

Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento

Reaction towards cancer diagnosis of a son: stress and coping

José Moral de la Rubia y Juan Martínez Rodríguez¹

RESUMEN

A fin de observar el tipo de afrontamiento dominante y el nivel de estrés percibido por los padres ante el diagnóstico de cáncer de un hijo menor de edad, se determinaron las asociaciones entre dichas variables, la edad y género del menor y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Para ello, participaron 15 parejas de padres, a quienes se aplicaron la Escala Estrés Percibido y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés para medir los niveles de estrés y los estilos de afrontamiento, respectivamente. Los resultados muestran las correlaciones obtenidas, destacando la correlación directa entre el estrés de las madres y la edad de sus hijos.

Palabras clave: Tipos de afrontamiento; Cáncer infantil; Estrés; Relación padres-hijos.

ABSTRACT

In order to observe the dominant coping styles and the level of stress perceived in parents facing the notice of having a child with cancer, the associations between such variables were determined, as well as the child age and sex, and the time elapsed since they received the diagnosis. Fifteen couples participated and the Perceived Stress Scale and the Stress Coping Questionnaire were applied to evaluate the stress levels and the coping styles, respectively. Results show the obtained correlations, emphasizing the direct correlation between the mothers' stress and the child's age.

Key words: Coping styles; Infantile cancer; Stress; Parents-children relation.

En el mundo, la incidencia del cáncer en menores de 15 años es de 7,800 nuevos casos anuales, observándose un incremento sostenido de 0.7% por año (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005). En México, en 2005, la incidencia de cáncer de 0 a 18 años era de 120 nuevos casos por millón de habitantes al año, constituyéndose así en la segunda causa de muerte en la población infantil (Méndez, 2005).

El cáncer, y en especial el cáncer infantil, es considerado por el Programa Nacional de Salud 2006-2012 (Secretaría de Salud, 2007) y la OMS (2005) como un problema que requiere la mayor atención. Las creencias existentes entre la población llevan a la familia a asociarlo con un mal pronóstico, inmenso sufrimiento y muerte inminente; además, el que el afectado sea un menor de edad acrecienta el impacto negativo (Méndez, 2005). El estrés es intenso y afecta severamente a los padres y a la familia (Secretaría de Salud, 2007).

Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos para manejar los eventos disruptivos que limitan la habilidad de las personas para ajustarse. Definen dos estilos o dimensiones de segundo orden de afrontamiento: el enfocado al problema y el enfocado a la emoción. A su vez,

¹ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, Mutualismo 110, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L., México, correos electrónicos: jose_moral@hotmail.com y psicmartinez@yahoo.com.mx. Artículo recibido a 7 de noviembre de 2008 y aceptado el 13 de mayo de 2009.

Sandín (1995) y Carrobles (1996) señalan que el estrés es un estado fisiológico de activación que ocurre en respuesta ante ciertas situaciones o demandas ambientales. Sandín y Chorot (2003) reportan que los sujetos expuestos a altos niveles de estrés tienden a utilizar estrategias centradas en la emoción, a estar menos orientados a definir el problema, a generar menos alternativas de solución y a ser menos propensos a obtener bienestar emocional e información por parte de los demás. La reacción al estrés no está relacionada con la naturaleza objetiva del estímulo estresante, sino con la interpretación o significado psicológico que el sujeto asigna a los distintos estímulos o situaciones.

El concepto de estrés que se maneja en el presente estudio fue tomado de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), el cual se centra en la percepción de control o descontrol (agobio, sobrecarga, irritabilidad) ante las dificultades presentes, es decir, en el componente cognitivo-emocional, sin hacer referencia al fisiológico ni al comportamental.

