

ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE SITUACIONES ESTRESANTES EN NIÑOS ARGENTINOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

PRELIMINARY STUDY ON COPING STRATEGIES IN STRESSFUL SITUATIONS IN ARGENTINE CHILDREN DIAGNOSED WITH CANCER

Gutiérrez De Vázquez, Marisel¹; Lemos, Viviana N.²

RESUMEN

El presente estudio preliminar tuvo por objetivo identificar y describir cuáles son las situaciones estresantes más frecuentes en niños argentinos con diagnóstico de cáncer y las estrategias de afrontamiento más utilizadas ante dichas situaciones. Fueron evaluados 30 niños de 7 a 12 años de edad con diagnóstico de cáncer. Para identificar los estresores y estrategias de afrontamiento se realizó un estudio de tipo exploratorio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas. Se utilizó la técnica de análisis de contenido para clasificar los estresores infantiles y las estrategias para su afrontamiento. En los resultados encontrados se observó que las diferentes situaciones estresantes relatadas por los niños oncológicos tenían que ver con los ámbitos: hospitalario, socio-escolar y entorno familiar, en este orden. La mayoría de los niños utilizó en primer lugar un afrontamiento centrado en la emoción. Se observaron estresores y estrategias de afrontamiento diferentes entre los niños más pequeños (7 a 9 años) y los más grandes (10 a 12 años). Se discuten los resultados en comparación a los obtenidos en investigaciones similares.

Palabras clave:

Estrés - Afrontamiento - Cáncer - Niños

ABSTRACT

This preliminary study aimed at identifying and describing the most frequent stressful situations in Argentine children diagnosed with cancer, and those coping strategies most used in such situations. 30 children aged 7 to 12 years diagnosed with cancer were evaluated. An exploratory qualitative study was conducted through semi-structured interviews to identify the stressors and coping strategies. The content analysis technique was used to classify children's stressors and coping strategies used. The results showed that the different stressful situations reported by oncology children had to do with the areas: hospital, school and family environment, in that order. Most children used primarily an emotion-focused coping strategy. Different stressors and coping strategies between the youngest (7-9 years) and oldest (10-12 years old) children were observed. The results are discussed in comparison to those found in similar research.

Key words:

Stress - Coping - Cancer - Children

¹Lic. en Psicopedagogía; Lic. y Prof. en Psicología; Becaria doctoral de CONICET. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática Experimental (CIIPME) – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Docente en la Universidad Adventista del Plata. Docente de grado en las áreas de Metodología de la Investigación e Informática aplicada a la investigación. E-mail: lic.mariselgutierrez@gmail.com

²Dra. en Psicología. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática Experimental (CIIPME) – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Docente en la Universidad Adventista del Plata. Docente de grado y posgrado en las áreas de Metodología de la Investigación y Psicometría.

INTRODUCCIÓN

Si bien la incidencia del cáncer infantil es muy baja y las tasas de supervivencia han aumentado debido al gran avance en el diagnóstico y tratamiento del mismo, el impacto y las consecuencias que tiene esta enfermedad crónica en la vida de un niño es muy relevante.

El diagnóstico de cáncer implica una enfermedad amenazante para la vida. En un niño, este hecho se vivencia como un evento inesperado que irrumpe y cambia inevitablemente su cotidianeidad y proyectos vitales. Esta realidad nueva y demandante, pone en marcha el desarrollo de recursos para ubicarse en relación a distintas variables relacionadas a su enfermedad. El paciente con cáncer tiene que aprender a convivir con varias situaciones potencialmente estresantes a las que debe enfrentarse en el curso del mismo, tales como: revisiones periódicas, posibles recaídas, sometimiento a procedimientos médicos invasivos o intervenciones quirúrgicas, malestar o dolor, cambios físicos y funcionales, hospitalizaciones, internaciones, tratamiento y secuelas del mismo (Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos, & Urbano, 2008; Felice & Farberman, 2014; Medín, 2014; Sampor, Cacciavillano & Salvia, 2014). Sumado a los síntomas físicos propios de la enfermedad, el niño oncológico vivencia también sus repercusiones psicológicas. La naturaleza del impacto emocional, los miedos, la comprensión de la enfermedad, la verbalización de lo que le ocurre, así como las estrategias de afrontamiento que pondrá en marcha para hacer frente a esta situación adversa, dependerá en gran medida del nivel de desarrollo psicosocial y cognitivo (Méndez, Orgilés, López-Roig, & Espada, 2004).

