



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**REPRESENTACIONES DEL CÁNCER Y
AFRONTAMIENTO EN PADRES Y MADRES DE NIÑOS
CON ESTA ENFERMEDAD**

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención
en Psicología Clínica que presenta la Bachillera:

MARÍA CATALINA GASTIABURÚ CABELLO

ASESORA: Mg. VIVIANA TRIGOSO OBANDO

LIMA-PERÚ

2018



**A Brian y Jarumi,
quienes en vida llenaron de alegría
todos mis días de rotación por pediatría.**

Agradecimientos

A mi mamá y a mi papá, gracias por el incansable apoyo, aliento, y por darme la confianza de que ninguna meta es demasiado grande si es que se trabaja por ella con pasión, esfuerzo y perseverancia.

A mi hermana, gracias por ser mi motivación para salir adelante y no rendirme, por acompañarme por las noches mientras leía y sacarme siempre una sonrisa.

A Peta y Esperanza, gracias por todo su amor y apoyo incondicional.

A Beli, Vale, Ale, Lina, Gio y Male, gracias por las risas, por alentarme y brindarme calma hasta el final.

A mí asesora, Viviana Trigos, gracias por la paciencia, compromiso, buen humor y por acompañarme y orientarme a través de todo el proceso.

Por último, gracias a todos los pequeños pacientes, a sus padres y madres que formaron parte de esta investigación. Gracias por permitirme escucharlos. Gracias por compartir conmigo sus historias, alegrías y pesares. Gracias por hacer de mi experiencia de internado en el INEN una enriquecedora e inolvidable. Los llevo conmigo siempre.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal valorar las diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento según el componente actitudinal de las representaciones del cáncer. Se trabajó con un grupo de 49 padres y madres de niños con cáncer de un instituto especializado en oncología. Para evaluar las representaciones se empleó el instrumento Red de Asociaciones (De Rosa, 2012) y para medir las estrategias de afrontamiento se utilizó el Cuestionario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE), creado por Carver, Scheier, y Weintraub (1989) y adaptado por Cassaretto y Chau (2016). Se encontró que el grupo de padres y madres que evaluaban negativamente el cáncer puntuaron en menor medida en la estrategia *búsqueda de soporte social por razones emocionales* que el grupo de padres con una valoración positiva así como aquel con una positiva y negativa de igual forma. Además, se encontraron diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento *búsqueda de soporte social por razones emocionales* según el sexo; *aceptación y supresión de actividades competentes* según el nivel de instrucción y, *finalmente, supresión de actividades competentes* según los antecedentes de familiares con cáncer.

Palabras Clave: Representaciones del cáncer, estrategias de afrontamiento, COPE, Red de asociaciones.

Abstract

The present study set out to assess the differences in the use of coping strategies according to the attitudinal component of cancer representations within a group of 49 parents of children with cancer from a specialized oncology institute. In order to this, the Associative Network (De Rosa, 2012) was applied along with the Coping Estimation Inventory COPE which was created by Carver, Scheier, and Weintraub (1989) and adapted by Cassaretto and Chau (2016). It was found that those parents who presented a negative assessment towards cancer scored less in the strategy Seeking social support for emotional reasons than the group who had a positive assessment and the one with a positive and negative equally. Likewise, significant differences were found between the use of *seeking social support for emotional reasons* and the sex of the participants; *acceptance and suppression of competing activities* according to the education level and; finally, *suppression of competing activities* and family history of cancer.

Key words: Representations of cancer, coping strategies, COPE, associative network

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	9
Participantes	9
Medición	9
Procedimiento	12
Análisis de Datos	13
Resultados	15
Discusión	19
Referencias	29
Apéndices	
Apéndice A: Características sociodemográficas y de la enfermedad	34
Apéndice B: Cálculo de índices en la red de asociaciones	35
Apéndice C: Confiabilidad las dimensiones del COPE	36
Apéndice D: Aclaraciones del COPE	38
Apéndice E: Consentimiento Informado	39
Apéndice F: Ficha de Datos	40
Apéndice G: Análisis de Normalidad	42
Apéndice H: Peso semántico	43
Apéndice I: Cuadro de categorías	44
Apéndice J: Tabla de frecuencias y porcentajes de Índices de Neutralidad	46
Apéndice K: Resultados no significativos	47

Introducción

El término cáncer se refiere a un grupo de enfermedades que surgen, principalmente, por la propagación y el crecimiento desmedido de células anormales (American Cancer Society [ACS], 2015; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Dicha multiplicación de células puede conllevar a la invasión de partes adyacentes del cuerpo y a la difusión a otros órganos; este proceso es llamado metástasis, y representa la principal causa de muerte por esta enfermedad (OMS, 2018).

El origen y pronóstico de la enfermedad resultan aún inciertos. La investigación con respecto al origen, indica que ciertos factores de riesgo pueden aumentar la posibilidad de una persona de padecer cáncer, mas no aseguran una causa específica. Entre estos pueden encontrarse como las más estudiadas a la genética, conductas de riesgo y agentes ambientales (ACS, 2017; Instituto Nacional del cáncer [NIH], 2015; Ministerio de Salud [MINSAL], 2010). En relación al pronóstico, especialistas en el campo señalan la complejidad para predecir con exactitud la mejora o no del paciente a partir del tratamiento dadas las diferentes respuestas que cada persona puede tener frente al proceso de enfermedad (NIH, 2014).

Con respecto a la población pediátrica oncológica, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2016) notificó 1.048 casos nuevos de cáncer entre los niños con edades entre los 0 y 14 años en el periodo 2010-2012. Asimismo, durante los mismos años reportaron 380 muertes de niños a causa de la enfermedad, siendo el 58,2% niños y el 41,8% niñas. De acuerdo a las últimas estimaciones realizadas por la Dirección de Prevención del Cáncer del Ministerio de Salud (MINSAL, 2018), en el Perú, se presentan mil seiscientos nuevos casos de cáncer infantil anualmente en donde el 40% corresponden a leucemias, 18% a tumores del Sistema Nervioso Central, 14% a linfomas y el restante a neoplasias relacionadas a ojos, riñones, huesos, entre otros.

La quimioterapia suele ser el tratamiento más común de los pacientes pediátricos oncológicos (De Chico, Castanheira, Garcia, 2010). Esta modalidad de tratamiento consiste en la administración de diferentes medicamentos, y tiene como función eliminar las células cancerígenas de crecimiento rápido. No obstante, afecta también aquellas células sanas como glóbulos rojos, plaquetas, mucosa oral, tejido renal, epitelio gastrointestinal (Macchi, 1998; ACS, 2016). Esto puede generar efectos secundarios en la salud siendo los más usuales los siguientes: vómito, náuseas, diarrea, hemorragias, dolores abdominales y la alopecia en los niños (ACS, 2016; Chacín y Chacín, 2011; De Chico, Castanheira, Garcia, 2010 y Macchi,1998).

La información previamente señalada resulta importante no sólo porque intenta transmitir un conocimiento aproximado acerca de la proporción real del cáncer infantil en el país, sino porque pretende también dar luces de las implicancias que puede acarrear el proceso de enfermedad.

Frente a las exigencias del tratamiento y sus consecuencias físicas, el cuidado de un niño con cáncer requerirá de la participación activa de padres y/o madres durante el proceso de enfermedad. Esto puede suponer una serie de transformaciones en el funcionamiento familiar así como la suma de demandas físicas, económicas y sociales (Ballestas et al., 2013; De Chico, Castanheira, Garcia, 2010 y Fernández, 2009) y que; por ejemplo, deban permanecer durante un largo periodo de tiempo en un centro hospitalario o se desplacen frecuentemente a este, lo que se dificulta cuando la atención se encuentra a gran distancia de sus hogares (Grau y Espada, 2012).

Así como ésta última, surgirán muchas otras demandas que suponen nuevas funciones para los padres y madres. Al respecto, estudios señalan que estas suelen ser asumidas por la madre por lo que es ella quien suele verse frente a la toma de decisiones respecto de la salud de su hijo, administración de la medicación, promoción del confort y soporte, el planeamiento de actividades familiares, manejo de problemas del comportamiento de los niños, la atención de dificultades, y supervisión de responsabilidades y rutinas (Kohlsdorf y Costa, 2012). Estudios indican que esta asignación de tareas a la madre se debería a la flexibilidad de sus horarios, lo que conlleva a un mayor involucramiento y al consecuente desgaste emocional, a diferencia de los padres, quienes suelen cumplir un rol de proveedores y soporte emocional de las madres lo que conlleva a que mantengan una mayor distancia emocional respecto de la situación (Flores, 1999). No obstante, también es importante considerar los cambios que se han venido dando con el pasar de los años en los roles de género que asumen hombres y mujeres de la familia por lo que, actualmente, las tareas de cuidado de los hijos no pueden considerarse exclusivos de la mujer (Ramírez, 2014)

A modo de consecuencia, el cáncer infantil puede generar un fuerte impacto emocional en los padres y madres de los pacientes (Ballestas et al., 2013; Bretones, 2013; Campiño-Valderrama y Duque, 2016; Cely-Aranda, Duque y Capafons, 2013; De la Huerta, Corona, Méndez, 2006; Espada y Grau, 2012; Flores, 1999; González-Arratia, Nieto y Valdez, 2011; Grau y Espada, 2012; Grau y Fernández, 2010; Wong y Chan, 2005), impactando y alterando la calidad de vida de las madres (Lafaurie et al., 2009) y la interacción que estas posean con sus hijos (Caballero, 2012), los roles parentales (Fernández,

2004; Rojas, 2005) así como la relación marital (Khoury, Huijer y Doumit, 2013; Pinóe, 2016).

Así, durante el periodo de diagnóstico y tratamiento las investigaciones encuentran la presencia de emociones tales como la tristeza, la culpa, la cólera y el temor (ACS, 2015; De Chico, Castanheira, Garcia, 2010; Ochoa y Polaino, 1999; Ruda, 1999, 2001), la depresión y soledad (Berckemeyer, 2017; Boman, Lindahl y Björk, 2003), ansiedad (Flores, 1999) y estrés (Bretones, 2013; Chacín y Chacín, 2011; De la Rubia y Rodríguez, 2013; Lyu et al., 2016; Mejía, 2013; Ochoa y Polaino, 1999; Ruda, 1998, 2001). Inclusive, una vez concluido el periodo de tratamiento pueden persistir sensaciones como la incertidumbre e impotencia debido a las secuelas del mismo en la salud del niño y a la permanente posibilidad de muerte (Grau y Espada, 2012; Grau y Fernández, 2010; Macchi, 1998 y Rojas, 2005). No obstante, también existen estudios que revelan que los padres pueden rescatar aspectos positivos en la experiencia de cáncer (Wong y Chan, 2005) y que esta enfermedad puede potenciar cualidades en ellos, por ejemplo, al incrementar las conductas sensitivas maternas (Caballero, 2012), promover y fortalecer las habilidades paternas para responder a las demandas del niño (Ramírez, 2014) y fomentar la unión familiar (Suárez, 2015).

Esto último no sólo da luces de lo complejo que supone la experiencia de esta enfermedad sino que evidencia que el cáncer puede ser vivenciado de diferentes maneras. Al respecto, autores como Cruzado (2014) y Holland (1998) consideran que las conceptualizaciones que se tienen acerca de una enfermedad pueden repercutir en la vivencia de la misma. Estas conceptualizaciones suelen ser estudiadas bajo el nombre de representaciones.

Las representaciones han sido abordadas desde distintas perspectivas, las cuales se diferencian por el énfasis que otorgan a un aspecto en particular de este constructo. Desde la perspectiva cognitiva, estas son definidas como estructuras conceptuales, procedimentales y actitudinales que permiten organizar y dar sentido a la interioridad y exterioridad del entorno, con el objetivo de controlarlo y transformarlo (Arbeláez, 2002). Esta misma postura, señala que las representaciones revelan el lado constructivista de la persona, el cual se vería manifestado en los esfuerzos activos para interpretar la experiencia y la búsqueda de significado a los acontecimientos que la rodean (Ruda, 1998). Por otro lado, desde una social, Moscovici (1993) concibe a las representaciones como un sistema de valores, ideas y prácticas que devienen de la información, conocimiento y modelos de pensamiento que recibimos a través de la interacción social siendo además, un conocimiento construido a partir de las experiencias, información, conocimientos y modelos de pensamiento que uno

recibe por medio de la tradición, educación y comunicación social (Fonseca, 2009). Desde esta perspectiva las representaciones poseen una doble función frente a lo desconocido: lograr que lo extraño resulte familiar y lo invisible, perceptible (Farr, 1989).

