



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 18 No. 4

Diciembre de 2015

ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE LOS PACIENTES DEL CRIT YUCATÁN

Josué Elí Canché May¹, Elías Alfonso Góngora Coronado², Yuritzi Leos Ostoa³,
Heidy Arrieta Díaz⁴

Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Yucatán
México.

RESUMEN

El presente estudio es de carácter descriptivo y tuvo como principal objetivo conocer cuáles son los estilos de enfrentamiento de los cuidadores primarios de niños con discapacidad neuromusculoesquelética, que se encuentran en rehabilitación. Los participantes fueron 162 hombres y mujeres yucatecos, cuyo paciente se rehabilita en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Yucatán, los cuales fueron seleccionados de forma no probabilística e intencional. Se administró una Escala de enfrentamiento de carácter multisituacional y multidimensional para tal objetivo. Los resultados indican que los cuidadores primarios generalmente son madres, casadas, con edad de 30 años en promedio, de nivel educativo básico, amas de casa cuyos hijos tienen una discapacidad adquirida, y que enfrentan los problemas de la vida de forma predominantemente directa y revalorativa; con menos predominancia de los estilos evasivos. Se concluye que los cuidadores primarios de este estudio enfrentan los problemas de la vida con el estilo que es considerado el más conveniente.

PALABRAS CLAVE: cuidador primario, estilos de enfrentamiento, discapacidad neuromusculoesquelética, familia.

1: Maestro en Psicología Aplicada; Psicólogo Familiar C2 en CRIT Yucatán; canche@teleton-yuc.org.mx; josue_eli7@hotmail.com

2: Doctor en Psicología; Profesor de Carrera Titular C en Facultad de Psicología UADY; gcorona@uady.mx

3: Médico Especialista en Rehabilitación Pediátrica; Subdirector Médico de Clínica C en CRIT Yucatán; leos@teleton-yuc.org.mx

4: Médico Especialista en Genética; Jefe de Enseñanza e Investigación en CRIT Yucatán; arrieta@teleton-yuc.org.mx

COPING STYLES OF PRIMARY CAREGIVER OF PATIENTS OF YUCATAN CRIT

ABSTRACT

This study is descriptive in nature and its main objective to know what coping styles of primary caregivers of children with neuromuscular disabilities who are in rehabilitation. Participants were 162 men and women Yucatan, whose patient is rehabilitated at the CRIT Yucatán, which were selected from non-probabilistic and intentional manner. Scale Coping one's life multisituational and multidimensional administered for this purpose. The results indicate that primary caregivers are usually mothers, married, aged 30 years on average, basic education, housewives whose children have acquired disability, and facing life's problems directly and predominantly revalorative form; less predominance of evasive styles. It is concluded that primary caregivers in this study faced the problems of life with style that is considered the most convenient.

KEYWORDS: primary caregiver, coping styles, neuromuscular disability, family.

INTRODUCCIÓN

La familia es el entorno más inmediato del niño desde el momento que nace, en sus cuidados y atención se basa la posibilidad de supervivencia del sujeto humano, pero no sólo su supervivencia física, sino también su supervivencia emocional con la que más tarde va a construir su vida futura: lenguaje, afectos, hábitos, motivaciones y relaciones (Hernández, 2006).

Tener un hijo es una de las experiencias humanas más gratificantes que cualquiera puede experimentar. Cuando esta experiencia trae un hijo con discapacidad, las emociones de todo padre o madre se intensifican. Representa una serie de emociones y sentimientos mezclados los cuales conllevan a una profunda confusión de sentimientos, emociones y acciones (Soulé, 2009).

Enfrentar la discapacidad de un hijo no es en absoluto una tarea fácil de llevar a cabo, se puede afirmar que los sentimientos que rodean a una familia con un miembro con discapacidad tiene mucho que ver con la forma en la que cada uno enfrenta la pérdida, su propia historia y ciertos condicionamientos sociales que pueden diferir entre las culturas, que las manifestaciones emotivas sean diferentes entre un padre y una madre con el mismo hijo, por ejemplo (Soulé, 2009).