En general, los niños enfermos con cáncer han sido desvinculados de su entorno habitual y se encuentran con poco control sobre la situación y lo que les pasa a ellos mismos. Esta vivencia de incertidumbre cobra vital relevancia si se tiene en consideración que la sensación de seguridad es imprescindible para un buen desarrollo socioemocional en la infancia y a lo largo de la vida (Bowlby, 1990). Algunos estudios señalan que la sensación de control por parte del paciente hacia diversos aspectos de la enfermedad crónica, mejora su bienestar. Asimismo, esta percepción de control explicaría la eficacia de las intervenciones psicológicas sobre la ansiedad, la disminución del dolor, la supervivencia del paciente y su adaptación a largo plazo (Shapiro, Schwartz & Astin, 1996; Grootenhuis & Last, 2001; Bárez, Blasco & Fernández, 2003; Li & Chung, 2009). Al respecto, Felice y Farberman (2014) señalan que muchas veces el enojo y las reacciones agresivas de algunos niños ante procedimientos médicos dolorosos o invasivos, pueden cumplir la función de mantener un cierto grado de control en una situación en la que permanentemente son sometidos a indicaciones externas. El juicio de control es un elemento fundamental en el proceso de afrontamiento e incide en los recursos que el paciente con cáncer pone en marcha al enfrentarse ante situaciones propias y derivadas de su enfermedad (Grootenhuis & Last, 2001). El afrontamiento pasivo estaría asociado con un grado mayor de dolor y, por ende, mayor deterioro funcional, mientras que el afrontamiento

activo estaría relacionado con un menor grado de dolor y mayor bienestar (Esteve, López & Ramírez, 1999; Rodríguez, Esteve & López, 2000; Bárez et al., 2003).

El afrontamiento es puesto en marcha cuando las demandas del ambiente causan estrés. Un evento es visto como estresante dependiendo de la percepción subjetiva que haga una persona de dicho evento. En los niños y adolescentes, en general, situaciones como conflictos entre los progenitores, dificultades con compañeros, enfermedades y pérdidas, entre otros, son mencionados como situaciones estresantes (Richaud de Minzi, 1991; del Barrio, 1997; Lazarus, 2000; Oros & Vogel, 2004). Si bien los estresores mencionados son los más frecuentes en población infanto-juvenil, hay ciertas diferencias en la percepción de los estresores según las etapas evolutivas. De este modo, los niños más pequeños percibirán estresores más vinculados al núcleo familiar, mientras que los niños en edad escolar, percibirán estresores más relacionados al ámbito escolar y la interacción con los pares. En cambio, los adolescentes indicarán como estresantes los cambios propios de la pubertad y las interacciones con sus padres, amigos y personas del sexo opuesto (del Barrio, 1997).

Así mismo, Oros y Vogel (2004) encontraron una asociación significativa entre la edad, categorizada en dos grupos (8-10 y 11-13 años) y el tipo de estresor percibido. Observaron que los niños más pequeños perciben con mayor frecuencia estresores asociados a: (a) la preocupación por la salud personal y (b) el descontento con la disciplina parental. Mientras que en los niños más grandes predominan los estresores asociados a: (a) los problemas socio-económicos, (b) las situaciones académicas, (c) los problemas interpersonales con los padres, (d) los problemas interpersonales entre padres y (e) los conflictos con los pares.

Considerando la situación de enfermedad, Vidal y Benito (2008) señala que el cáncer puede ser considerado un acontecimiento traumático que permanece en el tiempo, ya que los tratamientos son largos y la enfermedad debe ser controlada de por vida. Si bien es cierto que con el correr del tiempo la persona puede desarrollar estrategias de afrontamiento que ayuden a disminuir, controlar o regular los factores estresantes, los estudios y controles periódicos podrían llegar a reactivar la incertidumbre y actualizar la presencia de la posibilidad de volver a padecer la enfermedad. Es en este contexto, que los modos de afrontamiento ante una enfermedad crónica cobran vital importancia en el estudio de niños con cáncer, al ser un proceso que puede mejorar o dificultar el ajuste y la calidad de vida.

Durante el proceso de afrontamiento se hace una evaluación cognitiva que otorga significado al evento (evaluación primaria) y analiza los recursos disponibles (evaluación secundaria), lo que, a su vez, determina el nivel de amenaza percibido por la persona (Lazarus & Folkman, 1986). El afrontamiento implica un conjunto de conductas y pensamientos que se ponen en actividad cuando una situación se percibe "como excediendo los recursos que el individuo tiene" (Lazarus & Folkman, 1984). Las investiga-

ciones en general, señalan que cuando la situación es percibida como incontrolable o que no hay forma de resolver el problema de modo definitivo, es esperable que se utilicen estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. Asimismo, cuando la situación es percibida como controlable se asocia con el uso de estrategias centradas en el problema (Barrón, 1996; Sorgen & Manne, 2002; Aldridge & Roesch, 2007; Vidal y Benito, 2008; Li, Chung, Ho, Chiu & Lopez, 2011). Por lo cual es de esperar que en el contexto de cáncer se presente en los pacientes un perfil de afrontamiento más centrado en la emoción. Por ejemplo, una estrategia de afrontamiento adaptativa centrada en la emoción, podría ser, a modo compensatorio, “tomarse tiempo para realizar actividades placenteras” (Farberman, 2014, p.8). De todos modos, en algunas situaciones también podrían utilizarse estrategias adaptativas de afrontamiento centrado en el problema, como por ejemplo “si el niño organiza los juegos que llevará a una internación para contrarrestar el aburrimiento o se procura una botella de líquido frío para contrarrestar las náuseas anticipatorias” (Farberman, 2014, p.8).