Mora (2002) señala que el origen de dichas representaciones estaría determinado por diversas condiciones, como momentos de crisis y conflictos. El mismo autor señala que para fines didácticos y empíricos las representaciones podrían ser analizadas desde 3 dimensiones: la información, que refiere a la organización o suma de los conocimientos que poseen de un tema; el campo de representación, que es la manera en cómo se organiza o jerarquiza el contenido de la representación; y la actitud, que revela la orientación favorable o desfavorable hacia el objeto representado y estaría implicada en la conducta y motivación. Respecto a esta última dimensión, Morales, Huici, Moya y Cariviria (1999) conciben a la actitud como un mediador entre los estímulos externos y las reacciones de las personas, que pueden ser de aprobación o desaprobación, atracción o rechazo, o de aproximación o evitación de acuerdo a la evaluación del estímulo externo. En un estudio de actitudes maternas hacia el hijo enfermo de leucemia, Macchi (1998) encontró que la actitud de aceptación en las madres participantes facilitó su adaptación para aprender a vivir con la realidad de la enfermedad de sus hijos y encontrarle un sentido; y señala que de haberse presentado una actitud de rechazo esta podría haber imposibilitado continuar con el tratamiento, brindarle soporte al hijo y asumir un rol frente a la experiencia.

Desde una perspectiva integradora, es posible concluir que si bien una persona construye las representaciones en base a lo que recibe del entorno, éstas no se dan de forma aislada (Arbeláez, 2002), pues también son resultado de un proceso activo mediante el cual va a intentar descubrir, ordenar e interpretar el mundo que le rodea, trasladando los eventos externos a modelos internos con un efecto en su conducta (Ruda, 2001). En ese sentido, para comprender las representaciones se debe considerar las particularidades de estas en cada individuo, el marco social en el cual este está inscrito y la influencia del mismo en la construcción de las representaciones y en la interacción con los demás.

En el contexto peruano, se han llevado a cabo estudios acerca de las representaciones del cáncer. Un estudio de Caldas (2014) acerca de las representaciones del cáncer en pacientes jóvenes con esta enfermedad reveló que estos percibían al cáncer como una agresión corporal de origen aleatorio y desencadenante de sentimientos de vulnerabilidad, impotencia y dolor. Más adelante, un estudio de Torre (2015), en el que se comparó las representaciones de jóvenes con y sin la enfermedad, reveló que los jóvenes pacientes

asociaron el cáncer con la muerte como una posibilidad; mientras que los segundos, como una consecuencia inevitable.

Dentro del contexto oncológico pediátrico, Ruda (1998) considera que tener un hijo con cáncer conlleva a los padres y madres a realizar intentos por representar y comprender una realidad compleja, incierta y difícil de materializar, por lo que un “registro representacional” les permite organizar tanto la realidad de manera subjetiva, así como sus sentimientos. En su estudio de las representaciones acerca del cáncer y su origen en padres y madres de niños con esta enfermedad Ruda (1998) halló que estos representaron el cáncer como una enfermedad vinculada a la muerte, maligna, agresiva, imprevista, causante de dolor, debilitamiento físico y deterioro corporal. Además, en relación a la muerte y expectativas de vida, encontró representaciones contrapuestas cuya función fue protegerlos de la angustia causada por el reciente diagnóstico. Asimismo, como respuesta al desconcierto e incertidumbre de la evolución de la enfermedad descubrió la predominancia de emociones como la confusión. Finalmente, identificó que la variable presencia de antecedentes de cáncer en la familia pudo ser una que incrementó la asociación de la enfermedad a un sufrimiento tanto físico como emocional.

En un estudio posterior con padres y madres de niños diagnosticados con leucemia, Colmenares (2016) identificó ciertos factores que repercutieron en la conceptualización que estos sostuvieron de la enfermedad. La autora sostiene que el nivel de instrucción, el lugar de procedencia y el sexo de los mismos pudieron influenciar en la atribución causal de la enfermedad así como en la comprensión y vivencia de la misma. De esta manera, encuentra que un mayor nivel de instrucción permitió un entendimiento más preciso y certero del diagnóstico. Asimismo, halló que el lugar de procedencia generó diferencias en la atribución de las causas de la enfermedad y su tratamiento, siendo los padres de la sierra los que asociaban el origen a causas como la falta de lactancia, mientras que los de la selva refirieron explicaciones de índole cultural como el susto y el espanto. En relación a la diferencia de sexo, encontró que fueron las madres las que manifestaron representaciones más precisas con relación al impacto físico, emocional y conductual que atraviesan sus hijos debido a un mayor grado de involucramiento en su cuidado.

A partir de lo expuesto, y considerando que las representaciones pueden tener una implicancia en la conducta (Arbeláez, 2002; Mora, 2002) cabe preguntarse, de qué manera los padres y madres de niños con cáncer se adaptan a esta situación.

Lazarus y Folkman (1987), proponen que los seres humanos evalúan de forma constante los eventos que se dan en su vida y el significado que estos tienen sobre su

bienestar. De acuerdo a los autores, cuando una situación significativa es evaluada como amenazante para el bienestar y desbordante para los recursos con los que uno cuenta, se percibe como estresante.

En ese sentido, una serie de estudios revelan que el cáncer ha sido evaluado como un evento estresante por padres y madres de niños que la padecen (Chacín y Chacín, 2011; De la Rubia & Rodríguez, 2013; Lyu et. al, 2016; Mejía, 2013; Ruda, 1998, 2001). Esto sucedería debido a que evalúan sus recursos personales como insuficientes para cumplir con las demandas que la enfermedad supone y por la sensación de falta de control e incertidumbre sobre la misma (Khoury, Huijer y Doumit, 2013; Taylor, 2007). Para lograr adaptarse a una situación evaluada como estresante, Lazarus y Folkman (1987) afirman que se requerirán de recursos cognitivos, emocionales y conductuales que permitan afrontar las demandas internas y/o externas que la misma desencadena.

Carver, Scheier y Weintraub (1989) estudiaron aquellos procesos cognitivos y/o conductuales concretos y específicos bajo el constructo de estrategias de afrontamiento y definen a las siguientes: (1) *afrontamiento activo*, como la toma de acciones para avanzar y eliminar el estresor o disminuir sus efectos; (2) *planificación*, como la organización de pasos previos para un manejo más óptimo; (3) *supresión de actividades competentes*, como el pausar aquello que impide concentrarse en el problema y que no esté relacionado con él para una mejor focalización; (4) *contención del afrontamiento*, como la espera de la oportunidad precisa para actuar y evitar hacerlo de manera prematura; (5) *búsqueda del apoyo social por razones instrumentales*, como la búsqueda de apoyo moral, asistencia o información; (6) *búsqueda del apoyo social por razones emocionales*, como la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión en los demás; (7) *reinterpretación positiva y crecimiento*, como el cambio de percepción de una situación indeseada a una como un evento positivo; (8) *enfocar y liberar emociones*, como la tendencia a concentrarse en el estresor y expresar las emociones que este supone; (9) *aceptación*, como la concientización y asimilación de la presencia del evento para poder lidiar con el problema; (10) *negación*, como la postura a negar la existencia de evento estresante, útil solo en las primeras etapas del mismo para minimizar el dolor y facilitar el afrontamiento; (11) *desentendimiento conductual*, como la reducción del esfuerzo por enfrentarse al estresor; (12) *desentendimiento cognitivo*, como el distanciamiento del problema por medio de actividades distractoras para evitar pensar en el estresor; (13) *acudir a la religión*, como el involucramiento en actividades religiosas para reducir el malestar a causa de la problemática. Más adelante, los autores agregarán estrategias como (14) el *uso de alcohol y drogas* y (15) *uso del humor*, ambos como intentos para

reducir el estrés.

Numerosas investigaciones internacionales han estudiado el afrontamiento en padres y madres de niños con cáncer (Campiño-Valderrama y Duque, 2016; De la Rubia y Rodríguez, 2013; De la Huerta, Corona y Méndez, 2006; Lyu, et al, 2016). En España, Espada y Grau (2012) exploraron las estrategias de afrontamiento que utilizaban los padres y madres de niños con un diagnóstico de cáncer mayor a 2 años y encontraron que las más utilizadas eran aquellas que suponían el manejo activo y directo del problema como la búsqueda de información sobre los aspectos de la enfermedad y de apoyo social en los médicos, amigos, familia y apoyo espiritual.

En Latinoamérica, Moral y Martínez (2009) evaluaron el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento dominantes en padres de niños mexicanos recientemente diagnosticados con cáncer y hallaron que la evitación era el tipo de afrontamiento más relacionado con el incremento del estrés en ambos géneros; mientras que la reevaluación positiva con la disminución del mismo. También, identificaron una tendencia en las madres a utilizar la religión y la reevaluación positiva así como mayores indicadores en las estrategias de búsqueda de apoyo social y religión que en los padres. En Venezuela, Chacín y Chacín (2011) buscaron determinar las estrategias de afrontamiento empleadas por los padres de niños y adolescentes con cáncer en las distintas etapas: un diagnóstico reciente, en tratamiento y culminado el mismo. Entre los resultados destacó el uso predominante del afrontamiento religioso en las tres fases, el cual fue considerado una fuente de soporte emocional y un vehículo para la reinterpretación positiva y crecimiento de los acontecimientos. De manera específica, durante la fase de diagnóstico también utilizaron la negación, reinterpretación positiva, la planificación y el afrontamiento activo, entre otras. Durante la fase de tratamiento, aunque en menor medida, usaron la reinterpretación positiva, planificación, afrontamiento activo, etc. Por último, finalizado el tratamiento, acudieron también a la reinterpretación positiva, seguida, principalmente, por el afrontamiento activo y la planificación.

Dentro del contexto peruano, Flores (1999) realizó un estudio en padres de niños recientemente diagnosticados con leucemia y halló que las estrategias más utilizadas fueron la planificación, el afrontamiento activo, acudir a la religión, la reinterpretación positiva y el enfocar y liberar emociones. La autora encontró además diferencias entre las madres y los padres, siendo estos últimos los que en los momentos críticos –diagnóstico y muerte– mantuvieron una postura más activa, al tomar decisiones de manera inmediata, apoyando a la madre, implicándose en menor medida de manera directa con la carga psíquica del niño.

En síntesis, las representaciones que posean los padres y madres de pacientes pediátricos podrán brindar información sobre la concepción de la enfermedad y la actitud- o valoración- que poseen frente a esta. Este componente actitudinal que refleja el tipo de valoración que tienen frente al cáncer se considera de suma importancia dado que puede influir en el comportamiento que tengan en el contexto de enfermedad de sus hijos (Morales, Huici, Moya y Cariviria (1999).

Es así como el objetivo principal de la presente investigación será valorar las diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento según el componente actitudinal de las representaciones del cáncer. Como objetivos específicos, se pretende explorar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento según las variables sociodemográficas de los padres (sexo, nivel de instrucción, antecedentes familiares de cáncer y lugar de procedencia) y de la enfermedad (tiempo de diagnóstico).



Método

Participantes

En el presente estudio participaron 49 padres y madres de pacientes pediátricos oncológicos que asistían a un centro especializado en enfermedades neoplásicas de Lima Metropolitana. Las edades de los participantes osciló en un rango de 21 y 50 años ($M=31.12$, $DE= 7.03$); siendo 85.7% mujeres y el resto hombres. La mayoría de los participantes proviene de provincia (75.5%) y el resto de Lima (24.5%). Respecto al estado civil, el 82% era casado o conviviente mientras que el 18% era soltero o separado. El 75% no tenía antecedentes de un familiar con cáncer (Apéndice A).