La familia que tiene un hijo con discapacidad enfrenta un desequilibrio total (físico, emocional, espiritual, cognitivo y económico) desde el momento de la sospecha y hasta la confirmación del diagnóstico; enfrentar este desequilibrio para la familia puede ser la oportunidad de crecimiento, madurez y fortalecimiento, así como el riesgo de trastornos o desviaciones en algunos de sus miembros; sin embargo, los conflictos dependen de los recursos que tiene la familia para adecuarse a esta situación. Las familias que tienen un hijo con discapacidad constituyen una población en riesgo; sin embargo, los conflictos no siempre surgen a nivel familiar como consecuencia directa de la discapacidad (Nuñez, 2003; en Santos y Flores, 2009), lo cual es necesario distinguir.

Las familias se enfrentan al ámbito de la discapacidad sin un mapa psicosocial. En el abordaje clínico del paciente, se tiende a dejar de lado a la familia. Sin embargo, la respuesta adaptativa de la familia al problema de salud es un factor que incide positivamente en el curso de la enfermedad. Es por ello, que la evaluación de necesidades del paciente y del resto de los miembros del núcleo familiar se convierte en una tarea esencial; sobre todo, del miembro que más necesita ayuda, como lo es, el cuidador principal que es quien participa no solo del cuidado sino que tiene la capacidad de detectar síntomas y el estado general del paciente (Pérez, 2006).

Los cuidadores de niños afectados por algún tipo de discapacidad, generalmente son vistos como personas con un desequilibrio emocional. Sin embargo, no se debe generalizar, ya que es una reacción "normal" ante la situación en la que se encuentran (Martin, s.f. en Santos y Flores, 2009). Además del paciente, es en el cuidador primario en quien generalmente recae el mayor impacto. Dicho impacto (carga) será modulado por el tipo de enfermedad, por el curso y gravedad de la misma, por el apoyo sociofamiliar existente, por los recursos y estrategias de enfrentamiento del cuidador y de las características del paciente. Así mismo será importante tener en cuenta, el tipo de sentimientos y motivos que llevan a ser el cuidador primario y el tipo de organización familiar (Rolland, 2000; Navarro, 2004; y Moralez, 2000; en Pérez, 2006).

Se entiende como Cuidador Primario a aquella persona procedente del sistema de apoyo del paciente, sea un familiar o no que asume la responsabilidad absoluta de paciente en todo lo que respecta a su atención básica. «Es aquella persona que de una manera voluntaria y decidida, toma la opción de convertirse en cuidador de ese otro que se encuentra limitado en sus recursos para enfrentar las demandas del mundo» (Armstrong, 2006 en Martínez *et. al.*, 2008).

Algunas de las características demográficas de los cuidadores descritos en diferentes estudios coinciden en señalar que las madres son las principales cuidadoras del niño afectado, ya que un 89% reporta que ellas siempre o todo el tiempo asumen esa responsabilidad (Ballesteros *et. al.*, 2006 en Martínez *et. al.*, 2008); la edad media de las madres cuidadoras fue es de 40.3 años, y la edad media de los niños es de 10.6 años, en ese estudio (Brehaut *et. al.*, 2004 en Martínez *et. al.*, 2008).

Otras características observadas en los cuidadores de pacientes, aunque con diferentes tipos de enfermedades, sugieren que el 44.25% son amas de casa, sin estudios; el 17.1% con parentesco directo con la persona cuidada. El 75% son casadas o viven en unión libre y las horas promedio a la semana que dedicaban al cuidado constaba de 106.93 horas (Ramírez y Rios, 2004 en Martínez *et. al.*, 2008).

En un estudio reciente elaborado por Martínez *et. al.* (2008), en una muestra mexicana, en un centro de rehabilitación infantil se encontraron los siguientes datos relacionados con el perfil del cuidador primario: una población principalmente de género femenino, madres jóvenes con estudios de nivel medio, esto último puede favorecer su acceso a la información, relacionada con el paciente y sobre su propio cuidado.

Ante un mismo suceso potencialmente estresante la gente presenta reacciones muy diversas. Desde esta premisa, se ha desarrollado la investigación en los últimos 20 años sobre las denominadas estrategias de enfrentamiento (coping, en inglés). Su objetivo es precisamente analizar cómo se enfrenta la gente ante elementos estresantes determinados: enfermedades crónicas, estresores cotidianos como un fuerte ritmo de trabajo o sucesos vitales estresantes como la

pérdida del puesto de trabajo o un diagnóstico de infertilidad, etc. (Stanton y Dunkel-Schetter, 1991 en Vázquez, Crespo y Ring, s.f.).