Si bien la evitación y la negación generalmente son consideradas como estrategias de afrontamiento desadaptativas, en un primer momento, donde el diagnóstico de cáncer o el hecho de enfrentarse a una fase terminal produce mucha angustia, estos mecanismos cumplen un papel de protección cuando dicha angustia aún no puede procesarse de manera adecuada. Este sería el caso de una negación de tipo operativa. Sin embargo, cabe mencionar que si el uso de la negación o evitación persiste en el tiempo puede generar una mala adherencia al tratamiento y tornar muy difícil la comunicación médico-paciente. Por otro lado, el optimismo en general se lo considera como un estilo de afrontamiento que en principio se asocia a un buen ajuste. Sin embargo, si ese optimismo no es realista y objetivo de la situación tendrá un efecto negativo sobre el proceso de la enfermedad, como es el caso del optimismo ilusorio (Shapiro et al., 1996; Vidal y Benito, 2012; Salanueva, 2014).

Como se puede deducir de lo expuesto hasta ahora, ninguna estrategia para lidiar con situaciones estresantes puede ser catalogada en sí misma como adaptativa o desadaptativa. Su efectividad variará según diferentes factores en juego, tales como el contexto, el tiempo, la etapa de la enfermedad, la edad, el estresor particular, la duración e intensidad de la situación estresante y la combinación de estrategias utilizadas, entre otros. Lo que fue en un comienzo adaptativo o efectivo puede llegar a no serlo en otro momento o ante una situación diferente. Por su parte, Vidal y Benito (2008) advirtió sobre el énfasis en la efectividad, porque tiene el inconveniente de presentar al afrontamiento como un equivalente de la resolución de problemas, no teniendo en cuenta que algunas situaciones no tienen solución y desvalorizando así, estrategias más centradas en la evaluación. Billings y Moos (1981) agregan este último tipo de estrategias mencionadas; el afrontamiento centrado en la evaluación consiste en modificar la interpretación que la persona hace del problema como una forma de reducir su impacto. En línea con esto,

Grootenhuis y Last (2001) señalan que los niños con cáncer tienen pocas posibilidades de cambiar la situación y, por tanto, serán altamente dependientes de la utilización de estrategias de control cognitivo.

Teniendo en cuenta que en Argentina hay escasas publicaciones de trabajos empíricos (Vindrola-Padros, 2011) y medidas válidas y confiables para evaluar el afrontamiento hacia la enfermedad en niños oncológicos, este trabajo es un valioso aporte a la evaluación del afrontamiento en esta población.

El presente estudio forma parte de un proyecto para construir una medida que permita evaluar el afrontamiento hacia el cáncer en niños de 7 a 12 años de edad. El mismo se dividió en dos etapas. En la primera etapa se tuvo por objetivo identificar y describir cuáles son las situaciones estresantes más frecuentes en niños argentinos con diagnóstico de cáncer y las estrategias de afrontamiento más utilizadas ante dichas situaciones. En la segunda etapa se pretende construir un instrumento válido y confiable, a partir de las situaciones y estrategias surgidas de la primera etapa, con el fin de evaluar el afrontamiento hacia el cáncer infantil. Este artículo es parte de los resultados encontrados en la primera etapa.

MÉTODO

En función del objetivo planteado en el presente estudio, se utilizó una metodología cuali-cuantitativa.

Participantes

Participaron del mismo, 30 niños oncológicos (11 mujeres y 19 varones), seleccionados a través de un muestreo no probabilístico, comprendidos en un rango de edad de 7 a 12 años ($M = 9,00$; $DE = 1,70$), pertenecientes a dos servicios de hemato-oncología de las provincias de Mendoza y de San Juan.

Recolección de datos

Para conocer los estresores y estrategias de afrontamiento de los niños evaluados, se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales donde se indagó sobre el recuerdo de algo feo (o de algo que al niño le dio miedo o que lo puso triste) solicitándole que lo contara. Luego se le preguntó qué había hecho al respecto. Dichas respuestas fueron registradas textualmente durante la entrevista. Cabe mencionar que se buscó generar un contexto de entrevista que se asemejara más a una “conversación” que a un “interrogatorio”, fomentando la relación personal con el entrevistado, así como su interés y participación en la misma (Cerón, 2006).

Aspectos éticos

Para la recolección de datos se pidió autorización al director del hospital, al jefe de servicio del área de oncología y a los padres de los niños que formaron parte de la muestra, con el fin de obtener los permisos necesarios para la participación de los niños en la entrevista. En el consentimiento informado a las autoridades y tutores a cargo de los niños, se garantizó la confidencialidad de la información obtenida. Finalmente, se solicitó el consenti-

miento verbal de los niños para participar de la entrevista, mencionándole el propósito y en qué consistía la misma. Una vez logrado todos los permisos correspondientes se pasó a la entrevista, otorgando el tiempo suficiente que cada niño requería.

Análisis de datos

Se utilizó la técnica de análisis de contenido para categorizar los estresores infantiles y para clasificar las estrategias de afrontamiento según el modelo de Billings y Moos (1981). Dicho modelo plantea los siguientes tipos de afrontamiento con sus respectivas estrategias: Centrado en el problema (acción sobre el problema, búsqueda de apoyo, gratificación alternativa); Centrado en la emoción (descontrol emocional, paralización y control emocional); Centrado en la valoración (análisis lógico, revalorización positiva, evitación cognitiva).