Con respecto a las características de sus hijos pacientes, todos padecían una enfermedad oncológica: Leucemia (77.6%) o Tumor sólido (22.4%). El tiempo de diagnóstico osciló entre los tres y ciento noventa y dos meses ($M=10.63$, $DE=26.78$). Los pacientes se encontraban recibiendo quimioterapia de manera ambulatoria (63.3%) u hospitalaria (36.7%) en una institución especializada en enfermedades oncológicas de Lima Metropolitana. De este grupo de menores, 25 eran niñas y 24 niños, cuyas edades oscilaban entre 0 a 6 años ($M=3.45$, $DE=1.75$).

Como criterios de inclusión se consideró que el tiempo de diagnóstico de la enfermedad del hijo sea de mínimo 3 meses. Además, se tuvo como criterio de exclusión que el niño no tenga un diagnóstico de metástasis, se encuentre en un estadio IV o en periodo de recaída de la enfermedad.

Medición

Para explorar las **representaciones** del cáncer en los padres y madres se utilizó la Red de asociaciones (De Rosa, 2002) que es una prueba empleada para el estudio de la estructura, el contenido y la polaridad respecto a una representación particular. Este instrumento se desarrolla a partir de la elaboración de un mapa semántico que toma como punto de partida a una palabra inductora (en este caso el cáncer) ante la cual se deben asociar palabras, atribuirles un valor positivo o negativo y enumerarlas de acuerdo al orden de evocación (De Rosa, 2002).

La información recopilada a partir de la Red de asociaciones puede ser estudiada por medio de dos vías complementarias: un análisis cuantitativo, que implica las identificación de las frecuencias y el peso semántico de las palabras asociadas así como del componente evaluativo y actitudinal de la representación por medio de los índices de polaridad y neutralidad; y otro cualitativo, que consiste en el análisis a nivel semántico de todas las

palabras emitidas por los participantes con el fin de agruparlas en categorías de sentido (Fonseca, 2009). El índice de neutralidad es la medida de control de la pruebas, e indica una baja o alta neutralidad en la red del participante, es decir, si categorizó sus emociones como positivas o negativas y no como neutras (De Rosa, 2002) (Apéndice B). En base a ello, el índice de polaridad, que da cuenta de los componentes evaluativos y actitudinales de la representación, indica el carácter positivo, negativo o de forma equivalente entre ambos de las palabras señaladas por los participantes.

Este instrumento ha sido útil en el ámbito de la salud y enfermedad. Así, fue empleado en un estudio realizado por Fonseca (2009) en dos grupos de jóvenes con y sin VIH en la ciudad de Bogotá. En este, las cualidades de la prueba permitieron analizar el campo representacional de los participantes en relación a los significados que atribuyeron al VIH así como una gama de elementos emocionales, valorativos, sociales y de naturaleza científica a partir de las categorías semánticas con respecto la infección y personas que padecen la enfermedad. En el Perú, la red de asociaciones ha sido utilizada para explorar las representaciones del cáncer en grupos de jóvenes: Caldas (2014) trabajó con un grupo de adultos jóvenes diagnosticados con la enfermedad y Torre (2015) realizó una comparación de las representaciones del cáncer de jóvenes con y sin esta enfermedad. Como parte de las recomendaciones para lograr una mejor comprensión y categorización de las palabras asociadas, los autores sugirieron complementar el instrumento con las siguientes preguntas: *¿Cómo te sentiste al realizar esto?* y *¿Por qué crees que recordaste estas palabras?* Además, para lograr una clasificación más objetiva de las palabras evocadas recomendaron que las categorías creadas sean sometidas a la validez de contenido por parte de expertos en el área. Los resultados reportados acerca del trabajo con la red de asociaciones por ambos investigadores dieron cuenta de la sencillez de su aplicación, la riqueza en términos de información sobre la redes, así como de la valiosa información cuantitativa brindada a partir de los índices de polaridad, los mismos que facilitan el estudio de las representaciones con otros constructos por medio de procedimientos estadísticos.

Para medir las estrategias de **afrontamiento** se utilizó el Cuestionario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE) creado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) en su versión adaptada al español por Cassaretto y Chau (2016) con el objetivo de examinar las respuestas de las personas frente a situaciones que son evaluadas como estresantes.

Carver y sus colegas (1989) establecieron dos modos de aplicación: uno que permite evaluar el afrontamiento situacional, es decir lo que la persona usualmente hace cuando se

encuentra en situaciones de estrés; y uno disposicional, cuyo foco es evaluar a la persona en una situación estresante específica o durante un periodo específico de tiempo.

En el Perú se llevó a cabo la adaptación de la prueba COPE por Casuso (1996) quien validó el instrumento en su versión disposicional aplicando el instrumento a 817 estudiantes universitarios. Se obtuvo una consistencia interna de .40 a .86. Además, se realizó un análisis factorial donde se redistribuyeron algunos de los ítems. Por su parte, Flores (1999) utilizó el instrumento en la forma disposicional para trabajar la ansiedad y estilos de afrontamiento en 44 padres y madres de niños recién diagnosticados con leucemia o linfoma No-Hodgkin. El análisis de la confiabilidad indicó que los coeficientes alfa de Cronbach oscilaron entre .56 a .74 en las estrategias, considerándose índices suficientes para garantizar la fiabilidad de las escalas. Años más tarde, Pineda (2012) aplicó el cuestionario para una investigación acerca del estrés parental y los estilos de afrontamiento en 58 padres de niños diagnosticados con el trastorno del espectro autista (TEA), comprobando que la consistencia interna de la prueba mantenía adecuados niveles de confiabilidad encontrando coeficientes de alfa de Cronbach de .71 a .87.

Para la presente investigación se empleó la adaptación al contexto limeño del COPE en su versión disposicional, realizada por Cassaretto y Chau (2016) en un grupo de 300 universitarios. Para el análisis de la validez de la prueba, realizaron un análisis factorial exploratorio que arrojó una varianza de 65.15% para 15 factores. Además, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio para organizar las escalas de acuerdo a un orden que refleje la teoría, lo cual generó 3 factores que explicaron un 55.92% de la varianza. Para la confiabilidad, se reportaron resultados de .53 a .91. Con respecto a los estilos y estrategias, Cassaretto y Chau (2016) mencionan que si bien las investigaciones encuentran adecuados índices de consistencia interna y funcionamiento factorial a nivel de las estrategias no sucede lo mismo con los estilos, por lo cual, las autoras aconsejan descartar el uso de estos últimos.

Recientes investigaciones realizadas por Rodríguez (2016) y Rey de Castro (2017) utilizaron la versión adaptada del instrumento por Cassaretto y Chau (2016). La primera autora trabajó con 89 pacientes de cáncer de mama y evaluó el afrontamiento y la calidad de vida de las mismas. Con respecto a la consistencia interna, obtuvo puntajes entre .57 y .94 para la mayoría de las sub escalas o estrategias; sin embargo, tres de ellas *afrontamiento activo*, *supresión de actividades* y *desentimiento mental* puntuaron por debajo de lo recomendado, por lo cual decidió no utilizar dichas escalas en los análisis posteriores. La segunda autora, trabajó con 51 pacientes mujeres con diagnóstico de depresión y exploró las relaciones entre las estrategias de afrontamiento, bienestar y autoestima en las mismas. A

partir de los análisis estadísticos obtuvo un alfa de Cronbach que osciló entre .55 a .91 en la escala; no obstante, *contención del afrontamiento* y *desentendimiento mental* obtuvieron coeficientes de .24 y .48 respectivamente, por lo cual no fueron consideradas en la investigación.

Respecto a la versión del COPE con 60 ítems, si bien no ha sido utilizado con padres y madres de niños con cáncer en el Perú, una reciente investigación de Pérez de Velasco (2017), quien aplicó la escala a 49 madres de niños y niñas diagnosticados con TEA, registró coeficientes alfa de Cronbach de .56 a .89 a excepción de la escala *uso de alcohol y drogas* la cual resultó no confiable.

El análisis de confiabilidad interna del presente estudio, arrojó puntajes entre -.02 y .88. Como resultado, se trabajó con 7 dimensiones: *supresión de actividades competentes* ($\alpha=.51$), *aceptación* ($\alpha=.81$), *enfocar y liberar emociones* ($\alpha=.56$), *búsqueda de soporte social por razones instrumentales* ($\alpha=.81$), *búsqueda de soporte social por razones emocionales* ($\alpha=.87$), *negación* ($\alpha=.75$) y finalmente, *uso del humor* con ($\alpha=.74$) que fueron las escalas que alcanzaron el punto recomendado para una consistencia media de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010) (Apéndice C).

Procedimiento

De acuerdo a los lineamientos establecidos por la institución, se solicitó la aprobación del estudio por parte del comité de ética y área de Pediatría. Como primer acercamiento a los padres y madres se realizó una prueba piloto con 5 padres y madres, que cumplían con los criterios de inclusión pero que no conformaron la muestra final, con el fin de identificar cualquier inconveniente en relación a la comprensión de las consignas y de los ítems. Como resultado se realizaron aclaraciones para un mejor entendimiento de los ítems del COPE, los mismos que fueron compartidos con una de las autoras de la adaptación (Apéndice D). Luego de ello, se estableció contacto con los participantes a quienes se les solicitó firmar el consentimiento informado (Apéndice E) en señal de aceptación de su participación voluntaria. Luego, se les administró la Ficha de datos (Apéndice F), seguida de los instrumentos Red de Asociaciones y por último el COPE.

Es menester señalar que la secuencia de la aplicación se decidió a partir del objetivo, que fue explotar el potencial proyectivo de la Red de asociaciones al máximo, para lo cual se evitó que la entrada de la información de los contenidos de una técnica más estructurada como el COPE distorsione los procesos asociativos (De Rosa, 1995). Además, a partir de la información cualitativa de la Red de Asociaciones se crearon las categorías de sentido que

fueron validadas por 3 expertos en el tema para prevenir el sesgo en el análisis semántico de las palabras. Al cierre de la aplicación de ambas pruebas se ofreció, de ser necesario, un espacio de contención emocional que permitió dar un cierre con los contenidos que pudieron surgir a causa de la evaluación y que pudieron haber movilizadado a los padres y madres de familia.

Análisis de datos

Respecto a la Red de Asociaciones, las redes de los participantes fueron procesadas a partir del análisis cualitativo y cuantitativo que plantea el mismo instrumento. Como parte del análisis cualitativo, se procedió a agrupar las palabras dentro de las categorías de sentido. Debido a la amplia gama de temáticas que surgieron, las categorías fueron evaluadas por 3 especialistas en el área, los mismos que brindaron aportes y validaron su contenido. Respecto al análisis cuantitativo, se hallaron las frecuencias de las palabras asociadas, identificando la distribución de estas de manera global. Además, se obtuvieron los índices de polaridad y neutralidad, los que fueron analizados junto con los datos del COPE por medio de análisis estadísticos mediante el programa estadístico IBM SPSS versión 22.0 en español.

En relación a la prueba COPE, se verificó la confiabilidad de las puntuaciones a través del método de consistencia interna alfa de Cronbach. Posteriormente, se exploró la distribución de los datos mediante la prueba de normalidad, con el estadístico Shapiro-Wilk, encontrándose distribuciones normales y no normales. Para evaluar si la no normalidad era extrema se procedió a realizar el análisis de asimetría y curtosis, obteniéndose que sólo la estrategia *uso del humor* (asimetría= |3| y curtosis= |9.55|) poseía una no normalidad extrema (Kline, 2010) por lo que se utilizaron estadísticos no paramétricos sólo con dicha escala (Apéndice G).

Para el objetivo principal, se realizó una comparación de medias para más de 2 grupos independientes, entre los índices de polaridad y las estrategias de afrontamiento. Por un lado, para las escalas cuya distribución fue normal se utilizó el ANOVA de un factor. De encontrarse varianzas homogéneas se procedió a utilizar la prueba ómnibus de ANOVA seguida de la prueba post hoc de Bonferroni ajustado para comparaciones múltiples y para interpretar las magnitudes de su efecto se utilizó el eta cuadrado. En caso contrario, cuando las varianzas resultaron no homogéneas, se utilizó la prueba ANOVA Welch seguida de la prueba post hoc de Games–Howell para comparaciones múltiples. Por otro lado, para la escala Humor se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis.