De modo general, el enfrentamiento se refiere a la serie de «pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles» (Stone y cols., 1988, en Vázquez, Crespo y Ring, s.f.). Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. En resumen, el afrontamiento quedaría definido como «aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo» (Lazarus y Folkman, 1986). Con esta amplia definición se puede pensar que las reacciones emocionales como la ira, o la depresión, también forman parte del proceso general de afrontamiento que efectúa un organismo ante una situación demandante.

Normalmente se distinguen dos tipos generales de estrategias (Lazarus y Folkman, 1986):

- Estrategias de resolución de problemas: son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
- Estrategias de regulación emocional: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Por su complejidad, multidimensionalidad y la importancia de la cultura, resulta difícil decir de manera general *cuáles son los estilos o estrategias* de enfrentamiento más efectivos y no ha sido un tema fácil el análisis acerca de su *consistencia o variabilidad*.

Respecto a esto, Góngora Coronado y Reyes Lagunes (1999), analizan la literatura sobre si los estilos de enfrentamiento suponen rasgos o características consistentes o se trata de un proceso contextual continuamente cambiante.

Este ha sido uno de los puntos de mayor polémica en el estudio del enfrentamiento (Latack y Havlovick, 1992 en Góngora Coronado y Reyes Lagunes 1999), con posiciones que llevan implícita una naturaleza aparentemente incompatible acerca

del enfrentamiento: o es un estilo en el que influye más la personalidad o es un proceso en el que influye la situación específica.

Debido a lo anterior, Góngora Coronado y Reyes Lagunes 1999 proponen una definición de enfrentamiento, que es una versión modificada de la original de Lazarus y Folkman (1986). En esta definición propuesta, el enfrentamiento supone: Los esfuerzos cognoscitivos, emocionales y conductuales que desarrolla el individuo para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas por él como excedentes o desbordantes de sus recursos.

De esta manera quedan incluidas las dos dimensiones: variabilidad y consistencia y no sólo el cambio constante como lo habían propuesto estos autores; además toma en consideración tanto las demandas específicas como las generales, y se hace explícito el aspecto emocional que el mismo Lazarus ha aceptado abiertamente.

El enfrentamiento a los problemas familiares en la mayoría de las familias se da bajo la forma de un enfrentamiento conjunto de personas. Otra forma de enfrentamiento es la evasión, la cual se presenta como un recurso diferencial. Las redes de apoyo social son utilizadas por las familias en una menor proporción de los casos, principalmente para enfrentar los estresores intersistemicos (Pessah, 1999).

Los estudios de Góngora Coronado y Reyes Lagunes (1999), relacionados con el enfrentamiento en personas yucatecas reporta que los puntajes más altos son los directos y los revalorativos y los que resultan menores son los evasivos y emocionales, estos sujetos están expresando que cuando tienen problemas, una forma importante de enfrentarlos es buscar la solución, tratando de ver lo positivo, aprender de ellos y no evadirlos en primera instancia. Por tanto, parecería que los yucatecos de este estudio al preferir las formas más directas y positivas de enfrentar los problemas de la vida, se estarían alejando de los patrones más tradicionales de una cultura colectivista.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes.

El tamaño de la muestra se determinó a través de una fórmula estadística con un nivel de confianza de 95 % y un margen de error de 5 %. El tamaño real de la muestra es n=162. La selección de la muestra que se llevó a cabo fue intencional y por cuotas, los participantes fueron hombres y mujeres, yucatecos, mayores de edad, cuyos pacientes se encuentren en la lista de pacientes activos del grupo C del CRIT Yucatán, que poseen lectoescritura, que sean familiares o no del paciente con discapacidad, que conviva con el paciente la mayor parte del día y le ayude en los cuidados diarios.

Instrumento.