El análisis de contenido llevado a cabo en el presente estudio es de tipo manifiesto. Es decir, se ciñe al sentido literal, a lo que está dicho de forma explícita, sin intentar buscar un contenido latente-implícito o de interpretación de lo manifiesto-explícito (Báez & de Tudela, 2007). Este procedimiento se realizó mediante jueces expertos para evaluar la confiabilidad según el acuerdo inter-jueces.

Para la tabulación y descripción de la distribución de los datos sociodemográficos, de las situaciones estresantes relatadas y de las estrategias de afrontamiento empleadas por los niños evaluados, se analizaron distribuciones de frecuencias, porcentajes, medias y desvíos, utilizando el *Statiscal Package for the Social Science* (SPSS), versión 17.0 para Windows.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

Entre los niños encuestados, un 60,0% ($n = 18$) eran pacientes que asistían a control, un 23,3% ($n = 7$) se encontraban en tratamiento ambulatorio (recibían tratamiento médico pero que no tenían criterio de internación) y un 16,7% ($n = 5$) estaban en tratamiento e internados. En relación al tiempo transcurrido desde el diagnóstico, en promedio, los niños del presente estudio fueron diagnosticados con cáncer desde hacía dos años.

Por otro lado, la mayoría de los infantes de la muestra ($n = 17$; 56,7%) presentaban cáncer de origen hematológico mientras que el resto de la muestra tenía algún tipo de tumor sólido ($n = 13$; 43,3%).

Estresores infantiles

En lo que respecta a la confiabilidad de los datos, los resultados mostraron un nivel de acuerdo perfecto entre las codificadoras ($k = 1.00$) en todas las categorías analizadas. En la Figura 1 se muestran las categorías encontradas a partir de los estresores infantiles relatados.

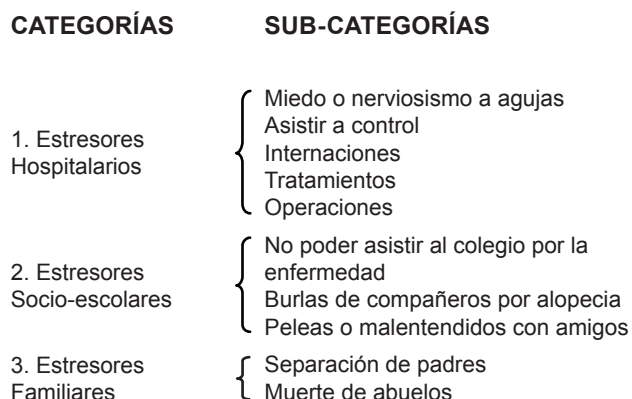


Figura 1. Categorías de estresores infantiles

La consigna del cuestionario de afrontamiento solicitó al niño que relatará algo que él hubiese experimentado como feo, o que le dio miedo, o que lo puso triste, sin especificar que fuera en referencia a la enfermedad. Si bien la consigna dada al niño favorecía para que éste contestara sobre cualquier situación, se esperaba que relatará algo relacionado a su enfermedad, teniendo en cuenta el contexto, motivo y situación en la que se realizó la entrevista (ámbito hospitalario, el sujeto se encontraba allí por control, tratamiento o internación de la enfermedad). Es por ello, que la gran mayoría de los niños entrevistados relató una situación vinculada o derivada del impacto de su enfermedad ($n = 23$; 76,7%), mientras que la minoría refirió historias no vinculadas directamente a la propia enfermedad ($n = 7$; 23,3%).

En la Tabla 1 se muestran las frecuencias y porcentajes de aparición de cada una de las categorías propuestas en la organización de los estresores infantiles.

Tabla 1
Estresores más frecuentes en los niños con diagnóstico de cáncer

Estresores	Frecuencia de aparición	%
Hospitalario	20	69,0
Socio-escolar	7	24,1
Familiar	2	6,9

Estresores infantiles en función de la edad

Se reagrupó a los niños en función de la edad, quedando conformado un grupo denominado "niños más pequeños" (7-9 años) y otro grupo denominado "niños más grandes" (10-12 años). En la Tabla 2 figura el número de menciones y porcentajes de cada estresor de acuerdo al grupo de edad del niño.

Tabla 2
Estresores infantiles en función de la edad del niño

Estresores	Grupos de edad			
	7 a 9 años		10 a 12 años	
	n	%	n	%
Hospitalario	15	68,2	5	71,4
Socio-escolar	6	27,3	1	14,3
Familiar	1	4,5	1	14,3

Modos y estrategias de afrontamiento

En lo que respecta a la confiabilidad de los datos, los resultados mostraron un muy buen nivel de acuerdo entre las codificadoras ($k = .97$) en todas las categorías analizadas de estrategias de afrontamiento.

En la Tabla 3 se muestran las frecuencias y porcentajes de aparición de cada modo de afrontamiento.

Tabla 3
Modos de afrontamiento más frecuentes en los niños con diagnóstico de cáncer

Modos de afrontamiento	Frecuencia de aparición	%
Centrado en el problema	8	26,7
Centrado en la emoción	16	53,3
Centrado en la valoración	6	20

En la Tabla 4 se pueden observar la distribución de frecuencia y porcentajes de cada estrategia de afrontamiento utilizada por los niños de la muestra.