Para los objetivos secundarios, se realizó un análisis de comparación de medias para 2 grupos (sexo, lugar de procedencia, antecedentes de familiares con cáncer y tiempo de diagnóstico) y una comparación de medias para más de 2 grupos (nivel de instrucción). Con respecto a la comparación de medias para 2 grupos, para las escalas con distribución normal y de acuerdo al análisis de la prueba Levene de calidad de varianzas, se utilizó la prueba t-student y para interpretar las magnitudes de su efecto se utilizó el criterio de Cohen. Para la escala Humor, se utilizó el estadístico U de Mann Whitney. Seguido de ello, se realizó la comparación de medias para más de 2 grupos independientes y los análisis anteriormente expuestos. Para concluir, se realizaron correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y la variable tiempo de diagnóstico por medio del coeficiente de Pearson, y sólo con la estrategia *uso del humor* se utilizó el coeficiente de Spearman.



Resultados

A continuación se presenta la información obtenida para responder a los objetivos de investigación. En primera instancia, se describen los resultados de las representaciones del cáncer conseguidos a partir de la Red de asociaciones, las que se consideran un apoyo para comprender con mayor profundidad los resultados posteriores. Luego, se presenta la data obtenida a partir de los puntajes del COPE según las variables sociodemográficas y de la enfermedad. Finalmente, se valoran las diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento según los índices de polaridad.

Representaciones del cáncer: frecuencias, categorías e índices

A continuación se presentan los resultados de las redes de asociaciones realizados por los 49 participantes, con un total de 237 palabras. En primer lugar, se realizó un análisis de **frecuencias** y peso semántico (Apéndice H) según lo indica el instrumento y, posteriormente, un análisis semántico que dio como resultado a las categorías de sentido.

La Tabla 1 muestra en orden descendente a las 10 palabras más evocadas por los participantes así como el porcentaje de participantes que los nombraron.

Tabla 1

Palabras con mayor frecuencia numérica y porcentaje de personas que las nombraron

	<i>f</i>	<i>%</i>
Tristeza	22	44.9
Enfermedad	15	30.6
Miedo	13	26.5
Muerte	11	22.4
Curable	11	22.4
Dolor	10	20.4
Malo	9	18.4
Lucha	9	18.4
Preocupación	8	16.3
Esperanza	7	14.2

n=49

De manera global, se destaca que la palabra “tristeza” fue la más asociada, y por el contrario “esperanza” fue la menos evocada.

A partir de las redes de los participantes, se creó el cuadro de **categorías** (Apéndice I) en el cual se señala la frecuencia tanto de las palabras como de la categoría.

A continuación, se describe con mayor detalle cada una de estas: La categoría *Definición y Adjetivos calificativos* agrupa a las palabras usadas para caracterizar al cáncer en

sí. La categoría *Causas* engloba los elementos a los que se les atribuye el origen de la enfermedad. Por su lado, la categoría *Pronóstico* agrupa palabras que dan cuenta de la evolución de la enfermedad, ésta se dividió en dos subcategorías: Pronóstico positivo, que agrupa palabras que indican la posibilidad de curación y solución de la enfermedad y; Pronóstico negativo, con contenidos acerca de la mortalidad, incurabilidad, cronicidad y recaída de la misma.

Además, la categoría *Vivencia de la enfermedad* congrega las palabras que dan cuenta del impacto emocional de la experiencia del cáncer en los padres, esta categoría se encuentra dividida en dos subcategorías que aluden a las Reacciones emocionales negativas y las Reacciones emocionales positivas ante la enfermedad. La categoría llamada *Efecto físico de la enfermedad* engloba la sintomatología que padecen tanto los padres como los hijos a causa de la propia de la enfermedad y/o del tratamiento de la misma.

La categoría *Respuestas para lidiar con el problema* abarca los esfuerzos realizados para hacerle frente a la enfermedad, la conforman palabras que indican acciones concretas así como personas y entidades que son considerados una fuente de sostenimiento. La categoría *Tratamiento* incluye aquellas palabras que hacen referencia específica a la quimioterapia. La categoría *Deseos/anhelos a partir de la enfermedad* abarca las palabras que describen los ideales del pronóstico de la enfermedad y bienestar integral. También, se encuentra la categoría *Cambios a raíz de la enfermedad* que refieren a los cambios en relación a la personalidad de los pacientes así como aquellos que se dieron en el modo de vida familiar y palabras que señalan una pérdida simbólica debido a las demandas de la enfermedad. Finalmente, se organizó en la categoría *Otros* aquellas palabras cuyo sentido no se encontraba asociado a ninguna de las anteriores categorías.

Los **índices de neutralidad y polaridad** permiten aproximarse a los componentes evaluativos y actitudinales en torno a las representaciones del cáncer. Los datos obtenidos con respecto a la medida de control, el índice de neutralidad, indican la preponderancia de una tendencia a la baja neutralidad por el 97.96%, es decir, casi el total de los participantes se inclinaron por una valoración negativa o positiva (Apéndice J). Al respecto, el índice de polaridad indicó una mayor tendencia a la evaluación negativa del cáncer (57.14%) por parte de los padres y madres, seguida de la tendencia a la igualdad con la suma de positivas y negativas (34.69%), y finalmente, una a evaluar positivamente el cáncer en el (8.16%).

Como respuesta al objetivo principal de la investigación, se analizaron las diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento de padres y madres de niños con cáncer según el índice de polaridad mediante una comparación de medias para muestras independientes.

Se encontraron diferencias significativas en la estrategia *búsqueda de soporte social por razones emocionales* según los índices de polaridad ($F(2,48)=5.54, p=.01, \eta^2=.19$). Se halló que el grupo con palabras connotadas negativamente ($M=9.16, DE=3.74$) puntuó en menor medida en esta estrategia que los grupos que poseen palabras connotadas positiva y negativamente de igual forma ($M=11.95, DE=3.74$, una diferencia de -2.79 , 95% IC $[-5.52, -.06]$) y que el grupo con palabras positivas ($M=14.50, DE=1.91$, un decremento de -5.34 , 95% IC $[-10.23, -.45]$).

No se encontraron diferencias significativas ($p>.05$) en los índices de polaridad según las estrategias de afrontamiento: *supresión de actividades competentes* ($F(2,48)=2.11, p=.13$), *aceptación* ($F(2,48)=1.78, p=.18$), *enfocar y liberar emociones* ($F(2,48)=1.73, p=.18$), *búsqueda de soporte social por razones instrumentales* ($F(2,48)=3.01, p=.06$), ni *uso del humor* ($p=.66$). Para el caso de la estrategia *negación* ($F(2,48)=3.60, p=.04$) se realizaron los análisis post hoc de Bonferroni y no se encontraron diferencias significativas ($p=.12$).

Con respecto a los objetivos específicos, se buscó examinar las diferencias en los puntajes de las estrategias de afrontamiento según los datos sociodemográficos de los participantes y de la enfermedad. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas según las variables sociodemográficas sexo, nivel de instrucción y antecedentes de familiar con cáncer.

En primer lugar, de acuerdo a la variable sexo se encontraron diferencias significativas en la estrategia *búsqueda de soporte social por razones emocionales* siendo los hombres los que puntuaron significativamente más alto que las mujeres en esta estrategia ($M_{\text{hombres}}=12.71, DE_{\text{hombres}}=1.79, M_{\text{mujeres}}=10.40, DE_{\text{mujeres}}=4.16, t(47,19.26)=-2.46, p=0.01, d=.59$).

En relación a la variable nivel de instrucción, se encontraron diferencias en dos estrategias. En primer lugar, se encontraron diferencias significativas en la estrategia *aceptación* ($F(2,48)=5.87, p=0.00, \eta^2=0.53$), siendo los padres y madres con estudios de primaria completa ($M=7.77, DE=3.46$) los que tuvieron menor puntuación que aquellos con estudios superiores ($M=11.71, DE=2.14$, una diferencia -3.94 , 95% IC $[-6.72, -1.16]$). De la misma manera, se halló que los participantes con secundaria completa ($M=7.16, DE=3.11$) también puntuaron en menor medida que aquellos con estudios superiores ($M=11.71, DE=2.14$, un decremento -4.54 , 95% IC $[-6.72, -2.38]$).

En segundo lugar, también se encontraron diferencias significativas de acuerdo a la estrategia *supresión de actividades competentes* ($F(2,48)=5.87, p=.01, \eta^2=.203$). Así, se obtuvo que los participantes con secundaria completa ($M=8.89, DE=2.38$) tuvieron una

puntuación menor que aquellos con estudios superiores ($M=11.18$, $DE=1.78$, una diferencia de -2.28 , 95% IC $[-3.94, -.62]$).

Finalmente, se hallaron diferencias significativas en la estrategia de afrontamiento *supresión de actividades competentes* según la variable antecedentes de familiares con cáncer siendo aquellos participantes sin experiencia previa de un familiar con cáncer los que obtuvieron mayor puntaje en esta estrategia que aquellos que sí la tuvieron ($M_{sinexperienciaprevia}=10.27$, $DE_{sinexperienciaprevia}=2.12$, $M_{conexperienciaprevia}=8.83$, $DE_{conexperienciaprevia}=2.16$, $t(47, 18.32)=.035$, $p=.04$, $d=0.34$).

Es menester señalar que, no se encontraron diferencias en las estrategias de afrontamiento según el lugar de procedencia ni relación con el tiempo de diagnóstico (Apéndice K).



Discusión

El interés por realizar esta investigación residió, en un inicio, en analizar la relación entre las representaciones del cáncer y afrontamiento de padres y madres de niños con esta enfermedad. Las representaciones en padres en el país han sido previamente estudiadas a través de instrumentos cualitativos tales como la entrevista (Colmenares, 2016; Demos, 2015; Ruda, 1998,2001), que permitió explorar y profundizar en su contenido.

Para el presente estudio, se aplicó la Red de Asociaciones que es una técnica cuyo fin es facilitar la sistematización de las representaciones así como la comprensión y estudio de las mismas; de manera cualitativa, por medio de categorías de sentido y; cuantitativa, a través de los índices de polaridad que permiten realizar análisis con otros constructos (De Rosa, 2002). Es en ese sentido que, si bien se pudo recopilar valiosa información a nivel cualitativo, necesaria para la interpretación de los resultados; el mayor énfasis incidió en el desarrollo cuantitativo a partir de los índices de polaridad, los que permitieron una aproximación al componente actitudinal de las representaciones del cáncer y trabajar con la variable afrontamiento.

Es así que, en primer lugar, se propuso analizar las diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento según el componente actitudinal de las representaciones del cáncer y, en segundo lugar, se buscó explorar las diferencias en el uso de las estrategias según las variables sociodemográficas y de enfermedad. A continuación, se parte por el análisis de las categorías y palabras más destacadas en el conjunto de las redes de asociación de los participantes para luego proceder a brindar alcances sobre los resultados.

A partir de los resultados se observa que la tendencia evaluativa, o actitud medida por el índice de polaridad, en torno al cáncer tuvo una carga principalmente negativa, que se reflejó en expresiones frecuentes como la “tristeza” seguida de otras *reacciones emocionales negativas* como “miedo”, “dolor” “preocupación”, entre otras, que reflejaron las consecuencias internas de esta experiencia.

El contenido de la categoría *Vivencia de la enfermedad* revela principalmente una valoración negativa, reflejada en el subgrupo reacciones negativas cuyo contenido más evocado fue “tristeza”, “miedo”, “dolor” y “preocupación” lo que concuerda con resultados en estudios previos. Así, en una investigación en jóvenes que padecían cáncer se encuentra que asociaban a su enfermedad palabras como dolor, tristeza, miedo, depresión y sufrimiento (Caldas, 2014). En otra comparativa de jóvenes con y sin cáncer, estos últimos reportaron contenidos como tristeza, sufrimiento y miedo asociados a la enfermedad (Torre, 2015). Asimismo, un estudio en padres y madres de niños con cáncer (Ruda, 1998) revela que estos

asociaban la enfermedad con tristeza, sufrimiento, dolor emocional, desgano, pérdida de energía vital, desinterés y dificultad para disfrutar de las actividades cotidianas.

En ese sentido, debe recordarse que la muestra del presente estudio involucra a padres y madres de pacientes que siguen un tratamiento cuyos efectos suelen resultar aversivos e impactantes por lo que observarlos con “dolor” y “jaquecas” podría también haberlos afectado y fortalecer estas emociones. Es así que la cercanía y el nivel de involucramiento que supone el tratamiento de la enfermedad de sus hijos también genera un impacto en ellos que se ve reflejada en la valoración predominantemente negativa de la enfermedad.

