



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

Gala Filippis.

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

Gómez Martina Luz.

TÍTULO DEL TRABAJO:

“Estrategias de afrontamiento y su relación con los niveles de sobrecarga subjetiva en cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico de la República Argentina”

SEDE:

Buenos Aires.

DIRECTOR/A DE TIF:

Maria del Rosario Quián.

FECHA DE PRESENTACIÓN:

17 de Julio de 2026.

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364

RESUMEN

La presente investigación analizó la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga subjetiva en cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico en la República Argentina. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional, no experimental y transversal, con una muestra de 42 cuidadores seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario sociodemográfico, la Escala de Zarit abreviada para cuidados paliativos y el Brief COPE. Los resultados mostraron que el 54,76 % de la muestra presentó sobrecarga intensa. Las estrategias con mayores puntuaciones fueron la aceptación, el afrontamiento activo y la planificación. Además, se encontraron relaciones positivas y significativas entre la sobrecarga y desahogo, afrontamiento activo, autoinculpación, planificación y auto distracción. No se identificaron estrategias asociadas con menores niveles de sobrecarga. Estos hallazgos destacan la importancia de reconocer las necesidades de quienes cuidan y de continuar profundizando el estudio de su experiencia en el contexto oncológico argentino actual.

PALABRAS CLAVE: *Sobrecarga del cuidador; Estrategias de afrontamiento; Cuidadores familiares; Psicooncología.*

ABSTRACT

This research analyzed the relationship between coping strategies and subjective burden in family caregivers of adult cancer patients residing in Argentina. A quantitative, descriptive-correlational, non-experimental, cross-sectional study was conducted with a sample of 42 caregivers selected using non-probability convenience sampling. Data collection involved a sociodemographic questionnaire, the Zarit Burden Interview (ZBI) for palliative care, and the Brief COPE questionnaire. The results showed that 54.76% of the sample experienced an intense burden. The strategies with the highest scores were acceptance, active coping, and planning. Furthermore, positive and significant relationships were found between burden and venting, active coping, self-blame, planning, and self-distraction. No strategies associated with lower levels of burden were identified. These findings highlight the importance of recognizing the needs of caregivers and continuing to explore their experiences within the current Argentine cancer context.

KEYWORDS: *Caregiver burden; Coping strategies; Family caregivers; Psycho-oncology.*

ÍNDICE

RESUMEN	0
ABSTRACT.....	0
ÍNDICE.....	1
Capítulo 1: INTRODUCCIÓN	3
1.1. OBJETIVOS	4
1.1.1. Objetivo general	4
1.1.2. Objetivos específicos	4
1.2. HIPÓTESIS	4
Capítulo 2: ANTECEDENTES.....	5
2.1. ESTADO DEL ARTE	5
2.1.1. El cuidador familiar como sujeto de investigación	5
2.1.2. Particularidades del cuidado en oncología	8
2.1.3. Conocimiento actual sobre sobrecarga y afrontamiento.....	10
2.1.4. Vacancias del conocimiento y justificación de la presente investigación.	15
2.2. MARCO TEÓRICO	16
2.2.1. La enfermedad oncológica	17
2.2.2. Cuidadores	19
2.2.3. Modelo cognitivo-transaccional del estrés	20
2.2.4. Estrategias de afrontamiento	22
2.2.5. Sobrecarga subjetiva del cuidador.....	24
Capítulo 3: METODOLOGÍA.....	27
3.1. Tipo de investigación	27
3.2. Diseño de investigación	27
3.3. Participantes	27
3.4. Instrumentos	28
3.5. Procedimiento.....	30
3.6. Análisis de datos	30
3.7. Consideraciones éticas	31
3.8. Bibliografía utilizada	31
Capítulo 4: RESULTADOS.....	32
4.1. Estadística descriptiva del perfil sociodemográfico.....	32
4.2. Estadística descriptiva de las dos variables principales.	39
4.3. Prueba de normalidad.....	41



4.4. Prueba de hipótesis.	43
Capítulo 5: DISCUSIÓN.....	47
Capítulo 6: LIMITACIÓN Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	51
Capítulo 7: CONCLUSIONES	54
Capítulo 8: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS	59

Capítulo 1: INTRODUCCIÓN

La presente investigación analiza la relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de sobrecarga subjetiva en cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico en la República Argentina. El interés por esta temática surge a partir de la relevancia que adquiere el rol del cuidador familiar dentro del proceso de enfermedad, ya que, cuando una persona recibe un diagnóstico oncológico, suele ocurrir que un integrante de la familia asuma responsabilidades vinculadas con el acompañamiento y el cuidado cotidiano del paciente. En este contexto, los cuidadores familiares participan activamente en tareas como administrar los medicamentos, coordinar las visitas de atención médica, mantener informados a familiares y amigos, ayudar al paciente en las actividades de la vida diaria y participar en la coordinación de consultas y tratamientos médicos (Chong et al., 2023).

Según datos del Instituto Nacional del Cáncer (2023), durante el año 2020 se registraron 130.878 casos nuevos de cáncer en ambos sexos, lo que ubica a la Argentina entre los países con una incidencia media-alta de esta enfermedad. Frente a esta realidad, resulta importante continuar profundizando el conocimiento sobre las experiencias y demandas asociadas al ejercicio del rol de cuidado. La manera en que cada persona afronta estas exigencias puede variar y relacionarse con distintos niveles de sobrecarga subjetiva. Por esta razón, resulta relevante analizar la relación entre ambas variables.

La importancia de esta investigación establece la necesidad de ampliar el conocimiento disponible sobre esta población. Si bien la producción científica regional reciente en psicooncología ha realizado aportes significativos en poblaciones oncopediátricas, como ocurre en el estudio de Villegas y Cassaretto (2024), existe una menor cantidad de investigaciones centradas en cuidadores de pacientes adultos, en especial en el contexto argentino. En este sentido, la presente investigación busca analizar cómo las distintas estrategias de afrontamiento se asocian con mayores o menores niveles de sobrecarga subjetiva. Ante esto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de sobrecarga subjetiva en cuidadores familiares de pacientes adultos oncológicos en la República Argentina?

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo general

Analizar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de sobrecarga subjetiva en cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico residentes en la República Argentina.

1.1.2. Objetivos específicos

- 1.** Caracterizar el perfil sociodemográfico y las condiciones de cuidado de la muestra de cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico residentes en la República Argentina.
- 2.** Determinar el grado de sobrecarga del cuidador percibida e identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento predominantes en la población evaluada.
- 3.** Analizar la correlación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de sobrecarga subjetiva, identificando aquellas estrategias asociadas con mayores o menores niveles de carga percibida.

1.2. HIPÓTESIS

Se espera que las diferentes estrategias de afrontamiento se relacionen con distintos niveles de sobrecarga subjetiva en los cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico, de manera que algunas estrategias se asocien con mayores niveles de sobrecarga y otras con menores niveles.

Capítulo 2: ANTECEDENTES

2.1. ESTADO DEL ARTE

En este estado del arte, el recorrido comienza con el reconocimiento del cuidador familiar como sujeto de investigación, considerando tanto sus necesidades como la elevada participación de las mujeres en las tareas de cuidado. Desde ese punto, el análisis se orienta hacia las particularidades que adquiere este rol en el ámbito oncológico y hacia los estudios que relacionan la sobrecarga y las estrategias de afrontamiento con otras variables, como el soporte social y la calidad de vida. Llegando al final de este apartado, se presentan las vacancias poblacionales y geográficas, a partir de las cuales se fundamenta la realización de la presente investigación.

2.1.1. El cuidador familiar como sujeto de investigación.

Dentro de la literatura internacional, se tomó en cuenta el estudio de Usai et al. (2025), en el cual se realizó una revisión sistemática centrada específicamente en las necesidades no satisfechas de los cuidadores familiares e informales de pacientes en cuidados paliativos. Los autores parten de considerar que la atención de personas que reciben cuidados paliativos presenta desafíos tanto para los pacientes como para quienes los cuidan. En este contexto, destacan el papel fundamental que desempeñan los cuidadores familiares en el acompañamiento y la atención del paciente.

El objetivo de la revisión fue describir la literatura disponible sobre las necesidades no cubiertas de estos cuidadores e identificar las herramientas utilizadas para evaluarlas y, de esta manera, poder abordarlas.

Para ello, Usai et al. (2025) realizaron una búsqueda en diferentes bases de datos científicas, que incluyó publicaciones seleccionadas de los últimos 25 años. La revisión se desarrolló siguiendo las directrices PRISMA y tuvo en cuenta investigaciones cuantitativas, cualitativas y mixtas, que reunieron en total a 3173 cuidadores. Los trabajos correspondían a distintos contextos asistenciales, como la atención domiciliaria, las salas hospitalarias y los centros de cuidados paliativos.

Para organizar los resultados, Usai et al. (2025) utilizaron el marco propuesto por Kreyer et al. (2024), que clasifica las necesidades de los cuidadores en dos grandes áreas: los dominios facilitadores y las necesidades de apoyo directo. Los dominios facilitadores comprenden los recursos, conocimientos y competencias que los cuidadores necesitan para brindar atención al paciente. En esta área se incluyen el acceso a información médica, la comprensión de la progresión de la enfermedad, el conocimiento de las opciones de tratamiento, los planes de atención, el manejo de los síntomas, el manejo de la medicación, la comunicación con los profesionales y la orientación dentro del sistema sanitario.

En este caso, de acuerdo con Usai et al. (2025), la falta de información es una de las dificultades más frecuentes. Los cuidadores necesitan recibir explicaciones claras, precisas y oportunas acerca de la enfermedad, su evolución y las tareas que deben realizar. Los autores señalan que cuando esto no ocurre, pueden aumentar la incertidumbre y la preocupación, además de dificultarse la atención cotidiana. También identifican necesidades de apoyo técnico y práctico, particularmente para el manejo de los síntomas, la medicación y las actividades vinculadas con el cuidado.

Por otro lado, el área de las necesidades de apoyo directo se relaciona con la salud y el bienestar del propio cuidador. Aquí los autores incluyen el apoyo emocional, psicológico y los cuidados de relevo. La falta de estos recursos puede generar estrés, ansiedad, depresión, agotamiento emocional, fatiga, trastornos del sueño, falta de tiempo personal y limitaciones en la vida cotidiana. En este sentido, los estudios revisados también señalaron la necesidad de contar con orientación y acompañamiento psicológico.

Uno de los principales resultados de la revisión fue que las necesidades no satisfechas aparecieron en todos los contextos asistenciales investigados. A pesar de las diferencias entre los ámbitos analizados, las más frecuentes estuvieron relacionadas con la información, el apoyo práctico —como la asistencia en tareas básicas— y el bienestar emocional. Usai et al. (2025) también advierten que la literatura sobre cuidadores en cuidados paliativos continúa fragmentada, debido a que gran parte de las investigaciones previas se concentra en enfermedades o entornos específicos, como el cáncer, la enfermedad pulmonar crónica o la atención domiciliaria. Esta delimitación dificulta la integración de los resultados y el

reconocimiento de necesidades que podrían ser comunes a cuidadores de pacientes con distintos diagnósticos. Por esta razón, plantean la importancia de reunir evidencia procedente de diferentes enfermedades, niveles de gravedad y ámbitos asistenciales.

Por otra parte, la revisión señala que existe un número limitado de herramientas validadas y específicamente diseñadas para evaluar las necesidades de los cuidadores de pacientes en cuidados paliativos. Los estudios analizados utilizaron diferentes instrumentos para evaluar las necesidades de apoyo y variables como la ansiedad, la depresión, la calidad de vida, el malestar psicológico y el apoyo social. En este sentido, Usai et al. (2025) sostienen que las herramientas actualmente disponibles presentan diversas deficiencias y destacan la necesidad de realizar pruebas psicométricas más rigurosas para garantizar su eficacia. Finalmente, señalan que atender estas necesidades puede favorecer tanto el bienestar del cuidador como el del paciente y proponen continuar investigando el uso de herramientas digitales y sistemas remotos de apoyo.

También es importante considerar el lugar que ocupan las mujeres en las tareas de cuidado. Para ello, se tomó el estudio de Pacheco Barzallo et al. (2024), que, si bien no se desarrolló específicamente en el ámbito oncológico, resulta relevante para comprender cómo se distribuyen estas responsabilidades según el género. Los autores señalan que, en los países de la Organización para la cooperación y el desarrollo económicos (OCDE), dos de cada tres cuidadores familiares son mujeres. Esta desigualdad es relacionada con la socialización de los roles de género y con la participación histórica de las mujeres en las responsabilidades familiares, la crianza de los hijos y las tareas domésticas. Aunque en las últimas décadas aumentó su participación en el ámbito laboral y se observó una mayor implicación de los hombres en el cuidado, las mujeres continúan asumiendo este rol con mayor frecuencia.

El estudio analizó a 714 cuidadores familiares de personas con lesión medular en Suiza, de los cuales el 72 % eran mujeres. Al comparar a hombres y mujeres en situaciones similares, no se encontraron diferencias significativas en el tiempo total destinado al cuidado. Sin embargo, sí se observaron desigualdades en las tareas domésticas: las mujeres dedicaban, en promedio, 10,4 horas semanales, mientras que los hombres destinaban 6,6 horas. Esto representaba un 60 % más de tiempo por parte de las cuidadoras. A pesar de ello, ambos grupos informaron niveles similares de satisfacción con su salud y calidad de vida.

En la discusión del estudio, Pacheco Barzallo et al. (2024) señalan que la desigualdad en la realización de tareas domésticas se reduce entre las generaciones más jóvenes. Sin embargo, aclaran que este cambio se explica principalmente porque las mujeres jóvenes dedican menos tiempo a dichas actividades y no porque los hombres hayan aumentado de manera considerable su participación.

Como posibles explicaciones, los autores mencionan la persistencia de los roles de género, las desigualdades económicas y las distintas posibilidades de acceder a ayuda externa. En este sentido, consideran que los cuidadores varones podrían encontrarse en una situación más favorable y disponer de mayores recursos para contratar apoyo, mientras que las cuidadoras suelen enfrentar más limitaciones y empleos peor remunerados. Estas ideas son presentadas como posibles interpretaciones de los resultados y no como causas demostradas por el estudio.

Finalmente, los autores sostienen que las desigualdades de género deben ser consideradas al momento de diseñar medidas de apoyo para los cuidadores familiares. A su vez, destacan la necesidad de continuar investigando la influencia de factores sociales, culturales y contextuales, y plantean acciones como una mayor flexibilidad laboral, apoyos económicos por parte del estado y una mejor articulación entre los servicios de salud, los servicios sociales y las organizaciones comunitarias.

2.1.2. Particularidades del cuidado en oncología

El reconocimiento general del cuidador adquiere especial relevancia en el campo oncológico. Chong et al. (2023), en una revisión sistemática sobre cuidadores informales de pacientes con cáncer de páncreas, señalan que muchos familiares comienzan a asumir este rol mientras todavía se encuentran asimilando el diagnóstico del familiar. A esto se suma la rapidez con la que puede evolucionar la enfermedad, lo que demanda una adaptación continua frente a los cambios en las necesidades del paciente.

En este contexto, los autores identificaron tres dimensiones centrales en la experiencia del cuidador: la carga, las necesidades no satisfechas y la calidad de vida. La carga del cuidador fue entendida desde dos dimensiones: objetiva y subjetiva, la carga objetiva comprendió las demandas concretas y observables derivadas de las tareas de cuidado, mientras que la carga

subjetiva hizo referencia al malestar experimentado por el cuidador en áreas como la salud, el bienestar psicológico, la situación económica, la vida social y el vínculo con la persona cuidada. Por otro lado, las necesidades no satisfechas fueron definidas como aquellas que podrían ser atendidas mediante la intervención de profesionales de la salud, incluido el personal paramédico. Y, por último, la calidad de vida se comprendió como la valoración personal del propio bienestar físico, emocional, social y del desempeño de los distintos roles.