Por consiguiente, los objetivos del estudio empírico que se expone aquí fueron los siguientes: *a)* observar cuáles son las estrategias de afrontamiento dominantes en la muestra; *b)* estudiar las diferencias entre la madre y el padre ante el diagnóstico de cáncer del hijo en cuanto al estrés percibido y las estrategias de afrontamiento; *c)* determinar la asociación de las estrategias de afrontamiento con el estrés percibido por los padres, y *d)* determinar la asociación de estrés con la edad, el género del menor y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Se pronosticaban niveles altos de estrés en los padres, sobre todo en las madres (Méndez, 2005; Soler-Lapuente, 1996), y que el tipo de afrontamiento dominante esperado sería la focalización en la solución de problemas, al tratarse de la vida del hijo y ser clave para su supervivencia, como se ha encontrado en otros estudios realizados en México (De la Huerta, Corona y Méndez, 2006); asimismo, que la religión tendría gran relevancia y que los hombres puntuarían significativamente más alto en la focalización hacia la solución de problemas, y las mujeres en lo referente a la búsqueda de apoyo social, la religión y la evitación, según lo hallado en otros estudios (cfr. González y Landero, 2007; Lazarus y Folkman, 1984). Con

base en los estudios de Lazarus y Folkman (1984), se hipotetizó que la estrategia de afrontamiento focalizada en la solución del problema mostraría la asociación más fuerte con la reducción del estrés, la evitación, la focalización negativa en sí mismo y la expresión abierta de agresividad, lo que induciría un mayor estrés; por el contrario, que la búsqueda de apoyo social, la religión y la reevaluación positiva lo reducirían. Además, se esperaba que el estrés aumentara entre más pequeño fuera el niño (Méndez, 2005).

MÉTODO

Sujetos

Este fue un estudio correlacional con diseño no experimental transversal. Se empleó una muestra no probabilística de de tipo incidental de 15 parejas. La población eran padres de hijos menores de edad recientemente diagnosticados con cáncer.

Los requisitos de inclusión en la muestra fueron que ambos padres respondiesen a los cuestionarios; que fuesen menores de 50 años; que su hijo fuese paciente pediátrico (menor de 15 años) y que hubiesen transcurrido como máximo seis semanas desde el diagnóstico. La media de edad de las madres fue 34 años y la de los padres de 37. El rango de edad de los padres varió de 23 a 49 años. La media de edad de los hijos fue de 6.5 años, con un rango de 2 a 14 años. La mayoría de los participantes eran de escasos recursos y baja escolaridad.

La muestra se levantó en un periodo de seis meses por el segundo autor. Los casos fueron tomados de la Alianza Anticáncer Infantil de la ciudad de Monterrey (México), que es un centro de beneficencia pública que ofrece tratamientos gratuitos.

Respecto del tiempo transcurrido desde el diagnóstico, el intervalo varió de dos a seis semanas. La media y mediana fueron de tres semanas, siendo la moda de cuatro semanas (40% de los casos).

Instrumentos

El estrés se midió por la Escala Estrés Percibido (PSS) de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), empleando la adaptación a la población mexicana de González y Landero (2007a), y el afrontamiento

por el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Sandin y Chorot (2003). Además, se aplicó una pequeña cédula de entrevista para registrar los datos de edad y tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

La PSS evalúa el grado en que los participantes valoran las situaciones del último mes como impredecibles y fuera de control. Consta de 14 reactivos con formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van de 0 (nunca) a 4 (siempre).

El coeficiente alfa del trabajo original (Cohen y cols., 1983) variaba de .84 a .86 en función de la muestra. En la presente, constituida por 15 parejas ($n = 30$), la consistencia interna de la escala PSS fue alta ($\alpha = .842$), al igual que las de sus factores de control ($\alpha = .790$) y descontrol ($\alpha = .703$), coincidiendo con los valores reportados en el estudio original y en la validación de González y Landero (2007a).

El CAE, de Sandin y Chorot (2003), está conformado por 42 reactivos con formato Likert de cinco puntos (de 1 a 5), divididos en siete subescalas: Búsqueda de apoyo Social (BAS), Expresión emocional abierta de agresividad e irritabilidad (EEA), Religión (RLG), Focalización en la solución del problema (FSP), Evitación (EVT), Autofocalización negativa (AFN) y Reevaluación positiva (REP). Los coeficientes de fiabilidad para las siete escalas en el estudio original variaron de .64 (AFN) a .92 (BAS). En la presente muestra, las escalas RLG, FSP, BAS y REP obtuvieron índices de consistencia altos (.886, .829, .823 y .714, respectivamente); EEA y EVT índices de consistencia aceptables

(.630 y .621, en cada caso), y AFN una consistencia muy baja (.350).