La asociación del cáncer con la “tristeza” fue realizada por casi la mitad de los participantes, seguida por “enfermedad”. Para Beck, Rush, Shaw y Emery (como se citó en Piqueras, et al., 2009) un estado de ánimo triste es el resultado de la percepción de pérdida de control ante la evaluación cognitiva negativa sobre la demanda situacional y los recursos que posee la persona para afrontar la situación, el cual predominaría cuando el estresor se cronifica. Esto cobra sentido cuando se encuentra en las respuestas de los padres la asociación con “complicada”, “agresiva” y “riesgosa” así como “difícil de curar” o, inclusive, “incurable”, proponiéndola como un estresor que excede a sus recursos personales para poder resistirlo.

Por su lado, Chóliz (como se citó en Piqueras, et al., 2009) menciona entre las funciones de la tristeza a la unión con aquellos que se encuentran en la misma situación y la comunicación a los demás del estado emocional que, consecuentemente, promovería la ayuda, empatía y comportamientos altruistas por parte de otras personas. Esto da pie a considerar el potencial unificador que posee la tristeza, en tanto puede promover la identificación entre padres y madres que también atraviesan por la misma situación.

Además, otra asociación encontrada en los padres y madres fue con el “miedo”, “preocupación” y “malo”. Resulta vital considerar que a diferencia de una fobia, el miedo es considerado una reacción proporcional ante un peligro o amenaza real cuya función es poner en marcha el estado de alerta (Piqueras, et al., 2009). Al respecto, algunos estudios confirman que emociones como ésta en padres de niños con cáncer podrían surgir debido a la posibilidad de una recidiva (Espada y Grau, 2012), pérdida de control (Ruda, 1998) y la misma muerte (Rojas, 2005). Por ende, el “miedo” y la “preocupación” podrían ser el resultado de una situación de constante amenaza debido a la alta posibilidad de ocurrencia de sucesos nocivos de manera sorpresiva que guarda relación con la asociación del cáncer a lo “malo” así como con palabras como “riesgosa”, “peligrosa”, “silenciosa” y “recaída” que corroboran la sensación de impredecibilidad e incertidumbre frente a la enfermedad.

Resulta interesante encontrar la coexistencia de representaciones con valoraciones positivas y negativas que conllevó a la división de las categorías *Vivencia de la enfermedad* y *Pronóstico* y que se reflejó en la similitud en términos de frecuencias de las palabras “muerte” y “curable”. Esto podría significar un balance protector entre componentes negativos y positivos con respecto a la expectativa de vida y al impacto emocional de la enfermedad de sus hijos. También se puede considerar un recurso de dónde sostenerse para mantener presente la “esperanza” sin perder el sentido de la realidad. En ese sentido, la incorporación de aspectos valorados positiva y negativamente puede permitir proteger a los padres y darle un sentido de control ante una situación tan incierta, que a la vez como señala Ruda (1998) actúa como una defensa que encubre o protege contra la idea de muerte asociada a esta dolencia. En concordancia con ello, la mención de “lucha” podría considerarse una respuesta para lidiar con el problema y revelar una postura activa para adaptarse a la enfermedad de sus hijos por medio de la acción directa sobre la misma.

Al vincularlo con el afrontamiento, se encontró que el grupo de participantes que valoró de manera negativa el cáncer hizo un menor uso de la estrategia *búsqueda de soporte social por razones emocionales* que el grupo con tendencia a una valoración positiva y aquel otro con una valoración tanto positiva como negativa de cáncer.

La literatura señala que, al dotar con cualidades positivas o negativas a un objeto, existe una tendencia por tomar una postura de aceptación o de rechazo hacia el mismo, respectivamente (Morales, Huici, Moya y Gariviria, 1999). Esto puede reflejarse en el aprender a vivir con la realidad de la enfermedad del hijo y encontrarle un sentido a la imposibilidad de asumir un rol frente a la experiencia (Macchi, 1999).

A partir de esto, asumir que existe un rechazo hacia la enfermedad de sus hijos, debido a la predominante valoración negativa del cáncer no resulta posible si se consideran ciertas particularidades de los padres y madres estudiados. Esta estuvo compuesta por padres y madres que permanecen al cuidado de sus hijos, acompañándolos muchas veces lejos de sus hogares y trabajos. Esto evidencia que no sólo existe una conciencia de la enfermedad, sino que también una intención por responder a las demandas que esta acarrea y por cambiar la situación. Por ello, se hipotetiza que el resultado revelaría una posible dificultad hacia la expresión a otra persona de las emociones negativas que la propia situación suscita.

Al respecto, existen investigaciones que avalan este resultado y revelan que la expresión de emociones aversivas podría suponer un mayor desgaste emocional. Estudios como el de Mejía (2013) reportan que la comunicación sobre la enfermedad puede significar un estresor; y es que hablar acerca de esta implicaría un desgaste de energía debido al

impacto emocional que supone. Al respecto, estudios como el de Caballero (2012) destacan la capacidad de las madres para controlar sentimientos como el temor con el fin de concentrar su atención y esfuerzos únicamente en el cuidado y necesidades de sus hijos pacientes. Por todo ello, dada la tendencia valorativa negativa general del cáncer así como las asociaciones en relación sus características, vivencia y pronóstico, resultaría comprensible el que los participantes también pierdan disposición y apertura para conversar sobre el cáncer debido a las cualidades y emociones que se le son atribuidas.

Esta acción podría verse reforzada por la postura que el entorno más próximo puede sostener con respecto al cáncer. Taylor (2007) señala que muchos miembros de la familia insisten en alentar al paciente a mantener un constante estado de ánimo jubiloso y entusiasta; esto conlleva a que el mismo se sienta incapaz de compartir sentimientos como la preocupación con los demás. Los resultados hallados del presente estudio, que son consistentes con los de Dixon-Woods, Seale, Young, Findlay y Heney (2003) y Pinoé (2016), reflejan que los padres y madres se ven dificultados para expresar cómo se sienten en realidad, probablemente, por la necesidad de conservar una imagen de fortaleza ante sus hijos y los demás. Esta postura podría inclusive repercutir en la comunicación con sus propios hijos ante la represión de sus emociones para no lastimarlo o deprimirlo (Espada y Grau, 2012; Macchi, 1999).

Por ello, se hipotetiza que el mensaje social de positivismo, valentía y fortaleza en padres de niños con cáncer podría tener un efecto adverso y ser un limitante para que ellos puedan permitirse comunicar la “tristeza”, “miedo”, “dolor”, “preocupación” y “angustia” sin verse juzgados. Más aún, si se considera que la expresión de las experiencias emocionales es saludable y beneficiosa, pues puede reducir el trabajo fisiológico que supone la inhibición así como favorecer la creación de una red de apoyo social ante la persona afectada (Piqueras, et al., 2009).

Al respecto, debe considerarse que la gran mayoría de los padres y madres proceden del interior del país, por lo que era muy probable que su única fuente percibida y la única mencionada por los mismos en las redes, la familia, se encontrara lejos. Razón por la cual, resulta vital crear o fortalecer otra fuente de soporte dentro del ámbito intrahospitalario con enfermeras, doctores, psicólogos, y también entre los mismos padres y madres con quienes no sólo comparten la misma habitación sino que también las demandas y emociones que las circunstancias les suscitan.

Estudios previos acerca del soporte social en padres y madres de niños con cáncer destacan la preferencia de esta población por buscar consejos, información y comprensión

con otros que atraviesan la misma situación (Chacín y Chacín, 2011; Grau, 2012; Salguero, 2014; Wong y Chan, 2005). Según estos, esta inclinación se debería a un mayor grado de identificación con los mismos y porque al escuchar similares casos se sienten acompañados. Para Banerjee et al. (2011), esto los motiva, brinda esperanza y reduce el aislamiento.

Resulta importante señalar que durante la hospitalización y/o tratamiento ambulatorio los padres y madres reciben soporte emocional por parte del equipo de psicología que trabaja en pediatría. Es así que, por un lado, este resultado podría ser de utilidad para reforzar funciones como la validación emocional, la escucha activa y el acompañamiento, las que quizás podrían fortalecer la inclinación por acudir a otro y expresarse sin temor. Por otro lado, da pie a reflexionar y considerar importante el respetar la postura y disposición de padres y madres para la apertura y concientización de sus emociones, dado que la represión de estas podría tratarse de un proceso adaptativo por cuanto es necesario la inhibición de ciertas reacciones emocionales que podrían alterar las relaciones sociales y afectar su estructura y funcionamiento (Piqueras, et al., 2009). Por lo tanto, sin duda se trata de una estrategia que debe ser estudiada a mayor profundidad en futuras investigaciones con esta población para poder plantear conclusiones más sólidas acerca de su rol en el manejo de emociones negativas asociadas a la enfermedad.

Antes de señalar los objetivos específicos resulta importante discutir las posibles razones por las que no se encontraron diferencias significativas con la *supresión de actividades competentes, búsqueda de soporte social por razones instrumentales, aceptación, enfoque y liberación de emociones y negación*.

Desde los aportes teóricos se sabe que la actitud puede ser vista como mediadora entre los estímulos externos y las reacciones (Morales, Huici, Moya y Cariviria, 1999), por lo que la tendencia a la valoración negativa de la enfermedad podría implicar un menor acercamiento hacia la misma. No obstante, ser padre o madre de un niño con cáncer puede demandar a todos atender una serie de responsabilidades (Grau y Espada, 2012) y demandas internas que pueden resultar difíciles de ignorar.

Al respecto, debe tomarse en cuenta que los niños de los padres y madres participantes se encuentran en etapas de tratamiento, tal vez atravesando malestares y un mayor decaimiento, lo que podría motivar aún más a sus padres y madres a estar incluso más atentos al estado de salud de sus hijos. Ya estudios previos han encontrado que la experiencia del cáncer y sus demandas pueden conllevar a potenciar recursos e incrementar habilidades tales como la sensibilidad materna (Caballero, 2012) y el compromiso paterno (Ramírez, 2014).

Por medio de la experiencia de trabajo en el INEN con padres y madres, se pudo observar que ellos se ven ante diversas demandas externas, como la toma de decisiones frente al tratamiento y el conseguir donantes de sangre y/o plaquetas calificados para sus hijos; así como internas, que implican precisamente la regulación de emociones como “tristeza”, “miedo”, “preocupación”, etc.

La ausencia de diferencias podría indicar que la naturaleza amenazante y demandante de la enfermedad movilizaría en ellos conductas para solucionar el problema y que al margen de la valorización positiva, negativa o equivalente que posean hacia la enfermedad, son todos padres y madres que se ven ante la necesidad de aproximarse a la enfermedad, por lo que no escatiman en tomar diferentes acciones sobre la misma en vez de huir de ella.

La escala *uso del humor* ha denotado previamente imprecisión y complejidad en relación a su función adaptativa o desadaptativa (Lancho, 2018). Además, se cree que el contenido de los ítems de la escala *uso del humor* pudo resultar impactante, lo que podría haber dificultado la identificación con los mismos por parte de los padres y madres y por lo tanto, similares respuestas en todos.

Si bien, no se reportaron diferencias en la mayoría de estrategias de afrontamiento según la valoración de las representaciones del cáncer, se considera que los resultados obtenidos en relación a ciertas variables sociodemográficas podrían permitir conocer más acerca del comportamiento de estas en el contexto en el que se encuentran los padres y madres.

Se encontraron diferencias significativas entre el sexo y el uso de la estrategia *búsqueda de soporte social por razones emocionales*, siendo los padres quienes más recurren a otra persona en búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión, revelando una mayor conexión con la dimensión emocional de la enfermedad. Estudios previos como el de Flores (1999) y Burns et al., (2017) identificaron diferencias en el uso de determinadas estrategias entre padres y madres, encontrando que los primeros mantenían una postura activa dirigida principalmente a la resolución del problema en concreto, ejerciendo funciones que involucran; por ejemplo, el solvento económico; mientras que la madre evidenciaba una de tipo más emocional, afectiva y expresiva que podía involucrar la búsqueda de un otro para lidiar con las emociones que el problema desencadenaba.