La prueba de Enfrentamiento a los problemas se caracteriza por ser multidimensional y multisituacional. Mide una dimensión duradera y estable de la vida que es el enfrentamiento como *Rasgo*, que tendría más relación con el enfrentamiento como estilo y una segunda dimensión, más cambiante y temporal que es la del enfrentamiento como *Estado* que se relacionaría más con la situación y con las estrategias o respuestas de enfrentamiento.

El instrumento tiene un formato de escala tipo Likert pictórica con siete opciones de respuesta con cuadros de diferente tamaño de acuerdo con los criterios señalados por Reyes Lagunes (1993, en Góngora Coronado y Reye Lagunes, 1999), con un total de 108 reactivos, considerando los 18 de cada una de las situaciones problema, el formato de la escala es de lápiz y papel.

El significado de los nombres que se le ha dado a cada uno de los factores de Salud con sus reactivos correspondientes es el siguiente:

- DIRECTO-REVALORATIVO: Cuando la persona hace algo para resolver el problema tratando de aprender o ver lo positivo de la situación.
- EMOCIONAL-NEGATIVO: Cuando la persona expresa un sentimiento o una emoción que no lleva directamente a la solución del problema.

- **EMOCIONAL-EVASIVO:** Cuando la persona expresa un sentimiento o una emoción que no resuelve directamente el problema, y tiende a evitar o escapar del mismo.
- **DIRECTO:** Cuando la persona hace algo para resolver el problema.
- **REVALORATIVO:** Cuando la persona le da un sentido positivo al problema, trata de aprender de la situación o de alguna manera mejorar su percepción.
- **SOCIAL –EMOCIONAL NEGATIVO:** Cuando la persona expresa algún sentimiento o emoción que no le lleva directamente a la solución del problema pero pide ayuda a otros.
- **APOYO SOCIAL:** Cuando la persona toma en cuenta a los demás para solucionar el problema, ya sea para analizarlos o aclararlos.

También se incluyó una sección en la que se les solicita a los participantes información adicional, para los fines del estudio.

Procedimiento.

Se seleccionó a los participantes candidatos de acuerdo a los criterios de inclusión previa autorización del comité de investigación del CRIT, se administró el instrumento en las sesiones grupales y en las consultas individuales de cada familia, se les informó brevemente los objetivos y se les invitó a participar en la investigación, a los candidatos que aceptaron participar se les administró la escala de estilos de enfrentamiento previo aviso de confidencialidad de los datos proporcionados; posteriormente se capturaron y analizaron los datos, finalmente se elaboró el informe de los resultados obtenidos.

Análisis estadísticos.

Los datos de la investigación se analizaron a través del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 22. Se emplearon estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central (medias) y de dispersión o distribución (desviaciones típicas o estándar).

RESULTADOS

Para cubrir el objetivo del estudio se realizaron análisis descriptivos con medidas de tendencia central y dispersión encontrando los siguientes resultados. Respecto al parentesco del cuidador primario con el paciente, se observa que el 97.5 % se trata de alguno de los padres y sólo el 2.5 % de los abuelos. De los cuales, el 95.7 son mujeres y el 4.3 son hombres (Figura 1 y 2).