La información disponible sobre la sobrecarga surgió de tres estudios cualitativos. Los hallazgos se organizaron a partir de un único subtema: el manejo de los síntomas del paciente como fuente de carga subjetiva. Los cuidadores informales expresaron angustia frente a síntomas digestivos, como la pérdida de apetito y de peso, las náuseas y el estreñimiento, así como ante los efectos secundarios del tratamiento. Cuando estas dificultades persistían a pesar de los esfuerzos realizados para controlarlas, manifestaban sentimientos de tristeza e impotencia. En algunos casos, también reaccionaban con ira o frustración, emociones que posteriormente podían dar lugar a sentimientos de culpa.

Esta culpa apareció vinculada con distintas situaciones del cuidado. Algunos cuidadores se reprochaban no haber logrado controlar adecuadamente los síntomas mientras el paciente se encontraba con vida, mientras que otros se sentían culpables por haberlo presionado para que cumpliera con un régimen alimentario o con el tratamiento indicado. Asimismo, cuando se presentaban efectos secundarios, algunos se consideraban responsables por haber apoyado la decisión de iniciar o continuar el tratamiento. A estas experiencias se sumaba la tensión que podía producirse en el vínculo cuando el paciente no quería o no podía mantener el plan terapéutico.

En fin, junto con la carga subjetiva asociada al manejo de los síntomas, la revisión identificó tres necesidades que no se encontraban suficientemente cubiertas: mejorar la comunicación clínica, ofrecer apoyo e información a los cuidadores informales y brindar ayuda para orientarse dentro de los servicios de salud. Además, se observó una elevada presencia de ansiedad y depresión entre los cuidadores. Esta situación adquiere especial relevancia en un contexto caracterizado por el aumento de los tratamientos ambulatorios y la reducción de las internaciones, ya que esto implica que mayores responsabilidades recaigan sobre las familias y las personas cercanas,

quienes suelen complementar la atención proporcionada por los profesionales. Estos hallazgos se relacionan con lo planteado por Usai et al. (2025), dado que ambos antecedentes destacan la necesidad de considerar al cuidador como un sujeto con necesidades propias y con posibles afectaciones en su bienestar.

2.1.3. Conocimiento actual sobre sobrecarga y afrontamiento.

A partir de este punto, los antecedentes comienzan a aproximarse de manera más directa al objetivo de la presente investigación. Villegas y Cassaretto (2024) estudiaron la relación entre la sobrecarga, las estrategias de afrontamiento y el soporte social en progenitores de niños con cáncer. Las autoras señalan que esta experiencia de cuidado puede asociarse con distintas consecuencias para la salud del cuidador, entre ellas la presencia de sintomatología clínica, un menor bienestar psicológico, fatiga y un deterioro general de la salud.

Para realizar el estudio, las autoras evaluaron a 82 progenitores, tanto mujeres como hombres. La sobrecarga fue medida mediante la Escala de Sobrecarga de Zarit, las estrategias de afrontamiento a través del Inventario de Afrontamiento COPE y el apoyo social mediante el Cuestionario MOS.

Los resultados mostraron que no todas las estrategias evaluadas se vincularon con la sobrecarga de la misma manera. Como, por ejemplo, la reinterpretación positiva, la aceptación y la planificación se asociaron con menores niveles de carga, mientras que enfocar y liberar emociones se relacionaron con niveles más elevados. Sin embargo, cuando estas estrategias fueron analizadas de manera conjunta con el soporte social y las características sociodemográficas, la planificación dejó de realizar un aporte significativo. En cambio, la aceptación y la reinterpretación positiva continuaron vinculándose con una menor sobrecarga, mientras que enfocar y liberar emociones mantuvo su relación con niveles más altos.

En la discusión de estos resultados, Villegas y Cassaretto (2024) proponen algunas explicaciones sobre las estrategias que se relacionaron con una menor sobrecarga. Según las autoras, la reinterpretación positiva puede ayudar al cuidador a darle un sentido más favorable a la experiencia y a mantener un mejor estado de ánimo. Por otro lado, la aceptación implica reconocer la realidad de la enfermedad sin dejar de responder a las demandas del cuidado. Y en

cuanto a la planificación, puede facilitar la organización de las tareas y hacerlas más manejables, aunque esto perdió relevancia cuando se analizó junto con las demás estrategias. Estas ideas son planteadas por las autoras como posibles explicaciones de los resultados obtenidos.

En sentido contrario, enfocar y liberar emociones se relacionó con una mayor sobrecarga. Las autoras señalan que, si bien esta estrategia permite expresar el dolor y la angustia, también puede intensificar el malestar, dificultar la interacción con otras personas y limitar la búsqueda de los recursos necesarios para enfrentar la situación. De este modo, la expresión emocional no se vinculó con la carga percibida de la misma manera que la aceptación o la reinterpretación positiva.

Finalmente, esta investigación da cuenta de la importancia de analizar la sobrecarga en relación con las estrategias específicas utilizadas por los cuidadores, en lugar de considerar el afrontamiento como un recurso general. La diversidad de asociaciones encontradas muestra que cada respuesta puede vincularse de una manera diferente con la carga experimentada. Por esta razón, el antecedente resulta relevante para la presente investigación, ya que permite hacer foco en la relación entre cada estrategia de afrontamiento y la sobrecarga subjetiva.

En una población más próxima a la abordada en la presente investigación, Le Kim Tha y Aliswag (2025) analizaron la sobrecarga, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes adultos con cáncer del sur de Vietnam. Los autores parten de considerar que los familiares tienen una participación fundamental durante el tratamiento, ya que brindan asistencia física, apoyo emocional y, en muchos casos, también aportes económicos.

El objetivo del estudio fue describir los niveles de sobrecarga, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los cuidadores familiares, así como analizar las relaciones entre estas variables. Para ello, los autores realizaron una investigación transversal analítica en dos hospitales públicos de la ciudad de Can Tho, ubicada en el sur de Vietnam.

La información fue recolectada mediante un cuestionario autoadministrado en donde la sobrecarga se evaluó a través del Inventario de Sobrecarga de Zarit, mientras que las estrategias

de afrontamiento fueron examinadas mediante el Brief COPE. También se administró una escala específica para conocer la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con cáncer.

En cuanto a las características de la muestra, la edad promedio fue de 46,9 años. Los hombres representaron el 52,6 %, mientras que las mujeres conformaron el 47,4 %. La mayoría se encontraba casada. Respecto del vínculo con el paciente, los grupos más numerosos estuvieron integrados por cónyuges, con un 44,2 %, y por hijos e hijas, con un 40 %. Asimismo, el 42,9 % manifestó brindar cuidados durante cuarenta horas semanales o más.

Los resultados mostraron un nivel general moderado de sobrecarga que representa una zona de transición donde el cuidador empieza a sufrir desgaste físico y mental sin llegar al extremo grave. Esta misma clasificación se mantuvo en las distintas áreas evaluadas por el instrumento, entre ellas las relaciones, el bienestar emocional, la vida social y familiar y la pérdida de control sobre la propia vida. La dimensión económica, en cambio, presentó el puntaje más elevado y fue la única clasificada como una carga alta.

En relación con las estrategias de afrontamiento, las estrategias adaptativas centradas en el problema fueron las más utilizadas e incluyeron el afrontamiento activo, la planificación y la búsqueda de apoyo social. En segundo lugar, se ubicaron las estrategias adaptativas centradas en la emoción, entre las que se encontraban la aceptación, el apoyo emocional, el humor, la reinterpretación positiva y la religión. Por último, las estrategias consideradas disfuncionales fueron las menos empleadas. En esta última dimensión se incluyeron la negación, la autodistracción, el uso de sustancias, la desconexión conductual, la autoinculpación y el desahogo emocional.

Por otro lado, la calidad de vida general de los cuidadores fue clasificada como moderada. Las puntuaciones más bajas se observaron en las áreas vinculadas con la carga y las preocupaciones económicas, mientras que la alteración de las actividades cotidianas, la adaptación positiva y las restantes dimensiones se mantuvieron en niveles moderados. De este modo, las dificultades económicas ocuparon un lugar destacado tanto en la evaluación de la sobrecarga como en la calidad de vida.

Al analizar la relación entre las variables, Le Kim Tha y Aliswag (2025) encontraron que un mayor uso general de estrategias de afrontamiento se asociaba con menores niveles de sobrecarga y con una mejor calidad de vida. A su vez, una carga más elevada se vinculaba con una menor calidad de vida. En conjunto, la sobrecarga y el afrontamiento permitieron explicar el 72,4 % de las diferencias encontradas en la calidad de vida de los cuidadores.

Al profundizar en estas relaciones, los autores encontraron que la sobrecarga cumplía una función mediadora parcial entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida. Esto significa que el afrontamiento no solo se vinculaba directamente con una mejor calidad de vida, sino que también podía hacerlo de manera indirecta a través de una reducción de la carga experimentada. A partir de estos resultados, sostienen que el bienestar de los cuidadores no depende únicamente de las demandas asociadas con el cuidado, sino también de los recursos utilizados para enfrentarlas.

En la discusión, los autores destacan que las estrategias centradas en el problema fueron las más utilizadas por los participantes, seguido de estrategias adaptativas centradas en la emoción, mientras que las respuestas disfuncionales aparecieron con menor frecuencia. Sin embargo, aclaran que algunas formas de afrontamiento generalmente consideradas negativas podrían proporcionar un alivio emocional momentáneo ante situaciones de cuidado prolongadas y altamente demandantes. Por esta razón, plantean que sus efectos pueden depender del contexto en el que sean utilizadas y de las características particulares de cada experiencia de cuidado.

Finalmente, dentro del contexto argentino, Hauché et al. (2025) estudiaron la sobrecarga, la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas o amenazantes para la vida residentes en Buenos Aires. Además de analizar la relación entre estas variables, los autores buscaron comparar los resultados según algunas características sociodemográficas, particularmente el género y el estado civil. Si bien la investigación no se centró exclusivamente en cuidadores de pacientes oncológicos, la muestra estuvo conformada por cuidadores primarios en la República Argentina, lo cual puede aportar datos para la presente investigación.

El estudio parte de considerar que, a medida que una enfermedad crónica avanza y el paciente pierde autonomía, aumentan sus necesidades de asistencia. En estas situaciones, el cuidador primario suele asumir la atención de las necesidades básicas, la toma de decisiones y otras responsabilidades importantes. Siguiendo con lo planteado en los antecedentes anteriores, los autores señalan que estas demandas pueden afectar distintas áreas de la vida de quien cuida, entre ellas el bienestar emocional, la salud física, las relaciones sociales y la situación económica.

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, un diseño no experimental y un alcance descriptivo, correlacional y de corte transversal. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico intencional y estuvo conformada por 64 cuidadores primarios adultos de Buenos Aires. La edad promedio fue de 45,5 años; el 59,4 % eran mujeres y el 40,6 %, hombres. Además, el 62,5 % no tenía pareja, el 53,1 % convivía con la persona cuidada y el promedio de cuidado diario fue de once horas.

Para caracterizar a los participantes y a las personas cuidadas se utilizó un cuestionario sociodemográfico elaborado para la investigación. La sobrecarga fue evaluada mediante la Escala de Sobrecarga de Zarit y las estrategias de afrontamiento a través del COPE-28. Por otra parte, la calidad de vida relacionada con la salud se examinó con la escala SF-8, que distingue entre las dimensiones de salud física y salud psicológica.

En cuanto a los niveles de sobrecarga, el 79,7 % de los cuidadores no presentó carga, el 18,8 % alcanzó un nivel moderado y solamente el 1,6 % mostró una sobrecarga intensa. Respecto del afrontamiento, los participantes obtuvieron puntuaciones moderadas en la mayoría de las estrategias evaluadas. Las excepciones fueron el humor, la autoinculpación y el uso de sustancias, que registraron puntuaciones bajas. Las dimensiones física y psicológica de la calidad de vida también se ubicaron en niveles moderados.

Al analizar específicamente la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga, Hauché et al. (2025) encontraron asociaciones directas con la negación, la desconexión conductual, el desahogo emocional y el uso de sustancias. Esto significa que una mayor utilización de estas respuestas se vinculaba con niveles más elevados de carga, en cambio, la planificación, la religión, la reevaluación positiva y la aceptación presentaron una relación

inversa con la sobrecarga. Por lo tanto, cuanto mayor era la utilización de estas estrategias, menor era la carga informada por los cuidadores. La asociación inversa más elevada correspondió a la aceptación, seguida por la reevaluación positiva. No obstante, no se encontraron relaciones significativas con el afrontamiento activo, el apoyo social emocional, el apoyo social instrumental, el humor, la autodistracción ni la autoinculpación.

En la discusión, Hauché et al. (2025) destacan que la mayoría de los cuidadores no presentó sobrecarga, a pesar de que esperaban encontrar niveles moderados.

Finalmente, el estudio de Hauché et al. (2025) aporta evidencia producida en Argentina sobre la sobrecarga, la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento. Aunque la muestra estuvo conformada por cuidadores de personas con diferentes enfermedades crónicas o amenazantes para la vida, y no exclusivamente por cuidadores familiares de pacientes adultos con cáncer, sus resultados permiten conocer la relación entre las estrategias específicas del COPE-28 y la sobrecarga en cuidadores del contexto local.

2.1.4. Vacancias del conocimiento y justificación de la presente investigación.

En términos poblacionales, uno de los antecedentes revisados se desarrolló en el ámbito oncopediátrico. Villegas y Cassaretto (2024) estudiaron a progenitores migrantes de niños con cáncer que residían en albergues para familias de bajos recursos. Si bien este trabajo aporta conocimiento sobre la sobrecarga, las estrategias de afrontamiento y el soporte social, su población estuvo conformada por progenitores de niños y no por cuidadores familiares de pacientes adultos con cáncer.

En una población más próxima a la abordada en la presente investigación, Le Kim Tha y Aliswag (2025) estudiaron la sobrecarga, el afrontamiento y la calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes adultos con cáncer del sur de Vietnam. Si bien este antecedente se acerca de manera directa tanto a la población como a las variables de interés, los autores organizaron las respuestas de afrontamiento en tres dimensiones generales: disfuncionales, adaptativas centradas en el problema y adaptativas centradas en la emoción. En consecuencia, sus resultados no

permiten conocer cómo se relacionó individualmente cada estrategia específica con la sobrecarga experimentada por los cuidadores.

En el ámbito nacional, Hauché et al. (2025) analizaron conjuntamente la sobrecarga, la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas o amenazantes para la vida. Aunque este estudio aporta evidencia producida en Buenos Aires y examina la relación entre las distintas estrategias y la sobrecarga, su muestra no estuvo conformada específicamente por cuidadores familiares de pacientes adultos con cáncer.

A partir de estos antecedentes, se identifica una vacancia poblacional y geográfica. Entre los estudios revisados no se encontraron investigaciones argentinas centradas específicamente en cuidadores familiares de pacientes adultos con cáncer que analizaran la relación entre las distintas estrategias de afrontamiento y la sobrecarga subjetiva. Esta ausencia resulta relevante porque la experiencia de cuidado se encuentra atravesada por condiciones materiales, cuestiones vinculares, posibilidades de acceso a los servicios de salud y significaciones socioculturales que no son idénticas en todos los contextos. Por lo tanto, generar evidencia situada en Argentina no solo permitiría ampliar el conocimiento disponible, sino también analizar si las asociaciones descritas en la literatura internacional se presentan de manera similar o diferente en el ámbito local.

Frente a esta vacancia, la presente investigación se justifica por una doble necesidad. Por un lado, profundizar en el estudio de los cuidadores familiares de pacientes adultos con cáncer dentro del contexto argentino. Por otro, analizar específicamente la relación entre las distintas estrategias de afrontamiento y la sobrecarga subjetiva, dos variables que la literatura revisada reconoce como relevantes, pero que no aparecen suficientemente estudiadas de manera conjunta en esta población. En este sentido, los antecedentes seleccionados fundamentan la importancia de producir conocimiento situado sobre la experiencia de estos cuidadores.