La situación de enfermedad y tratamiento de sus hijos demanda cuidados y atenciones permanentes, una carga que pudo haber obligado al 75% de los participantes a dejar sus lugares de origen, que puede suponer tanto el separarse de su entorno más próximo así como la pérdida de los vínculos que lo unen al mundo externo (Grau y Espada, 2012; Ochoa y

Polaino, 1999). Por lo tanto, la mayoría en número de madres sobre los padres, podría explicar el que sean precisamente ellas quienes presenten menores indicadores en el uso de la estrategia, puesto que están alejadas de sus familiares y amigos y ello, podría implicar una mayor incomunicabilidad y consecuentemente el aislamiento y menor uso de esta estrategia. Los padres, por otro lado, al permanecer mayormente fuera del ámbito intrahospitalario, podrían haber tenido mayor accesibilidad a personas cercanas.

A partir de ello, resulta relevante seguir explorando acerca de las diferencias de género en la expresión de emociones, así como el generar espacios de escucha para el desarrollo y fortalecimiento de los lazos dentro del ámbito hospitalario entre aquellas madres o padres que permanecen también en las instalaciones del hospital lejos de sus conocidos.

Por otro lado, el nivel de instrucción de los padres y madres resultó ser una variable que ejerce un efecto importante tanto en el uso de las estrategias *aceptación* como la *supresión de actividades competentes*. Así, aquellos que contaban con un nivel superior de estudios fueron los que recurrieron en mayor medida a ambas estrategias, a diferencia de aquellos con sólo primaria y secundaria completa.

Investigaciones previas señalan el efecto que posee un mayor grado de instrucción en padres y madres sobre la experiencia del cáncer (Ballestas et al., 2013; Colmenares, 2016, Mejía, 2013 y Ruda 2009). Estos estudios revelan que a medida que se incrementa el nivel de instrucción, se cuenta con mayores bases cognitivas que facilitan tener una aproximación más compleja de la enfermedad y una mayor comprensión de la misma, lo que brinda mayor seguridad al poder entender con mayor facilidad la orientación brindada del personal de salud. Asimismo, de acuerdo a Colmenares (2016) un mayor nivel de instrucción permitió a los padres y madres asimilar las limitaciones que puede generar la enfermedad y su tratamiento a corto y largo plazo. A partir de ello, se desprende que un mayor nivel de instrucción puede facilitar mantener una visión y comprensión más completa acerca de la evolución del cáncer, sus rezagos y pronóstico y, por lo tanto, se hipotetiza que podría facilitar el concientizar y asimilar la enfermedad de manera más real. Además, dado a que el pronóstico de la enfermedad es incierto (NIH, 2014), involucraría también a concebir la posibilidad tanto de “cura” como de “muerte”.

Respecto a esto último, Ramírez (2012) encontró en su estudio que el permanente temor de los padres por perder a sus hijos pudo motivarlos a demostrar un mayor involucramiento y disposición para compartir actividades con ellos. Además, Caballero (2012) halló que la idea de probable muerte pudo influir en la culpa que sentían las madres cuando se separaban de sus hijos hospitalizados. Considerar todo ello, permite comprender la

postura de los padres y madres con un nivel superior de estudios puesto que dados los beneficios previamente expuestos de contar con un alto nivel de instrucción, es posible que posean visión más amplia y realista del estado de salud de sus hijos que si bien puede involucrar posibilidades de cura también pueden incluir una permanente amenaza de muerte, que puede conllevar a que opten por ignorar aquello que los distrae e impide concentrarse para poder dedicarse únicamente a sus hijos.

Cabe señalar que las recomendaciones por parte del equipo médico podrían haber reforzado un mayor involucramiento conductual y con ello, la supresión de otras actividades en sus vidas. Así lo respalda Caballero (2012) al señalar que las sugerencias para fomentar emociones positivas en los niños llevaría a las madres a posponer otras labores importantes con la finalidad de dedicar tiempo a jugar con sus hijos y así favorecer la salud física y emocional de los mismos.

Con respecto a esta última estrategia, se encontraron también diferencias en el uso de la *supresión de actividades competentes* según la existencia de antecedentes familiares de cáncer de los padres y madres; en donde los que no poseen antecedentes muestran un mayor índice en el uso de esta estrategia.

Un estudio realizado por Macchi (1998) revela que las madres de niños con cáncer sin previos antecedentes familiares de esta enfermedad expresaron un impacto emocional y niveles de angustia más elevados debido al desconocimiento de la enfermedad y sus síntomas. Por ello, la autora señala que la experiencia previa podría haber disminuido emociones como el terror hacia el cáncer. Este resultado guarda relación con un reciente estudio de Ramírez, Navarro, Clavería, Molina y Cox (2017) con padres de niños en cuidados intensivos pediátricos, en el cual aseveran que la experiencia previa en los padres resultó ser un factor protector frente al estrés debido a que lo experimentado y observado en otros pacientes les permitió identificar los riesgos y cuidados del paciente a futuro.

Lo señalado previamente podría indicar que el haber presenciado antes una experiencia amenazante puede haber significado la suma de aprendizajes, en relación a cómo manejar conflictos similares en un futuro y, por tanto, servir de referencia para afrontarlos de mejor manera ante una amenaza similar. Por todo ello, se hipotetiza que no contar con la experiencia previa de cáncer de un familiar, podría haber conllevado a que la enfermedad de sus hijos demande una mayor focalización, y que por ello se vean obligados dejar de lado proyectos y/o planes de vida que les impidieran concentrarse.

No se encontraron diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento según el lugar de procedencia ni tiempo de diagnóstico. Con respecto a la primera variable, se

contó con la participación de un elevado número de padres y madres que proceden de provincia a diferencia de los limeños. Por lo tanto, se hipotetiza que ello podría haber dificultado en gran medida el poder comparar los grupos según la variable lugar de procedencia, debido a que los participantes se distribuyeron en un grupo grande de personas de provincia y en uno pequeño de Lima. Al respecto, se considera que hubiera sido interesante explorar si las diferentes regiones de procedencia suponen diferencias de índole cultural en el uso de estrategias. En relación al tiempo del diagnóstico de la enfermedad de los pacientes, los participantes también se distribuyeron en una serie de grupos los mismos que podrían abarcar grandes diferencias y una serie de variables que no pudieron ser controladas.

Resulta importante considerar como parte de la labor de investigación las limitaciones existentes para poder ser mejoradas a futuro. Como primera limitación se considera el tamaño reducido de la muestra debido a que el tiempo de permanencia en el hospital de muchos niños se prolongaba por meses, lo que dificultó la aproximación a nuevos participantes. Esto pudo haber limitado las posibilidades de encontrar mayor variabilidad en la muestra. Asimismo, el espacio intrahospitalario en el que se abordó a los padres pudo ser también un limitante, pues resultó complejo encontrar un momento oportuno con privacidad, tanto en el área de hospitalización como en el módulo de quimioterapia ambulatoria. Sin embargo, esto fue totalmente comprensible ya que en ocasiones los padres preferían estar cerca de sus hijos en caso estos requirieran de su ayuda. Por ello, resultó fundamental el apoyo de otra interna del Servicio de Psicología para que se quedara con el menor teniendo un espacio de juego libre, y de esta manera, los padres se sintieran más tranquilos de participar en el estudio.

En relación al instrumento de la Red de Asociaciones, si bien este ya había sido aplicado en el contexto oncológico peruano (Caldas, 2014; Torre, 2015), fue la primera vez que se usó con padres de niños con cáncer. Resulta importante destacar que al igual que en los estudios con jóvenes pacientes oncológicos y jóvenes no pacientes, se pudo recopilar no sólo información de tipo cualitativa por medio de los campos de información y de representación que sirvieron de fuente de soporte para complementar y comprender mejor los resultados hallados la presente investigación sino que también de tipo cuantitativa por medio del campo actitudinal. Se hace hincapié en la necesidad de categorizar las palabras evocadas con la ayuda de un criterio de jueces para de esa manera no inferir más de lo debido y evitar que el contenido propio sesgue la categorización. Si se desea una mayor profundización de respuestas, se sugiere acompañar la Red de Asociaciones de un instrumento cualitativo como la entrevista.

En relación al COPE, si bien se utilizó una versión adaptada que contaba con un óptimo estudio de validez y de confiabilidad para la población peruana, se tiene conciencia de sus limitaciones en cuanto a su contenido en el presente estudio. En efecto, ciertas palabras del instrumento parecieron no ser suficientes para dar cuenta de lo que se pedía formalmente, requiriéndose una explicación verbal. Además, ciertas situaciones planteadas en los ítems pudieron resultar impactantes y aversivas lo que pudo impedir la identificación con las mismas por parte de los padres y madres lo que sumado al pequeño número de participantes, podría explicar los bajos índices de confiabilidad. Por ello, se sugiere ampliar la muestra en futuros estudios, así como validar el instrumento en la misma población, para de ese modo poder encontrar mayor variabilidad y resultados más confiables.

De acuerdo a lo discutido durante la investigación es posible concluir, primero, que se trata de padres y madres que poseen una valoración principalmente negativa de la enfermedad, la misma que genera un fuerte impacto emocional y desencadena emociones negativas. Segundo, que el cáncer los pone en contacto con emociones e ideas contrapuestas acerca del pronóstico, lo que puede ser considerado un recurso que les permite seguir adelante y responder a las demandas. Finalmente, las valoraciones del cáncer generan diferencias en cuanto a la iniciativa por acudir a un otro para poder manejarlas.

El presente trabajo contiene datos importantes que complementan la línea de estudio de las investigaciones acerca de las representaciones del cáncer y las estrategias de afrontamiento en padres de niños con dicha enfermedad en Lima Metropolitana. Asimismo, aporta dando a conocer no sólo cómo el cáncer es concebido, sino también cómo es valorado por los padres y madres de niños con esta enfermedad. Además, evalúa si este componente valorativo genera diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento. De la misma manera, se considera que el estudio de estos dos constructos puede, por un lado, permitir identificar aquellas concepciones que pueden resultar perjudiciales como, por ejemplo, la idea de esta como una enfermedad “contagiosa” y, por otro, trabajar en el desarrollo de habilidades de comunicación efectiva con el personal sanitario y padres de familia en un espacio en el que se promueva y facilite la expresión libre.

Referencias

- American Cancer Society (2014). *Attitudes and Cancer*. Recuperado el 20 de Febrero de 2018 de <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/attitudes-and-cancer.html>
- American Cancer Society (2015). What Is Cancer? Recuperado el 25 de setiembre del 2015 de <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/what-is-cancer>
- American Cancer Society (2016). *Chemo-What It Is, How It Helps*. Recuperado el 23 de febrero del 2018 de <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/7779.00.pdf>
- American Cancer Society (2017). *What Causes Cáncer?* Recuperado el 6 de enero del 2018 de <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes.html>
- Arbeláez, M (2002). *Las representaciones mentales*. *Revista de Ciencias Humanas* (29)
- Ballestas, H., López, E., Meza, R., Palencia, K., Ramos, D., y Montalvo, A. (2013). Cuidadores familiares de niños con cáncer y su funcionalidad. *Salud Uninorte*, 29(2).
- Banerjee, A., Watt, L., Gulati, S., Sung, L., Dix, D., Klassen, R., y Klassen, A. (2011). Cultural beliefs and coping strategies related to childhood cancer: The perceptions of South Asian immigrant parents in Canada. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28(3), 169-178.
- Berckemeyer, A. (2017). Adaptación de la escala de impacto familiar en madres de niños con enfermedades crónicas (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Bretones, B. (2013). Intervención Psicosocial en cáncer infantil (Tesis de maestría). Universidad de Almería, España.
- Boman, K., Lindahl, A., y Björk, O.(2003). Disease-related distress in parents of children with cáncer at various stages after the time of diagnosis. *Acta Oncológica*. 42(2). 137- 146.
- Burns, W., Péloquin, K., Sultan, S., Moghrabi, A., Marcoux, S., Krajinovic, M.,y Robaey, P. (2017). A 2-year dyadic longitudinal study of mothers' and fathers' marital adjustment when caring for a child with cancer. *Psycho-oncology*, 26(10), 1660-1666
- Caballero, M.(2012). Sensitividad en madres de niños con cáncer de entre 3 y 5 años de edad (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Caldas, O. (2012). Representaciones del cáncer en pacientes oncológicos jóvenes (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Campiño-Valderrama, S., y Duque, P. (2016). Afrontamiento y adaptación de cuidadores de niños y niñas con cáncer. *Universidad y Salud*, 18(2), 302-311.
- Carver, C., Scheier, M., y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cassaretto, M., Chau, C. (2016). Afrontamiento al estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación* 42, 1.
- Casuso, L. (1996). Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Cely-Aranda, J., Duque, C., y Capafons, A. (2013). Psicooncología pediátrica. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9(2).
- Chacín, M., Chacín, J. (2011).Estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*, 23(3), 199-208 .
- Colmenares, M. (2016). Representaciones sociales de la leucemia en padres de niños diagnosticados con esta enfermedad del Instituto Nacional de Enfermedades