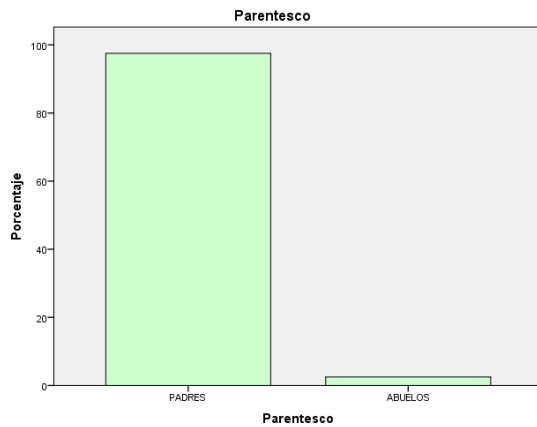


Figura 1. Parentesco del cuidador

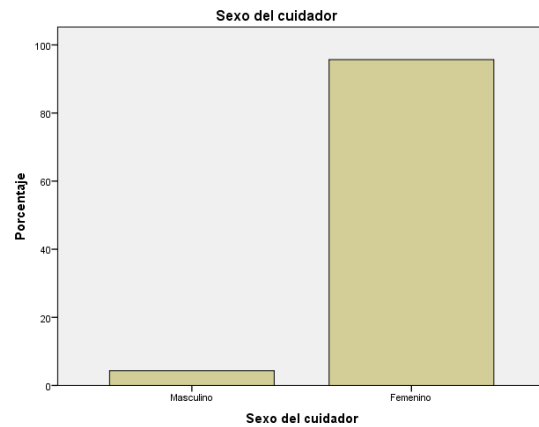


Figura 2. Sexo del cuidador

Con respecto a la media de edad del cuidador se obtiene 30.39 y referente al estado civil, el 9.9 % es soltero, el 64.8% es casado, el 18.5% vive en unión libre y el 6.8% está separado/divorciado (Figura 3).

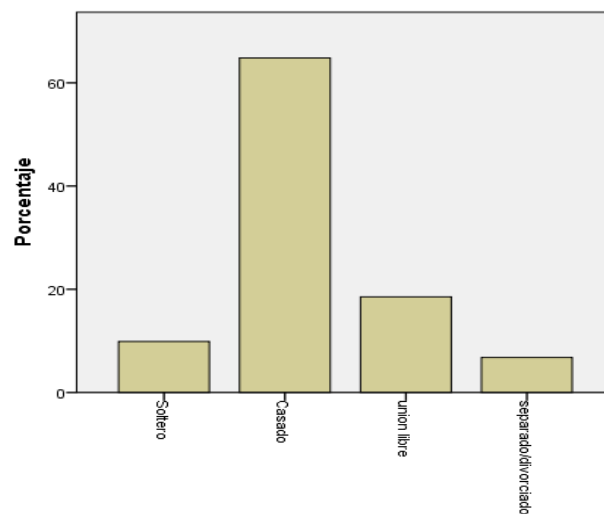


Figura 3. Estado civil del cuidador

Se encuentra que la ocupación más común del cuidador primario es Ama de casa con un 72.2%. En relación a la escolaridad se encuentra con mayor porcentaje “secundaria completa” con 31.5%, seguida de medio superior completo (carrera técnica, normalista y preparatoria) con 29% y licenciatura completa con 17.9%. En cuanto al origen de la discapacidad del paciente se observa que el 46.9% se debe a una condición adquirida, el 27.8% a una condición congénita y el 25.3% se debe a un origen genético como se muestra en la Tabla 1.

Origen de la discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Genético	41	25.3
Congénito	45	27.8
Adquirido	76	46.9
Total	162	100

Tabla 1. Origen de la discapacidad

Respecto al tiempo que llevan en rehabilitación en el CRIT, se encuentra que el 40.1% lleva de 1 a 12 meses, seguido del 39.5% que lleva de 13 a 24 meses, el 10.5% de 25 a 36 meses, el 9.3% de 37 a 48 meses y sólo el .6% lleva de 49 a 60 meses (Tabla 2).

Tiempo de rehabilitación en el CRIT	Frecuencia	Porcentaje válido
1 a 12 meses	65	40.1
13 a 24 meses	64	39.5
25 a 36 meses	17	10.5
37 a 48 meses	15	9.3
49 a 60 meses	1	.6
Total	162	100.0

Tabla 2. Tiempo en rehabilitación

Para poder cubrir los objetivos del estudio se calificó y analizó la escala de enfrentamiento antes descrita. Se emplearon medidas de tendencia central y se hallaron los niveles de confiabilidad total y por factores.

La consistencia interna fue calculada mediante el alfa de Cronbach se observan puntuaciones moderadas en las subescalas y altas en la confiabilidad total de la escala (ver tabla 3).

Confiabilidad	Factor
0.81	Salud
0.77	Pareja
0.73	Familia
0.74	Amistad
0.71	Escuela/Trabajo
0.82	Vida
0.94	Escala total

Tabla 3. Confiabilidad de la escala total.

En la situación general VIDA (Tabla 4) los sujetos reportan como estilo (rasgo) predominante de enfrentamiento, el estilo Directo-Revalorativo (5.89) que se presenta en primer lugar en la estructura, en segundo plano aparece el estilo Emocional-Negativo (5.04), en tercer lugar aparece Apoyo social (4.33) por último, ligeramente por debajo de la media teórica ($\bar{x}=4$) emplean el estilo Evasivo (3.95).