Procedimiento

Los casos fueron tomados de la Alianza Anticáncer Infantil. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes y el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la institución. Tras el consentimiento informado, se aplicaba la cédula de entrevista y se solicitaba contestar las escalas. Si algún padre estaba ausente, se programaba una cita a través de la psicóloga del centro. Los datos de la muestra fueron capturados por el segundo autor, apoyado por la citada psicóloga.

Como pruebas estadísticas se emplearon el coeficiente r de Pearson, la t de Student para dos muestras emparejadas, la t de Student para una sola muestra, la prueba de McNemar, la prueba de la homogeneidad marginal y la regresión lineal por el método *stepwise*.

Los cálculos estadísticos se hicieron con el programa SPSS16. El nivel de significación de las pruebas de contraste para rechazar la hipótesis nula se fijó en $p \leq .05$, y se habla de tendencia a la significación estadística con valores de p entre .051 y .099.

RESULTADOS

Prevalencia de casos de estrés

Cuatro de las 15 madres (27%) y once de los padres (73%) mostraron niveles altos de estrés ($PSS \geq 30$), tal como se aprecia en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las puntuaciones en la Escala de Estrés Percibido obtenidas por los padres.

Valores de PSS	Madres			Padres		
	F	%	$\Sigma\%$	F	%	$\Sigma\%$
10-14	1	6.7	6.7	1	6.7	6.7
15-19	1	6.7	13.3	2	13.3	20.0
20-24	5	33.3	46.7	0	0	0.0
25-29	4	26.7	73.3	1	6.7	26.7
30-34	1	6.7	80.0	7	46.7	73.3
35-39	2	13.3	93.3	4	26.7	100.0
45-49	1	6.7	100.0			
Total	15	100.0				

$\Sigma\%$ = Porcentaje acumulado.

Estrategias de afrontamiento dominantes

Debido a que se carecía de estándares de interpretación, se procedió, en primer lugar, a desarrollar normas argumentativas, y, en segundo, se hizo una comparación de medias con los estadísticos obtenidos en una muestra de 365 estudiantes mexicanos (González y Landero, 2007b). Cada una de las escalas de afrontamiento se compone de seis reactivos, los cuales tienen rangos de 0 (nunca), 1 (pocas veces), 2 (a veces), 3 (frecuentemente) y 4 (casi siempre). Si se multiplican estos valores por el número de reactivos (6), es posible definir intervalos de interpretación. A tal fin, se toman los valores 1 y 3 como puntos de corte para definir las puntuaciones bajas y altas; así, se podría considerar que puntuaciones en la escala de entre 0 a 6 reflejan un empleo de la estrategia de baja fre-

cuencia; entre 7 y 18, de frecuencia intermedia, y entre 19 y 24, de alta frecuencia. Con base en estos valores de interpretación y medidas de las escalas, se juzga si una estrategia es dominante (alta frecuencia) o no (baja frecuencia).

Las mujeres usaron con una alta frecuencia la focalización en la solución del problema, la religión y la reevaluación positiva; los hombres, sólo la primera de ellas. Todas las demás estrategias quedaron en un intervalo intermedio. Más próxima al límite alto se halló la búsqueda de apoyo social en las madres, y más próxima al límite bajo la expresión emocional abierta de agresividad en los hombres. En la muestra conjunta de madres y padres, las medias de la focalización en la solución del problema y la religión fueron las únicas que quedaron por encima de 18, es decir, en el intervalo de alta frecuencia (Tabla 2).

Tabla 2. Diferencia de medias en afrontamiento.