- Neoplásicas (tesis de pregrado). Universidad de Lima, Perú.
- Cruzado, J. (2014). *Manual de psicooncología: Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid, España: Pirámide.
- Demos, A. (2015). Representaciones del autismo en padres de hijos autistas (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Die-Trill, M., Stuber, M. (1998). Psychological problems of curative cancer treatment. En: Holland, J, ed. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Dixon-Woods, M., Seale, C., Young, B., Findlay, M., y Heney, D. (2003). Representing childhood cancer: accounts from newspapers and parents. *Sociology of health & illness*, 25(2), 143-164.
- De Chico, E., Castanheira, L., y García, R.(2010). Children and adolescents with cancer: experiences with chemotherapy. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18(5), 864-872.
- De Rosa, A., (2002). The “associative network”: a technique for detecting structure, contents, polarity and stereotyping indexes of the semantic field. *European Review of Applied Psychology*, 52, (3-4), 181-200.
- De la Rubia, J., y Rodríguez, J. (2013). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y salud*, 19(2), 189-196.
- De la Huerta, R., Corona, J. y Méndez, J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(1), 46-51.
- Farr, R. (1988). Las representaciones sociales. En S. Moscovici (Ed.). *Psicología social*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Fernández, M. (2009). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 47(006).
- Flores, P.(1999). Ansiedad y estilos de afrontamiento en padres de niños recién diagnosticados con leucemia o linfoma no hodgking (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Fonseca, A. (2009). *Represiones mentales del VIH/SIDA en jóvenes con y sin VIH en la ciudad de Bogotá D.C: aportes para sus significados y prácticas* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Colombia.
- Espada, M., y Grau, C. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología*, 9(1), 25.
- Grau, C., y Espada, M. (2012). Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. *Psicooncología*, 9(1), 125.
- Grau, C., y Fernández, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. En *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 33, No. 2, pp. 203-212). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- González-Arratia, N., Nieto, D., y Valdez, J. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 113.
- Hernández. R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Holland, J. (1998). *Psycho-oncology*. Nueva York, Oxford University Press.3
- Instituto Nacional del Cáncer (2014). *El pronóstico del cáncer*. Recuperado el 10 de enero del 2018 de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/pronostico>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2015). *Factores de riesgo del cáncer*. Recuperado el 5 de enero del 2018 de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2016). Registro de cáncer de Lima

- Metropolitana. *Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012*. Recuperado el 12 de Mayo del 2018 de http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro%20de%20C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012_02092016.pdf
- Kline, R. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3era ed.). New York: Guilford Press.
- Khoury, M., Huijjer, H., y Doumit, M. (2013). Lebanese parents' experiences with a child with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 16–21.
- Kohlsdorf, M. y Costa, Á. (2012). Impacto Psicosocial del Cáncer en la Infancia para Padres: Revisión de la Literatura. *Paidéia*, 22(51), 119-129
- Lafaurie, M., Baron, L., León, D., Martínez, P, Molina, D., Rodríguez, Y., Rojas, A., Roncancio, M. (2009). Madres cuidadoras de niños (as) con cáncer: vivencias, percepciones y necesidades. *Revista Colombiana de enfermería*, 5(5), 41-52.
- Lancho, M. (2018). *Afrontamiento y autoeficacia en mujeres con displasia cervical en Lima* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1987). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer New York.
- Lederberg, M. S. (1998). The family of the cancer patient. En: Holland, J (Ed) (1998) *Psycho-Oncology* (pp.981-993). New York: Oxford University Press.
- Lyu, Q. Y., Kong, S. K., Wong, F. K., You, L. M., Yan, J., Zhou, X. Z., & Li, X. W. (2016). Psychometric Validation of an Instrument to Measure Family Coping During a Child's Hospitalization for Cancer. *Cancer nursing*, 40(3), 194-200.
- Macchi, Anna. (1998). *Actitudes maternas hacia el hijo enfermo de leucemia en madres de niños afectados por esta enfermedad* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Mikkelsen, F. (2009). *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Ministerio de Salud (2010). *El cáncer se previene y se puede curar si se detecta a tiempo*. Recuperado el 15 de enero del 2018 de <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/cancer/datos.asp>
- Ministerio de Salud (2018). *MINSA: 1600 nuevos casos de cáncer infantil se presentan en el Perú cada año*. Recuperado el 14 de febrero del 2018 de <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=51¬a=26945>
- Mejía, M. (2013). *Estresores relacionados con el cáncer, sentido de coherencia y estrés parental en madres de niños con leucemia que provienen del interior del país* (tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Morales, F., Huici, Moya, M. Gariviria (1999). Definición de Psicología social. En Morales, M C., Moya, E. Gaviria y I. Cuadrado (Eds.) *Psicología Social*, 3-31.
- Moral, J., y Martínez, J. (2013). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y salud*, 19(2), 189-196.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Revista Athenea digital*, 2, 1-25
- Moscovici, S. (1993). *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, 380-753. Barcelona: Paidós.
- Ochoa, B., y Polaino-Lorente, A. (1999). El estrés de los padres como consecuencia de la hospitalización de sus hijos: una revisión. *Estudios de psicología*, 20(63-64), 147-161.
- Organización Mundial de la Salud. (11 de abril de 2018). *Cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Pergert, P. (2017). *Facading in transcultural interactions: examples from*

- pediatric cancer care in Sweden. *Psycho-oncology*, 26(7), 1013-1018
- Pérez de Velasco, A.(2017). Afrontamiento y bienestar psicológico en madres de niños diagnosticados con trastorno del espectro autista (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Pineda, D. (2012). Estrés parental y estilos de afrontamiento en padres de niños con trastornos del espectro autista (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Pinoé, M. (2016). Programa de afrontamiento dirigido a padres y madres de niños diagnosticados con cáncer pertenecientes a la unidad de pediatría del instituto oncológico del oriente boliviano de la ciudad de Santa Cruz-Bolivia. *Compás Empresarial*, 7, 29.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez., A y Oblitas, A.(2009). *Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física*. Bogotá, Colombia: Suma Psicológica.
- Ramírez, C. (2014). Compromiso paterno en padres varones de niños con cáncer de entre tres y cinco años (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Ramirez, M., Navarro, S., Claveria, C., Molina, Y., y Cox, A. (2017). Estresores parentales en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(2).
- Rojas, P. (2005) *Duelo anticipatorio en padres de niños con cáncer* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Ruda, L. (1998). *Representaciones acerca del cáncer y su origen en padres de niños diagnosticados con esta enfermedad* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Ruda, L. (2001). Representaciones acerca del cáncer y su origen en padres de niños diagnosticados con esta enfermedad. *Revista de Psicología de la PUCP*, 19(1), 152-201.
- Salguero, K. (2014). Estrategias que utilizan padres y madres durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de sus hijos con Leucemia. (Tesis de Licenciatura) Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Suárez, C. (2015). Representaciones de la enfermedad en niños y adolescentes con leucemias y con otro tipo de cáncer (tesis de doctorado). Universidad de Salamanca, España.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. México D.F.: Mc Graw Hill
- Torre, M. (2013). Representaciones del cáncer en jóvenes con y sin esta enfermedad (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Wong, M., y Chan, S. (2005). The qualitative experience of Chinese parents with children diagnosed of cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 15(6), 710-717.



Apéndices

Apéndice A: Características sociodemográficas y de la enfermedad**Tabla A1***VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PADRES Y MADRES*

Variable		f	%
Sexo	Femenino	42	85,7
	Masculino	7	14,3
Lugar de procedencia	Lima	12	24,5
	Provincia	37	75,5
Estado civil	Soltero	7	14,3
	Casado	10	20,4
	Conviviente	30	61,2
	Separado	2	4,1
Grado de instrucción	Primaria completa	13	26,5
	Secundaria completa	19	38,8
	Superior completa	17	34,7
Ocupación	Ama de casa	38	77,6
	Comerciante	4	8,2
	Albañil	2	4,1
	Técnicos	2	4,1
	Independiente	3	6,1
Religión	Católica	36	73,5
	Cristiana	11	22,4
	Testigo de Jehová	2	4,1
Antecedentes de familiares con cáncer	Si	12	24,5
	No	37	75,5

Tabla A2*VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS NIÑOS Y DE LA ENFERMEDAD*

VARIABLES		f	%
Sexo	Femenino	25	51,0
	Masculino	24	49,0
Diagnóstico	Leucemia	38	77,6
	Tumores sólidos	11	22,4
Estado de tratamiento	Quimioterapia ambulatoria	31	63,3
	Hospitalización	18	36,7

Apéndice B: Cálculo de índices en la red de asociaciones*Índice de polaridad (P)*

$$P = \text{N}^\circ \text{ palabras positivas} - \text{N}^\circ \text{ palabras negativas}$$

$$\text{N}^\circ \text{ palabras asociadas}$$
Índice de neutralidad (N)

$$N = \text{N}^\circ \text{ palabras neutras} - (\text{N}^\circ \text{ palabras positivas} - \text{N}^\circ \text{ palabras negativas})$$

$$\text{N}^\circ \text{ total de palabras asociadas}$$

<i>Valores asignados</i>	<i>Valor recodificado</i>	<i>Índice de polaridad</i>	<i>Índice de neutralidad</i>
Entre -1 y -0.5	1	Palabras connotadas negativamente	Baja neutralidad
Entre -0.4 y +0.4	2	Palabras connotadas positiva y negativamente de forma igual	Palabras neutras tienden a la igualdad con la suma de palabras positivas y negativas
Entre +0.4 y +1	3	Palabras connotadas positivamente	Alta neutralidad

Apéndice C: Confiabilidad las dimensiones del Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)

	Ítem	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Afrontamiento activo ($\alpha = .375$)	COPE5	0.302	0.187
	COPE25	0.204	0.308
	COPE47	-0.019	0.535
	COPE58	0.377	0.136
Planificación ($\alpha = .494$)	COPE19	0.382	0.323
	COPE32	0.139	0.569
	COPE39	0.292	0.429
	COPE56	0.397	0.339
Contención del afrontamiento ($\alpha = .445$)	COPE10	0.295	0.332
	COPE22	0.348	0.265
	COPE41	0.466	0.134
	COPE49	-0.054	0.624
Supresión de actividades competentes ($\alpha = .507$)	COPE15	0.287	0.447
	COPE33	0.513	0.207
	COPE42	-0.019	0.641
	COPE55	0.439	0.285
Re-interpretación positiva y crecimiento ($\alpha = .389$)	COPE1	0.085	0.476
	COPE29	0.249	0.287
	COPE38	0.374	0.133
	COPE59	0.172	0.362
Aceptación ($\alpha = .807$)	COPE13	0.602	0.768
	COPE21	0.623	0.759
	COPE44	0.622	0.759
	COPE54	0.648	0.746
Enfocar y liberar emociones ($\alpha = .568$)	COPE3	0.475	0.391
	COPE17	0.228	0.603
	COPE28	0.2	0.606
	COPE46	0.545	0.334
Búsqueda de SS por razones instrumentales ($\alpha = .812$)	COPE4	0.612	0.774
	COPE14	0.739	0.710
	COPE30	0.795	0.681
	COPE45	0.401	0.858
Búsqueda de SS por razones emocionales ($\alpha = .876$)	COPE11	0.688	0.861
	COPE23	0.794	0.817
	COPE34	0.622	0.882
	COPE52	0.843	0.796