Tabla 4
Estrategias de afrontamiento más frecuentes en los niños con diagnóstico de cáncer

Modos de afrontamiento	Frecuencia de aparición	%
Acción sobre el problema	2	6,6
Búsqueda de apoyo	4	13,3
Gratificación alternativa	3	10,0
Descontrol emocional	13	43,3
Paralización	2	6,6
Control emocional	2	6,7
Análisis lógico	0	0
Revalorización positiva	0	0
Evitación cognitiva	6	20,0

Como puede observarse en la Tabla 4, la estrategia de Descontrol emocional fue la más mencionada por los niños. Un ejemplo de situación y respuesta que implica dicha estrategia sería: "las agujas me dan miedo", respuesta: "lloré y grité mucho".

Modos de afrontamiento y grupos de edad

En la Tabla 5 figura el número de menciones y porcentajes de estrategia de afrontamiento de acuerdo al grupo de edad del niño.

Tabla 5
Modos de afrontamiento en función de la edad del niño

Modos de afrontamiento	Grupos de edad			
	7 a 9 años		10 a 12 años	
	n	%	n	%
Centrado en el problema	7	31,8	1	12,5
Centrado en la emoción	12	54,5	4	50,0
Centrado en la valoración	3	13,6	3	37,5

Estrategias de afrontamiento y grupos de edad

En la Tabla 6 figura el número de menciones y porcentajes de estrategia de afrontamiento de acuerdo al grupo de edad del niño.

Tabla 6
Estrategias de afrontamiento en función de la edad del niño

Estrategias de afrontamiento	Grupos de edad			
	7 a 9 años		10 a 12 años	
	n	%	n	%
Acción sobre el problema	0	0,0	1	12,5
Búsqueda de apoyo	4	18,2	0	0,0
Gratificación alternativa	3	13,6	0	0,0
Descontrol emocional	10	45,5	3	37,5
Paralización	0	0,0	1	12,5
Control emocional	2	9,1	0	0,0
Análisis lógico	0	0,0	0	0,0
Revalorización positiva	0	0,0	0	0,0
Evitación cognitiva	3	13,6	3	37,5

Datos sociodemográficos y modos de afrontamiento

En relación al tipo de cáncer y la modalidad de abordaje de la enfermedad del niño (control, tratamiento ambulatorio y tratamiento en internación), fue interesante ver cómo se distribuían, desde un punto de vista descriptivo, los diferentes modos de afrontamiento (centrado en la evaluación, en la emoción y en la evaluación).

Los niños con leucemias fueron los que más presentaron un afrontamiento centrado en la emoción ($n = 11$; 64,7%). A su vez, la mayoría de los niños que asistían a control utilizaban en primer lugar el afrontamiento centrado en la emoción ($n = 10$; 55,6%) y en segundo lugar centrado en el problema ($n = 6$; 33,3%). Los niños que estaban internados fueron los que menos eligieron el afrontamiento centrado en la evaluación ($n = 1$; 20%).

DISCUSIÓN

Las estrategias de afrontamiento están representadas por comportamientos, cogniciones y percepciones empleadas con el fin de conservar el equilibrio afectivo-conductual frente a situaciones estresantes como lo es una enfermedad crónica (Vidal y Benito, 2008). Al enfrentar el cáncer, se utilizan diferentes estrategias de afrontamiento que cambian a lo largo del proceso de la enfermedad. Asimismo,

mo, un mismo sujeto puede emplear diferentes estrategias al mismo tiempo.

Como fue mencionado anteriormente, algunos estudios llevados a cabo en población sin enfermedad física, señalan que problemáticas como conflictos entre los progenitores, dificultades con compañeros, enfermedades y pérdidas, son mencionados recurrentemente por niños y adolescentes (Richaud de Minzi, 1991; del Barrio, 1997, Lazarus, 2000; Oros & Vogel, 2004). En la presente muestra, estos mismos estresores surgieron de las situaciones que los niños relataron. No obstante, cabe mencionar que no aparecen en el mismo orden de jerarquía la preocupación por pérdidas o enfermedad. En niños con cáncer este tipo de estresores aparecen en primer lugar en comparación con niños sin cáncer. Asimismo, cabe mencionar que además de los estresores señalados por los niños de la muestra en relación al cáncer, los niños más pequeños del presente estudio fueron los que mencionaron con mayor frecuencia problemáticas de índole escolar en comparación con los más grandes. En relación con esto, Merrel y Gimpel (1998) comentan que con la entrada en la escuela primaria se abre un mundo social cada vez más complejo. Los niños empiezan a formar grupos de pares que difieren en cuanto a posición social y poder. También aumentan el uso del humor, el chisme, la evaluación negativa y las burlas. Asimismo, los cambios en los patrones de amistad durante la infancia media, giran en torno a la inclusión de los compañeros. Los niños tienden a estar cada vez más preocupados por la autopresentación y el deseo de evitar el rechazo.