Afrontamiento	Pariente	Media	D. E.	Cor.	t de Student		
					t	g.l.	p
Búsqueda de apoyo social	Madre	17.80	5.454	r = -.162 p = .565	2.652	14	.019
	Padre	12.47	4.749				
Expresión emocional abierta de agresividad	Madre	11.07	3.990	r = -.162 p = .565	.738	14	.473
	Padre	9.93	2.764				
Religión	Madre	23.60	5.642	r = -.168 p = .550	2.965	14	.010
	Padre	16.87	5.866				
Focalización en la solución del problema	Madre	25.33	3.658	r = .280 p = .311	3.278	14	.006
	Padre	20.73	5.175				
Evitación	Madre	11.40	3.019	r = .259 p = .351	-.182	14	.858
	Padre	11.60	3.869				
Focalización negativa en sí mismo	Madre	11.60	3.312	r = .150 p = .595	-1.254	14	.230
	Padre	13.00	3.317				
Reevaluación positiva	Madre	20.47	5.097	r = -.263 p = .344	2.367	14	.033
	Padre	16.07	3.918				

Al comparar la presente muestra por medio de la *t* de Student para una sola muestra con la de González y Landero (2007), compuesta por 365 estudiantes universitarios, todas las diferencias fueron significativas ($p < .05$), como se esperaría dada la aguda situación de estrés que enfrentan los padres, salvo en las escalas de búsqueda de apoyo

social en la muestra conjunta ($t = 1.317$, g.l. = 29, $p = .198$), evitación entre madres y estudiantes mujeres ($t = 1.924$, g.l. = 14, $p = .075$), búsqueda de apoyo social ($t = .821$, g.l. = 14, $p = .425$) y reevaluación positiva ($t = .471$, g.l. = 14, $p = .645$) entre padres y estudiantes varones.

Diferencias porcentuales de casos de estrés entre padres

En la prueba de McNemar se observa una tendencia a la significación estadística ($p = .065$) en la diferencia de porcentaje de casos de estrés entre los cónyuges, y en la prueba de la homogeneidad marginal tal diferencia es significativa ($p = .035$). Ambas pruebas son válidas para datos cualitativos emparejados; la de McNemar está diseñada sólo para variables con dos categorías, y la prueba de la

homogeneidad marginal acepta tanto datos dicotómicos como policotómicos. Así, la tendencia de los casos positivos de ansiedad claramente se inclina hacia los padres varones.

Diferencia de medias en el nivel de estrés en las parejas

Como se muestra en la Tabla 3, no hubo asociaciones ni diferencias significativas de las medias en el nivel de estrés percibido entre madres y padres.

Tabla 3. Diferencia de medias en el nivel de estrés en las parejas de padres.

Estrés	Pariente	Media	D. E.	Cor.	t	g.l.	p
Puntuación total del PSS	Madres	26.27	8.405	$r = .064$ $p = .820$	-1.125	14	.279
	Padres	29.47	7.680				

Diferencia de medias en afrontamiento en las parejas

Las puntuaciones en las siete escalas de estrategias de afrontamiento de madres y padres no correlacionan entre en sí, es decir, son independientes. No obstante, sí hay diferencias significativas de medias en cuatro escalas. Las madres acuden con más frecuencia que los padres a la focalización en la solución del problema, religión, reevaluación positiva de la situación y búsqueda de apoyo. En las tres restantes modalidades de afrontamiento (evitación, expresión emocional abierta de agresividad y focalización negativa en sí mismo) hay

equivalencia estadística de medias entre madres y padres (ver Tabla 2).

Asociación del afrontamiento con el estrés

En la muestra conjunta de madres y padres, cuanto mayor es el afrontamiento por evitación, menor es la reevaluación positiva de la situación, se acude menos a la religión y se percibe más estrés. En la muestra de madres se halla que cuanto mayor es el afrontamiento por evitación, hay tendencia a percibir más estrés. En la muestra de padres, cuanto mayor es el afrontamiento por evitación y menor la reevaluación positiva, se percibe más estrés (Tabla 4).