Estadístico	Directo - Revalorativo	Emocional - Negativo	Evasivo	Apoyo social
Media	5.8924	5.0417	3.9552	4.3395
Mediana	6.1429	5.25	4	4.3333
Moda	7	6.25	4	3.33
Desv. típica	0.97413	1.50291	1.29557	1.75696
Alfa de Cronbach	0.85	0.85	0.59	0.79

Tabla 4. Escala general de Enfrentamiento a la VIDA

En la subescala SALUD (Tabla 5) se puede apreciar que el estilo Revalorativo es el que tiene la media ligeramente más alta (4.83) por encima de la media teórica, seguida del estilo Directo (4.78) y finalmente el estilo Emocional-Evasivo (4.14).

Estadístico	Emocional- Evasivo	Directo	Revalorativo
Media	4.1443	4.7829	4.8333
Mediana	4.0625	5	4.75
Moda	3.5	5,67	4.75
Desv. típica	1.05134	1.20057	1.40347
Alfa de Cronbach	0.7	0.74	0.73

Tabla 5. Subescala de Enfrentamiento a problemas de SALUD

En los resultados de la subescala PAREJA (Tabla 6) se halla que los participantes emplean el estilo Directo-Revalorativo como predominante (5.83) junto con estilo Emocional-Negativo (4.48) y con menor uso del estilo Evasivo (3.38).

Estadístico	Directo- Revalorativo	Evasivo	Emocional - Negativo
Media	5.838	3.3852	4.483
Mediana	6.25	3.4	4.75
Moda	6,38	3,40	5.25
Desv. típica	1.11341	1.16311	1.56835
Alfa de Cronbach	0.89	0.48	0.79

Tabla 6. Subescala de Enfrentamiento a problemas de PAREJA

Frente a los problemas de la FAMILIA (Tabla 7) los participantes emplean nuevamente el estilo Directo-Revalorativo (5.57) con predominancia, luego el estilo Emocional-Negativo (4.94) y con un marcado menor uso el estilo Evasivo (2.51).

Estadístico	Directo - Revalorativo	Emocional - Negativo	Evasivo
Media	5.5734	4.946	2.5139
Mediana	5.7778	5	2.5
Moda	5.89	7	2.5
Desv. típ.	1.05481	1.521	1.10274
Alfa de Cronbach	0.81	0.75	0.46

Tabla 7. Subescala de Enfrentamiento a problemas con la FAMILIA

Como se puede observar en la situación de AMISTAD (Tabla 8) la media más alta fue del estilo de enfrentamiento Directo (5.95) seguida del estilo Revalorativo (5.57) y el Social-Emocional- Negativo (4.39); la media más baja es del estilo Evasivo (3.16).

Estadístico	Directo	Evasivo	Revalorativo	Social- Emocional- Negativo
Media	5.9537	3.1636	5.5787	4.3904
Mediana	6.25	3.25	5.75	4.25
Moda	7	3,00	6	4.5
Desv. Típica	1.13191	1.09144	1.05937	1.02034
Alfa de Cronbach	0.81	0.44	0.64	0.51

Tabla 8. Subescala de Enfrentamiento a problemas con los AMIGOS

Finalmente se encuentra que, los participantes que además de ser cuidadores primario trabajan actualmente, o alguna vez trabajaron ó se encuentran estudiando, frente a los problemas en el TRABAJO/ESCUELA (Tabla 9) usan predominantemente el estilo Directo-Revalorativo (5.60) y el Apoyo Social (5.42). Con menos preferencia pero siempre por encima de la media teórica, emplean el estilo Evasivo (4.50) y el Emocional-Negativo (4.44).