	Ítem	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Desentimiento mental ($\alpha = .203$)	COPE2	-0.167	0.053
	COPE16	-0.066	-.179 ^a
	COPE31	0.029	-.337 ^a
	COPE43	-0.087	-.132a
Desentimiento conductual ($\alpha = .418$)	COPE9	0.099	0.522
	COPE24	0.291	0.292
	COPE37	0.331	0.259
	COPE51	0.255	0.327
Negación ($\alpha = .754$)	COPE6	0.647	0.644
	COPE27	0.482	0.733
	COPE40	0.569	0.688
	COPE57	0.539	0.710
Afrontamiento religioso ($\alpha = .307$)	COPE7	0.388	0.111
	COPE18	0.241	0.211
	COPE48	0.227	0.146
	COPE60	-0.009	0.538
Uso del humor ($\alpha = .738$)	COPE8	0.318	0.812
	COPE20	0.587	0.648
	COPE36	0.796	0.576
	COPE50	0.558	0.668
Uso de sustancias ($\alpha = -.026$)	COPE12	-0.021	1.30E-11
	COPE26	0	-,029a
	COPE35	0	-,029a
	COPE53	-0.021	3.56E-11

Apéndice D: Aclaraciones del COPE

ITEM	ESTRATEGIA	ACLARACIÓN
1) Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.	Re-interpretación positiva y crecimiento	Intento crecer como persona a partir de mis experiencias, sean buenas o malas
2) Me concentro en el trabajo u otras actividades sustitutivas para alejar el tema de mi mente.	Desentendimiento mental	Me concentro en el trabajo u otras actividades para alejar el tema de mi mente.
3) Me altero y dejo aflorar mis emociones	Enfocar y liberar emociones	Me altero y libero mis emociones
17) Me altero y soy realmente consciente de la situación	Enfocar y liberar emociones	Me altero y soy realmente consciente de ello.
34) Consigo la compasión y comprensión de alguien	Búsqueda de SS razones emocionales	Compasión= ¿Percibo que los demás me tienen pena por mi situación?
43) Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello	Desentendimiento mental	Consideradas respuestas válidas: "camino al monte", "salgo a pasear" .

Apéndice E: Consentimiento Informado

A través de este documento expreso mi libre voluntad de aceptar ser partícipe del proyecto de investigación que conduce la estudiante de psicología María Catalina Gastiaburú Cabello, el cual se encuentra bajo la supervisión de la Mag. Viviana Trigos Obando y cuenta con el respaldo del Departamento de Psicología de la PUCP y con la aprobación del INEN.

Así, he sido informada que la presente investigación permitirá conocer lo que las madres de los pacientes piensan con respecto a la enfermedad de su hijos, así como sus respuestas emocionales y conductuales frente a los a diferentes eventos estresantes de la vida diaria. Para ello, brindaré mis datos personales, responderé a una encuesta y a preguntas en relación a la enfermedad de mi hijo/a.

De este modo, comprendo que mi participación es voluntaria, de carácter confidencial y no será utilizada con otro fin fuera de lo propuesto por la investigación. Asimismo, puedo retirarme de ella en cualquier momento, sin que esto me perjudique de alguna forma.

Habiendo leído y comprendido la presente, acepto los términos de la presente investigación

Fecha: _____

Firma del participante _____ Firma del investigador _____

De tener alguna duda puedo comunicarme el Departamento de Psicología del hospital al 2016500 anexo 2267.

Apéndice F: Ficha de Datos**I. Datos Personales**

Edad: _____

Sexo: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Distrito de residencia: _____

Tiempo de permanencia en Lima: _____

Tiempo en meses Solo vengo por el tratamiento de mi hijo

Estado civil

Marque con una X su actual estado civil:

- | | |
|----------------|---------------|
| a) Soltera | d) Divorciada |
| b) Casada | e) Viuda |
| c) Conviviente | f) Separada |

¿Hasta qué año estudio?

- a) Primaria incompleta
- b) Primaria completa
- c) Secundaria incompleta
- d) Secundaria completa
- e) Técnica incompleta
- f) Técnica completa
- g) Superior incompleta
- h) Superior completa

Ocupación: _____

Religión: _____

¿Alguna otra persona cercana aparte de su hijo (a) ha tenido cáncer? Si No

En caso de que sí, indique que tipo de vínculo mantiene con ésta(s) persona (s) (puede marcar más de una opción):

- a) Familiar directo (mamá, papá, hermano)
- b) Otros familiares (tío, primo, etc.) Especificar: _____
- c) Amigo
- d) Compañero de estudio/trabajo
- e) Otro

II. Datos del niño

Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino

Posición Ordinal: _____

Diagnóstico Médico: _____

¿Hace cuánto recibió el diagnóstico? _____

Tratamiento actual

- a) Quimioterapia
 - a. Numero: _____
 - b. Frecuencia: _____
- b) Radioterapia
 - a. Numero: _____
 - b. Frecuencia: _____
- c) Cirugía
- d) Otro _____

Apéndice G: Análisis de Normalidad

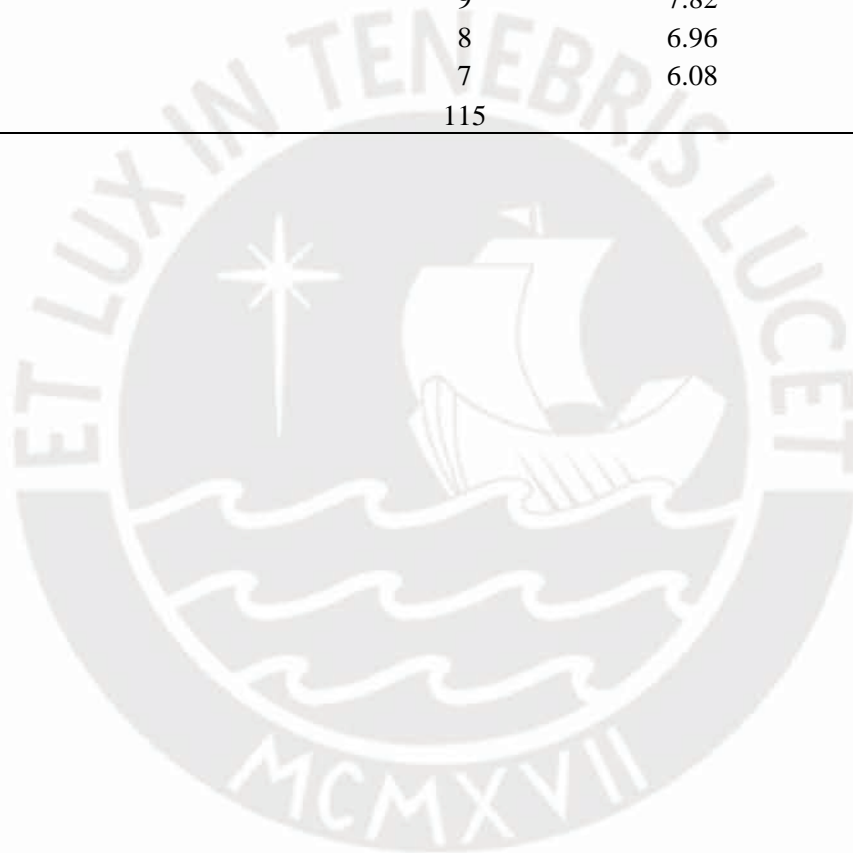
Subescalas	Asimetría	Curtosis
Supresión de actividades competentes	.29	-.23
Aceptación	.11	-1.02
Enfocar y liberar emociones	1.51	2.97
Búsqueda de soporte social por razones instrumentales	-.02	-1.35
Negación	-.682	14.40
Búsqueda de soporte social por razones emocionales	-.26	-1.29
Uso del humor	3	9.55 a

a= escala no normal



Apéndice H: Peso Semántico**Tabla 3***Palabras con mayor frecuencia numérica y porcentual de aparición*

	<i>f</i>	%
Tristeza	22	19.13
Enfermedad	15	13.04
Miedo	13	11.3
Muerte	11	9.56
Curable	11	9.56
Dolor	10	8.7
Malo	9	7.82
Lucha	9	7.82
Preocupación	8	6.96
Esperanza	7	6.08
Total	115	



Apéndice I: Cuadro de categorías

Categoría	Sub categoría	Padres y madres de niños con cáncer (n=49)	f
Definición y Adjetivos calificativos		Enfermedad (15), Malo (9), Horrible (3), Agresiva(3), No deseable (2), Delicado(2), Riesgosa (2), Común a futuro (1), Complicado (1), Molestoso (1), Negativo (1), Muy silenciosa, no avisa (1), Peligroso (1), Contagiosa (1), Pesadilla (1)	43
Causas		Aleatorio (1), Hereditaria (1), Duda sobre el origen (1).	3
Pronóstico	Positivo	Curable (11), Solución (1)	12
	Negativo	Muerte (11) Incurable (7), Recaída (1), Crónico (1), Que es una enfermedad difícil de curar (1), Tratamiento largo (1), Peligroso (1), Fatal (1)	24
	TOTAL		37
Vivencia de la enfermedad	Reacciones negativas	Tristeza (22), Miedo (13), Dolor (10), Preocupación (8), Angustia (6), Depresión (3), Cólera (3), Sufrimiento (3), Estrés (3), Llorar (3), Desesperanza (1), Frustración (2), Impotencia (3), Odio (2), Desesperante (2), Nostalgia (1), Cansancio (1), Pensativo (1), Trauma (1), Incómodo (1), Rabia (1), Desprecio (1), Chocante (1), Agresividad (1), Duda (1), Melancolía (1)	94
	Reacciones positivas	Esperanza (7), Fuerza (6), Amor (3), Valentía (2) Paciencia (1), Cariño (1), Paz (1)	21
	TOTAL		115
Efecto físico de la enfermedad		Dolor (3), Jaqueca (1) Débil (1),	5
Respuestas para lidiar con el problema		Lucha (9), Fe (3), Salir adelante (2), Familia (2), Dios (1), Jesús (1), Perseverancia (1), Preguntar (1), Voluntad de Dios (1), Pero al margen de todo lo tratamos de superar y somos felices (1), Apoyo (1),	23
Tratamiento		Quimioterapia (2)	2
Deseos/Anhelos a partir de la enfermedad		Milagro (1), Que no quisiera que existiera (1), No debe existir (1), Salud (1), Bienestar (1)	5
Cambios a raíz de la enfermedad		Casi no es el mismo (1) Venir a Lima para cuidar a mi hijo (1), Pérdida (1),	3

Otros	Hijo (1), Prevención (1)	2
Total de palabras n=49		237



Apéndice J: Tabla de frecuencias y porcentajes de Índices de Neutralidad

	<i>f</i>	%
Baja neutralidad	48	97.96
Tendencia a la igualdad con suma de positivas y negativas	0	0
Alta neutralidad	1	2.04
Total	49	100



Apéndice K: Resultados no significativos**Tabla K1***Diferencia de medias de las estrategias del COPE según lugar de procedencia*

	Lima (=12)		Provincia (=37)		T-student	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Planificación	11.33	1.72	10.95	2.09	0.58	0.56
Supresión de actividades competentes	9.67	2.14	10	2.24	-0.45	0.65
Aceptación	7.75	3.42	9.27	3.54	-1.3	0.19
Enfocar y liberar emociones	8.42	2.68	8.78	2.25	-0.46	0.64
Búsqueda de soporte social por razones instrumentales	11.75	3.67	11.38	3.37	0.32	0.74
Búsqueda de soporte social por razones emocionales	11.42	4.25	10.51	3.93	0.68	0.50
Negación	7.67	3.22	7.92	2.71	-0.26	0.79

Tabla K2*Diferencia de medianas de la estrategia Uso del Humor según el lugar de procedencia*

	Lima (n=12)		Provincia (n=37)		U-Mann Whitney	
	<i>Me</i>	<i>DE</i>	<i>Me</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Uso del Humor	4	0.38	4	1.64	0.23	0.51

Tabla K3*Correlaciones entre estrategias de afrontamiento y tiempo de diagnóstico*

	Tiempo de diagnóstico
Supresión de actividades competentes	0.29*
Aceptación	0.22*
Enfocar y liberar emociones	0.59*
Búsqueda de soporte social por razones instrumentales	0.22*
Búsqueda de soporte social por razones emocionales	0.18*
Negación	0.43*
Uso del humor	0.51*

Nota= Se utilizó el coeficiente de correlación Spearman para la escala Uso del humor.* $p < .05$