Tabla 4. Correlación del afrontamiento con el estrés.

Afrontamiento (CAE)		Estrés (PSS)		
		Conjunta (n = 30)	Madres (n = 15)	Padres (n = 15)
Búsqueda de apoyo social	r	-.182	-.211	.039
	p	.336	.451	.891
Expresión emocional abierta de agresividad	r	.256	.332	.257
	P	.172	.227	.354
Religión	r	-.373	-.329	-.314
	p	.042	.231	.254
Focalización en la solución del problema	r	-.302	-.277	-.221
	p	.105	.317	.428
Evitación	r	.596	.511	.697
	p	.001	.052	.004
Focalización negativa en sí mismo	r	.158	.220	.011
	p	.405	.432	.968
Reevaluación positiva	r	-.414	-.197	-.621
	p	.023	.483	.014

Predicción del estrés por estrategias de afrontamiento

En la muestra conjunta, de los siete predictores potenciales, sólo tres quedaron en el modelo de regresión con coeficientes de determinación significativos, es decir, con coeficientes no nulos: evitación, reevaluación positiva y expresión emocional abierta de agresividad. Aun cuando la religión

era un correlato significativo ($p = .042$), en la muestra conjunta no resultó ser un predictor independiente significativo, surgiendo en su lugar la expresión emocional abierta de agresividad, cuya correlación no era significativa ($p = .172$). El modelo explica 53% de la varianza del estrés percibido (Tabla 5).

Tabla 5. Modelo de regresión lineal (método *stepwise*) para predecir estrés (PSS).

Modelo	Coeficientes				
	B	EE	Beta	t	Sig.
Constante	16.192	6.136		2.639	.014
EVT	1.297	.304	.548	4.270	.000
REP	-.646	.211	-.400	-3.062	.005
EEA	.815	.305	.345	2.672	.013

Asociación de estrés y contexto

El estrés en madres y padres es independiente del género del hijo y del tiempo transcurrido desde el diagnóstico (de dos a seis semanas). Hay correlación directa entre el estrés de las madres y la edad de los hijos: a más edad del hijo, más estrés en la madre. En los padres la correlación no es significativa, pero sí de signo negativo. La correlación directa en la madre se podría atribuir al rango de

edad de los menores, al no haber ningún infante en la muestra (menores de 2 años), cuando en otros estudios sí están incluidos. Por una parte, se tiene el tipo de vínculo que la madre establece con el infante, más simbiótico; por otra parte, la verbalización del sufrimiento, más clara en niños de más edad, podría estar determinando esta percepción de mayor estrés (Tabla 6).

Tabla 6. Correlaciones de las variables demográficas y contextuales con el estrés.

Variables demográficas y contextuales		PSS	
		Madres	Padres
Edad del hijo	r	.531	-.218
	p	.042	.436
Género del hijo	r	.179	.203
	p	.524	.468
Tiempo desde el diagnóstico	r	.179	.203
	p	.524	.468

DISCUSIÓN

Tal como se esperaba, la evitación es el tipo de afrontamiento más relacionado con el incremento del estrés en ambos géneros, y la reevaluación positiva con su disminución. Las mujeres tienden a usar más que los hombres el afrontamiento focalizado en la solución del problema y la reevaluación positiva; por el contrario, los hombres usan más la evitación que las mujeres.

Se esperaba un afrontamiento más activo en el hombre con base en hallazgos generales, pero en el contexto del cuidado del hijo, donde la mujer ocupa un rol más activo, la relación parece que se invierte. Además, debe señalarse que Sandín y Chorot (2003), en una muestra española de estudiantes universitarios, también hallaron una media significativamente más alta en el afrontamiento focalizado en la solución del problema en las muje-

res. El apoyo social no muestra un beneficio claro en la mejora del nivel de estrés en ambos géneros.

Debido al pequeño tamaño de la muestra, las pruebas de contraste se vuelven muy conservadoras, es decir, tienden a mantener la hipótesis nula incrementando el error tipo 2, cuando en realidad es falsa.