Los niños del presente estudio tendieron a utilizar en su mayoría un afrontamiento focalizado en la emoción. En línea con estos resultados, Compas, Worsham y Ey (1992, citado por Ghiglione & Richaud de Minzi, 2009) señalan que hay un incremento del afrontamiento focalizado en la emoción en la etapa de la niñez mediana. Li et al. (2011) también mencionan que los niños más pequeños utilizan más estrategias centradas en la emoción en comparación con niños mayores. Al respecto, Barrón (1996) y Vidal y Benito (2008) mencionan que tanto el afrontamiento centrado en la emoción como el centrado en la evaluación son más efectivos en situaciones que escapan al control de la persona, como es el caso del cáncer. Los resultados del presente estudio muestran que específicamente, los niños más pequeños utilizan el descontrol emocional como estrategia para hacer frente a situaciones estresantes. A medida que los niños crecen su locus de control cambia de un enfoque más externo a uno más interno. Los niños con un locus de control externo son más propensos a adoptar estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, mientras que los niños con un locus de control interno son más propensos a adoptar estrategias focalizadas en el problema (LaMontagne, 1987, citado por Hodgins & Lander, 1997; Li & Chung, 2009).

La selección de ciertas estrategias de afrontamiento hacia el estrés en la infancia, dependerá de aspectos personales (vinculares, evolutivos y temperamentales) y contextuales de los eventos amenazantes. La susceptibilidad y las situaciones que provocan estrés en los niños se van

modificando, ya que ciertos eventos estresantes en niños pequeños pueden no resultar amenazantes para niños más grandes. Los niños pequeños tienden a utilizar conductas de afrontamiento centradas en la emoción y a medida que aprenden a manejar y controlar sus emociones, se espera que comiencen a emplear estrategias más cognitivas (Richaud de Minzi, 2006; Ghiglione & Richaud de Minzi, 2009; Richaud de Minzi e Iglesias, 2013).

Además de emplear en mayor medida el descontrol emocional, los niños más pequeños también recurrieron a la búsqueda de apoyo para lidiar con situaciones estresantes. Bryant (1985, citado por Ghiglione y Richaud de Minzi, 2009) menciona que en la niñez mediana hay un aumento en la habilidad de buscar apoyo social. Los niños más pequeños se caracterizan por tener una necesidad mayor de búsqueda de apoyo de sus padres. Al respecto, se encontraron evidencias que los niños occidentales en general tienden a utilizar la búsqueda de apoyo social como una estrategia frecuente (Cole, Bruschi & Tamang, 2002; Aldridge & Roesch, 2007). El apoyo social es un factor de protección familiar indispensable para que la persona logre percibir y afrontar una situación de riesgo adaptativamente, facilitando el ajuste emocional y otras características resilientes (Barrón, 1996; Castro & Moreno-Jiménez, 2007; Gutiérrez de Vázquez & Lemos, 2013). Los niños que reciben apoyo social desde temprano a través de una persona significativa como lo son los padres, tienen mayor capacidad para hacer frente a los problemas (Richaud de Minzi, 2004).

La segunda estrategia más utilizada por todos los niños de la muestra fue la evitación cognitiva. Se puede pensar que la evitación es una estrategia de afrontamiento desadaptativa para afrontar una amenaza. Sin embargo, cuando no existe nada constructivo que la persona pueda hacer para resolver un daño o amenaza, la evitación momentánea puede aliviar el estrés sin alterar el funcionamiento y sin producir un daño adicional. Pareciera que, en un comienzo, la evitación ayuda a disminuir la angustia y el impacto, minimizando la situación, pero que a largo plazo puede llegar a ser desadaptativa. Por ejemplo, si la persona sigue evitando la situación puede retardar la búsqueda de atención médica, no realizar los estudios pertinentes o no cumplir con el tratamiento requerido (Vidal y Benito, 2008).

Por otro lado, ninguno de los niños más grandes recurrió al uso de la búsqueda de apoyo como estrategia de afrontamiento, quizás como reflejo del sentimiento de omnipotencia e invulnerabilidad y deseos de independencia típicos de esta etapa evolutiva (Diz, 2013; Ros et al., 2001). Lo mismo sucedió con la gratificación alternativa, tal vez porque ir a jugar sea una actividad más característica de los más pequeños. De todos modos, como fue mencionado anteriormente, el grupo de niños más grandes fue muy reducido como para establecer conclusiones taxativas.

Así mismo, ninguno de los niños de la muestra hizo uso del análisis lógico ni de la reevaluación cognitiva como estrategias de afrontamiento en situaciones percibidas como estresantes. Estos resultados son esperables, teniendo en cuenta el período del desarrollo del pensamien-

to cognitivo propio de la etapa evolutiva de los niños incluidos en este trabajo. Posteriormente, cuando el pensamiento lógico-formal comienza a desarrollarse es de esperar que se utilicen en mayor medida estrategias que requieran más del análisis de la situación y de estar en condiciones de resignificar una situación estresante.

Por otra parte, surgieron algunos datos interesantes respecto al afrontamiento y a la situación en la cual se encontraban en el hospital los niños de la muestra (por control, tratamiento ambulatorio o tratamiento en internación), como así también según el tipo de cáncer que tenían. En primer lugar, se observó que los niños que asistían a control mayormente utilizaron el afrontamiento centrado en la emoción. En la entrevista llevada a cabo con los infantes, éstos mencionaron mucho la ansiedad que les producía asistir al hospital por control y cuando se indagó qué era lo que hacían al respecto, una buena parte de ellos seleccionaban estrategias de descontrol emocional, como llorar, gritar o patear. Sin embargo, una parte de los niños lograban seleccionar estrategias centradas en el problema como por ejemplo llevarse algo para jugar o estar en la sala de juego mientras esperaban por el control. Al respecto, Farberman (2014) indica que el hecho de que el niño lleve juegos al hospital para evitar aburrirse o para distraerse mientras espera, es considerado como una estrategia adaptativa. En el caso de la función adaptativa o no de las estrategias de descontrol emocional, utilizadas por la mayoría de los niños de la muestra, debería considerarse el tiempo de la enfermedad, cuestión que no fue contemplada en este estudio descriptivo, ya que hay una gran variedad de meses desde el diagnóstico de cáncer como para poder hacer comparaciones por edad.

