributional Style Questionnaire—Revised: Psychometric examination. *Psychological Assessment*, 10, 166–170.

Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S. & Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Finding benefit in breast cancer: Psychology & Health*, 20, 175-192.

Véliz, P. R. y Caballero de, A. C. (2000). Ensayo. Factores del ambiente psicológico en las unidades de terapia intensiva Pediátrica. *Revista Mexicana de Pediatría* 67 (1) ene-feb. 33-37. Extraído el 23 de agosto de 2011. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2000/sp001h.pdf>

Vollrath, M., Torgersen, S. & Alnæs, R. (2001). Personality as long-term predictor of coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(13), 317-327.).

Zeidner, M. & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. En M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.). *Handbook of coping: Theory, Research and Applications*. New York: Wiley, 50, 505-531.

Ziegelmann, J. P. & Lippke, S. (2007). Planning and strategy use in health behavior change: A life span view. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14, 30 –39.

## Anexo I

### Estadísticos descriptivos de las variables socioeducativas y ocupacionales de la muestra

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Edad	M= 35,65 (7,383)	
Nivel Educativo	Primario	31 51,7
	Secundario	20 33,3
	Terciario	5 8,3
	Universitario	2 3,3
	No escolarizado	2 3,3
Sexo	Masculino	14 23,3
	Femenino	46 76,7
Estado Civil	soltero/a	15 25
	casado/pareja	33 55
	viudo/a	5 8,3
	divorciada/o	7 11,7
Residencia	Centro	19 31,7
	Barrio	41 68,3
Ocupación	ama de casa	29 48,3
	empleado/a	6 10
	Profesional	1 1,7
	Docente	1 1,7
	técnico/ gestor / oficios	12 20
	Comerciante	1 1,7
	Personal de limpieza	6 10
	Desempleado/a	4 6,7
Convivencia familiar	solo/a	7 11,7
	con familiar/ es	53 88,3
N Total	60	100,0

## Diagnósticos

	Frecuencia	Porcentaje
Leucemia leve	23	38,3
Leucemia de alto riesgo	6	10
Tumor	31	51,7
Total	60	100,0

## Momento del tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	22	36,7
1-3 años y 11 meses	25	41,7
4-8 años	13	21,7
Total	60	100,0

## Antecedentes

	Frecuencia	Porcentaje
Presente	32	53,3
No presente	28	46,7
Total	60	100,0

## Estadísticos descriptivos de las estrategias y estilos de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento	m	de
2.Afrontamiento activo	3,50	0,67
12.Aceptación	3,28	0,72
5.Apoyo emocional	2,89	0,94
13. Religión	2,85	1,22



9.Reformulación positiva	2,83	0,96
6. Apoyo instrumental	2,80	1,08
10. Planificación	2,70	0,98
8. Descarga emocional	2,35	1,11
1. Autodistracción	2,10	0,93
3. Negación	1,96	1,07
14. Autocritica	1,77	0,94
11. Optimismo	1,60	0,81
7. Renuncia	1,25	0,66
4.Consumo de sustancias	1,09	0,31
<hr/>		
Estilos de afrontamiento		
<hr/>		
Orientado a la emoción*	2,69	0,49
Orientado al problema*	2,58	0,46
Evitativo*	1,89	0,51
<hr/>		
Emocional**	2,64	0,84
Cognitivo**	2,39	0,45
Conductual**	2,25	0,34
<hr/>		

### **Apreciación cognitiva**

Apreciación cognitiva	N	%
<hr/>		
1º orden		
<hr/>		
Desafío	46	76,7
Amenaza	7	11,7
Pérdida/Daño	7	11,7
<hr/>		
Modificable	51	85
No modificable	9	15
<hr/>		
Bastante controlable	31	51,7
No controlable	5	8,3
<hr/>		

Algo que debo aceptar	20	33,3
Algo que puedo resolver	19	31,7
Requiere más info.	17	28,3
Algo que no puede hacer nada	4	6,7

### **Regulación emocional**

	M	de
Reevaluación cognitiva	5,22	1,45
Supresión emocional	3,94	1,89

## Anexo II Instrumentos



UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA  
.....