Aunque el nivel de estrés percibido es equivalente estadísticamente entre ambos cónyuges, la tendencia a un mayor nivel de estrés en el hombre es clara. Por el tipo de afrontamiento predominante ante la enfermedad del hijo se puede explicar el hecho de que los hombres (evitación) muestren más estrés que las mujeres. No obstante, también podrían intervenir otros estresores no considerados, como la carga económica de la enfermedad, ya que el hombre, de acuerdo su rol social tradicional de sostén económico de la familia, debe hacerse responsable de ella.

El nivel de estrés es alto en la muestra, pudiendo la mitad requerir apoyo psicológico, incluso más los hombres que las mujeres, siendo constante este nivel en el primer mes y medio a partir del diagnóstico. Así, se sugiere intervenir en cualquier momento durante este lapso.

Por la alta prevalencia de la ansiedad, se recomienda evaluar el estrés y diseñar intervenciones de apoyo para los padres en los centros de atención oncológica pediátrica, donde es clave la asistencia de los padres varones, y asimismo incrementar la participación de éstos en el cuidado del niño para reducir el estrés.

Sería importante incrementar la cohesión y comunicación entre los cónyuges, pues las correlaciones no significativas en cuanto al estado emocional y el afrontamiento podrían estar indicando un distanciamiento entre ambos.

Se sugiere en estudios futuros considerar:

a) el factor de la carga económica del tratamiento

como estresor; b) el papel de la corta edad de los niños (menores de dos años) en la relación con el estrés, debido a que se observó una correlación directa entre el estrés de las madres y la edad de los hijos; c) el efecto del género del evaluador en el reporte de estrés en los padres varones, pues se encontró equivalencia de medias en el PSS entre padres y madres, cuando las madres promedian más alto en estudios como el de Méndez (2005) y Soler (1996); a diferencia de otros estudios, no sólo el evaluador fue un varón, sino que se incluyeron parejas casadas y parejas sin lazos maritales; d) los niveles de ajuste marital, pues a falta de relación entre los niveles de estrés y la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento entre las parejas de casados podría indicar falta de comunicación o mal ajuste marital; e) la modificación de la escala de focalización negativa en sí mismo, en cuanto que mostró muy baja consistencia interna, centrándola más en los sentimientos de culpa, y f) la modificación de la escala de búsqueda de apoyo social, haciéndola más específica a la situación, toda vez que su contenido resultó ser muy general, las medias eran equivalentes a la de los estudiantes, y fue totalmente independiente del estrés.

Como limitaciones de esta investigación, debe señalarse el tamaño reducido de la muestra, lo que da al presente trabajo un carácter de estudio restringido, pese a lo interesante de sus resultados. El muestreo no fue probabilístico sino que incluyó a sujetos voluntarios, lo que pudo introducir algunos sesgos. El punto de corte de la PSS no está validado en la población objeto de estudio, ni en México ni en otros países. Sería importante tener datos al respecto. Asimismo, la interpretación de los factores del CAE fue argumentativa por falta de normas poblacionales.

REFERENCIAS

- Carrobes, J.A. (1996). Estrés y trastornos asociados. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobes (Eds.): *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (vol. 2: Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación). Madrid: Siglo XXI.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- 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.

- González, M.T. y Landero, R. (2007a). Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- González, M.T. y Landero, R. (2007b). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Méndez V., J. (2005). Intervención emocional y conductual para el niño con cáncer y su familia. *Gamo*, 4(3), 60-64.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *58ª Asamblea Mundial de la Salud: Prevención y Control del Cáncer. Informe de la Secretaría*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Bellock, B. Sandín y F. Ramos (Eds.): *Manual de psicopatología* (vol. 2) (pp. 3-52). Madrid: Mc-Graw-Hill.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
- Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. Disponible en línea: http://www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf (Consultado el 22 de mayo de 2008).
- Soler L., M.V. (1996). *Afrontamiento y adaptación emocional en padres de niños con cáncer*. Disertación doctoral. Alicante (España): Universidad de Alicante.