Finalmente, se observó que los niños con leucemias tendían a utilizar más el afrontamiento centrado en la emoción, específicamente el descontrol emocional. La mayoría de los chicos de la muestra tenían Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), que es el tipo de neoplasia más frecuente en la población infantojuvenil menor de 15 años (Moreno & Schwartzman, 2008). Este tipo de cáncer implica muchos estudios de sangre y punciones a lo largo de la enfermedad. Los niños mencionaron que les daba mucho miedo las agujas y pinchazos que recibían. Al respecto, Orgilés, Méndez y Espada (2009) explican que a diferencia de otros eventos displacenteros donde la repetición actúa como un facilitador de adaptación posterior, la exposición repetida a las punciones no produce desensibilización sistemática. Los niños siempre vivencian este tipo de procedimiento con un alto nivel de ansiedad, repitiendo o incrementando ese nivel cada vez que se realiza la punción. Así mismo, Felice y Farberman (2014) señalan que los niños suelen sentir aversión hacia la punción lumbar (PL) y, además, el ser sujetados para evitar movimientos automáticos, los hace sentir más indefensos y desconfiados, especialmente en la primera vez.

Por último, teniendo en cuenta las implicancias del estudio y considerando que el afrontamiento al estrés es una cuestión relevante en condiciones médicas tanto agudas como crónicas, así como para los pacientes que tienen

que realizar procedimientos médicos invasivos y dolorosos, las estrategias de afrontamiento desadaptativas pueden empeorar los efectos potencialmente nocivos de los eventos estresores. Kupst y Bingen (2006, citado por Farberman, 2014) señalan que a lo largo de la experiencia del cáncer las tareas principales de afrontamiento están enfocadas hacia (a) desarrollar la comprensión cognitiva de la enfermedad y de las demandas del tratamiento; (b) manejar las reacciones emocionales ante la enfermedad, el tratamiento y sus implicaciones; y (c) buscar y utilizar los recursos disponibles para atender situaciones específicas. Por todo esto, se considera importante que el profesional que trabaja con niños oncológicos tenga en cuenta que las estrategias de afrontamiento son cambiantes como lo son las demandas de la situación de enfermedad. Lo que determina la funcionalidad o no de algunas estrategias de afrontamiento es su combinación con otras estrategias, por lo cual, el afrontamiento debiera ser entendido y estudiado como un perfil completo. Por ejemplo, la literatura en general considera la búsqueda de apoyo como una estrategia positiva de afrontamiento, pero podría volverse negativa al combinarse con una baja acción sobre el problema y alta paralización, lo que implicaría depositar en el otro el problema para que sea el otro quien lo resuelva, lo cual es claramente no funcional. Así mismo, la focalización en el problema podría considerarse positiva, pero al combinarse con Fatalismo, Autoinculpación y somatización, implicaría una rumiación improductiva que no conduciría a la resolución adecuada del problema (Desuque, Lemos & Chimpén, 2015).

El afrontamiento es una variable muy importante para orientar la intervención en psicooncología pediátrica, teniendo en cuenta el impacto del cáncer infantil tanto en el niño como en su entorno significativo. Un enfoque que tenga en consideración al afrontamiento buscará facilitar los recursos con los que cuenta el paciente o desarrollarlos, así como reducir las secuelas en el área psicosocial del niño con cáncer y su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldridge, A. A., & Roesch, S. C. (2007). Coping and adjustment in children with cancer: a meta-analytic study. *Journal of behavioral medicine, 30*(2), 115-129.
- Báez, J., & de Tudela, P. (2007). *Investigación cualitativa*. ESIC Editorial.
- Báez, M., Blasco, T. & Fernández, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de psicología, 19*(2), 235-246.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral medicine, 4*(2), 139-157.
- Bragado, C., Hernández-Lloreda, M. J., Sánchez-Bernardos, M. L., & Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. *Psicothema, 20*(3), 413-419.