2.2. MARCO TEÓRICO

A lo largo de este marco teórico se desarrollarán los conceptos fundamentales que orientan la presente investigación. En primer lugar, se abordará la enfermedad oncológica y el lugar que

ocupa el cuidador familiar. Luego, se presentará el modelo cognitivo-transaccional del estrés. Y, por último, se profundizará en las dos variables centrales del estudio: las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga subjetiva del cuidador.

2.2.1. La enfermedad oncológica

En primera instancia, la enfermedad puede comprenderse como una alteración que compromete la estructura o el funcionamiento de una parte del organismo o de su totalidad y que, generalmente, se encuentra asociada con signos y síntomas determinados (Instituto Nacional del Cáncer, s. f.).

Según Bayés (2006), esta implica una experiencia compleja en la que convergen distintas vivencias subjetivas. Retomando a Laín Entralgo (un médico, historiador y filósofo español), señala que en toda enfermedad pueden reconocerse siete experiencias fundamentales, las cuales son: la invalidez, la molestia, la amenaza, la preocupación centrada en el propio cuerpo, la soledad, la percepción de anomalía y la búsqueda de ayuda o recursos.

Por otra parte, Dethlefsen y Dahlke (2009) sostienen que la enfermedad confronta al individuo con la vulnerabilidad propia de la condición humana. Estos autores consideran que el proceso de enfermar refleja una pérdida de equilibrio interno, la cual se manifiesta en el cuerpo a través de síntomas. En este sentido, los síntomas no solo constituyen manifestaciones físicas, sino que también cumplen una función comunicativa, ya que irrumpen en la vida cotidiana, demandan atención y pueden ser comprendidos como indicadores de aspectos que requieren ser reconocidos o elaborados por la persona, en ese sentido pueden funcionar como una “señal”.

En relación con la presente investigación, resulta necesario abordar específicamente la enfermedad oncológica. El cáncer se define como un conjunto amplio de enfermedades originadas por un crecimiento celular anormal y desmedido, capaz de invadir tejidos adyacentes o propagarse hacia otros órganos (Instituto Nacional del Cáncer, 2023; Organización Mundial de la Salud, 2018).

El cáncer está dentro de las enfermedades crónicas, también conocidas como enfermedades no transmisibles (ENT). Estas son afecciones de larga duración que resultan de la interacción entre

factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Además, el cáncer es considerado una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. En Argentina, durante 2022, representó el 15,6 % de las defunciones registradas y se ubicó como la tercera causa de mortalidad en el país, detrás de las enfermedades del sistema circulatorio y del sistema respiratorio (Instituto Nacional del Cáncer, 2024; World Health Organization, 2021).

La evolución, el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad dependen de múltiples factores, entre ellos el tipo de cáncer y su localización. Para dar cuenta de la diversidad de diagnósticos oncológicos, a continuación, se presenta la distribución absoluta y relativa de los 130.878 casos incidentes estimados por la IARC para Argentina en 2020, según las localizaciones tumorales más frecuentes y el sexo.

Figura 1. Distribución de los casos incidentes de cáncer según localización tumoral y sexo en Argentina, 2020

SITIO TUMORAL	AMBOS SEXOS		VARONES		MUJERES	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Mama	22.024	16,8	-	-	22.024	32,1
Colon-recto	15.895	12,1	8.493	13,6	7.402	10,8
Pulmón	12.110	9,3	7.738	12,4	4.372	6,4
Próstata	11.686	8,9	11.686	18,7	-	-
Riñón	5.093	3,9	3.370	5,4	1.723	2,5
Páncreas	5.026	3,8	2.357	3,8	2.669	3,9
Cervicouterino	4.583	3,5	-	-	4.583	6,7
Tiroides	4.106	3,1	669	1,1	3.437	5,0
Estomago	4.003	3,1	2.549	4,1	1.454	2,1
Vejiga	3.785	2,9	2.955	4,7	830	1,2
Linfoma No-Hodgkin	3.557	2,7	1.988	3,2	1.569	2,3
Leucemia	3.234	2,5	1.797	2,9	1.437	2,1
Cuerpo de útero	2.455	1,9	-	-	2.455	3,6
Hígado	2.437	1,9	1.467	2,4	970	1,4
Ovario	2.199	1,7	-	-	2.199	3,2
Testículo	2.047	1,6	2.047	3,3	-	-
Esófago	1.993	1,5	1.388	2,2	605	0,9
Encéfalo y otros SNC	1.831	1,4	935	1,5	896	1,3
Otros	9.688	7,4	6.001	15,5	3.687	5,4
Total	130.878	100	62.327	100	68.551	100

Fuente: Elaborado por SIVER/INC en base a los datos de Globocan2020. Argentina, 2021

Teniendo en cuenta la elevada incidencia del cáncer, siendo el cáncer de mama el sitio tumoral más frecuente, resulta de importancia considerar cuales son las diferentes alternativas disponibles para su tratamiento. Según el Instituto Nacional del Cáncer (s. f.), el cáncer puede tratarse mediante diversas modalidades, entre ellas la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, la

hormonoterapia, la inmunoterapia, las terapias dirigidas y otros tratamientos sistémicos. La elección del tratamiento, o de la combinación de tratamientos, dependerá de factores como la edad y el estado general de la persona, el tipo y la localización del tumor, la extensión de la enfermedad, sus características biológicas y los objetivos terapéuticos establecidos por el equipo de salud.

2.2.2. Cuidadores

El cuidado de personas con enfermedades crónicas, incluidas las oncológicas, constituye una labor compleja que excede la asistencia física. El Instituto Nacional del Cáncer (2020) define como cuidador a toda persona que brinda asistencia a alguien que presenta limitaciones para realizar sus actividades cotidianas debido a su condición de salud o a una edad avanzada. Sin embargo, esta denominación puede resultar limitada cuando reduce a quien cuida únicamente a la función que desempeña. En este sentido, Ellis-Hill sostiene que “cuando una persona es definida como cuidador/a, sólo existe en relación con la persona cuidada. No existe como una persona en su propio derecho, con sus propias necesidades” (como se citó en Luxardo, 2011, p. 112).

En este marco, resulta necesario diferenciar el cuidado formal del informal. El cuidado formal es brindado por profesionales o instituciones de salud a cambio de una remuneración. En cambio, el cuidado informal es realizado de manera no remunerada por familiares, amistades, vecinos u otras personas del entorno cercano. Aunque ambas modalidades implican asumir distintas tareas de asistencia, quienes ejercen cuidados informales generalmente no reciben la capacitación necesaria para desempeñarlas (Li y Song, 2019).

Por otra parte, dentro del cuidado informal puede distinguirse la figura del “cuidador principal”. Se trata de una persona del entorno cercano del paciente, generalmente un familiar directo, que asume la mayor parte de las tareas de asistencia. Entre ellas se encuentran la ayuda en las actividades de la vida diaria, la atención de las necesidades básicas y la participación en decisiones relacionadas con el cuidado del paciente (Organización Mundial de la Salud, 1999). El desempeño de este rol supone asumir múltiples responsabilidades, que pueden intensificarse a medida que avanza la enfermedad o aumenta la asistencia requerida. Esta acumulación de

demandas puede afectar el bienestar físico, emocional y social del cuidador (Arroyo Priego et al., 2018).

A partir de estas definiciones, en la presente investigación se utilizará la expresión cuidador familiar para hacer referencia a la persona perteneciente al grupo familiar que brinda cuidados no remunerados a un paciente adulto con cáncer. Esta delimitación permite diferenciar a la población estudiada tanto de los cuidadores formales como de otras personas del entorno que podrían participar de manera ocasional en las tareas de asistencia.

2.2.3. Modelo cognitivo-transaccional del estrés

A lo largo del tiempo, el concepto de estrés ha sido abordado desde diferentes perspectivas. Si bien el término existía antes de su incorporación al ámbito científico, comenzó a utilizarse progresivamente en distintas disciplinas y dio lugar a diversas conceptualizaciones. En un primer momento, el estrés fue entendido como una respuesta del organismo frente a estímulos nocivos, posteriormente, comenzaron a considerarse los procesos de adaptación y la interacción entre el individuo y el entorno, ampliando así la comprensión de este fenómeno (Lazarus y Folkman, 1986).

En esta evolución del concepto, Cannon consideró el estrés como una perturbación de la homeostasis producida por condiciones adversas. Posteriormente, Selye (1936) lo definió como un conjunto coordinado de reacciones del organismo frente a cualquier estímulo nocivo, diferenciando el estresor (entendido como la demanda ambiental), del estrés (concebido como la respuesta del organismo). Más adelante, Wolff propuso comprender el estrés como un estado dinámico resultante de la interacción entre el organismo y las circunstancias del entorno, resaltando la importancia de los procesos de adaptación (Lazarus y Folkman, 1986).

Estas conceptualizaciones permitieron pasar de una comprensión centrada principalmente en la respuesta fisiológica del organismo o en las demandas ambientales hacia otra que también considera los procesos psicológicos involucrados. En este marco, Lazarus y Folkman (1986) desarrollaron el modelo cognitivo-transaccional del estrés, que propone comprender este fenómeno a partir de la relación dinámica entre la persona y el entorno.

En términos generales, este modelo cognitivo-transaccional entiende al estrés como un proceso que surge de la interacción entre la persona y su entorno. Frente a una situación determinada, el individuo valora tanto las demandas que provienen del ambiente como los recursos con los que cuenta para responder a ellas. El estrés aparece cuando la persona percibe que esos recursos son insuficientes para afrontar las exigencias de la situación. Por lo tanto, se trata de un fenómeno dinámico, relacionado con la diferencia percibida entre las demandas del entorno y las posibilidades de afrontamiento de la persona (Dahab et al., 2010).

En este proceso, la evaluación se dirige paralelamente hacia el ambiente y hacia los propios recursos. De este modo, la persona evalúa tanto las demandas del entorno como los recursos de afrontamiento con los que cuenta para responder ante ellas. En este sentido, la clave del modelo se encuentra en la evaluación cognitiva del estímulo y de la respuesta (Dahab et al., 2010).

Desde este modelo, Lazarus y Folkman (1986) definen la evaluación cognitiva como el proceso mediante el cual el individuo evalúa el significado y la importancia que una situación tiene para su bienestar. Los autores distinguen tres clases de evaluación cognitiva: en primera instancia la evaluación primaria, luego la evaluación secundaria y por último la reevaluación.

En primer lugar, la evaluación primaria consiste en valorar una situación como irrelevante, benigno-positiva o estresante. Cuando la situación es evaluada como estresante, esta puede adoptar tres formas: daño o pérdida, amenaza y desafío. El daño o pérdida hace referencia al perjuicio que el individuo ya ha sufrido. La amenaza se relaciona con la anticipación de un daño o pérdida futuros, mientras que el desafío a aquellas situaciones que representan la posibilidad de aprender o de obtener un beneficio. Asimismo, Lazarus y Folkman (1986) señalan que la amenaza y el desafío no constituyen polos opuestos, sino que pueden presentarse simultáneamente y relacionarse en la interpretación de un mismo acontecimiento.

Por otro lado, la evaluación secundaria hace referencia a la valoración de aquello que puede y debe hacerse frente a una situación determinada. En este proceso, el individuo considera las estrategias de afrontamiento disponibles, la posibilidad de aplicarlas de manera efectiva y las consecuencias que podría tener su utilización frente a las demandas internas y externas presentes (Lazarus y Folkman, 1986).

Por último, la reevaluación consiste en el cambio que se produce en una evaluación previa a partir de nueva información proveniente del propio individuo o del entorno. Según Lazarus y Folkman (1986), se diferencia de una evaluación inicial porque siempre ocurre después de una valoración anterior y puede originarse tanto por la información recibida como por los esfuerzos cognitivos de afrontamiento.

En este sentido, el modelo cognitivo-transaccional constituye un importante sustento teórico de esta investigación, ya que permite comprender que una misma situación de cuidado puede ser experimentada de maneras diferentes según la valoración que realice cada cuidador y los recursos con los que cuente para afrontarla.

2.2.4. Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento puede entenderse como el conjunto de respuestas que una persona pone en marcha para adaptarse a una situación de estrés. Estas respuestas pueden ser cognitivas, conductuales o emocionales y varían según las características de cada individuo (Mayorga-Lascano & Peñaherrera-Ron, 2019). Por esta razón, el afrontamiento no constituye una respuesta fija, sino un proceso que puede modificarse según las características de cada situación. La forma en que una persona afronta una situación depende de cómo percibe las demandas que ésta implica y de los recursos que considera disponibles para hacerles frente (Lázaro y Esparza, 2020).

Por otro lado, el afrontamiento se consolida en una serie de estrategias de afrontamiento (EA), definidas como “esfuerzos 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 & Folkman, 1984, como se citó en Mayorga-Lascano & Peñaherrera-Ron, 2019, p. 18).

Según el modelo de Lazarus y Folkman (1984, como se citó en Mayorga-Lascano y Peñaherrera-Ron, 2019), las estrategias de afrontamiento pueden organizarse en dos grandes grupos. Por un lado, se encuentran aquellas orientadas a la resolución de problemas, donde su propósito es intervenir sobre la situación que genera el conflicto, dentro de este grupo se encuentran la

confrontación y la planificación. Por otro lado, se ubican las estrategias dirigidas a la regulación emocional, que son las buscan favorecer una respuesta emocional más adecuada frente a la situación, entre ellas se encuentran el distanciamiento, el autocontrol, la aceptación, la evitación y la reevaluación positiva. A su vez, la búsqueda de apoyo social presenta características de ambas modalidades de afrontamiento.

A partir de esta conceptualización, se describen a continuación las estrategias propuestas por Carver (1997), de acuerdo con la adaptación presentada por Morán et al. (2010). Estas estrategias serán evaluadas en la presente investigación mediante el Brief COPE.

Afrontamiento activo: El afrontamiento activo consiste en poner en marcha acciones dirigidas a reducir o eliminar la situación estresante, aumentando los propios esfuerzos para hacerle frente.

Planificación: La planificación implica pensar de qué manera afrontar la situación estresante, organizando las acciones que se llevarán a cabo y definiendo los pasos necesarios para enfrentarla.

Apoyo social: Consiste en buscar ayuda, orientación o información de personas que puedan brindar apoyo para afrontar la situación estresante.

Uso de apoyo emocional: El uso de apoyo emocional consiste en buscar comprensión y apoyo emocional por parte de otras personas frente a una situación estresante.

Reinterpretación positiva: La reinterpretación positiva consiste en buscar un significado favorable en la situación estresante, procurando identificar oportunidades de aprendizaje o crecimiento personal.

Aceptación: La aceptación implica reconocer la situación estresante como una realidad y asumir que está ocurriendo.

Religión: La religión hace referencia a la búsqueda de apoyo en las creencias o prácticas religiosas como una forma de afrontar situaciones de estrés.

Humor: El humor consiste en recurrir a las bromas o a la risa como una forma de afrontar la situación estresante.

Auto distracción: La auto distracción consiste en centrar la atención en otras actividades con el objetivo de dejar de pensar en la situación estresante.

Desahogo: El desahogo consiste en expresar los sentimientos que genera la situación estresante como una forma de exteriorizar el malestar emocional.

Negación: La negación consiste en rechazar o no aceptar la realidad de la situación estresante.

Desconexión conductual: La desconexión conductual implica disminuir los esfuerzos dirigidos a afrontar la situación estresante, llegando incluso a abandonar los objetivos que se ven afectados por ella.

Uso de sustancias: El uso de sustancias hace referencia al consumo de alcohol u otras sustancias con el propósito de aliviar el malestar o hacer más tolerable la situación estresante.

Autoinculpación: La autoinculpación consiste en atribuirse la responsabilidad de lo ocurrido mediante pensamientos de autocrítica o culpabilización.

2.2.5. Sobrecarga subjetiva del cuidador

La sobrecarga del cuidador no siempre fue comprendida de la misma manera en que se la comprende hoy en día. Según la revisión realizada por Chou et al. (2003), este concepto comenzó a reconocerse a comienzos de la década de 1960, cuando Grad y Sainsbury estudiaron la situación de familiares que cuidaban a personas con enfermedad mental. Desde entonces, la sobrecarga se convirtió en un tema de interés dentro de la investigación sobre el cuidado familiar, y su conceptualización fue evolucionando con el paso del tiempo.

En una primera etapa, siguiendo el proceso de evolución del concepto, Zarit y colaboradores (1980) desarrollaron la "Entrevista de carga" a partir de su experiencia clínica con cuidadores y

de investigaciones previas relacionadas con el cuidado familiar. Desde esta perspectiva, la sobrecarga fue concebida como el grado en que los cuidadores perciben que el cuidado de un familiar repercute en diferentes áreas de su vida, particularmente en su salud física y emocional, su vida social y su situación económica. Esta propuesta dio lugar a una medida global y unidimensional de la sobrecarga del cuidador (Chou et al., 2003).

Posteriormente, entre 1985 y 1990, comenzó a diferenciarse entre carga objetiva y carga subjetiva. Hoenig y Hamilton (como se citó en Liu et al., 2020) fueron los primeros en proponer el concepto, y las definieron a cada una como:

Carga objetiva: La que comprende los acontecimientos o actividades relacionados con experiencias negativas del cuidado.

Carga subjetiva: La que comprende principalmente los sentimientos personales que experimentan los cuidadores durante el desempeño de la función de cuidado.

A partir de estos desarrollos, la sobrecarga comenzó a comprenderse como un constructo multidimensional integrado por aspectos físicos, emocionales o psicológicos, sociales y económicos (Chou et al., 2003).

En la presente investigación, el interés se centra en la sobrecarga subjetiva, entendida como la percepción personal que tiene el cuidador acerca del impacto que las demandas de su rol producen en diferentes áreas de su vida.

Una vez delimitado el concepto, resulta pertinente considerar las principales repercusiones que la sobrecarga puede generar en la vida del cuidador. Espinoza Miranda y Jofré Aravena (2012) señalan que comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos experimentados por quienes cuidan a personas enfermas. Esta situación puede afectar diferentes ámbitos de su vida, entre ellos las actividades de ocio, las relaciones sociales, las amistades, la intimidad, la libertad y el equilibrio emocional.

Asimismo, los autores describen la sobrecarga como un fenómeno multifactorial en el que pueden intervenir el aislamiento social, la acumulación de actividades dentro y fuera del hogar,

las alteraciones del comportamiento de la persona cuidada y la percepción de ser el único responsable de su atención. También incluyen las dificultades económicas y el abandono del empleo, entre otros aspectos que pueden incrementar las demandas experimentadas por el cuidador.

En conjunto, estos aportes muestran que la sobrecarga puede afectar múltiples áreas de la vida del cuidador, por lo que constituye un concepto central para comprender la experiencia de quienes desempeñan este rol.

Capítulo 3: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación se desarrollará dentro de un enfoque cuantitativo, ya que busca recolectar información sobre las estrategias de afrontamiento y los niveles de sobrecarga subjetiva en cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico en la República Argentina, con el fin de analizar la relación que existe entre ambas variables. Asimismo, presenta un alcance descriptivo-correlacional (Hernández Sampieri et al., 2014). Descriptivo, porque busca caracterizar a la población estudiada y las variables de interés, y correlacional, porque busca identificar la relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de sobrecarga subjetiva.

3.2. Diseño de investigación

Se implementará un diseño no experimental y transversal (Hernández Sampieri et al., 2014). La investigación se desarrollará sin intervenir sobre las variables estudiadas y la recolección de datos se realizará en un único momento temporal.

3.3. Participantes

La población de interés estará constituida por cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico residentes en la República Argentina. La muestra estará conformada por 42 cuidadores que acepten participar voluntariamente y cumplan con los criterios de inclusión establecidos. Se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernández Sampieri et al., 2014). Esto será adecuado para acceder a participantes que cumplieran con los criterios del estudio, pero implica que los resultados no pueden generalizarse estadísticamente a todos los cuidadores familiares de pacientes oncológicos en Argentina.

Como criterios de inclusión, se considerará a personas mayores de 18 años que desempeñen actualmente el rol de cuidador familiar de un paciente adulto con diagnóstico oncológico y que residan en la República Argentina. Se excluirán aquellos casos que no cumplan con los criterios de inclusión o que no completen en su totalidad los instrumentos administrados.

3.4. Instrumentos

La recolección de datos se realizará mediante un cuestionario autoadministrado en formato digital en la plataforma de Google Forms, compuesto por un consentimiento informado, un cuestionario sociodemográfico y dos instrumentos destinados a evaluar las variables de estudio.

Cuestionario sociodemográfico: Se utilizará un cuestionario realizado específicamente para esta investigación con el objetivo de obtener la información necesaria sobre las características de los participantes. El mismo estará compuesto por ocho preguntas orientadas a relevar la edad, género, provincia de residencia, nivel educativo, vínculo con la persona cuidada, si recibe o no remuneración económica por las tareas de cuidado, situación laboral y tiempo desempeñando el rol de cuidador familiar.

Escala de Zarit abreviada para cuidados paliativos (EZA): Para evaluar la sobrecarga subjetiva del cuidador se utilizará la Escala de Zarit abreviada para cuidados paliativos (EZA).

Originalmente, la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (EZ) fue desarrollada por Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980) y constituye uno de los instrumentos de evaluación de la sobrecarga del cuidador más utilizados a nivel internacional. La versión original está conformada por 22 ítems, respondidos mediante una escala tipo Likert de cinco opciones, cuyas puntuaciones permiten estimar el nivel de sobrecarga percibida por el cuidador (Breinbauer et al., 2009).

Posteriormente, Gort et al. (2005) desarrollaron una versión abreviada para su utilización en el contexto de los cuidados paliativos. Esta versión está compuesta por siete ítems seleccionados de la escala original, manteniendo el mismo formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones.

En la presente investigación se utilizará esta versión abreviada. Cada ítem, como fue mencionado anteriormente, se responde mediante una escala tipo Likert de cinco opciones, con puntuaciones que van de 1 (nunca) a 5 (casi siempre). La puntuación total se obtiene mediante la suma de los siete ítems, con un rango de 7 a 35 puntos. De acuerdo con Gort et al. (2005), este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 16) y "sobrecarga intensa" (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

Por último, Breinbauer et al. (2009) validaron en Chile tanto la versión original como la versión abreviada de la Escala de Zarit. En relación con la EZA, los autores reportaron una sensibilidad del 100 %, una especificidad del 77,7 %, un valor predictivo positivo del 86,6 % y un valor predictivo negativo del 100 %, concluyendo que esta versión constituye un instrumento válido para evaluar la sobrecarga del cuidador.

Brief COPE (COPE-28): Para evaluar las estrategias de afrontamiento se utilizará el Brief COPE (COPE-28), desarrollado por Carver (1997). Este instrumento corresponde a la versión abreviada del COPE Inventory, elaborado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) como una alternativa al *Ways of Coping Questionnaire* de Lazarus y Folkman. El COPE original fue diseñado como un inventario multidimensional para evaluar las diferentes formas de respuesta frente al estrés y quedó conformado por 60 ítems distribuidos en 15 subescalas.

Con el objetivo de disponer de un instrumento más breve y de aplicación más práctica, Carver (1997) desarrolló el Brief COPE, esta versión eliminó las subescalas supresión de actividades distractoras y refrenar el afrontamiento, debido a que su validez no había sido confirmada en estudios previos. También se incorporó la subescala humor, quedando conformada por 28 ítems distribuidos en 14 subescalas, con dos ítems cada una.

En la presente investigación se utilizará la versión española del Brief COPE analizada psicométricamente por Morán et al. (2010). Se trata de un cuestionario autoadministrado compuesto por 28 ítems. Las respuestas se registran mediante una escala tipo Likert de cuatro opciones, en la que 0 corresponde a “nunca hago esto” y 3 a “hago siempre esto”, con valores intermedios de 1 y 2. Los ítems se distribuyen en las catorce estrategias de afrontamiento descritas en el marco teórico. Para obtener la puntuación correspondiente a cada subescala, se calculará el promedio de los dos ítems que la componen. De esta manera, cada estrategia podrá alcanzar valores comprendidos entre 0 y 3 puntos. Las puntuaciones más elevadas indicarán una mayor frecuencia de utilización de la estrategia evaluada.

3.5. Procedimiento

La muestra se conformará mediante dos modalidades de difusión. En primer lugar, el cuestionario será presentado de manera presencial en la sala de espera del servicio de quimioterapia del Hospital Militar Central Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich. Allí se invitará a participar a familiares que se encuentren acompañando a pacientes durante el tratamiento y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos. Quienes acepten participar accederán al formulario digital mediante un código QR.

En segundo lugar, el cuestionario será difundido entre personas que se encuentren desempeñando actualmente el rol de cuidador familiar de un paciente adulto con diagnóstico oncológico. En estos casos, el enlace del formulario elaborado en Google Forms será enviado mediante WhatsApp.

Antes de acceder a los instrumentos, todos los participantes deberán leer y aceptar el consentimiento informado. Posteriormente, completarán el cuestionario sociodemográfico, la Escala de Zarit abreviada para cuidados paliativos y el Brief COPE.

3.6. Análisis de datos

En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de las dos variables principales de la investigación. Las variables categóricas se presentarán mediante frecuencias y porcentajes. Para las catorce estrategias de afrontamiento evaluadas por el Brief COPE se calcularán la media y la desviación estándar. En el caso de la sobrecarga subjetiva, se presentarán las frecuencias y los porcentajes correspondientes a las categorías establecidas por la Escala de Zarit abreviada. Esta clasificación se utilizará únicamente para el análisis descriptivo de la sobrecarga subjetiva.

Posteriormente, se examinará la distribución de la puntuación total de sobrecarga subjetiva y de las catorce subescalas de afrontamiento mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, considerando un nivel de significación de 0,05. Cuando las variables presenten una distribución normal, se empleará el coeficiente de correlación de Pearson. En caso de que no se cumpla este supuesto, se utilizará el coeficiente rho de Spearman.

Se analizará la relación entre la puntuación total continúa obtenida mediante la suma de los siete ítems de la Escala de Zarit abreviada, con un rango posible de 7 a 35 puntos, y cada una de las catorce estrategias del Brief COPE, con el propósito de identificar cuáles se asocian con mayores o menores niveles de sobrecarga subjetiva. Se considerarán estadísticamente significativos los resultados con valores de p inferiores a 0,05. La dirección y la magnitud de las correlaciones serán interpretadas de acuerdo con los criterios propuestos por Hernández Sampieri y Fernández Collado (1998).

3.7. Consideraciones éticas

Antes de responder el cuestionario, los participantes deberán leer y aceptar el consentimiento informado. En dicho Formulario se explicarán los objetivos de la investigación, la decisión voluntaria de la participación y las condiciones de confidencialidad de la información brindada.

Las respuestas serán anónimas y los datos obtenidos serán utilizados únicamente con fines académicos. Asimismo, los participantes podrán abandonar el cuestionario en cualquier momento sin que esto les genere ninguna consecuencia.

3.8. Bibliografía utilizada

De acuerdo con lo establecido en los artículos 24 y 25 del Reglamento del Trabajo Integrador Final de la Carrera de Licenciatura en Psicología del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H. A. Barceló, aprobado mediante la Resolución HCS N.º 11083/26, se declara el uso de herramientas de inteligencia artificial durante la elaboración de la presente investigación. Estas herramientas fueron utilizadas únicamente con fines de asistencia en la organización de la información, revisión de la redacción y adecuación del formato, sin sustituir la elaboración, análisis e interpretación realizada.

Específicamente: Se utilizó NotebookLM para facilitar la organización y el análisis de la bibliografía seleccionada, como también para ver la relación entre los autores. Se utilizó ChatGPT como apoyo en la revisión de la redacción, con el propósito de mejorar la claridad y coherencia del texto, como también para revisar y adecuar las referencias bibliográficas según las normas APA (7.ª edición).

Todas las sugerencias generadas fueron revisadas y verificadas antes de su incorporación. Por lo tanto, la autora asume la responsabilidad plena por el contenido presentado.

Capítulo 4: RESULTADOS

4.1. Estadística descriptiva del perfil sociodemográfico.

(Responde al objetivo específico 1)

La muestra final estuvo conformada por 42 cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico. Los participantes fueron convocados en la sala de espera del Servicio de Quimioterapia del Hospital Militar Central Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich y mediante la difusión del cuestionario entre personas que se encontraban desempeñando ese rol.

Tabla 1: Edad

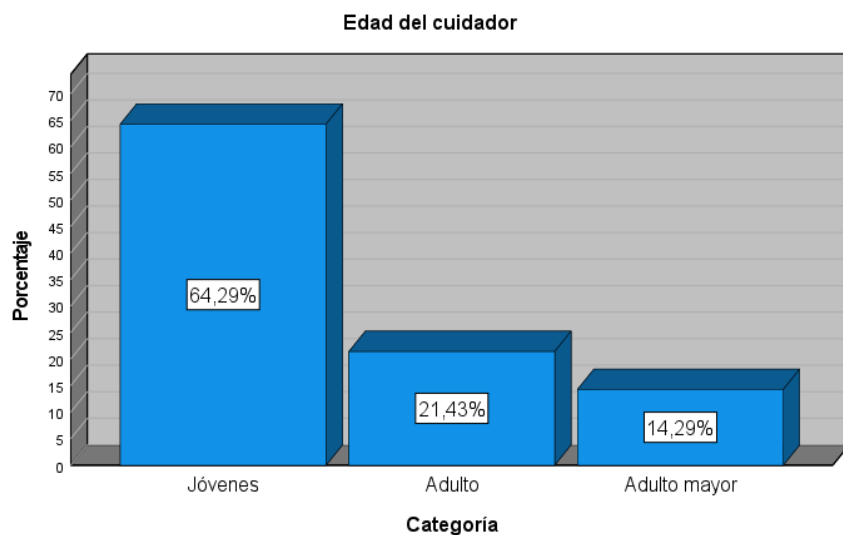
Edad del cuidador

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Jóvenes	27	64,29	64,29
Adulto	9	21,43	85,71
Adulto mayor	6	14,29	100,0
Total	42	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Los resultados (Tabla 1) muestran que, la mayoría de los cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico pertenecen al grupo de jóvenes (entre 18 y 36 años), que representa el 64,29% de la muestra (n = 42). En menor proporción se encuentran los cuidadores adultos (de 37 a 60 años), con un 21,43%, mientras que los adultos mayores (61 años a más), concentran un 14,29% del total.

Gráfico 1:



Estos resultados evidencian que el cuidado familiar de pacientes oncológicos recae principalmente en personas jóvenes, quienes representan más del 50% de los participantes evaluados (Gráfico 1).

Tabla 2: Género

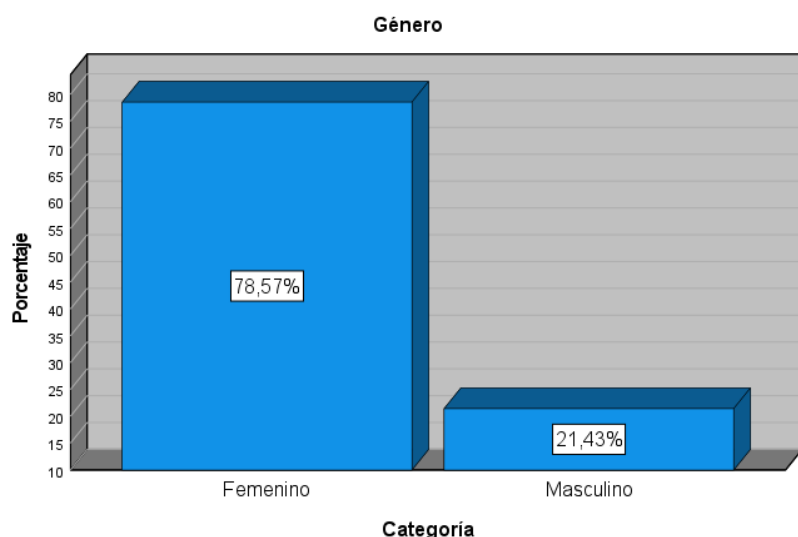
Género

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	33	78,57	78,6
Masculino	9	21,43	100,0
Total	42	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Respecto al género, en los resultados (Tabla 2) se observa una mayor proporción de participantes del sexo femenino, quienes representan el 78,57% de la muestra (n = 42). Por su parte, los cuidadores de sexo masculino constituyen el 21,43% del total.

Gráfico 2:



De acuerdo con el gráfico 2, las mujeres conforman la mayor parte de los cuidadores familiares incluidos en la investigación, superando ampliamente la participación masculina.

Tabla 3: Provincia de residencia

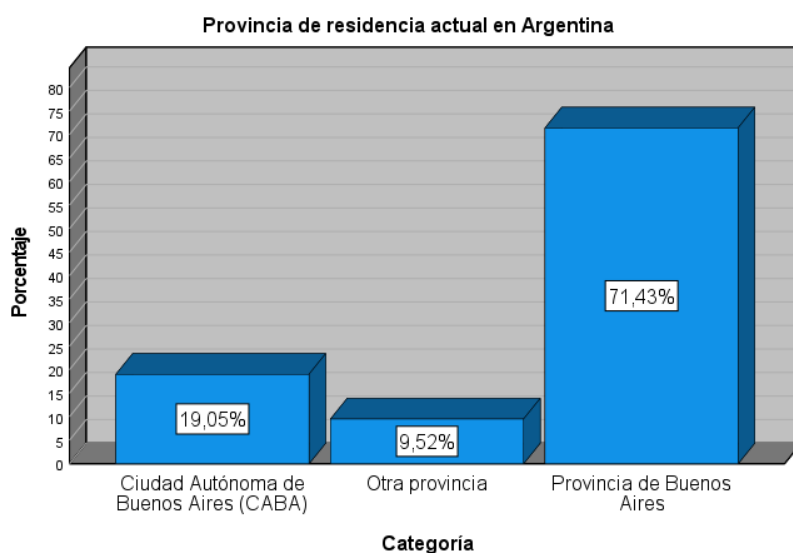
Provincia de residencia actual en Argentina

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	8	19,05	19,05
Otra provincia	4	9,52	28,57
Provincia de Buenos Aires	30	71,43	100,0
Total	42	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En relación con la provincia de residencia, los resultados (Tabla 3) muestran que la mayoría de los participantes reside en la Provincia de Buenos Aires, quienes representan el 71,43% de la muestra (n = 42). En segundo lugar, se encuentran los residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) con un 19,05%, mientras que los participantes procedentes de otras provincias constituyen el 9,52% del total.

Gráfico 3:



El gráfico 3 refleja una marcada concentración de la muestra en la Provincia de Buenos Aires, donde reside más del 50% de los cuidadores encuestados, a diferencia de otras provincias, que tienen una concentración menor de participantes.

Tabla 4: Nivel educativo

Nivel educativo

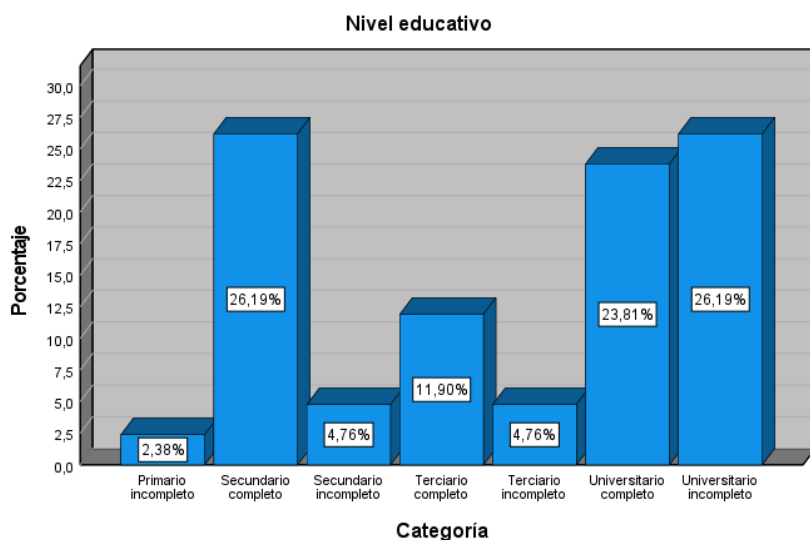
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primario incompleto	1	2,38	2,38
Secundario completo	11	26,19	28,57
Secundario incompleto	2	4,76	33,33
Terciario completo	5	11,90	45,24
Terciario incompleto	2	4,76	50,00
Universitario completo	10	23,81	73,81
Universitario incompleto	11	26,19	100,00
Total	42	100,00	

Fuente: Elaboración propia

Los resultados (Tabla 4) evidencian que los niveles educativos más frecuentes fueron secundario completo y universitario incompleto, ambos con una proporción de 26,19% del total de la muestra. Asimismo, el 23,81% de los participantes afirmó contar con estudios universitarios

completos, mientras que el 11,90% indicó haber finalizado estudios terciarios. Por el contrario, los porcentajes más bajos correspondieron a las categorías primario incompleto con un 2,38%, secundario incompleto y terciario incompleto, ambos con un 4,76% del total.

Gráfico 4:



El gráfico 4 refleja que una proporción importante de los cuidadores posee estudios de nivel secundario completos o tienen estudios superiores, ya sean universitarios o terciarios. Asimismo, se observa una baja presencia de participantes con niveles educativos básicos incompletos, lo que evidencia que la muestra se encuentra conformada mayoritariamente por personas con formación educativa media o superior.

Tabla 5: Vínculo

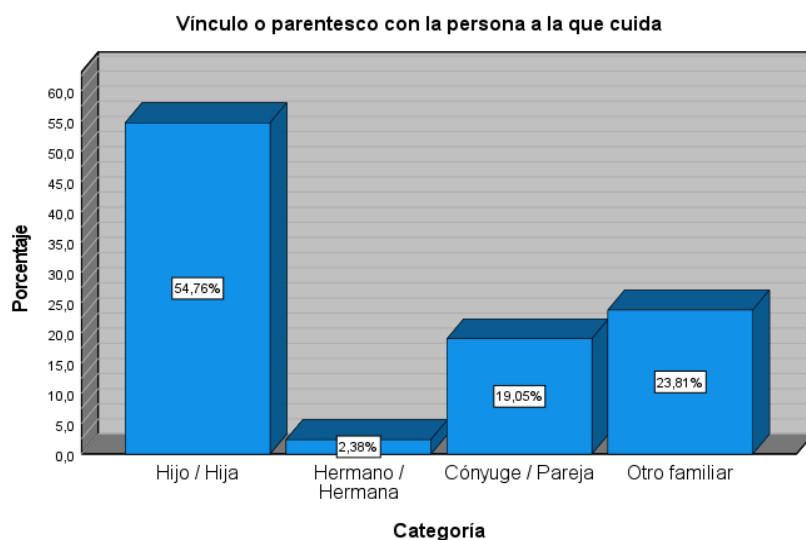
Vínculo o parentesco con la persona a la que cuida

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hijo / Hija	23	54,76	54,76
Hermano / Hermana	1	2,38	57,14
Cónyuge / Pareja	8	19,05	76,19
Otro familiar	10	23,81	100,0
Total	42	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En relación con el vínculo con la persona cuidada (Tabla 5), se observa que el 54.76% de la muestra (n = 42) corresponde a hijos e hijas que cuidan de un familiar con diagnóstico oncológico. A este grupo le siguen otros familiares con un 23,81%, los cónyuges o parejas con un 19,05% y, en menor proporción, los hermanos o hermanas con un 2,38%.

Gráfico 5:



El gráfico 5 evidencia que más de la mitad de los cuidadores de los participantes son hijos/as del paciente oncológico, siendo este el vínculo ampliamente predominante por sobre los demás (otro familiar, cónyuge/pareja y hermanos/as).

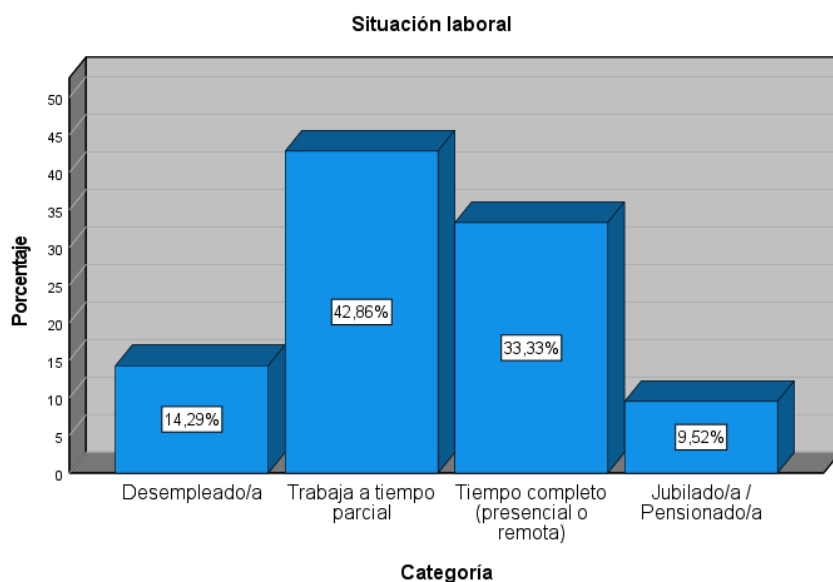
Tabla 6: Situación laboral

Situación laboral			
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Desempleado/a	6	14,29	14,29
Trabaja a tiempo parcial	18	42,86	57,14
Tiempo completo (presencial o remota)	14	33,33	90,48
Jubilado/a / Pensionado/a	4	9,52	100,00
Total	42	100,00	

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la situación laboral, los resultados (Tabla 6) muestran que el 42,86% de los cuidadores (n = 42) trabajan a tiempo parcial, mientras que el 33,33% lo hace a tiempo completo. Asimismo, el 14,29% de la muestra está desempleado/a, y el 9,52% se encuentra jubilado/a o pensionado/a.

Gráfico 6:



El gráfico 6 refleja que la mayoría de los cuidadores mantiene algún tipo de actividad laboral (parcial o completa) en paralelo a su rol de cuidador, mientras que una minoría se encuentra desempleada o jubilada.

Tabla 7: Tiempo de rol

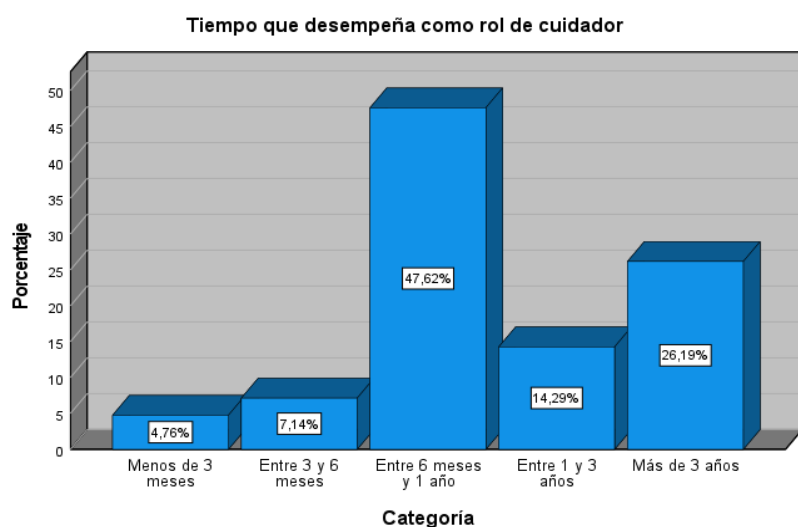
Tiempo que desempeña como rol de cuidador

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 3 meses	2	4,76	4,76
Entre 3 y 6 meses	3	7,14	11,90
Entre 6 meses y 1 año	20	47,62	59,52
Entre 1 y 3 años	6	14,29	73,81
Más de 3 años	11	26,19	100,00
Total	42	100,00	

Fuente: Elaboración propia

En relación con el tiempo que llevan desempeñando el rol de cuidador, los resultados (Tabla 7) indican que el grupo más numeroso corresponde a quienes lo ejercen entre 6 meses y 1 año (47,62%), seguido por quienes lo hacen desde hace más de 3 años (26,19%). Asimismo, entre 1 y 3 años (14,29%), entre 3 y 6 meses (7,14%), y menos de 3 meses (4,76%).

Gráfico 7:



El gráfico 7 evidencia que cerca de la mitad de los participantes lleva entre 6 meses y 1 año en el rol de cuidador, seguido por un grupo considerable con más de 3 años de experiencia en el rol, lo que muestra una clara variación el tiempo de cuidado dentro de la muestra.

4.2. Estadística descriptiva de las dos variables principales.

(Responde al objetivo específico 2)

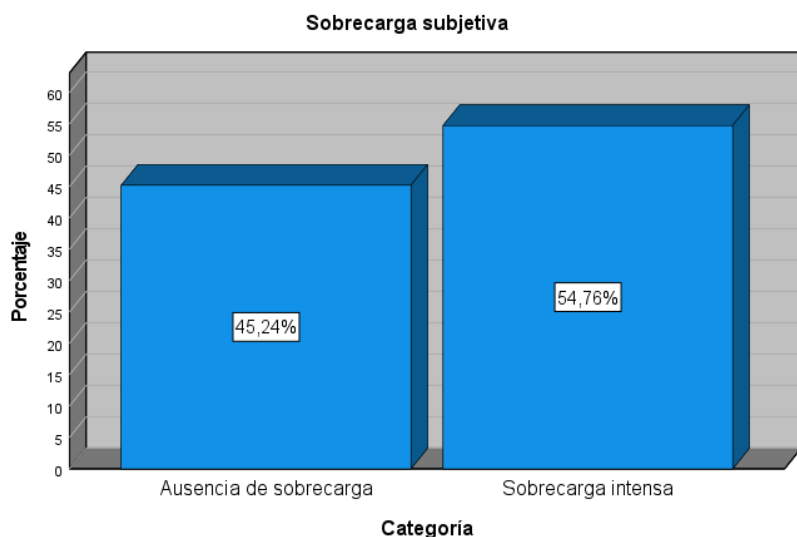
Tabla 1: Sobrecarga subjetiva

Sobrecarga subjetiva			
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ausencia de sobrecarga	19	45,24	45,24
Sobrecarga intensa	23	54,76	100,00
Total	42	100,00	

Fuente: Elaboración propia

En relación con las categorías de sobrecarga subjetiva de la escala de Zarit, siendo "ausencia de sobrecarga" (≤ 16) y "sobrecarga intensa" (≥ 17), los resultados (Tabla 1) muestran que el 54,76% de los cuidadores familiares evaluados presenta sobrecarga intensa, mientras que el 45,24% del total se ubica en la categoría de ausencia de sobrecarga.

Gráfico 1:



El gráfico 1 refleja que algo más de la mitad de los cuidadores de la muestra experimentan niveles elevados de sobrecarga subjetiva en comparación con aquellos que no presentan sobrecarga. Esto indica que más de la mitad de los participantes percibe una sobrecarga importante asociada a las responsabilidades del cuidado de familiares adultos con diagnóstico oncológico.

Tabla 2:

Las puntuaciones de cada estrategia de afrontamiento se obtuvieron mediante el promedio de los dos ítems correspondientes a cada subescala, con valores posibles entre 0 y 3 puntos.

Estrategias de afrontamiento

	Media (M)	Desviación estándar (DE)
Aceptación	2,06	0,72
Afrontamiento activo	1,98	0,86
Planificación	1,79	0,84
Reevaluación positiva	1,63	0,90
Auto distracción	1,61	0,82
Apoyo social	1,49	1,02
Apoyo emocional	1,37	0,98
Religión	1,31	1,05
Desahogo	1,08	0,85
Humor	1,07	1,01
Negación	0,82	0,87
Autoinculpación	0,79	0,82
Uso de sustancias	0,49	0,85
Desconexión	0,44	0,62

Fuente: Elaboración propia

Respecto a las estrategias de afrontamiento, los resultados (Tabla 2) evidencian que las de mayor puntuación en la muestra ($n = 42$) fueron aceptación ($M = 2,06$; $DE = 0,72$), afrontamiento activo ($M = 1,98$; $DE = 0,86$) y planificación ($M = 1,79$; $DE = 0,84$). Estas estrategias registraron los puntajes promedio más elevados dentro del conjunto de estrategias evaluadas.

Por otro lado, las estrategias que presentaron los puntajes promedio más bajos fueron desconexión ($M = 0,44$; $DE = 0,62$), uso de sustancias ($M = 0,49$; $DE = 0,85$), autoinculpación ($M = 0,79$; $DE = 0,82$) y negación ($M = 0,82$; $DE = 0,87$). Estos resultados indican que dichas estrategias fueron menos empleadas por los cuidadores incluidos en la investigación. Asimismo, las demás estrategias restantes se ubicaron en valores intermedios, según el detalle presentado en la Tabla 2.

4.3. Prueba de normalidad

Con el propósito de evaluar la consistencia interna de la Escala de Zarit abreviada para cuidados paliativos en la muestra estudiada, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach a partir de las

respuestas de los 42 participantes. Se obtuvo un valor de $\alpha = 0,885$, lo que indica una adecuada consistencia interna de los siete ítems que componen la escala en la presente muestra.

Las variables de la presente investigación fueron sometidas a una prueba de normalidad para conocer el estadístico de correlación más adecuado para el análisis de la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga subjetiva.

Se plantearon las siguientes hipótesis:

H₀: La distribución de los datos sigue una distribución normal.

H₁: La distribución de los datos no sigue una distribución normal

Teniendo en cuenta el tamaño de la muestra ($n = 42$), se evaluó la distribución de los datos mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, considerando un nivel de significancia de 0,05.

Tabla 1:

Pruebas de normalidad			
	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	n	Sig.
Apoyo social	0,910	42	0,003
Afrontamiento activo	0,911	42	0,003
Aceptación	0,915	42	0,004
Auto distracción	0,939	42	0,027
Negación	0,839	42	0,000
Planificación	0,918	42	0,005
Humor	0,860	42	0,000
Autoinculpación	0,852	42	0,000
Apoyo emocional	0,920	42	0,006
Desconexión	0,738	42	0,000
Desahogo	0,916	42	0,005
Reevaluación positiva	0,939	42	0,027
Uso de sustancias	0,637	42	0,000
Religión	0,879	42	0,000
V2: Sobrecarga subjetiva	0,922	42	0,007

Fuente: Elaboración propia

Regla de decisión: Si el nivel de significancia es menor o igual a 0,05 (probabilidad de rechazo de la H_0), la hipótesis nula será rechazada.

Si el nivel de significancia es mayor que 0,05 (probabilidad de rechazo de la H_0), la hipótesis nula no será rechazada.

Los resultados (Tabla 1) muestran que todas las variables analizadas presentaron valores de significancia inferiores a 0,05. En el caso de las estrategias de afrontamiento, se obtuvieron valores de significancia que oscilaron entre $p = 0.000$ y $p = 0.027$, mientras que la variable sobrecarga subjetiva registró un valor de $p = 0.007$. Estos resultados indican que ninguna de las variables evaluadas presentó un valor de p superior al 0,05.

En consecuencia, se rechazó la hipótesis nula de normalidad para las catorce estrategias de afrontamiento y para la variable sobrecarga subjetiva. Debido a ello, se optó por emplear el coeficiente de correlación Rho de Spearman, el cual resulta adecuado cuando las variables no cumplen el supuesto de normalidad.

4.4. Prueba de hipótesis.

(Responde al objetivo específico 3)

El objetivo específico 3 buscó analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga subjetiva. Para ello, se aplicó el coeficiente de correlación Rho de Spearman a cada una de las 14 subescalas de estrategias de afrontamiento. Este análisis se realizó con carácter exploratorio, con el propósito de identificar cuáles de las estrategias evaluadas presentaban asociaciones estadísticamente significativas con la sobrecarga subjetiva.

Tabla 1:
Correlaciones Rho de Spearman

Subescalas	V2: Sobrecarga subjetiva	
Apoyo social	Coeficiente de correlación	0,187
	Sig. (bilateral)	0,235
Afrontamiento activo	Coeficiente de correlación	0,470
	Sig. (bilateral)	0,002
Aceptación	Coeficiente de correlación	0,188
	Sig. (bilateral)	0,232
Auto distracción	Coeficiente de correlación	0,399
	Sig. (bilateral)	0,009
Negación	Coeficiente de correlación	0,249
	Sig. (bilateral)	0,112
Planificación	Coeficiente de correlación	0,437
	Sig. (bilateral)	0,004
Humor	Coeficiente de correlación	0,241
	Sig. (bilateral)	0,125
Autoinculpación	Coeficiente de correlación	0,442
	Sig. (bilateral)	0,003
Apoyo emocional	Coeficiente de correlación	0,291
	Sig. (bilateral)	0,062
Desconexión	Coeficiente de correlación	0,279
	Sig. (bilateral)	0,073
Desahogo	Coeficiente de correlación	0,490
	Sig. (bilateral)	0,001
Reevaluación positiva	Coeficiente de correlación	0,287
	Sig. (bilateral)	0,065
Uso de sustancias	Coeficiente de correlación	0,234
	Sig. (bilateral)	0,136
Religión	Coeficiente de correlación	0,196
	Sig. (bilateral)	0,215

Elaboración propia

La prueba de hipótesis fue analizar la relación entre variable sobrecarga subjetiva (V2) y cada una de las 14 subescalas de estrategias de afrontamiento de los cuidadores familiares de

pacientes adultos con diagnóstico oncológico, se aplicó el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

Planteamiento de la hipótesis:

H0: Las estrategias de afrontamiento no se relacionan con los niveles de sobrecarga subjetiva en cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico

H1: Las estrategias de afrontamiento se relacionan con los niveles de sobrecarga subjetiva en cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico

Regla de decisión: Si el nivel de significancia es menor o igual a 0,05 (probabilidad de rechazo de la H_0), la hipótesis nula será rechazada.

Si el nivel de significancia es mayor que 0,05 (probabilidad de rechazo de la H_0), la hipótesis nula no será rechazada.

Los resultados (Tabla 1) evidenciaron que cinco de las catorce subescalas de las estrategias evaluadas presentaron asociaciones estadísticamente significativas con la sobrecarga subjetiva ($p < 0,05$). De acuerdo con los criterios de Spearman (Tabla 2) todas de intensidad media y de dirección positiva: Desahogo ($\rho = 0,490$; $p = 0,001$), Afrontamiento activo ($\rho = 0,470$; $p = 0,002$), Autoinculpación ($\rho = 0,442$; $p = 0,003$), Planificación ($\rho = 0,437$; $p = 0,004$) y Auto distracción ($\rho = 0,399$; $p = 0,009$).

En contraste, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la sobrecarga subjetiva y las estrategias de apoyo social ($\rho = 0,187$; $p = 0,235$), aceptación ($\rho = 0,188$; $p = 0,232$), negación ($\rho = 0,249$; $p = 0,112$), humor ($\rho = 0,241$; $p = 0,125$), apoyo emocional ($\rho = 0,291$; $p = 0,062$), desconexión ($\rho = 0,279$; $p = 0,073$), reevaluación positiva ($\rho = 0,287$; $p = 0,065$), uso de sustancias ($\rho = 0,234$; $p = 0,136$) y religión ($\rho = 0,196$; $p = 0,215$), dado que sus niveles de significancia fueron superiores a 0,05.

Tabla 2:

RANGO	RELACIÓN
-0.91 a -1.00	Correlación negativa perfecta
-0.76 a -0.90	Correlación negativa muy fuerte
-0.51 a -0.75	Correlación negativa considerable
-0.11 a -0.50	Correlación negativa media
-0.01 a -0.10	Correlación negativa débil
0.00	No existe correlación
+0.01 a +0.10	Correlación positiva débil
+0.11 a +0.50	Correlación positiva media
+0.51 a +0.75	Correlación positiva considerable
+0.76 a +0.90	Correlación positiva muy fuerte
+0.91 a +1.00	Correlación positiva perfecta

Fuente: Elaboración propia, basada en Hernández Sampieri & Fernández Collado, 1998.

Decisión estadística: De acuerdo con los resultados obtenidos mediante la correlación Rho de Spearman, se observa que cinco estrategias de afrontamiento (afrontamiento activo, planificación, auto distracción, autoinculpación y desahogo) presentan asociaciones estadísticamente significativas con la sobrecarga subjetiva. Por tanto, se concluye que existe evidencia estadística que respalda la existencia de relaciones entre determinadas estrategias de afrontamiento y los niveles de sobrecarga percibida por los cuidadores.

En consecuencia, la hipótesis de investigación se acepta parcialmente, debido a que solo algunas estrategias mostraron relaciones estadísticamente significativas con la sobrecarga subjetiva. Sin embargo, no se verifica que existan estrategias asociadas a menores niveles de sobrecarga, dado que la totalidad de las correlaciones significativas fue de signo positivo.

Capítulo 5: DISCUSIÓN

Respecto del primer objetivo específico, orientado a caracterizar el perfil sociodemográfico y las condiciones de cuidado de la muestra, los resultados mostraron que estuvo conformada mayoritariamente por mujeres (78,57 %). Este hallazgo es coherente con lo reportado por Pacheco Barzallo et al. (2024), quienes señalan que, en los países que integran la Organización para la cooperación y el desarrollo económicos (OCDE) dos de cada tres cuidadores familiares son mujeres. Esta coincidencia refuerza la idea de que el rol de cuidado dentro del ámbito familiar continúa recayendo sobre la mujer, independientemente del contexto geográfico y sociocultural.

Con respecto a la edad de los participantes, el presente estudio demostró que el 64,29% de los cuidadores se ubicó en el rango más joven (18 a 36 años), mientras que en el estudio de Le Kim Tha y Aliswag (2025) la edad promedio fue de 46,9 años. Esta diferencia podría indicar que, en la muestra estudiada, el cuidado fue asumido en mayor medida por personas jóvenes del núcleo familiar, en lugar de recaer sobre cuidadores de mayor edad.

En cuanto al vínculo o parentesco con el paciente, los resultados determinaron que más del 50% de la muestra estuvo conformado por hijos e hijas (54,76%). Este perfil difiere parcialmente de lo hallado por Le Kim Tha y Aliswag (2025), quienes reportaron, en su muestra vietnamita, una proporción más equilibrada entre cónyuges (44,2%) e hijos (40%). Tal diferencia podría sugerir que, en la muestra estudiada, el cuidado familiar fue asumido en mayor medida por hijos e hijas que por las parejas de los pacientes.

En síntesis, los resultados permiten observar que, dentro de la muestra estudiada, el cuidado de pacientes oncológicos no recae exclusivamente en personas de mayor edad, sino también en individuos jóvenes, predominantemente mujeres, que asumen responsabilidades relacionadas con el acompañamiento y atención de familiares enfermos.

En cuanto al segundo objetivo específico, centrado en determinar los niveles de sobrecarga subjetiva e identificar las estrategias de afrontamiento predominantes, los resultados obtenidos mediante la escala de Zarit mostraron que el 54,76% de los participantes presentó sobrecarga

intensa, mientras que el 45,24% del total restante no evidenció sobrecarga. Estos resultados difieren notablemente de lo reportado por Hauché et al. (2025), quienes encontraron que el 79,7% de los cuidadores primarios en Buenos Aires no presentaba sobrecarga y solo el 1,6% de los cuidadores alcanzó un nivel de sobrecarga intensa. Está marcada diferencia en los resultados podría explicarse, en primer lugar, por la metodología de medición del instrumento de Zarit. El presente estudio utilizó la versión abreviada de Zarit (7 ítems), mientras que la investigación citada utilizó la versión original de 22 ítems, lo cual limita la comparación de los porcentajes obtenidos.

En relación con las estrategias de afrontamiento, los resultados de la investigación mostraron que las más utilizadas fueron la aceptación, el afrontamiento activo y la planificación. Por otro lado, las estrategias menos utilizadas en la muestra estudiada fueron la desconexión, el uso de sustancias, la autoinculpción y la negación. Estos hallazgos coinciden con la tendencia general observada por Le Kim Tha y Aliswag (2025), quienes indicaron que las estrategias adaptativas centradas en el problema (afrontamiento activo, planificación, apoyo social) fueron las más empleadas por los cuidadores, mientras que las estrategias disfuncionales (la auto distracción, el uso de sustancias, la desconexión conductual, la autoinculpción y el desahogo emocional) fueron las menos utilizadas.

En esa misma línea, Hauché et al. (2025) encontraron puntuaciones moderadas en la mayoría de las estrategias de afrontamiento evaluadas, mientras que el humor, la autoinculpción y el uso de sustancias presentaron puntuaciones bajas.

A pesar de haberse realizado en contextos diferentes y con muestras de distintos tamaños, los tres estudios muestran algunas coincidencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas. En las muestras analizadas, se recurrió con mayor frecuencia al afrontamiento activo, la aceptación y la planificación. A su vez, los mecanismos evitativos o desadaptativos fueron utilizados con menor frecuencia para afrontar las exigencias derivadas del cuidado.

Respecto del tercer objetivo específico, orientado a analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga subjetiva, los resultados mostraron que las estrategias de afrontamiento activo, planificación, auto distracción, autoinculpción y desahogo presentaron

asociaciones positivas y estadísticamente significativas con la sobrecarga subjetiva. En contraste, las estrategias de apoyo social, aceptación, negación, humor, apoyo emocional, desconexión, reevaluación positiva, uso de sustancias y religión no evidenciaron relaciones estadísticamente significativas con la variable sobrecarga.

En primer lugar, el desahogo fue la estrategia que mostró la asociación positiva más fuerte con la sobrecarga ($\rho = 0,490$). Este hallazgo resulta coherente con lo reportado por Villegas y Cassaretto (2024), quienes encontraron que enfocar y liberar emociones se relacionó con mayores niveles de sobrecarga en progenitores de niños con cáncer. En esa misma línea, Hauché et al. (2025), señalaron que el desahogo emocional se asociaba de manera directa con niveles más elevados de sobrecarga en cuidadores de personas con enfermedades crónicas o amenazantes para la vida. En ese sentido, los tres estudios coinciden en que una mayor utilización del desahogo emocional se encuentra asociada con niveles más elevados de sobrecarga.

En segundo lugar, autoinculpación y auto distracción presentaron una relación positiva significativa con la sobrecarga subjetiva. Dicho hallazgo difiere parcialmente de lo hallado por Hauché et al. (2025), quienes no encontraron asociaciones significativas entre la sobrecarga y estas dos estrategias mencionadas. Esta diferencia podría atribuirse a las condiciones particulares del paciente con diagnóstico oncológico, en contraste con personas que padecen otras patologías crónicas, que en algunos casos podrían intensificar sentimientos de autoinculpación en los cuidadores familiares o, en su defecto activar mecanismos de evasión ante la compleja situación del cuidado.

En tercer lugar, las estrategias de afrontamiento activo y planificación mostraron correlaciones positivas significativas con la sobrecarga subjetiva. Estos resultados difieren claramente de lo reportado por los tres autores citados en el presente estudio. Villegas y Cassaretto (2024) hallaron que determinadas estrategias orientadas a la resolución de problemas, como la planificación, se asociaron con menores niveles de carga. Por su parte, Hauché et al. (2025) encontraron que la planificación presentó una relación inversa con la sobrecarga, mientras que el afrontamiento activo no mostró una asociación significativa en ningún sentido. En esa misma

línea, Le Kim Tha y Aliswag (2025), señalaron que la estrategia de afrontamiento se asociaba con menores niveles de sobrecarga y con una mejor calidad de vida.

Una posible interpretación es que las situaciones de cuidado más exigentes podrían estar relacionadas simultáneamente con niveles más elevados de sobrecarga y con una utilización más frecuente del afrontamiento activo y la planificación. Sin embargo, debido al carácter correlacional y transversal de la investigación, no es posible establecer la dirección de esta relación.

No obstante, estos resultados deben interpretarse considerando las características de la muestra. La investigación contó con 42 participantes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, por lo que las asociaciones encontradas describen el comportamiento de las variables en la muestra estudiada y no permiten generalizar estadísticamente estos resultados a la totalidad de cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico de la República Argentina. En este sentido, las diferencias encontradas respecto de algunos antecedentes deben interpretarse con cuidado, ya que podrían estar relacionadas con las características particulares de la muestra y con las diferencias existentes entre los contextos estudiados.

Finalmente, cabe destacar que en la presente muestra ninguna de las 14 estrategias evaluadas se asoció de manera significativa con menores niveles de sobrecarga. Dicho hallazgo difiere de los tres antecedentes revisados, en los cuales al menos una estrategia o dimensión del afrontamiento presentó una asociación inversa con la sobrecarga, es decir, se vinculó con menores niveles de carga percibida. Asimismo, solo cinco estrategias mostraron asociaciones significativas, mientras que las demás no evidenciaron relaciones estadísticas relevantes. Por lo tanto, la hipótesis de investigación recibió respaldo parcial, ya que se comprobó que determinadas estrategias de afrontamiento se asocian con distintos niveles de sobrecarga subjetiva en los cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico.

Capítulo 6: LIMITACIÓN Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación presenta algunas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta al interpretar sus resultados. Estas no invalidan los hallazgos obtenidos, pero permiten reconocer el alcance de los resultados y los aspectos que sería importante continuar investigando.

En primer lugar, la muestra estuvo conformada por 42 cuidadores familiares y fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los participantes fueron convocados en la sala de espera del servicio de quimioterapia del Hospital Militar Central Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich y también mediante la difusión del cuestionario entre personas que se encontraban desempeñando el rol de cuidador familiar. Esta modalidad permitió acceder a la población estudiada, aunque limita la posibilidad de generalizar estadísticamente los resultados más allá del grupo evaluado y, en particular, al conjunto de cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico de la República Argentina.

A su vez, la mayoría de los participantes residía en la Provincia de Buenos Aires y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que la presencia de cuidadores de otras provincias fue menor. Por esta razón, los resultados reflejan principalmente la experiencia de quienes viven en estas zonas y no permiten conocer con la misma profundidad lo que ocurre en otras regiones del país, donde pueden variar el acceso a los servicios de salud, los recursos disponibles y las condiciones en las que se desarrolla el cuidado.

Otra limitación está relacionada con el diseño transversal de la investigación, ya que los datos fueron recolectados en un único momento. Esto permitió conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga subjetiva en la muestra estudiada, pero no observar si estas variables se modifican con el paso del tiempo o a medida que cambia la situación de salud del paciente.

También debe considerarse que la información fue obtenida mediante cuestionarios autoadministrados en formato digital. Por lo tanto, las respuestas dependieron de la percepción de cada participante y de la manera en que cada uno interpretó y respondió los ítems. Si bien esto

resulta adecuado para estudiar la sobrecarga subjetiva y las estrategias de afrontamiento, pueden existir aspectos de la experiencia del cuidador que no hayan quedado reflejados en las respuestas.

Por otra parte, la investigación se centró específicamente en la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga subjetiva. Aunque esto permitió analizar cada una de las estrategias del Brief COPE, quedaron por fuera otras variables que también podrían influir en la experiencia del cuidado, como el apoyo social, la calidad de vida, la convivencia con el paciente, la cantidad de horas dedicadas al cuidado, el momento del tratamiento oncológico y las características de la enfermedad.

En cuanto a los instrumentos, si bien tanto la Escala de Zarit abreviada para cuidados paliativos como el Brief COPE cuentan con antecedentes de evaluación psicométrica, no se contó con evidencia específica de validación en población argentina para las mismas versiones utilizadas en la presente investigación. En el caso de la Escala de Zarit, se identificaron antecedentes argentinos correspondientes a una versión diferente del instrumento, mientras que el antecedente utilizado para el Brief COPE corresponde a población española. Por este motivo, sería pertinente que futuras investigaciones profundicen el estudio de las propiedades psicométricas de estas versiones en población argentina.

Otra limitación metodológica se relaciona con la confiabilidad de los instrumentos. Si bien la Escala de Zarit abreviada presentó una adecuada consistencia interna en la muestra estudiada ($\alpha = 0,885$), no se calcularon índices de confiabilidad específicos para las subescalas del Brief COPE en la presente muestra. Esta ausencia debe considerarse al interpretar los resultados, especialmente debido a que cada subescala del instrumento está conformada por dos ítems. Futuras investigaciones podrían profundizar el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento en muestras de cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico.

A partir de estas limitaciones, sería importante que futuras investigaciones incluyeran muestras más amplias y con una mayor participación de cuidadores de distintas provincias y servicios de atención oncológica. Esto permitiría conocer si los resultados encontrados se presentan de manera similar en otros contextos del país.

También sería útil realizar estudios en los que los cuidadores sean evaluados en distintos momentos del proceso de enfermedad y tratamiento. De esta manera, podría observarse si las estrategias de afrontamiento y los niveles de sobrecarga se mantienen o cambian con el tiempo. Asimismo, futuras investigaciones podrían analizar la relación entre el tiempo desempeñando el rol de cuidador y los niveles de sobrecarga subjetiva, así como otras características vinculadas con las condiciones de cuidado. Esto permitiría profundizar en la influencia que la duración del rol puede tener sobre la experiencia de sobrecarga.

De manera específica, sería interesante profundizar en las estrategias que en esta investigación se relacionaron con mayores niveles de sobrecarga, como el afrontamiento activo, la planificación, la auto distracción, la autoinculpación y el desahogo. El uso de entrevistas u otras técnicas cualitativas podría ayudar a comprender con mayor profundidad en qué situaciones aparecen estas estrategias y por qué se vinculan con una mayor carga en la muestra estudiada.

Finalmente, los resultados obtenidos pueden servir como punto de partida para continuar investigando las necesidades de los cuidadores familiares de pacientes adultos con cáncer. Profundizar en esta población podría aportar información útil para pensar, a futuro, espacios de prevención, orientación y acompañamiento dirigidos a quienes desempeñan este rol.

Capítulo 7: CONCLUSIONES

Dado a lo visto, la presente investigación se propuso analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga subjetiva en cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico residentes en la República Argentina.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la aceptación, el afrontamiento activo y la planificación. En cambio, la desconexión, el uso de sustancias, la autoinculpación y la negación presentaron los puntajes más bajos. Sin embargo, uno de los resultados más importantes del estudio fue que algunas estrategias, como el afrontamiento activo y la planificación, se relacionaron con mayores niveles de sobrecarga.

Este hallazgo permite comprender que una estrategia no necesariamente resulta beneficiosa o perjudicial por sí misma. Su relación con la sobrecarga puede depender de la situación concreta, de la intensidad de las demandas y de los recursos con los que cuenta cada cuidador. En este sentido, también es posible que quienes atraviesan situaciones más exigentes necesiten recurrir con mayor frecuencia a distintas formas de afrontamiento.

La hipótesis fue aceptada parcialmente, ya que solo algunas estrategias mostraron relaciones estadísticamente significativas con la sobrecarga subjetiva. Además, todas las asociaciones significativas fueron positivas, por lo que no se encontraron estrategias relacionadas con menores niveles de carga percibida.

Estos resultados deben interpretarse considerando las características de la muestra, conformada por 42 participantes mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Por este motivo, los hallazgos no pueden generalizarse estadísticamente a la totalidad de cuidadores familiares de pacientes adultos con diagnóstico oncológico de la República Argentina.

Uno de los principales aportes de esta investigación fue analizar de manera individual las catorce estrategias del Brief COPE en cuidadores familiares de pacientes adultos con cáncer dentro del contexto argentino. Esto permitió observar que las formas de afrontar las demandas del cuidado son diversas y que no pueden comprenderse por fuera de la experiencia particular de cada persona.

Para futuras investigaciones, sería pertinente ampliar el tamaño de la muestra e incorporar cuidadores de distintas provincias y servicios de atención oncológica. Asimismo, sería útil realizar estudios longitudinales que permitan analizar cómo varían las estrategias de afrontamiento y los niveles de sobrecarga a lo largo del proceso de enfermedad y tratamiento. También sería de interés utilizar técnicas cualitativas para profundizar en las estrategias de afrontamiento que en esta investigación se relacionaron con mayores niveles de sobrecarga, así como analizar la influencia del tiempo desempeñando el rol de cuidador y de otras condiciones vinculadas con el cuidado.

Finalmente, los resultados muestran la importancia de reconocer al cuidador familiar no solo por las tareas que realiza, sino también por el impacto que este rol puede tener sobre su propia vida. Cuidar a un familiar con cáncer implica acompañar, sostener, organizar y responder de manera permanente a distintas necesidades. Por esta razón, resulta importante poder continuar investigando esta experiencia.

Capítulo 8: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arroyo Priego, E., Arana Ruiz, A. I., Garrido Blanco, R., & Crespo Montero, R. (2018). Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 21(3), 213–224. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842018000300002>
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Alianza.
- Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C., & Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile*, 137(5), 657–665. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Chong, E., Crowe, L., Mentor, K., Pandanaboyana, S., & Sharp, L. (2023). Systematic review of caregiver burden, unmet needs and quality-of-life among informal caregivers of patients with pancreatic cancer. *Supportive Care in Cancer*, 31, Article 74. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07468-7>
- Chou, K.-R., Chu, H., Tseng, C.-L., & Lu, R.-B. (2003). The measurement of caregiver burden. *Journal of Medical Sciences*, 23(2), 73–82.
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2010). El enfoque cognitivo-transaccional del estrés. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, (18), 1–6. <https://cetecic.com.ar/revista/el-enfoque-cognitivo-transaccional-del-estres/>
- Dethlefsen, T., & Dahlke, R. (2009). *La enfermedad como camino*. Plaza & Janés.
- Espinoza Miranda, K., & Jofré Aravena, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y Enfermería*, 18(2), 23–30.

- Gort, A. M., March, J., Gómez, X., de Miguel, M., Mazarico, S., & Ballesté, J. (2005). Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 124(17), 651–653.
<https://doi.org/10.1157/13074742>
- Hauché, R., Chiaramonte, A., Gago-Galvagno, L. G., & Dran, G. I. (2025). Sobrecarga, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en cuidadores primarios de pacientes crónicos. *Revista Iberoamericana ConCiencia*, 10(1), 42–60.
<https://doi.org/10.70298/ConCiencia.10-1.5>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Instituto Nacional del Cáncer. (s. f.-a). Enfermedad. *En Diccionario de cáncer del NCI*.
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/enfermedad>
- Instituto Nacional del Cáncer. (s. f.-b). *Tipos de tratamiento*.
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2023). *Estadísticas de cáncer en Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>
- Lázaro, R., & Esparza, M. (2020). Afrontamiento en cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(2), 801–816.
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/76181>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Le, K. T., & Aliswag, E. G. (2025). Caregiver burden, coping strategies, and quality of life among family caregivers of adult cancer patients: A multiple regression and mediation analysis in Southern Vietnam. *Journal of Nursing Science*, 8(5), 137–150.
<https://doi.org/10.54436/jns.2025.05.1098>

- Li, J., & Song, Y. (2019). Formal and informal care. En D. Gu & M. E. Dupre (Eds.), *Encyclopedia of gerontology and population aging* (pp. 1–8). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_847-1
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
- Luxardo, N. (2011). Morir en casa: *El cuidado en el hogar en el final de la vida*. Biblos.
- Mayorga-Lascano, M., & Peñaherrera-Ron, A. (2019). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos y cuidadores primarios. *Revista Griot*, 12(1), 16–30.
- Morán Astorga, C., Landero Hernández, R., & González Ramírez, M. T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543–552. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy9-2.capv>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Cáncer.
- Pacheco Barzal, D., Schnyder, A., Zanini, C., & Gemperli, A. (2024). Gender differences in family caregiving: Do female caregivers do more or undertake different tasks? *BMC Health Services Research*, 24, Article 730. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11191-w>
- Usai, M., Sguanci, M., De Benedictis, A., Piredda, M., & De Marinis, M. G. (2025). Caring for the informal caregivers: Systematic review of unmet needs in palliative care. *Nursing Open*, 12. <https://doi.org/10.1002/nop2.70343>
- Villegas Chávez, M., & Cassaretto Bardales, M. (2024). Sobrecarga, afrontamiento y soporte social en progenitores de niños con cáncer. *Psicooncología*, 21(1), 57–67. <https://doi.org/10.5209/psic.94812>
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

ANEXOS

Consentimiento informado:

Estimado/a participante:

El presente cuestionario forma parte de un proyecto de investigación para el Trabajo Final Integrador de la Licenciatura en Psicología de la Fundación Barceló. El estudio tiene como objetivo analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de sobrecarga subjetiva en cuidadores familiares de pacientes adultos oncológicos en la República Argentina.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted tiene el derecho de negarse a participar o de abandonar el cuestionario en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que esto le genere ninguna consecuencia negativa.

Las respuestas son estrictamente anónimas y confidenciales. No se solicitarán datos de identificación personal (como nombres, documentos o correos electrónicos). Los datos obtenidos serán analizados de manera global y estadística.

Tiempo estimado: Completar el formulario le tomará entre 5 y 7 minutos aproximadamente.

Contacto: Frente a cualquier duda o consulta, se puede comunicar con la estudiante a cargo al correo: martinagomez859@gmail.com

¿Presta su consentimiento voluntario para participar de este estudio y declara cumplir con la condición de ser cuidador/a familiar de un paciente adulto con diagnóstico de cáncer en Argentina?

Sí, acepto participar voluntariamente.

No acepto participar / No cumplo con los requisitos.

Datos sociodemográficos y del cuidado:

Cuidador: Persona que brinda asistencia, apoyo y cuidados, de forma continua o parcial, a un individuo que presenta limitaciones para valerse por sí mismo debido a una enfermedad, discapacidad o dependencia.

Edad del cuidador:

Género con el que se identifica:

Femenino
Masculino
Otro / Prefiero no decirlo

Provincia de residencia actual en Argentina:

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)
Provincia de Buenos Aires
Otra provincia

¿Cuál es su nivel educativo?:

Primario incompleto
Primario completo
Secundario incompleto
Secundario completo
Terciario incompleto
Terciario completo
Universitario incompleto
Universitario completo

Vínculo o parentesco con la persona a la que cuida:

Cónyuge / Pareja
Hijo / Hija
Hermano / Hermana
Otro familiar
Amigo / Vecino / Allegado
Vínculo laboral

¿Usted percibe alguna remuneración económica (pago o sueldo) por realizar las tareas de cuidado?

Sí
No

¿Cuál es su situación laboral?:

Trabaja a tiempo completo (de manera presencial o remota)
Trabaja a tiempo parcial
Desempleado/a
Jubilado/a / Pensionado/a
Dedicación exclusiva al hogar y al cuidado

Tiempo aproximado que lleva desempeñando el rol de cuidador/a de este familiar:

Menos de 3 meses
Entre 3 y 6 meses
Entre 6 meses y 1 año
Entre 1 y 3 años
Más de 3 años

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit abreviada (Caregiver Burden Interview).

A continuación, se presentan una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera. No existen respuestas correctas o incorrectas.

Con qué frecuencia...

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					

¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

Brief COPE-28

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras.

Marque el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse al problema. Siendo 0 "Nunca hago esto" y 3 "Hago siempre esto".

	0	1	2	3
Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.				
Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.				
Acepto la realidad de lo que ha sucedido.				

Recurso al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.				
Me digo a mí mismo "esto no es real".				
Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.				
Hago bromas sobre ello.				
Me critico a mí mismo.				
Consigo apoyo emocional de otros.				
Tomo medidas para intentar que la situación mejore.				
Renuncio a intentar ocuparme de ello.				
Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.				
Me niego a creer que haya sucedido.				
Intento verlo				

con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.				
Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.				
Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.				
Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.				
Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
Me río de la situación.				
Rezo o medito.				
Aprendo a vivir con ello.				
Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.				
Expreso mis sentimientos negativos.				
Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a				

superarlo.				
Renuncio al intento de hacer frente al problema.				
Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.				
Me echó la culpa de lo que ha sucedido.				
Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.				

Distribución de los ítems por subescalas del Brief COPE utilizada para el cálculo de los puntajes.

Estrategia	ítem	Punt.	ítem	Punt.	Total
Afrontamiento activo	2		10		
Planificación	6		26		
Apoyo emocional	9		17		
Apoyo social	1		28		
Religión	16		20		
Reevaluación positiva	14		18		
Aceptación	3		21		
Negación	5		13		
Humor	7		19		
Autodistracción	4		22		
Autoinculpación	8		27		
Desconexión	11		25		
Desahogo	12		23		
Uso de sustancias	15		24		

Fuente: Adaptado de Morán et al. (2010).

Software SPSS

Sin título1.sav [Componentes1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Número	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	EDAD	Númerico	24	0		Ninguno	Ninguno	24	Derecha	Escala	Entrada
2	GENERO	Númerico	17	0	Genero con el	(1. Masculi	Ninguno	17	Derecha	Nominal	Entrada
3	RESIDENCIA	Númerico	40	0	Provincia de re	(1. Provincia	Ninguno	67	Derecha	Nominal	Entrada
4	NIVEL_EDU	Númerico	40	0	Nivel educativo	(1. Primario	Ninguno	21	Derecha	Ordinal	Entrada
5	PARENTES	Númerico	40	0	Vinculo o paren	(1. Hijo / Hija	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	SITUACION	Númerico	40	0	Situación laboral	(1. Desempl	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	ROL_CUID	Númerico	40	0	Tiempo que de	(1. Menos d	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
8	EDAD_CUI	Númerico	8	0	Edad del cuida	(1. Menores	Ninguno	15	Derecha	Ordinal	Entrada
9	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
10	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
11	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
12	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
13	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
14	AFRONTA	Númerico	8	2	Afrontamiento a	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
15	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
16	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
17	ACEPTACION	Númerico	8	2	Aceptación	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
18	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
19	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
20	AUTOOST	Númerico	8	2	Autodistracción	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
21	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
22	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
23	NEGACION	Númerico	8	2	Negación	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
24	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
25	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
26	PLANIFICA	Númerico	8	2	Planificación	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
27	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
28	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
29	HUMOR	Númerico	8	2	Humor	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
30	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
31	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
32	AUTONICU	Númerico	8	2	Autoinculpación	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
33	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
34	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
35	APOYO_E	Númerico	8	2	Apoyo emocional	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
36	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
37	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
38	DESCONEX	Númerico	8	2	Desconexión	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
39	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
40	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
41	DESARROGO	Númerico	8	2	Desahogo	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
42	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
43	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
44	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
45	V1_SUBES	Númerico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ACTIVADO

Sin título1.sav [Componentes1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visite: 55 de 65 variables

	ED AD	GENERO	RESIDEN CIA	NIVEL_EDUCA TIVO	PARENT ESCO	SITUACI ON LAB ORAL	ROL_CUI DADOR	EDAD_CUIDADOR	V1_SUB ESCALA _1	V1_SUB ESCALA _2	APOYO_ SOCIAL	V1_SUB ESCALA _3	V1_SUB ESCALA _4	AFRONTA MIENTO	V1_SUB ESCALA _5	V1_SUB ESCALA _6	ACEPTA CION	V1_SUB ESCALA _7	V1_SUB ESCALA _8	AUTOOS TRACCIÓN	V1_SUB ESCALA _9	V1_SUB ESCALA _10	NEGACION
1	21	2	1	6	1	2	3		2	2.00	3.00	3	2.00	1.00	1.50	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00
2	26	2	1	6	1	2	3		2	2.00	3.00	3	2.00	1.00	1.50	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00
3	26	2	1	4	4	2	4		2	1.00	1.00	1	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
4	21	2	1	6	1	1	4		2	.00	.00	0	2.00	3.00	2.50	2.00	2.00	3.00	3.00	3.00	.00	.00	.00
5	42	2	1	7	1	3	5		3	.00	.00	0	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	.00	1.50	.00	.00	.00
6	25	1	1	7	1	3	5		2	.00	.00	0	1.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	.00	1.50	3.00	3.00	.00
7	25	2	2	7	2	3	3		2	3.00	3.00	3	3.00	3.00	3.00	3.00	2.50	2.00	1.00	1.50	.00	1.00	.00
8	40	1	1	4	3	3	5		3	.00	1.00	1	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	.00	.00
9	25	2	1	5	1	1	3		2	1.00	.00	1	3.00	3.00	3.00	1.00	3.00	2.00	.00	1.00	.00	1.00	.00
10	25	1	1	6	1	3	3		2	1.00	1.00	1	3.00	2.00	2.50	2.00	2.00	3.00	2.00	2.50	.00	.00	.00
11	67	2	2	2	3	4	4		4	3.00	3.00	3	2.00	3.00	2.50	3.00	3.00	3.00	.00	1.50	3.00	.00	.00
12	30	1	2	4	1	2	5		2	2.00	2.00	2	2.00	1.00	1.50	3.00	2.00	2.50	2.00	2.00	.00	.00	.00
13	29	2	1	2	1	3	5		2	1.00	1.00	1	1.00	2.00	1.50	2.00	3.00	2.50	1.00	1.00	.00	.00	.00
14	51	2	1	2	1	2	5		3	2.00	2.00	2	3.00	2.00	2.50	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	.00
15	33	1	2	3	1	2	2		2	.00	1.00	1	3.00	1.00	2.00	3.00	3.00	.00	1.00	.50	1.00	1.00	.00
16	25	2	1	6	4	3	3		2	2.00	2.00	2	2.00	1.00	1.50	1.00	3.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	.00
17	28	2	1	2	1	3	5		2	3.00	3.00	3	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	1.00	2.00	3.00	3.00	.00
18	26	2	1	4	1	2	3		2	3.00	1.00	2	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	.00	1.50	.00	.00	.00
19	21	2	1	6	1	1	3		2	1.00	2.00	2	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.50	3.00	2.50	1.00	1.00	.00
20	28	2	1	7	1	3	3		2	3.00	3.00	3	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	1.50	2.00	2.00	2.00	.00
21	23	2	1	6	4	2	3		2	1.00	1.00	1	3.00	3.00	3.00	.00	1.00	.50	.00	.00	.00	.00	.00
22	30	2	2	6	4	2	2		2	3.00	3.00	3	3.00	2.00	2.50	3.00	3.00	2.00	1.00	1.50	1.00	1.00	.00
23	24	2	1	3	4	2	3		2	2.00	2.00	2	2.00	3.00	2.50	2.00	3.00	2.50	3.00	3.00	1.00	2.00	.00
24	35	2	1	4	1	2	3		2	.00	2.00	1	.00	1.00	.50	3.00	2.00	2.50	3.00	.00	1.50	3.00	3.00
25	44	2	1	7	1	3	5		3	1.00	3.00	2	.00	2.00	1.00	1.00	2.00	1.50	2.00	3.00	2.50	.00	.00
26	51	2	3	2	4	1	3		3	.00	.00	0	.00	.00	.00	.00	2.00	1.00	3.00	2.00	2.50	.00	.00
27	30	2	2	2	4	2	3		2	1.00	3.00	2	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	1.50	1.00	2.00	1.50	1.00	.00
28	65	1	1	2	4	2	4		4	3.00	3.00	3	.00	2.00	1.00	2.00	.00	1.00	.00	.00	.00	.00	.00
29	25	2	1	6	4	3	2		2	3.00	3.00	3	3.00	1.00	2.00	2.00	3.00	2.50	3.00	1.00	2.00	.00	.00
30	30	2	1	6	1	2	3		2	1.00	2.00	2	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.50	2.00	1.00	1.50	.00	.00
31	53	2	1	2	3	1	5		3	.00	2.00	1	.00	2.00	1.00	.00	2.00	1.00	.00	2.00	1.00	.00	2.00
32	62	2	1	7	3	2	4		4	2.00	1.00	2	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.50	2.00	1.00	.00
33	26	1	1	5	4	3	5		2	1.00	1.00	1	.00	.00	.00	1.00	2.00	1.50	1.00	1.00	1.00	.00	.00
34	27	2	3	7	1	1	4		2	2.00	2.00	2	1.00	2.00	1.50	1.00	1.00	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	.00
35	19	2	3	6	1	2	1		2	2.00	3.00	3	2.00	3.00	2.50	2.00	3.00	2.50	3.00	2.50	1.00	1.00	.00
36	76	2	1	2	3	4	5		4	3.00	.00	2	.00	3.00	1.50	.00	3.00	1.50	.00	.00	.00	.00	3.00
37	49	1	1	2	3	3	1		3	1.00	.00	1	.00	1.00	.50	3.00	3.00	.00	.00	.00	.00	1.00	.00
38	38	2	2	7	3	3	3		3	3.00	3.00	3	3.00	3.00	3.00	1.00	2.00	1.50	.00	2.00	1.00	1.00	1.00

Vista de datos Vista de variables

Seleccionar casos

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ACTIVADO



Unibailaw [Conjuntos de datos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 55 de 55 variables

	3 A	V1_SUB ESCALA _17	APOYO EMOIO NAL	V1_SUB ESCALA _11	V1_SUB ESCALA _25	DESCON EXIÓN	V1_SUB ESCALA _12	V1_SUB ESCALA _23	DESAHO GO	V1_SUB ESCALA _14	V1_SUB ESCALA _18	REVALU ACIÓN P OSITIVA	V1_SUB ESCALA _15	V1_SUB ESCALA _24	USO_SU STANCIA S	V1_SUB ESCALA _16	V1_SUB ESCALA _20	RELIGIO N	TOTAL_V 1	TOTAL_V 2	D1	ESTRATEGIAS	SOBRECARGA
1	10	1.00	1.00	.00	.00	.00	.00	2.00	1.00	.00	1.00	.50	.00	.00	.00	.00	2.00	1.00	.75	18.00	1	1	2
2	10	3.00	3.00	1.00	.00	.50	1.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	.00	.00	.00	3.00	3.00	3.00	1.61	21.00	2	2	2
3	10	2.00	1.50	.00	.00	.00	.00	1.00	.50	1.00	2.00	1.50	.00	.00	.00	2.00	2.00	2.00	1.07	12.00	2	2	1
4	10	.00	.00	.00	.00	.00	2.00	.00	1.00	2.00	3.00	2.50	.00	.00	.00	2.00	.00	1.00	1.18	15.00	1	2	1
5	10	.00	1.60	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	1.00	.50	.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	.90	23.00	1	1	2
6	10	.00	.00	.00	3.00	1.50	.00	3.00	1.50	2.00	.00	1.00	3.00	3.00	3.00	.00	1.00	.50	1.39	12.00	1	2	1
7	10	2.00	2.00	1.00	.00	.50	1.00	2.00	1.50	2.00	2.00	2.00	.00	.00	.00	1.00	2.00	1.50	1.71	10.00	3	2	1
8	10	1.00	1.00	.00	.00	.00	1.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.46	14.00	1	2	1
9	10	.00	.00	.00	.00	.00	2.00	3.00	2.50	3.00	3.00	3.00	.00	.00	.00	1.00	2.00	1.50	1.29	22.00	1	2	2
10	10	.00	.50	1.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	3.00	2.00	2.50	.00	.00	.00	1.00	3.00	2.00	1.32	21.00	2	2	2
11	10	2.00	1.00	2.00	.00	1.00	3.00	2.00	2.50	3.00	3.00	3.00	.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	1.71	27.00	3	2	2
12	10	2.00	2.00	1.00	.00	.50	.00	1.00	.50	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	.50	1.11	16.00	2	2	1
13	10	2.00	2.00	.00	.00	.00	.00	1.00	.50	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.50	.00	.00	.00	1.14	17.00	2	2	2
14	10	.00	.50	.00	.00	.00	.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	1.04	8.00	2	2	1
15	10	1.00	1.00	.00	.00	.00	1.00	2.00	1.50	1.00	2.00	1.50	.00	.00	.00	3.00	3.00	3.00	1.18	7.00	1	2	1
16	10	2.00	1.50	.00	.00	.00	1.00	2.00	1.50	2.00	2.00	2.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	1.32	21.00	2	2	2
17	10	3.00	3.00	3.00	.00	1.50	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.68	26.00	3	2	2
18	10	1.00	1.00	.00	.00	.00	.00	1.00	.50	3.00	.00	1.50	1.00	1.00	1.00	1.00	3.00	2.00	1.29	21.00	2	2	2
19	10	2.00	2.50	.00	.00	.00	1.00	.00	.50	2.00	3.00	2.50	.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	1.50	26.00	2	2	2
20	10	2.00	2.00	.00	.00	.00	.00	1.00	.50	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	1.36	21.00	3	2	2
21	10	.00	.00	.00	1.00	.50	1.00	.00	.50	2.00	.00	1.00	.00	.00	.00	2.00	2.00	2.00	.89	17.00	2	1	2
22	10	3.00	3.00	2.00	.00	1.00	2.00	2.00	2.00	3.00	3.00	3.00	1.00	2.00	1.50	.00	.00	.00	1.71	20.00	3	2	2
23	10	3.00	2.50	1.00	2.00	1.50	2.00	1.00	1.50	2.00	3.00	2.50	.00	.00	.00	2.00	3.00	2.50	1.89	21.00	2	2	2
24	10	.00	1.00	.00	3.00	1.50	.00	1.00	.50	3.00	.00	1.50	3.00	3.00	3.00	1.00	.00	.50	1.39	11.00	2	2	1
25	10	2.00	1.00	2.00	.00	1.00	1.00	.00	.50	2.00	2.00	2.00	.00	.00	.00	2.00	2.00	2.00	1.21	8.00	2	2	1
26	10	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.32	11.00	1	1	1
27	10	3.00	1.50	.00	.00	.00	.00	2.00	1.00	1.00	2.00	1.50	.00	.00	.00	.00	2.00	1.00	.96	7.00	2	1	1
28	10	2.00	2.50	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2.00	.00	1.00	.00	.00	.00	.00	2.00	1.00	.79	9.00	3	1	1
29	10	3.00	3.00	.00	.00	.00	.00	1.00	.50	.00	1.00	.50	.00	.00	.00	3.00	3.00	3.00	1.61	12.00	3	2	1
30	10	1.00	1.50	1.00	.00	.50	2.00	1.00	1.50	2.00	1.00	1.50	1.00	.00	.50	.00	1.00	.50	1.14	22.00	2	2	2
31	10	2.00	2.00	.00	2.00	1.00	.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	.00	.00	.00	.00	2.00	1.00	1.00	7.00	2	2	1
32	10	.00	.50	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.50	1.00	2.00	1.50	.00	.00	.00	.00	1.00	.50	1.50	28.00	2	2	2
33	10	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.43	8.00	2	1	1
34	10	1.00	1.50	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.50	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	1.50	1.54	25.00	2	2	2
35	10	3.00	2.50	.00	.00	.00	1.00	3.00	2.00	2.00	.00	1.00	1.00	1.00	1.00	3.00	3.00	3.00	1.93	20.00	2	2	2
36	10	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	3.00	.00	1.50	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.64	8.00	2	1	1
37	10	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	1.00	2.00	1.50	.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	.71	9.00	1	1	1
38	10	3.00	3.00	.00	.00	.00	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	.00	.00	.00	3.00	3.00	3.00	1.89	28.00	3	2	2

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Uniscode ACTIVADO