Estadístico	Directo Revalorativo	- Emocional - Negativo	Evasivo	Apoyo Social
Media	5.6039	4.446	4.5046	5.4275
Mediana	5.8333	4.5	4.75	5.75
Moda	6.67	5.5	5.5	6.25
Desv. típica	1.02673	1.41276	1.33499	1.70282
Alfa de Cronbach	0.81	0.74	0.67	0.36

Tabla 9. Subescala de Enfrentamiento a problemas en la ESCUELA/TRABAJO

DISCUSIÓN

Con base en los resultados se puede apreciar que este estudio confirma los estudios realizados por Ballesteros *et. al.* (2006 en Martínez, *et. al.* 2008), sobre las características demográficas cuando afirman que entre los cuidadores primarios se encuentra que son principalmente las madres quienes asumen este rol, encontrando en su estudio que el 89 % de las madres lo era. Los resultados de este estudio arrojan que el 97.5% es alguno de los padres quien es el cuidador primario, de los cuales el 95.7 son las madres. Respecto a la edad Brehaut *et. al.* (2004, en Martínez, *et. al.* 2008), obtuvieron una media de edad de las cuidadoras

que fue de 40.3 años, mientras que en nuestro estudio la media de edad fue de 30.39 años. Esto posiblemente se debe a que las madres de los niños de aquel estudio eran niños de 10 años en promedio, mientras que en este estudio las edades de los niños fueron de 0 a 5 años.

En los estudios de Ramirez y Rios (2004, en Martínez, *et. al.* 2008), sugieren que los cuidadores primarios son amas de casa en un 44.25 %, sin estudios y con parentesco directo con el paciente cuidado en un 17.1 %. Con la misma tendencia pero en un porcentaje mayor, este estudio arrojó que el 72.2% de las cuidadoras primarias son amas de casa, la mayoría son casadas (64.8%) y con un nivel educativo básico (31.5%).

En cuanto al origen de la discapacidad del paciente se observó que casi la mitad de la muestra en estudio (46.9%) se debe a un origen adquirido, y con casi la misma proporción a un origen congénito (27.8%) y genético (25.3%). Lo cual puede sugerir que existe todavía un trabajo muy prometedor en el enfoque preventivo de la discapacidad.

En términos generales la muestra estudiada lleva en rehabilitación dentro del CRIT, entre 1 y 24 meses (79.6%).

Respecto a los estilos enfrentamiento como RASGO se puede observar que los participantes enfrentan predominantemente de forma directa y revalorativamente, o sea, hacen algo para resolver el problema tratando de aprender y ver lo positivo que tiene la situación enfrentada. Sin embargo, también enfrentan de forma emocionalmente negativa, es decir, expresan sentimientos y emociones que no llevan directamente a la solución del problema. Estos dos estilos de enfrentamiento que obtuvieron mayor puntaje hablan de que los padres posiblemente cuentan con la capacidad de enfrentarse a las situaciones estresantes de la vida expresando sus emociones aún sin obtener la solución del problema y en otro momento realizan acciones concretas para solucionarlo, y dentro de todo buscan resignificar positivamente lo ocurrido.

Ahora bien, respecto al enfrentamiento como ESTADO (carácter situacional) se puede notar que los cuidadores primarios participantes en este estudio, enfrentan los problemas de la salud revalorando la situación, predominantemente le dan un

sentido positivo a la situación problema, aprenden de la situación y de alguna forma mejoran su percepción de la misma. Asimismo, enfrentan directamente en segundo término, lo cual significa que también hacen algo concretamente para resolver los problemas de su salud.

Frente a los problemas de pareja y problemas familiares los participantes prefieren enfrentar directa y revalorativamente a la vez, este estilo supone que el cuidador hace algo para resolver el problema a la vez que busca aprender y ver lo positivo de la situación.

Ante los problemas con sus amistades los participantes prefieren enfrentarlos de forma directamente, y al igual que en los problemas de salud enfrentan secundariamente revalorando la situación.

Los participantes del estudio nuevamente enfrentan de forma directa y revalorando la situación cuando se encuentran ante problemas de trabajo/escuela. Es importante mencionar que los resultados de esta subescala están basados generalmente en experiencias pasadas de los participantes, ya que si se observa la gran mayoría es ama de casa actualmente, pero reportan sus respuestas basadas en su último trabajo ó en su último curso en el ambiente escolar.

Finalmente se puede concluir que los cuidadores primarios participantes de este estudio, generalmente son madres, casadas, jóvenes con edad de 30 años en promedio, con un nivel educativo básico, que son amas de casa, cuyos hijos tienen una discapacidad adquirida, y que enfrentan los problemas de la vida de forma predominantemente directa y revalorativa; con menos predominancia de los estilos evasivos.