- Bowlby J. (1990). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Castro, E. & Moreno-Jiménez, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicología en Estudio*, 12(1), 81-86.
- Cerón, M. C. (2006). *Metodologías de la investigación social*. Lom Ediciones.
- Cole, P. M., Bruschi, C. J., & Tamang, B. L. (2002). Cultural differences in children's emotional reactions to difficult situations. *Child Development*, 73(3), 983-996.
- Del Barrio, M. D. (1997). Estresores infantiles y afrontamiento. En Hombrados, M^a I. (Ed.). *Estrés y salud*, (pp. 351-378). Valencia: Promolibro.
- Desuque, D., Lemos V., & Chimpén, C. (2015). Prevenir la conducta suicida en adolescentes: un desafío posible basado en la evidencia. En L. Medrano & L. Moretti (Eds.), *Psicoterapia Basada en la Evidencia*. Buenos Aires: Paidós. (En prensa).
- Diz, J. I. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 17(2), 88-93.
- Esteve, R., López, A. E & Ramírez, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 77-102.
- Farberman, D. (2014). Módulo V: "Intervenciones psicoterapéuticas". Clase 1: "Afrontamiento y resiliencia. Abordaje de pacientes". Diplomatura en Psicooncología Pediátrica.
- Felice, M. & Farberman, D. (2014). Módulo IV: "La enfermedad y sus particularidades en la asistencia emocional". Clase 1: "Leucemias y linfomas pediátricos. Aspectos médicos y emocionales". Diplomatura en Psicooncología Pediátrica.
- Ghigliione, M. & Richaud de Minzi, M. C. (2009). Estudio psicométrico de una versión abreviada del Cuestionario Argentino de Afrontamiento para niños de 8 a 12 años. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(4), 239-248.
- Grootenhuis, M. A., & Last, B. F. (2001). Children with cancer with different survival perspectives: defensiveness, control strategies, and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 10(4), 305-314.
- Gutiérrez de Vázquez, M. & Lemos, V. (2013). Habilidades sociales y apoyo social percibido en niños con diagnóstico de cáncer. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 59(2), 87-93.
- Hodgins, M. J., & Lander, J. (1997). Children's coping with venipuncture. *Journal of pain and symptom management*, 13(5), 274-285.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York, Springer Publishing.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Li, H. C. W., & Chung, O. K. J. (2009). The relationship between children's locus of control and their anticipatory anxiety. *Public Health Nursing*, 26(2), 153-160.
- Li, H. C., Chung, O. K. J., Ho, K. Y. E., Chiu, S. Y., & Lopez, V. (2011). Coping strategies used by children hospitalized with cancer: an exploratory study. *Psycho-Oncology*, 20(9), 969-976.
- Medín, G. (2014). Módulo II: "El niño y el adolescente"; Clase 1: "Aspectos emocionales en el niño y el adolescente con cáncer". Diplomatura en Psicooncología Pediátrica.
- Méndez, X., Orgilés, M., López-Roig, S., & Espada, J. P. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1(1), 139-154.
- Merrell, K. & Gimpel, G. (1998). *Social skills of children and adolescents: conceptualization, assessment, treatment*. New Jersey: Lawewncw erlbaum associates.
- Moreno, F. & Schwartzman, E. *Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (2000-2008)*. 3ra Edición. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer. (Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/descargas/Publicaciones/roha2000-2008.pdf>).
- Orgilés, M., Méndez, F. & Espada, J.P. (2009). Procedimientos psicológicos para el afrontamiento del dolor en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6(2), 343-356.
- Oros, L. & Vogel, G. (2004). Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias por sexo y edad. *Enfoques*, XVI, 2, 41-57.
- Ros, R., Morandi, T., Cozzetti, E., Lewintal, C., Cornella, J., & Surís, J. (2001). La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En Buil, C., Lete, I., Ros, R. & de Pablo, J. L. (Eds.). *Manual de salud reproductiva en la adolescencia* (pp. 27-83). España: Sociedad Española de Contracepción.
- Richaud de Minzi, M. C. (1991). "La percepción de la amenaza y la formación de recursos para el afrontamiento del estrés. Un estudio en niños", *Revista Interamericana de Psicología*, 25(1), 23-33.
- Richaud de Minzi, M. C. (2004). Apuntes de clase, Seminario sobre la *Teoría del estrés y los recursos del afrontamiento como base del concepto de resiliencia*, Centro Interamericano de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME), Buenos Aires, Argentina.
- Richaud de Minzi, M. C. (2006). Evaluación del afrontamiento en niños de 8 a 12 años. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 196-201.
- Richaud de Minzi e Iglesias, M. (2013). Evaluación del afrontamiento en niños pequeños. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 17(1), 244-256.
- Rodríguez, M^a J. Esteve, R. & López, E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3), 339-345.
- Salanueva, I. G. (2014). Recursos de afrontamiento. Una aproximación a su clasificación. Importancia de su potenciación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 1058-1078.
- Sampor, C., Cacciavillano, W. & Salvia, L. (2014). Módulo IV: "La enfermedad y sus particularidades en la asistencia emocional" Clase 3: "Otros tumores sólidos y sus particularidades en la asistencia psicoterapéutica". Diplomatura en Psicooncología Pediátrica.
- Shapiro Jr, D. H., Schwartz, C. E., & Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world: Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, 51(12), 1213-1230.
- Sorgen, K. E., & Manne, S. L. (2002). Coping in children with cancer: Examining the goodness-of-fit hypothesis. *Children's health care*, 31(3), 191-207.
- Vidal y Benito, M^a del C. (2008). *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Vidal y Benito, M^a del C. (2012). *La relación médico paciente. Bases para una comunicación a medida*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Vindrola-Padros, C. (2012). The everyday lives of children with cancer in Argentina: Going beyond the disease and treatment. *Children & Society*, 26(6), 430-442.

Fecha de recepción: 14 de mayo de 2016

Fecha de aceptación: 4 de octubre de 2016