### GRUPO DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS: ESTRATEGIAS DE AFORNTAMIENTO, APRECIACIÓN COGNITIVA Y REGULACIÓN EMOCIONAL EN PADRES CON HIJOS DIAGNOSTICADOS DE CANCER

#### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por \_\_\_\_\_, de la Universidad Nacional de Mar del Plata. La meta de este estudio es establecer las Estrategias de afrontamiento, la regulación emocional y la apreciación cognitiva en padres con hijos diagnosticados de cáncer.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar unas encuestas. Esto tomará aproximadamente veinte minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Desde ya le agradecemos su participación.

-----

-----

Nombre del Participante  
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

- Adaptado del Brief-COPE (Carver, 1997).<sup>1</sup>

**1. DATOS PERSONALES**

**Consigna:**

Conteste las siguientes preguntas marcando con una X el casillero que corresponda según usted. Le rogamos que sea lo más sincero/a que pueda y no deje ninguna pregunta sin contestar. Los datos son confidenciales y serán utilizados sólo con fines de investigación. Gracias por su colaboración.

No

Nombre: ..... Edad: .....

Civil: Estado soltero/a  casado/a  viudo/a  divorciado/a

Lugar de residencia: centro  barrio

Ocupación/  
Trabajo: .....

Nivel de instrucción: Primario  secundario  terciario  universitario

Grupo familiar: .....

.....

.....

.....

<sup>1</sup> Esta versión ha sido validada en estudios previos (Krzemien, 2005, 2007; Krzemien, Monchetti & Urquijo, 2005).

Antecedentes oncológicos en la familia Si  No

Quien/es:

.....  
.....

Fecha de diagnostico de su hijo/hija:.....

Diagnostico.....  
.....

---

## 2. AFRONTAMIENTO

### **Consigna:**

Estamos interesadas en conocer la situación crítica que usted enfrenta al ser padre/madre de un hijo diagnosticados de cáncer. El transcurso del tratamiento implica un gran impacto emocional que genera diversos sentimientos de pérdida de control e introduce cambios, tales como; temor, alteraciones físicas, confusión, dificultad para tomar decisiones, dificultades económicas, aumento en la carga de trabajo, conflictos en la relación con los otros, pérdida de cotidianidad, entre otros.

Enuncie a continuación una o más situaciones, en relación al diagnostico de cáncer de su hijo/hija que usted está enfrentando.

.....  
.....  
.....  
.....

Las siguientes afirmaciones o ítems son algunas de las maneras de afrontar situaciones críticas o estresantes. Estamos interesados en conocer cómo usted ha enfrentado su/s situación/es difíciles. Piense en la/s situación/nes crítica/s o cambios a partir del diagnostico de cáncer de su hijo. Por favor, lea las afirmaciones y marque con una "X" el casillero que

corresponda según lo que usted realmente hace o ha estado haciendo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sea lo más sincero/a posible.

1 = No lo hago o casi NUNCA

2 = Lo hago POCO

3 = Lo hago BASTANTE

4 = Lo hago casi siempre o MUCHO

1. Me he estado enfocando en el trabajo u otras actividades para distraer mi mente				
2. He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo para resolver la situación				
3. Me he dicho a mi mismo/a o pienso que esta situación no es real				
4. He estado tomando bebidas alcohólicas o drogas para sentirme mejor				
5. He buscado recibir apoyo emocional de otras personas				
6. Me he dado por vencido/a de tratar de luchar con la situación				
7. He estado haciendo algo para poder mejorar la situación				
8. Me he rehusado a creer que esto me está pasando				
9. He estado diciendo cosas para expresar mis sentimientos desagradables				
10. He tratado de obtener ayuda y consejo de otras personas				
11. He estado usando medicación o drogas para que me ayude a pasar por esto				
12. He tratado de verlo con un enfoque distinto, para que parezca más positivo				
13. Me he estado criticando a mi mismo				
14. He tratado de crear una estrategia o plan para saber qué hacer				
15. He conseguido contención y comprensión de alguien				
16. He dejado de intentar enfrentar la situación				
17. He buscado algo bueno o positivo en lo que me pasa				
18. He estado haciendo bromas acerca de lo que me pasa				
19. He hecho algo para pensar menos en eso: ir de compras, ver TV, leer...				
20. He aceptado esta situación como una realidad de la vida				
21. He estado expresando mis pensamientos y emociones negativos				
22. He tratado de encontrar apoyo en mis creencias religiosas y espirituales				

23. He conseguido consejo o ayuda de otras personas para saber qué hacer				
24. He aprendido a vivir con esa situación				
25. He estado pensando mucho en cuáles son los pasos a seguir				
26. Me he estado culpando a mi mismo por lo que me pasa				
27. He estado haciendo rezos, oraciones o meditando				
28. Me he estado tomando la situación con optimismo				

<p><b>CUESTIONARIO DE APRECIACIÓN COGNITIVA</b>  Adaptado de Cognitive Appraisal Scale (Lazarus &amp; Folkman, 1986)</p>
--

Consigna:

Responda, marcando con una “X” el casillero que corresponda según usted:

1. Para mi la situación crítica que he enfrentado o estoy enfrentando fue/ es:

1. una pérdida o un daño
2. una amenaza
3. un desafío

2. ¿Considera que la situación crítica era/ es posible de cambiar?

1. si
2. no

3. Percibió/ percibe la situación crítica como:

1. No controlable
2. Medianamente controlable
3. Controlable

4. Cree que la situación crítica fue/es:

1. algo que pude/ puedo resolver
2. algo donde no pude/ puedo hacer nada
3. algo que debo aceptar o acostumbrarme
4. algo que requiere de más información para saber qué hacer.

<p><b>Cuestionario de Regulación Emocional</b></p>
--

**Consigna:**

Nos gustaría que respondiera algunas cuestiones relacionadas con su vida emocional, en particular, cómo controla o maneja sus emociones. Nos gustaría, por un lado, saber qué cosas hace cuando se siente alegre o triste y por otros, cómo expresa o muestra sus sentimientos en su forma de hablar o de comportarse. Aunque algunas oraciones le suenen parecidas, en realidad tratan aspectos diferentes. Por favor, indique cuán de acuerdo o en desacuerdo se encuentra usted con cada una de las afirmaciones que se presentan a continuación utilizando para ello la siguiente escala. Intente hacerlo considerando como controla o maneja sus emociones en la actualidad, no como desearía hacerlo en el futuro y teniendo en cuenta qué cosas hace generalmente, es decir, la mayoría de las veces.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

---

<sup>2</sup> Autorizado por los autores de la versión original en Inglés (Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-62).



**Totalmente en-----Neutral  
de acuerdo**

**Totalmente desacuerdo**

	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuando quiero sentir más una emoción positiva (por ejemplo, sentirme más alegre o más contento), modifico lo que en ese momento estoy pensando para conseguirlo.							
2. Preservo mis emociones, las guardo sólo para mí.							
3. Cuando quiero sentir menos una emoción negativa (por ejemplo, sentirme menos triste o menos enojado), modifico lo que en ese momento estoy pensando para conseguirlo.							

<p>4. Cuando estoy sintiendo emociones positivas, trato de no expresarlas.</p>							
<p>5. Cuando tengo que enfrentarme a una situación difícil, que me pone nervioso/a, trato de pensar en ella de una manera tal que me ayude a mantener la calma, a mantenerme tranquilo/a.</p>							
<p>6. Controlo mis emociones no expresándolas.</p>							
<p>7. Cuando quiero sentir más una emoción positiva, modifico la manera en la que estoy pensando sobre la situación que generó la emoción.</p>							

<p>8. Controlo mis emociones cambiando la manera de pensar sobre la situación en la que me encuentro.</p>							
<p>9. Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.</p>							
<p>10. Cuando quiero sentir menos una emoción negativa, modifico la manera en la que estoy pensando sobre la situación que generó la emoción.</p>							