Es interesante notar cómo este estudio con padres, de niños con discapacidad neuromusculo-esquelética, yucatecos resulta nuevamente ubicando el estilo de enfrentamiento Directo-Revalorativo como el predominante, con resultados muy semejantes a los de Góngora Coronado y Reyes Lagunes en 1999.

Díaz Guerrero (1965/1970; en Góngora Coronado, 2011), le otorga a este estilo de enfrentar la característica de ser el más conveniente de enfrentar los problemas en la vida, cuando distingue la confrontación de la defensa y destaca

los aspectos positivos y constructivos de la confrontación. En este tipo de enfrentamiento se combinan el buscar la solución pero pensando, analizando y sopesando las posibles opciones. El aspecto Revalorativo de este estilo de enfrentamiento se parece también a la propuesta de Víctor Frankl (1946/1996), respecto a la búsqueda de significado. Lo cual hace suponer que los padres de niños con discapacidad de este estudio se encuentran enfrentando los problemas de la vida de forma positiva.

Por otro lado, Góngora Coronado (2011), hace referencia a que en distintos estudios las puntuaciones más altas se obtuvieron en los estilos Directos-Revalorativos, lo cual ocurrió nuevamente en este estudio con padres yucatecos; esto parece indicar que la tendencia es a destacar los aspectos más positivos de la personalidad. Esta tendencia la interpreta como un apego quizá a la normatividad social, o como una posible limitación de los instrumentos de medición empleados, por el riesgo de la deseabilidad social de algunas pruebas. Finalmente es importante mencionar que varios estudiosos de la cultura yucateca han remarcado las características distintivas de la misma y una de ellas es precisamente la percepción positiva del sí mismo (Amaro Gamboa, 1984; Díaz Bolio, 1998; Espejo Méndez, 1997; Suárez Molina, 1979 en Góngora, 2011).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Góngora Coronado, E. y Reyes Lagunes, I. . (1999). *La Estructura de los Estilos de Enfrentamiento: Rasgo y Estado en un Ecosistema Tradicional Mexicano*. *Revista Sonorense de Psicología*. 13, (2) pag. 3-14. UADY-UNAM.
- Góngora Coronado, E. (2011). El enfrentamiento a los problemas de la vida. Una visión integral. En, J.M. de la Rubia, J. L. Váldez Medina y N. I. González-Arratia López Fuentes (Eds.). *Psicología y Salud* (pp. 193-213). México: CUMEX.
- Hernández, E. (2006). *La depresión infantil*. Recuperado en febrero de 2013, de <http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm>
- Lazarus R.S. y Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Martínez, G.L., Robles, R.T., Ramos, R.B., Santiesteban, M.F., García, V.M., Morales, E.M. y García, L.L. (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* (20). Recuperado en Julio de 2013 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2008/mf081d.pdf>
- Pérez, P.A. (2006). *El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental*. Departamento de psiquiatría, psicología médica, Medicina legal e historia de la ciencia. Universidad de Salamanca. Recuperado en Julio de 2013 de <http://www.laalamedilla.org/Investigacion/CD%20Tesis/Tesis%20Anibal/tesina%20cuidadores06.pdf>
- Pessah S.E. (1999). *Desarrollo familiar, estrés familiar y su enfrentamiento como factores que influyen en el uso de servicios de rehabilitación en familias de niños con parálisis cerebral del Instituto Nacional de Rehabilitación*, Perú 1999. Recuperado en marzo de 2013 de <http://ris.bvsalud.org/finals/PER-1520.pdf>
- Santos, G. B. y Flores, G. C. (2009). *Enfrentamiento del familiar al cuidado de un niño con discapacidad*. Recuperado el 21 de mayo de 2013 de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30067/1/BrendaKSantosGaryCeliaAFloresGar.pdf>.
- Soulé, G. (2009). *Papás especiales para niños especiales*. DIANA: México.

Vazquez, V. M., Crespo, L. M. y Ring, J. M. (s.f.). *Estrategias de afrontamiento*. Recuperado en noviembre de 2013 de:
<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES/pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf>