



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

ESTRÉS PARENTAL Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

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

DENISSE PINEDA GONZALES

CECILIA CHAU PÉREZ-ARANIBAR

Asesora

Lima - 2012



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a mi familia por haberme motivado día a día a querer mejorar en todos los ámbitos de mi vida, sé que sin el apoyo incondicional que siempre me han brindado hoy no sería lo que soy. En especial quiero dar las gracias a la autora de mis días porque con su ejemplo me ha enseñado que no existen imposibles y que si bien podemos cometer errores, éstos únicamente nos ayudan a ser mejores, gracias por nunca dejar de fastidiar para que alcancemos nuestros objetivos.

Por otro lado, quería dar las gracias a Cecilia Chau por toda la paciencia y empuje que me ha brindado durante este largo camino, estoy segura que si no fuera por tu supervisión y tus aportes no hubiera culminado este proyecto. De igual modo, gracias a Doris Argumedo por guiarme en los inicios de este trabajo ya que fue esa mirada crítica la que me permitió delimitar con claridad qué era lo que deseaba conseguir y cómo abordarlo. También quiero agradecer a Arturo Calderón y Manuel Lama quienes con mucha paciencia me ayudaron a entender un terreno para mi incomprensible como lo es la estadística. Finalmente, quiero agradecer a Magaly Nóbrega por la última revisión a este trabajo y sus valiosas observaciones.

Esta investigación no hubiese sido posible si no hubiera contado con el apoyo del Instituto para el Desarrollo Infantil – ARIE, en especial del servicio de psicología, quienes no solo me acogieron durante mi internado y me permitieron acceder a la muestra, sino que además me brindaron una sincera amistad la cual valoro y mantengo hasta el día de hoy. En especial quiero agradecer a Patricia Tori y Janeth Alvarado quienes diariamente me enseñan cómo ser una mejor persona.

No puedo dejar de agradecer a los padres que han participado en esta investigación gracias por su gran disposición y por enseñarme que el amor de padres no tiene límites.



RESUMEN

El objetivo de esta investigación es describir y analizar la relación entre los niveles de estrés parental y los estilos/estrategias de afrontamiento en padres de niños y niñas con trastorno del espectro autista (TEA), así como su relación según ciertos datos sociodemográficos. La muestra estuvo conformada por 58 padres de familia cuyos hijos acudían a uno de los cinco módulos de una institución para el desarrollo infantil. Ellos completaron un cuestionario para medir el estrés parental (PSI-SF) y otro para identificar los estilos y estrategias de afrontamiento más empleados (COPE). Se encontraron altos niveles de estrés parental tanto en la escala total como en sus tres dominios. El dominio malestar paterno correlacionó de manera positiva con las estrategias supresión de actividades competentes, desenganche conductual y negación; mientras que la correlación fue negativa con la estrategia búsqueda de apoyo social por razones emocionales. Por otro lado, el dominio interacción disfuncional padres-hijo correlacionó positivamente con la estrategia desenganche conductual y de manera negativa con la estrategia aceptación. Finalmente, el dominio estrés derivado del cuidado del niño se observó una correlación positiva con la estrategia desenganche conductual y negación, pero una correlación negativa con búsqueda de apoyo social por razones instrumentales. Finalmente, se encontraron diferencias significativas tanto en los niveles de estrés parental como en los estilos de afrontamiento según el módulo al que asisten los participantes. Así quienes acuden a San Juan de Miraflores reportan menores niveles de estrés parental y emplean en mayor medida los estilos de afrontamiento orientados a la emoción y al problema al ser comparados con los otros cuatro módulos.

Palabras clave: estrés parental, estilos/estrategias de afrontamiento, trastorno de espectro autista

ABSTRACT

The objective of this research is to describe and analyze the relationship between parental stress levels and styles/strategies of coping in parents of children with autism spectrum disorder (ASD) and their relationship according to some sociodemographic data. The sample consisted of 58 parents whose children went to one of the five modules of an institution for child development. They completed a questionnaire to measure parental stress (PSI-SF) and another to identify the coping styles and strategies more employees (COPE). We found high levels of parental stress in both the total scale and its three domains. The parental distress domain correlated positively with suppression strategies relevant activities, behavioral disengagement and denial, while the correlation was negative with the strategy seeking social support for emotional reasons. On the other hand, the domain dysfunctional parent-child interaction positively correlated with behavioral disengagement strategy and negatively with the acceptance strategy. Finally, the domain related stress of child care was a positive correlation with behavioral disengagement and denial strategy, but negatively correlated with seeking social support for instrumental reasons. Finally, we found significant differences in the levels of parental stress and coping styles according to the module that the participants were attending. So those who go to San Juan de Miraflores reported lower levels of parental stress and further used coping styles focused on the emotion and the problem when compared with the other four modules.

Key words: parental stress, coping styles/strategies, autism spectrum disorder



Tabla de contenidos

Introducción.....	1
Método.....	13
Participantes.....	13
Medición.....	14
Procedimiento.....	18
Resultados.....	21
Discusión.....	27
Referencias.....	33
Anexos.....	41



Introducción

El primer autor en describir el cuadro del trastorno autista fue Leo Kanner en un artículo publicado el año 1943. En este documento Kanner listaba una serie de características presentes en los niños con autismo: *la extrema soledad autista* (aislamiento social), *el deseo angustiosamente obsesivo de invarianza* (intolerancia al cambio), *una memoria de repetición excelente, ecolalia demorada, hipersensibilidad a los estímulos* (ruidos u objetos), *limitaciones en la variante de la actividad espontánea, buen potencial cognitivo y familias de gran inteligencia* (Happé, 2007). Sin embargo, en el año 1956, los autores Kanner y Eisenberg reconocieron que los síntomas principales y definitorios para el diagnóstico del autismo se relacionaban con el aislamiento social, la intolerancia al cambio, la insistencia por la rutina y ausencia de la función comunicativa del lenguaje (Happé, 2007; Webb & Jones, 2009; Wenar & Kerig, 2000).

En la actualidad, se cuenta con dos sistemas oficiales de clasificación diagnóstica, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, en su décima revisión (CIE-10). Si bien ambos sistemas concuerdan con incluir al autismo dentro del acápite Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), ambos difieren en las especificaciones de las variantes de éste (Wing & Potter, 1999).

En respuesta a las dificultades para la delimitación del autismo, diversos autores han optado por considerarlo como un trastorno multiforme. De este modo, Wing desde el año 1988 consideró conveniente referirse al cuadro como “espectro autista” (Happé, 2007); ello implica que una persona con este diagnóstico evidencia una marcada dificultad para sociabilizar, comunicarse y controlar sus conductas; sin embargo, la intensidad de los síntomas dejan de ser relevante pues forman parte de un continuo (Calle & Utria, 2004; Happé, 2007; López & Cajal, 2007; Wing, 1997).

De esta manera, diversas investigaciones coinciden que el área de desarrollo más alterada en un niño con trastorno del espectro autista (TEA) es el área social (APA, 2002; Hastings, Kovshoff, Ward, degli Espinosa, Brown & Remington, 2005). Así se percibe en las personas con dicho trastorno una marcada incapacidad para establecer contacto afectivo con quienes los rodean, tendiendo a permanecer aislados. Estas dificultades se observan también en sus comportamientos de apego ya que son diferentes en comparación a los niños de desarrollo típico y presentan deficiencias el establecimiento de la reciprocidad social y emocional (Volkmar, Chawarska & Klin, 2005). Por ello, las personas con este diagnóstico en lugar de interesarse por interactuar con otras personas, tienden a “cosificarlas”; atribuyéndoles cualidad de objeto y mostrándose más motivados por lo que

pueden recibir a través de ellas en lugar de interesarse por el vínculo en sí mismo (Charman, 2005; Happé, 2007; Rodríguez, 2002; Wenar & Kering, 2000). Sin embargo, es importante resaltar que cuando estas personas son adultas pueden ser capaces de entablar relaciones de amistad y estar interesados en ellas, a pesar de que no logran comprender las convenciones sociales (APA, 2002; Wenar & Keing, 2000).

Con el afán de explicar estas dificultades en el desarrollo de sus habilidades sociales surge la *Teoría de la Mente*. En ella se sugiere que las principales alteraciones en el autismo provienen de una falta innata de respuesta a estímulos sociales, las cuales generan problemas sociales y cognitivos. Para validar esta afirmación se han realizado investigaciones en donde se muestra que los niños con TEA presentan menores posibilidades para imitar las acciones de los demás, seguir la mirada, apuntar con el dedo a los otros, iniciar una mirada compartida y realizar juegos típicos (Sigman, Spence & Wang, 2006). Del mismo modo, estos niños evidencian dificultades para el reconocimiento de emociones en rostros humanos en especial para realizar la asociación entre las expresiones faciales y la emoción (Sigman et al., 2006; Volkmar et al., 2005). Estas afirmaciones se ven respaldadas por el avance en las técnicas de imagen cerebral, ya que mediante neuroimágenes se ha encontrado una cadena de regiones cerebrales (córtex prefrontal medial, surco temporal superior y los polos temporales) las cuales están asociadas con la capacidad de la persona para hacer representaciones mentales de los otros. Así se han descubierto anomalías en la activación del córtex prefrontal medial, en el surco temporal superior, en los sistemas neurales, en el procesamiento de la voz, así como una reducida actividad en el giro fusiforme (Happé, 2007; Sigman et al., 2006).

Por otro lado, la comunicación es otra de las áreas del desarrollo más afectadas en el trastorno del espectro autista. Dentro de las alteraciones en el lenguaje verbal, se encuentran dificultades en la comunicación intencional activa y espontánea, obstaculizando la capacidad para iniciar o sostener una conversación. Del mismo modo, estas personas suelen emplear estructuras gramaticales básicas y rudimentarias que no corresponden a su edad de desarrollo. Además, su discurso suele ser estereotipado y repetitivo (ecolalias), emplean un uso idiosincrásico de las palabras o neologismos, presentan inversión nominal (decir "tu" por "yo") y les cuesta emplear el pronombre en primera persona singular tendiendo a referirse a sí mismo en tercera persona; todo esto acompañado con alteraciones en la prosodia: entonación, volumen y ritmo. Por lo antes mencionado y por los retrasos en la comprensión del lenguaje los niños generan trastornos en la pragmática, la cual justamente representa el uso social del lenguaje (APA, 2002; Happé, 2007).

Respecto al lenguaje no verbal, éste también suele encontrarse alterado dado que se observan discordancias con el lenguaje verbal. Por otro lado, también son notorias las

dificultades en las personas con espectro autista para el uso de conductas no verbales como el contacto visual, la expresión facial (muecas, tics) e inclusive se aprecian conductas auto estimulatorias (aleteos o balanceo) y anomalías posturales cuya única función aparente es la de satisfacer sensorialmente al niño (APA, 2002; Happé, 2007; Wenar & Kering, 2000).

Finalmente, en personas con TEA se suelen observar ciertas alteraciones a nivel cognitivo ya que tienden a presentar un pensamiento rígido. Esto respondería a que en estos niños se evidencian deficiencias en las funciones ejecutivas. Por ello, les cuesta dirigir y compartir la atención, crear estrategias de comportamiento, realizar cambios de tema y encontrar soluciones a diversas tareas, pues para esto requieren de flexibilidad cognitiva (Happé, 2007; Sigman, et al., 2006). Además, esta dificultad en sus funciones ejecutivas afecta la capacidad para adaptarse a nuevas situaciones, por lo que estos niños prefieren el establecimiento de rutinas o rituales no funcionales. De esta manera, algunos niños pueden mostrarse hipersensibles al cambio, los cuales podrían desencadenar reacciones desproporcionadas como conductas inadecuadas tales como rabietas u agresiones hacia ellos o a los demás (APA, 2002; Happé, 2007; Volkmar et al., 2005). Como respaldo biológico a esta afirmación se ha descubierto en estas personas una reducida actividad de la corteza prefrontal dorsolateral, lo que generaría deficiencias en el trabajo de la memoria y funcionamiento ejecutivo. Sin embargo, debido a que esta misma alteración se presenta en otros trastornos como en el déficit de atención y la esquizofrenia no puede ser atribuida sólo al autismo (Sigman et al., 2006).

Existe otra teoría que busca explicar la rigidez cognitiva en los niños con trastorno del espectro autista, pero dándole un enfoque positivista a dicha alteración. Así la teoría de la *coherencia central* afirma que el proceso de percepción en estos niños es fragmentaria y literal. Por ello, suelen centrarse en algún tema o detalle específico volviéndose expertos en el ello pero dejando de lado el contexto global de la situación. Una vez más las neuroimágenes permiten corroborar esta afirmación puesto que se ha descubierto que las personas con espectro autista generan mayor actividad en las regiones ventral occipitotemporal, lo que les lleva a realizar las actividades de modo fragmentario, imposibilitando un desarrollo integral de éstas (Sigman et al., 2006).

Debido a la severidad de los síntomas descritos líneas anteriores, diversas investigaciones buscan indagar acerca de las causas que generan la presencia del trastorno del espectro autista; sin embargo, hasta la actualidad dicha tarea no ha podido ser concluida debido a la complejidad del trastorno. A pesar de ello, una de las causas más aceptadas y validadas en el ámbito científico es la herencia puesto que el autismo cuenta con una fuerte carga genética. (Charman, 2005; Howlin, 2006; Levy, Mandell & Schults,

2009; Sigman et al., 2006). Así mediante investigaciones realizadas a gemelos idénticos se ha encontrado que si uno de los hermanos evidencia dicho diagnóstico, la probabilidad de que su gemelo (monocigótico) presente el mismo trastorno se ubica entre el 60 y 90%, diferenciándose de la pareja de hermanos mellizos (dicigóticos) que alcanza únicamente un 10% (Levy et al., 2009). Asimismo, se ha descubierto que el trastorno presenta una predisposición poligenética debido a que se ven involucrados en él diversos genes (entre 2 a 100 genes) (Howlin, 2006; Irrarázaval, Brokering & Murillo, 2005; Klauck, 2006; Levy et al., 2009; Sigman et al., 2009).

Por otro lado, a raíz de los avances en las técnicas de imagen cerebral, ciertos investigadores señalan que las causas del TEA se encuentran vinculadas con alteraciones a nivel estructural. Ello responde a los hallazgos de fallas en ciertas regiones del cerebro en los pacientes, tales como el sistema límbico (amígdala cerebral e hipocampo), el cerebelo, la corteza cerebral, los cuerpos mamilares, el giro fusiforme y en algunos casos anomalías en los patrones de crecimiento del cerebro (en especial en los lóbulos frontal y temporal) (Howlin, 2006; Levy et al., 2009). La relevancia de estos descubrimientos se encuentra en que dichas partes del cerebro son las responsables del adecuado desarrollo de las habilidades sociales, de comunicación y la presencia de conductas repetitivas (Levy et al., 2009). Otros estudios refieren que el autismo podría estar relacionado con alteraciones en la producción de ciertos neurotransmisores como la serotonina (5-hidroxitriptamina, o 5-HT), ya que se reportó que entre el 25 y 50% de los individuos con autismo evidenciaban altos niveles de 5-HT en sus plaquetas de sangre (Howlin, 2006). Dicho neurotransmisor ejerce un rol importante en el sistema nervioso central debido a que se le atribuye la capacidad de controlar ciertos estados anímicos y conductas como el enfado, el humor y la agresión; inclusive se considera que la serotonina es responsable de las necesidades más primarias de los seres humanos y animales como el apetito, el sueño y la sexualidad. Esto aunado al hecho de que este neurotransmisor está relacionado con la inervación de áreas límbicas involucradas en el desarrollo de la expresión del afecto y de las conductas sociales es motivo suficiente para que los investigadores ahonden en este tema. Es así que a pesar de que se reconoce que la serotonina es un factor biológico importante en el desarrollo del trastorno, aún no se ha identificado el mecanismo por el cual se genera esta alteración y su relación con las anomalías cerebrales (Belmonte, Cook, Anderson, Rubenstein, Greenough, Berckel-Mitchener, Courchesne, Boulanger, Powell, Levitt, Perry, Jiang, DeLorey & Tierney, 2004).

Una última postura respecto a la etiología del espectro autismo se vincula con factores ambientales, ya sean agentes infecciosos (exposición a mercurio o la aplicación de inyecciones con thimerosal) o complicaciones en el parto; no obstante, dichas afirmaciones

no han sido debidamente respaldadas por la comunidad científica (Baker, 2008; Sigman et al., 2006).

Como se logra apreciar los niños que presentan TEA evidencian síntomas que afectan su desarrollo y que por consiguiente requieren de mayores atenciones, lo cual influye directamente en la dinámica familiar (Hamlyn-Wright, Draghi-Lorenz & Ellis, 2007). La crianza de los hijos tengan o no algún tipo de limitación es considerado como uno de los escenarios más recurrentes en donde se presentan diversos problemas y tensiones diarias que podrían propiciar estrés en los miembros de la familia (Östberg & Hagekull, 2000). Si bien el estrés es considerado como una respuesta adaptativa producida por una serie de demandas inusuales o excesivas que “amenazan” el bienestar de una persona (Ramos & Sandín, 1995). La valoración o evaluación de esta situación dependerá de cuán capaz se perciba la persona para manejarla: por ello, la reacción al estrés se da en función del tipo de pensamiento evaluativo, más que el evento en sí. De esta manera, un hecho puede ser percibido por los individuos como una dificultad o un desafío (Lazarus & Folkman, 1986; Ramos & Sandín, 1995; Sarason & Sarason, 1996). Cuando estas dificultades se encuentran vinculadas con las habilidades de los padres para hacerse cargo de sus roles como tales se habla de estrés parental; así cuando el tipo de evaluación realizado por el padre respecto un problema familiar es negativo, repercutirá en sus funciones como tal y por ende en la percepción que tiene acerca de su propio desempeño (capacidad para la resolución de problemas, rol de cuidador y vínculo con su hijo) (Auad, 2009; Webster-Stratton, 1990). En respuesta a esto el estrés parental es considerado como uno de los factores que influyen de manera más significativa en el comportamiento de los padres y es una variable importante para la disfunción en la crianza de los hijos (Abidin, 1992; Östberg & Hagekull, 2000).

Con respecto a ello, Belsky (1984) considera que la presencia del estrés parental dependerá de tres factores: los recursos psicológicos de cada padre (ej. personalidad, actitudes hacia la crianza), las características del niño (ej. temperamento, edad, género) y el contexto de las fuentes de estrés y apoyo. Dentro de su propuesta, el autor refiere que la principal fuente de soporte para contrarrestar el estrés en los padres es la relación matrimonial. En cambio Webster-Stratton (1990) propuso como determinantes del estrés parental a factores extramatrimoniales (bajo nivel socioeconómico, desempleo, eventos estresantes y dificultades diarias), los estresores entre la pareja (padre soltero, separación y divorcio), las características del niño (dificultad del temperamento y problemas de conducta), factores mediadores (características psicológicas de los padres, relaciones sexuales y el consumo de drogas), el bienestar psicológico de los padres y el soporte social. Mientras que Abidin (1992) presenta un nuevo modelo de función parental, dando el

protagonismo a los componentes de la personalidad de los padres y restándole relevancia a los factores ambientales; de esta manera, se describe como rol parental al conjunto de creencias y expectativas acerca de uno mismo que funciona de moderador ante los eventos que se presenten. Así cada padre desarrolla un modelo de trabajo interno de sí mismo en su rol como tal, el cual es creado por su historia afectiva y por sus expectativas a futuro; este modelo intervendrá en el proceso de evaluación (positiva o negativa) de una situación. Por lo tanto, el estrés parental es el resultado negativo de una serie de evaluaciones hechas por el mismo padre acerca de su nivel de compromiso como cuidador, teniendo un papel preponderante en este proceso sus creencias parentales.

Como se ha podido apreciar la crianza de un hijo suele llevar a los padres a enfrentar diversas dificultades; sin embargo, la presencia de un hijo con trastorno del espectro autista despierta en sus cuidadores mayores niveles de estrés en comparación con niños que no presentan ningún diagnóstico mental o físico (Hoffman, Sweeney, Hodge, Lopez-Wagner & Looney, 2009). Además, al comparar la evaluación que realizan los padres acerca de la crianza de sus hijos, se observa que los padres de niños con síndrome de Down reportan menores dificultades que los padres de niños con TEA (Hoppes & Harris, 1990; Rodrigue, Morgan & Geffken, 1990); inclusive se ha encontrado en estos últimos padres la presencia de altos niveles de depresión y ansiedad (Hamlyn-Wright et al., 2007; Yamada, Suzuki, Kato, Suzuki, Tanaka, Shindo, Taketani, Akechi & Furukawa, 2007). En respuesta a esto se observa que las madres de niños con TEA emplean mayores estrategias de afrontamiento que aquellas que tienen hijos con síndrome de Down (Rodrigue et al., 1990); no obstante, estas parecen no ser muy eficaces (Hamlyn-Wright et al., 2007).

Se han realizado investigaciones para identificar qué característica del niño influye más en la presencia del estrés parental. Algunos consideran que son las dificultades en el establecimiento del vínculo entre la madre y el niño, ya que estos niños tienden a desarrollar menor cercanía emocional (Hoppes & Harris, 1990): mientras que otras investigaciones dan relevancia a los problemas de conducta que presentan los niños con TEA (Hastings et al., 2005; Osborne & Reed, 2009). Al margen de qué característica influye más en la presencia del estrés parental, es el conjunto de estos síntomas y la intensidad de los mismos lo que genera que estos padres registren estrés parental (Dale, Jahoda & Knott, 2006; Gray, 1994-2006; Hastings et al., 2005; Hoffman et al., 2009; Rodrigue et al., 1990) en altos niveles y de manera continua (Hamlyn-Wright et al., 2007; Pozo, Sarriá & Méndez, 2006; Tway et al., 2006; Yamada et al., 2007). Sin embargo, resulta importante tomar en cuenta que a pesar del estrés percibido, ello no afecta la relación cercana de estas madres con sus hijos (Hoffman et al., 2009).

De este modo, cuando un miembro de la familia presenta una alteración crónica, se ven afectados de manera profunda todos sus integrantes dado que deben adaptarse a las demandas que requiere el niño, tales como monitoreo del tratamiento, sus cuidados diarios, las dificultades económicas que éstos acarrearán, problemas en la educación y mantener la integridad de la familia (Gray, 1994; Hauenstein, 1990). Por otro lado, la planificación de actividades familiares como viajes o paseos suelen verse truncados generando malestar ya que los miembros de la familia deben enfocarse en objetivos inmediatos y suelen dejar de lado las metas orientadas al futuro (Rodrigue et al., 1990). Asimismo, los padres tienden a restringir los contactos sociales dado que, en algunos casos, tanto los familiares como los amigos y la comunidad evidencian dificultades en comprender las características inusuales del comportamiento de sus hijos. Esto genera no solo altos niveles de estrés en los padres sino además disminuye la confianza de ellos en su rol como tales (Tway et al., 2006).

Existen estudios en los que se reportan niveles de estrés parental percibido similares en madres y padres de niños con TEA; no obstante, son las madres quienes atribuyen a las conductas inadecuadas de sus hijos como uno de los principales problemas en su cuidado (Benson, 2006; Hastings et al., 2005). Ello posiblemente se encuentre relacionado a que suelen ser las madres quienes se encargan atender a los niños y satisfacer sus necesidades (Yamada et al., 2007); atribuyéndole una mayor importancia a su rol parental que a su vida profesional reduciendo así las posibilidades de empleo e incrementando el aislamiento social y la disminución de sus redes sociales (Rodrigue et al., 1990; Tunali & Power, 2002). Por otro lado, en respuesta a que los padres de niños con TEA tienden a no involucrarse del mismo modo que las madres en el cuidado del niño, reportan menos problemas en el cuidado de estos (Hastings et al., 2005). Lo cual si bien resulta beneficioso para los padres, afecta el desarrollo de sus hijos puesto que justamente es la interacción padre-hijo y la expresividad del padre las que intervienen en la adquisición de habilidades para el manejo de conductas agresivas y disruptivas en los niños (Foster, 2007). Todo ello repercute en la percepción que tienen como padres, así como la presencia de mayores niveles de frustración y ansiedad (Aquad, 2009; Rodrigue et al., 1990).

Respecto a la dinámica entre la pareja de padres, las investigaciones tienden a reportar bajos niveles de satisfacción matrimonial (Brobst, Clopton & Hendrick, 2009; Rodrigue et al., 1990). Inclusive se ha identificado que mientras más severidad se observe en los síntomas del niño, las madres de estos niños registran menor soporte, respeto y compromiso de sus parejas (Brobst et al., 2009). Cabe mencionar que las dificultades entre la pareja de padres también influyen en la dinámica del niño con TEA y su hermano, puesto que se ha identificado que al presentarse estrés marital los hermanos de estos niños

tienden a mostrarse más susceptibles a los problemas de familia y perciben con mayor intensidad los síntomas de sus hermanos (Rivers & Stoneman, 2003).

Para poder enfrentar situaciones adversas como las descritas líneas anteriores las personas hacen uso de sus estilos de afrontamiento pues estos permiten sobrellevar las dificultades. Es así que el afrontamiento es considerado por Lazarus & Folkman (1986) como los esfuerzos cognitivos y conductuales que utilizan las personas para manejar las demandas internas o externas de una situación que es percibida como estresante. Asimismo, el afrontamiento es considerado como un complejo proceso multidimensional que involucra la relación cambiante entre el ambiente, sus demandas y recursos y las disposiciones personales (Folkman & Moskowitz, 2004). De este modo, los estilos de afrontamiento abarcan las predisposiciones personales que utilizan los individuos para hacerle frente a diversas situaciones y son los que determinarán el uso de las estrategias de afrontamiento y su estabilidad tanto temporal como situacional. Por esto, las estrategias de afrontamiento, a diferencia de los estilos, son procesos concretos y específicos, dado que varían de acuerdo a la situación que se presenta (Lazarus & Folkman, 1986). Estas estrategias son una respuesta vinculada a un evento determinado y suelen estar acompañadas de emociones intensas (Folkman & Moskowitz, 2004; Foster, Reese-Weber & Kahn, 2007).

Por otro lado, Lazarus y Folkman (1986), consideran que existen dos tipos de afrontamiento, el situacional y el disposicional. El afrontamiento situacional comprende los esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que desarrolla un individuo para enfrentar las demandas que percibe desbordantes para sus recursos; mientras que el afrontamiento disposicional son relativamente fijos a través del tiempo y de las situaciones. Además, los autores afirman que existen dos formas de afrontamiento: focalizado en la emoción y focalizado en el problema. El primero busca regular las emociones estresantes, para ello se intenta cambiar la manera como el individuo interpreta la realidad modificando la reacción emocional. En cambio, en el afrontamiento focalizado en el problema la persona trata de alterar la relación problemática entre ella y el ambiente que podría estar generando malestar. Así en el afrontamiento centrado en la emoción el individuo piensa acerca de la situación que ocurre, en la segunda se actúa.

Recogiendo la propuesta teórica mencionada Carver, Scheier & Weintraub (1989) refieren que existen trece estrategias de afrontamiento, las cuales se encuentran comprendidas en tres estilos de afrontamiento: estilos enfocados al problema (cuando una persona busca cambiar un evento estresante ya sea alejándolo o disminuyendo la amenaza del evento), a la emoción (cuando el individuo intenta cambiar la interpretación de la realidad y por lo tanto la reacción emocional frente al problema) y otros estilos también

llamados estilos evitativos. De este modo, dentro de los estilos de afrontamiento enfocados en el problema se halla la estrategia de *afrontamiento activo*, que comprende el proceso de cómo una persona toma acciones para avanzar a un siguiente paso y eliminar el estresor o disminuir sus efectos; por sus características es considerada una de las estrategias más positivas (Twy, Connolly & Novak, 2006). La segunda estrategia es la *planificación*, en ella el individuo piensa en cómo comportarse frente a la situación que genera estrés, organizando estrategias de acción para encontrar el manejo más óptimo. Por otro lado, la *supresión de actividades competentes* se refiere a que la persona coloca de lado otros proyectos, focalizándose únicamente en lidiar con el problema ignorando todo lo que no esté relacionado con él. En cambio la *postergación del afrontamiento* implica esperar hasta que llegue la oportunidad exacta para actuar evitando hacerlo de manera precoz. Finalmente, aquella persona que desarrolle como estrategia *la búsqueda del apoyo social por razones instrumentales* tenderá a indagar por apoyo, asistencia o información (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

En los estilos de afrontamiento enfocados en la emoción, se encuentra la estrategia *búsqueda del apoyo social por razones emocionales* en donde se solicita apoyo moral, simpatía y entendimiento. La séptima estrategia es la *reinterpretación positiva y desarrollo personal* donde se busca que el individuo cambie su percepción ante una situación indeseada, así intenta ver la experiencia como un evento positivo. La *aceptación* busca atribuirle al evento realismo, permitiendo hacerle frente al problema, abarcando tanto la fase de evaluación primaria en donde la persona acepta la existencia de la situación estresante y la segunda fase en donde asimila que forma parte de su vida y no podrá ser cambiado. *Acudir a la religión*, implica que las personas incrementen su participación en actividades religiosas para reducir el malestar que presentan ante un evento aversivo. Y finalmente, la *negación*, que es un afrontamiento que si bien por un lado es útil al minimizar el dolor y facilitar el afrontamiento; al mismo tiempo, puede crear dificultades adicionales al restarle importancia a los problemas. Es por esto que se considera que la *negación* es adecuada sólo en las primeras etapas de un evento estresante pero si continúa puede afectar el afrontamiento al problema la (Carver et al., 1989).

Por último, a la categoría otros estilos de afrontamiento o estilos evitativos se les suelen atribuir una calificación negativa pues tienden a incrementar la depresión, el aislamiento y los problemas maritales (Twy et al., 2006). Dentro de estos estilos se hallan estrategias como el *enfocar y liberar emociones* donde la persona torna su mirada a las consecuencias emocionales evaluadas como desagradables expresándolas abiertamente. El *desentendimiento conductual* es donde la persona reduce el esfuerzo por enfrentarse al

problema; en cambio en el *desentendimiento mental* el individuo busca distanciarse de la fuente de estrés para no dirigir su pensamiento al evento estresor (Carver et al., 1989).

Así en las familias de niños con TEA resulta necesario el uso de estrategias de afrontamiento efectivas para mejorar la calidad de vida de los integrantes de la familia, ya que estas herramientas permitirán sobrellevar con éxito los eventos estresores (Gray, 1994; Tway et al., 2006); no obstante se debe tomar en cuenta que más que el apoyo en sí, para el familiar importa la disponibilidad de esa ayuda (Yamada et al., 2007). Es por esto que los padres de niños con TEA consideran que son los miembros de la familia quienes le brindan mayor soporte, considerándolos como una de las principales fuentes de contención y entendimiento a sus problemas (Boyd, 2002; Gray, 1994). Por ello, disfrutan más de tiempos libres en compañía de sus familiares (Tunali & Power, 2002); lo que a su vez favorece una mayor cohesión (Rodrigue et al., 1990).

Otra de las estrategias de afrontamiento más usadas por estos padres relacionan con la confianza que ellos depositan en los servicios que les brindan los centros o colegios que tratan a sus hijos (Gray, 1994). Así estos padres tienden a mostrarse comprometidos con el tratamiento de sus niños (Stoner & Angell, 2006); ello posiblemente responda a que es en estos establecimientos donde los niños desarrollan mayores habilidades, los padres pueden “darse un respiro” al no estar pendientes del cuidado de sus hijos y les brinda tranquilidad al saber que puede contar con esa ayuda en el caso de que se presente una crisis (Gray, 2006). Sin embargo, otras investigaciones reportan que los padres de estos niños tienden a percibir que cuentan con escaso soporte social por lo que se sienten sin grupos de soporte (Brobst et al., 2009).

Por otro lado, en una investigación longitudinal sobre las experiencias de los familiares de niños con trastorno del espectro autista, se sugiere que los estilos de afrontamiento de estos padres suelen cambiar con el transcurrir de los años. De este modo, en un inicio los padres suelen mostrar estilos de afrontamiento enfocados en el problema pero luego evidencian estilos de afrontamiento orientadas a la emoción. Así los padres dejan de priorizar la ayuda que recibían de los centros para focalizarse en estrategias de afrontamiento como la religión o el centrarse en las cualidades positivas de sus hijos; esto responde a la mejoría de sus hijos y a poca disponibilidad que perciben los padres para la atención de sus hijos quienes ya son adolescentes tardíos o adultos. Todo ello da cuenta de que estos padres con el transcurrir del tiempo se han adaptado a su situación y han desarrollado diversas y mayores herramientas para enfrentarlas (Gray, 2006).

Lamentablemente en Sudamérica aún no se cuenta con estadísticas que brinden un panorama exacto acerca de la presencia del TEA, ya que en los censos nacionales por lo general no se comprende la condición de discapacidad en los registros, salvo en países

como Chile y Argentina (Yannarella, 2010). Sin embargo, en el Perú las investigaciones acerca de los efectos que genera este trastorno en sus familias están empezando a surgir de esta manera autores como Anchante, Burgos, Tarazona y Ahumada (2008) buscaron determinar el conocimiento de los padres de niños con TEA acerca de los conceptos básicos de trastorno y los cuidados que éstos requieren. Así, encontraron que los padres manejaban “regular” información acerca del trastorno lo cual llamaba la atención a las investigadoras puesto que la muestra estaba compuesta por padres que acuden a un grupo de apoyo, cuyos hijos reciben terapias.

Auad (2009) indaga acerca de las representaciones mentales de la maternidad en las madres de niños con TEA. La autora mencionada identificó que la experiencia de criar a un niño con dicho diagnóstico está influenciada por la representación mental que tienen de él, lo cual en ocasiones puede generar estados emocionales intensos cuando se contrastan la imagen mental que tienen de su niño y la que es devuelta por la realidad. De este modo, la forma cómo estas madres afrontan las demandas estará relacionada con los recursos personales que han desarrollado y con el soporte familiar que puedan acceder. Por otro lado, Verán (2011) halló bajos niveles de alexitimia en figuras parentales de niños con TEA, de modo que los resultados no brindan datos consistentes para considerar la alexitimia como una de las expresiones del fenotipo amplio del autismo. Sin embargo, al realizar análisis descriptivos se entraron diferencias según género de modo que las madres se ubicaban en el rango de baja alexitimia, mientras que los padres reportaban una alexitimia media. Además, Chiaravalli (2011) realizó un estudio para identificar la sensibilidad materna en madres de niños con diagnóstico TEA encontrando que ellas tienden a alentar las conductas positivas de sus niños mostrándose afectuosas y disponibles acerca de las necesidades de sus hijos estableciendo una relación de calidad y priorizando el contacto físico como un medio para mostrar su afecto. No obstante, estas madres presentan dificultades en el establecimiento de límites y en el manejo del niño frente a situaciones de tensión y angustia.

Como se ha podido apreciar el TEA afecta de manera drástica no solo la vida del niño que lo padece sino también a las personas que se encuentran en su entorno familiar (Dale et al., 2006; Hastings et al., 2005; Hoffman et al., 2009; Tzoy et al., 2006; Yamada et al., 2007). De este modo, si bien la condición misma de ser padres, genera en estas personas la necesidad de luchar contra las diversas adversidades de la vida cotidiana (Östberg & Hagekull, 2000; Webster-Stratton, 1990); los padres de niños con TEA suelen percibir estas adversidades de manera más intensa por las mismas características de sus hijos (Boyd, 2002; Diamond, 2005; Hastings et al., 2005; Pozo et al., 2006).

Ante esta situación resulta necesario ampliar la limitada información que se maneja en nuestro medio acerca de la forma en la que es percibida la crianza de niños con TEA, si se presenta en los padres estrés parental y reconocer cómo afrontan esta situación ya que con dicha información se podrán elaborar intervenciones más eficaces y útiles (Hoffman et al., 2009) lo que permite disminuir los eventos estresores para mejorar calidad de vida de todos los integrantes de la familia (Rodríguez, 2002).

En tal sentido, el objetivo general de este estudio es analizar la relación entre los niveles de estrés parental percibido y los estilos/estrategias de afrontamiento en los padres de niños y niñas diagnosticados con TEA.

Además, se ha delimitado como objetivo específico describir y establecer la posible la relación entre los niveles de estrés parental y los estilos/estrategias de afrontamiento en los padres de niños y niñas con TEA según los módulos de atención.

Para ello se plantea la medición del estrés parental y los estilos/estrategias de afrontamiento a un grupo de padres de niños y niñas diagnosticados con TEA.



Método

Participantes

Los participantes fueron padres de niños/as que han sido diagnosticados con trastorno del espectro autista (TEA) y acuden a uno de los cinco módulos de un instituto especializado para el desarrollo infantil. Estos módulos se encuentran ubicados en los distritos de la Molina, Lima Central, Comas, San Juan de Miraflores (SJM) y Villa el Salvador (VES), en donde los pacientes reciben la misma modalidad de atención.

Los requisitos fueron: asistir al servicio de psicología en uno de los cinco módulos de un instituto especializado, contar con educación primaria completa, tener al menos un hijo diagnosticado con TEA no mayor de siete años de edad y entregar los cuestionarios completos. De los sesenta y cinco sujetos que accedieron a participar en la investigación se descartaron un total de siete participantes, debido a que no cumplieron con los requisitos antes mencionados. Una vez verificado el cumplimiento de estos requisitos, los padres y madres fueron informados de la investigación, se les solicitó su participación voluntaria y anónima firmando el consentimiento informado (ver Anexo A1), así como el llenado de una ficha sociodemográfica (ver Anexo A2) y dos cuestionarios, el primero buscaba recabar información acerca del estrés parental (PSI-SF) y el otro acerca de los estilos/estrategias de afrontamiento (COPE).

La muestra total quedó conformada por 58 padres de niños diagnosticados con TEA, en donde un 32.8% ($n = 19$) asistían al módulo ubicado en el distrito de la Molina, el 24.1% ($n = 14$) a Lima Central, 17.2% ($n = 10$) a Comas, el 13.8% ($n = 8$) a SJM y el 12.1% ($n = 7$) a VES. De los cuales el 77.6% ($n = 45$) son mujeres, mientras que el 22.4% ($n = 13$) son hombres, cuyas edades se encuentran entre los 20 y 50 años alcanzando una media de 35.16 ($DE = 6.44$).

Respecto a los participantes que acudían al módulo de la Molina se aprecia que el 57.9% ($n = 11$) son mujeres y el 42.1% ($n = 8$) hombres, quienes en su totalidad se encontraban con una pareja sentimental (casados o convivientes) y son los únicos de muestra quienes han accedido a educación superior (completa 31.6% e incompleta 10.5%), salvo un participante de Lima Central; además, el 52.6% se encuentran laboralmente activos y en su mayoría provienen de la ciudad de Lima (73.7%).

Con relación al módulo de Lima Central el 92.9% ($n = 13$) de los participantes eran mujeres, teniendo el 64.2% pareja (casados 57.1% y convivientes 7.1%), de los cuales el 71.4% no laboran y el 71.4% provenían de provincia.

En lo referente al módulo de Comas el 70% eran mujeres, porcentaje que también se aplica al estado civil del participante (casados 60% y convivientes 10%), alcanzando un 60% una educación técnica (completa 30% e incompleta 30%) quienes el 60% no trabajaban y el 90% habían nacido fuera de Lima Metropolitana.

En SJM la totalidad de la muestra son mujeres ($n = 8$) en donde el 75% estaban casadas y 62.5% han recibido una educación técnica (completa 50% e incompleta 12.5%); sin embargo, el 62.5% se encuentran laboralmente inactiva y el 100% nacieron en provincia.

Finalmente, al describir la muestra que asiste al módulo de VES el 85.7% son mujeres, los cuales el 71.5% tienen pareja (casados 42.9% y convivientes 28.6%), el 71.4% han culminado la secundaria completa, el 57.1% no trabajan y el 71.4% provienen de alguna ciudad fuera de Lima Metropolitana (ver Anexo B4).

Por otro lado, en relación al número de hijos el 56.9% (33 padres) solo tiene uno; un 36.2% (21 padres) cuenta con dos hijos y un 6.9% (4 padres) tres hijos. Finalmente, las edades de los hijos de la muestra fluctuaban entre los 2 y 6 años, alcanzando una edad media de 4.45 años ($DE = 0.85$), de los cuales solo el 10.3% eran niñas.

Medición

Estrés parental

Para la investigación, se utilizó el Cuestionario de estrés parental PSI- SF (Parenting Stress Index, Short Form) (Abidin, 1995). Este cuestionario busca medir el grado de estrés percibido que experimenta la persona en su rol de padre o madre (Abidin & Loyd, 1985; Doo & Wing, 2006; Vitiello, Abikoff, Chuang, Kollins, McCracken, Riddle, Swanson, Wigal, McGough, Wigal, Skrobala, Davies, Posner, Cunningham, & Greenhill, 2007).

El PSI-SF consta de 36 ítems, con una escala Likert de cinco puntos, este cuestionario arroja un puntaje total que brinda el estrés parental que perciben los padres, del cual se desprenden tres dominios. El primero es llamado *malestar paterno* (del ítem 1 al 12) y determina el estrés que siente el padre en su rol como cuidador abordando su sentido de competencia, las restricciones que genera el cuidado del niño en el desarrollo de otros aspectos de su vida, las dificultades con su pareja y la falta de apoyo social. Por otro lado, el dominio *interacción disfuncional padres - hijo* (del ítem 13 al 24) evalúa las expectativas que tienen los padres acerca de los logros de sus hijos y los refuerzos que ellos reciben de sus hijos en sus roles como cuidadores. El dominio estrés derivado del *cuidado del niño* (del ítem 25 al 36) comprende la percepción que tienen los padres acerca del manejo de las conductas de sus hijos (Díaz, Brito de la Nuez, López, Pérez & Martínez, 2010). Los autores mencionados no solo tomaron en cuenta los puntajes directos de la prueba PSI-SF sino que además elaboraron percentiles para cada uno de los dominios y emplearon una escala de

Respuesta Defensiva. Dicha escala busca identificar si el examinado evidencia algún sesgo en sus respuesta con el objetivo de presentar una imagen más favorable de sí mismo o para minimizar las indicaciones de problemas de estrés en la relación padres-hijo. Para obtener esta puntuación se suman los valores de las respuestas de los ítems 1, 2, 3, 7, 8, 9 y 11. Así las puntuaciones extremadamente bajas (puntuación bruta de 10 o menos) en la escala de respuesta defensiva sugiere una de las tres hipótesis siguientes: a) el padre está tratando de proporcionar la imagen de un padre muy competente; b) el progenitor no está investido del papel de padre/madre y, por consiguiente, no está experimentando las tensiones habituales que se asocian con el cuidado del niño y c) el progenitor efectivamente es una persona muy competente en su rol de padre y pareja (Díaz et al., 2010).

Los ítems de este cuestionario han sido extraídos del Cuestionario de estrés parental completa (PSI) de 120 ítems; guardando una correlación de 0.94 entre el PSI- SF y el PSI (Pozo et al., 2006). Tanto en la versión completa como en la abreviada se observan estos tres dominios (Copeland & Lee Harbaugh, 2005; Díaz et al., 2010; Doo & Wing, 2006) guardando un rango de puntuación entre 12 a 30 puntos para los dominios y entre 36 a 180 para el puntaje total (Mendoza, 2007).

El cuestionario en su versión abreviada ha sido utilizado en diversas investigaciones certificando su confiabilidad y validez. Es así que se hallan investigaciones como las realizadas por Copeland y Lee Harbaugh (2005) en Estados Unidos, en la cual aplicaron el PSI-SF a 74 madres primerizas con edades entre los dieciocho y cuarenta y un años. En el análisis de datos se encontró una buena consistencia interna para la escala total (0.92); además, en el dominio del padre obtuvo alfa de Cronbach de 0.87; en interacción disfuncional (0.86) y en estrés derivado del cuidado del niño (0.85).

Las autoras Pozo, Sarriá y Méndez (2006) aplicaron el cuestionario en su versión en castellano a 39 madres españolas de niños con autismo obteniendo una buena consistencia interna (0.95) para la escala total de estrés parental. Por otro lado, Díaz, Brito de la Nuez, López, Pérez y Martínez (2010) han realizado una investigación con 129 madres españolas, con el objetivo de identificar la estructura factorial y la consistencia interna del PSI-SF. De esta manera, al correr un análisis factorial confirmatorio para tres factores encontraron que la estructura del cuestionario difería del propuesto por Abidin. Por ello, los investigadores decidieron iniciar un factorial exploratorio identificando que la solución de dos factores explicaban el 48.77% de la varianza. En respuesta a esto optaron por fusionar los dominios interacción disfuncional y estrés derivado del cuidado del niño. Así la consistencia interna de la prueba fue de 0.90 para el dominio estrés derivado del cuidado del niño, 0.87 para malestar paterno y 0.91 para la escala total (Díaz et al., 2010).

Los mismos autores realizaron otra investigación para identificar la validez del instrumento empleando una muestra de 115 padres españoles. En esta oportunidad, al realizar un análisis factorial exploratorio sí encontraron tres factores razonablemente distintos, al igual que la versión original del instrumento, los cuales explicaban el 47.48% de la varianza. Además, encontraron una consistencia interna de 0.82 para malestar paterno, 0.84 en interacción disfuncional, 0.82 en estrés derivado del cuidado del niño y 0.90 para la escala total (Díaz et al., 2011).

En la presente investigación se registró una consistencia interna basada en el coeficiente alfa de Cronbach de 0.93 para la escala estrés parental. Respecto a los dominios malestar parental los valores fueron 0.84; para interacción disfuncional, 0.82 y para estrés derivado del cuidado del niño 0.87.

Estilos y estrategias de afrontamiento

Se utilizó la versión disposicional del cuestionario COPE, creado por Carver, Scheier & Weintraub (1989). El cuestionario busca evaluar los diferentes estilos de afrontamiento que emplean las personas ante situaciones estresantes (Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003; Casuso, 1996; Chau, 2004). El instrumento está compuesto por 52 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos de calificación y abarca trece estrategias de afrontamiento (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Estos estilos de afrontamiento se encuentran agrupados en tres dimensiones y trece estrategias:

Estilos	Estrategias	Ítems
Afrontamiento enfocado en el problema	Afrontamiento Activo	1, 14, 27, 40
	Planificación	2, 15, 28, 41
	Supresión de actividades competentes	3, 16, 29, 42
	Postergación del afrontamiento	4,17,30,43
	Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	5,18,31,44
Afrontamiento enfocado en la emoción	Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	6, 19, 32, 45
	Reinterpretación positiva y desarrollo personal	7, 20, 33, 46
	Aceptación	8, 21, 34, 47
	Acudir a la religión	9, 22, 35, 48
	Negación	11, 24 ,37 ,50
Estilo evitativo	Enfocar y liberar emociones	10, 23, 36, 49
	Desentendimiento conductual	12, 25 ,38 ,51
	Desentendimiento mental	13, 26, 39, 52

Para medir la validez y confiabilidad del instrumento los autores evaluaron la validez de constructo en una muestra de 978 estudiantes universitarios de Miami. De este modo, sometieron las respuestas a un análisis factorial de rotación oblicua obteniendo 12 factores con eigenvalues mayores a 1.0 de los cuales 11 fueron fácilmente interpretables. Con relación a la confiabilidad del cuestionario se reportó una consistencia interna alfa de Cronbach de 0.45 a 0.92, solo la escala de desentendimiento mental tuvo un coeficiente menor a 0.60. Asimismo, se obtuvo una confiabilidad test-retest luego de seis semanas con un rango de 0.42 a 0.89 y luego de ocho semanas se alcanzó un rango de 0.46 a 0.86 (Carver et al. 1989).

En relación a la aplicación del COPE versión español se encuentran investigaciones como la realizada por Casuso (1996) en donde aplicó el instrumento a 817 estudiantes universitarios de segundo año pertenecientes dos universidades una estatal y otra privada de Lima Metropolitana. Se realizó un análisis factorial descubriendo 11 factores que explicaban el 53% de la varianza total; sin embargo, debido a que la estructura factorial no coincidía plenamente con la composición del cuestionario original y los niveles de confiabilidad eran menores a los hallados por sus creadores (0.40 a 0.89). La autora modificó el cuestionario dando lugar al COPE reorganizado; de este modo, siete escalas comprendidas por planificación, búsqueda del apoyo social por razones instrumentales, búsqueda del apoyo social por razones emocionales, aceptación, acudir a la religión, enfocar y liberar emociones y desentendimiento mental se mantuvieron en su versión original; mientras que en cinco escalas afrontamiento activo, desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes, negación y postergación del afrontamiento han sido modificadas. Finalmente, creó una nueva escala llamada evadir el afrontamiento (Casuso, 1996).

Por otro lado, Chau (1998) aplicó el COPE para su investigación acerca del consumo de bebidas alcohólicas en 440 estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. La autora realizó un análisis de correlación ítem-test, obteniendo correlaciones mayores a 0.20. Asimismo, aplicó un análisis factorial con rotación oblimin hallando trece factores que explicaban una varianza total de 63%; sin embargo, de las trece escalas solo nueve se mantuvieron en su forma original y cuatro de ellas se reconstruyeron eliminándose un ítem. Sólo la escala de postergación del afrontamiento no se confirmó factorialmente dado que contenía dos ítems que no fueron validados, pero se mantuvieron por criterios teóricos. Con relación a la confiabilidad del instrumento, el cuestionario obtuvo coeficientes alfa de Cronbach entre 0.44 y 0.89.

Por su parte, Flores (1999) utilizó el cuestionario para su investigación acerca de la ansiedad y estilos de afrontamiento en padres de niños recién diagnosticados con leucemia

o linfoma No-Hodgkin. En este estudio para comprobar la validez del instrumento se empleó un análisis de correlación ítem-test obteniendo en las trece escalas una correlación mayor a 0.20 con excepción del ítem 17 que alcanzó una correlación de 0.17; sin embargo, fue conservado para mantener los niveles de confiabilidad de la escala y por congruencia teórica. En relación a la consistencia interna, el cuestionario alcanzó un alfa de Cronbach de 0.56 a 0.74, siendo el COPE una prueba estadísticamente confiable.

Años más tarde, Chau (2004) aplicó nuevamente el COPE, en una investigación con 1162 alumnos universitarios, comprobando que la consistencia interna de la prueba mantenía adecuados niveles de confiabilidad encontrando coeficientes alfa de Cronbach de 0.50 a 0.90; no obstante, halló bajos niveles de confiabilidad en las sub escalas de desentendimiento conductual (0.50), afrontamiento activo (0.60) y postergación del afrontamiento (0.61).

Paredes (2005) en su investigación acerca del afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, sometió el COPE a un análisis factorial indicando que existen 13 factores con eigenvalues mayores a 1.1. Del mismo modo, aplicó un análisis de rotación varimax en donde se identificaron tres agrupaciones con cargas factoriales satisfactorias: E1 estaba comprendido por las escalas de afrontamiento activo (0.68), planificación (0.55), supresión de actividades competentes (0.61), postergación del afrontamiento (0.44) y búsqueda del apoyo social por razones instrumentales (0.68); en E2 se hallaban las estrategias de búsqueda del apoyo social por razones emocionales (0.59), reinterpretación positiva (0.62), aceptación (0.62), acudir a la religión (0.67) y negación (0.67); finalmente, en el grupo E3 se ubicaron las estrategias de enfocar y liberar emociones (0.59), desentendimiento conductual (0.68) y desentendimiento emocional (0.59). Por otro lado, en relación a la confiabilidad del cuestionario se encontró en los estilos de afrontamiento orientados al problema un alfa de Cronbach de 0.75; con relación a los estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción un alfa de Cronbach de 0.77 y dentro de la categoría Otros, un alfa de Cronbach de 0.68; presentando coeficientes de consistencia interna relativamente altos.

Finalmente, en lo que respecta a la consistencia interna del COPE en la presente investigación se registró un coeficiente alfa de Cronbach de 0.90; mientras en los estilos de afrontamiento se observa una consistencia interna de 0.82 en el estilo orientado al problema; 0.87 en el estilo orientado a la emoción y 0.71 en otros estilos de afrontamiento.

Procedimiento

La presente investigación es de naturaleza descriptiva con elementos correlacionales debido a que se busca analizar la relación entre dos constructos: los niveles

de estrés parental percibido y los estilos/estrategias de afrontamiento en padres de niños con TEA (Hernández, Fernández & Baptista; 2003).

Los datos obtenidos fueron procesados en el programa estadístico SPSS. De esta manera, se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de datos y se concluyó que el PSI-SF presenta en su escala total y los dominios que la comprenden una distribución normal (ver Anexo B3), por lo que se procedió a emplear pruebas paramétricas. Así para identificar si existen diferencias significativas entre los puntajes de los cuestionarios y las variables sociodemográficas se empleó el estadístico *T-Student* para muestras independientes cuando las variables constaban de dos grupos y *One Way Anova* cuando éstas estaban constituidas por tres o más grupos. Del mismo modo, los estilos de afrontamiento obtenidos por el cuestionario COPE arrojaron una distribución normal; sin embargo, cuatro de las trece las estrategias de afrontamiento no lo hicieron (ver Anexo B3). Por ello, al evaluar si se presentaban diferencias significativas entre las estrategias y las variables sociodemográficas se emplearon estadísticos no paramétricos tales como *U* de Mann Whitney cuando las variables constaban de dos grupos, y *H* de Kruskal-Wallis cuando estas estaban constituidas por tres o más grupos.

Finalmente, para identificar las posibles asociaciones entre los constructos de estrés y los estilos de afrontamiento se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson para aquellas variables paramétricas y el coeficiente de correlación de Spearman para aquellas variables no paramétricas; tomando el criterio de Cohen para determinar la magnitud de las significaciones obtenidas. Por otro lado, para la descripción de los niveles de estrés, los estilos de afrontamiento y los datos socio-demográficos se aplicaron estadísticos descriptivos como la distribución de frecuencias y medidas de tendencia central.



Resultados

A continuación se muestran los resultados encontrados en la presente investigación. En primer lugar, se describen los puntajes alcanzados en la escala estrés parental y sus dominios, para luego identificar si existen diferencias significativas y correlaciones entre dichos puntajes de acuerdo a las variables sociodemográficas. En una segunda instancia se presentarán los resultados acerca de las comparaciones entre los estilos y las estrategias de afrontamiento según variables sociodemográficas, así como las correlaciones entre dichos constructos. Finalmente, se analizará la relación entre los niveles de estrés parental percibido con los estilos y estrategias de afrontamiento.

Respecto a las variables estrés parental y sus tres dominios: malestar paterno (MP), interacción disfuncional padres – hijo (ID P-H) y cuidado del niño (CN), se observa que la muestra en su mayoría presenta una significación clínica alta tanto en la escala total (89.7%) como en los factores que la comprenden (MP 82.8%; ID P-H, 82.8% y CN 74.1%). Tal como se aprecia en la Tabla 1, dicha tendencia también se evidencia al analizar los puntajes según el género de los participantes. Sin embargo, los niveles de estrés parental percibido es ligeramente más alto en los padres que en las madres; no obstante dicha diferencia no es estadísticamente significativa.

Tabla 1
Estrés parental y sus dominios

Variable	Padres		Madres		Total		
	f	%	f	%	f	%	
Estrés Parental							
MP	Rango Normal	1	7.7	5	11.1	6	10.3
	Significación Clínica	12	92.3	40	88.9	52	89.7
ID P-H	Rango Normal	3	23.1	7	15.6	10	17.2
	Significación Clínica	10	76.9	38	84.4	48	82.8
CN	Rango Normal	1	7.7	9	20	10	17.2
	Significación Clínica	12	92.3	36	80	48	82.8
Total	Rango Normal	3	23.1	12	26.7	15	25.9
	Significación Clínica	10	76.9	33	73.3	43	74.1
Total		13	100	45	100	58	100

Nota: MP = Malestar Paterno, ID P-H = Interacción Disfuncional Padre-Hijo, CN = Cuidado del Niño
n = 58

Por otro lado, al comparar estos puntajes según variables sociodemográficas únicamente se identifican diferencias significativas entre estrés parental y los dominios:

interacción disfuncional y estrés derivado del cuidado del niño según el módulo al que asisten los participantes. Respecto a los niveles de estrés parental se observa que en el módulo de San Juan de Miraflores (SJM) se perciben menores montos de estrés parental en comparación con los módulos de la Molina y Lima. Dichas diferencias entre módulos continúan presentándose al analizar la dimensión interacción disfuncional ya que los padres que son atendidos en el módulo de SJM reportan una menor dificultad en la relación con sus hijos en comparación con los módulos de la Molina, Lima y Comas. En cambio, los padres del centro de SJM registran menor estrés en el cuidado del niño únicamente al ser contrastados con aquellos del módulo de la Molina (Tabla 2).

Tabla 2

Diferencias significativas entre el PSI-SF en la muestra total según módulo

Variable	Molina (n = 19)		Lima (n = 14)		SJM (n = 8)		VES (n = 7)		Comas (n = 10)		Anova	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	F	Sig.
Estrés Parental	119.63	20.32	122.79	15.35	92.4	26.76	100.60	27.41	118.30	19.83	3.87	0.01*
MP	40.95	7.32	43.43	8.07	34	8.96	35.71	9.29	40.10	9.40	2.14	0.08
ID P-H	38.89	8.16	39.71	7.52	26.50	10.72	32.71	11.15	38.80	7.89	3.95	0.01*
CN	41.37	7.11	40.79	6.22	31.90	9.79	33	10.57	40.80	7.15	3.46	0.01*

Nota: MP = Malestar Paterno, ID P-H = Interacción Disfuncional Padre-Hijo, CN = Cuidado del Niño

*p<.05.

n = 58

Por otro lado, al revisar los estadísticos descriptivos del COPE, se halló que la muestra reporta una media ponderada similar en los estilos de afrontamiento enfocados en el problema y en la emoción; empleando en menor medida el estilo de afrontamiento evitativo (Tabla 4).

Tabla 4

Descripción de los puntajes obtenidos según estilos de afrontamiento

Variable	Mínimo	Máximo	M	DE
Enfocado en el Problema	6.80	15.60	10.40	1.60
Enfocado en la Emoción	7.20	14.60	10.44	1.98
Evitativo	4	13	6.44	1.70

n = 58

En cambio al describir el empleo de las estrategias de afrontamiento se aprecia que es la reinterpretación positiva y desarrollo personal la más empleada pues obtiene una

mediana ligeramente mayor a las demás, en cambio tanto la estrategia negación como desentendimiento conductual han sido las menos reportadas (Figura 1).

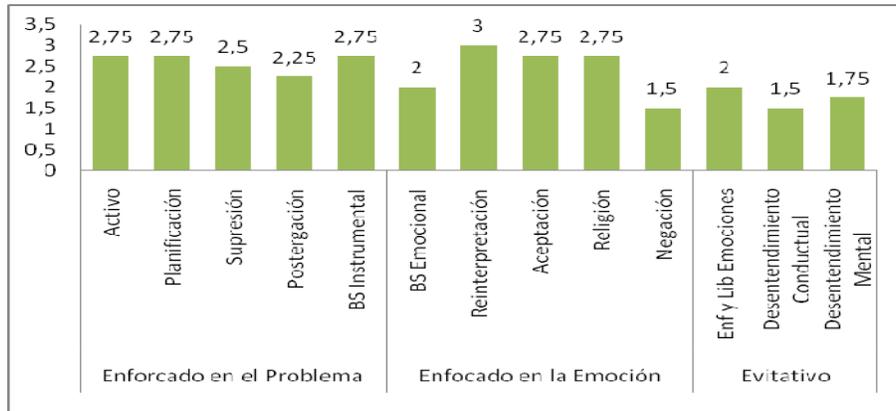


Figura 1. Diagrama de barras para medianas de las estrategias de afrontamiento

Por otro lado, al igual que en los niveles de estrés parental, únicamente los estilos de afrontamiento enfocados en el problema y en la emoción reportaron diferencias significativas con la variable módulo (Tabla 5).

Tabla 5

Diferencias significativas entre los estilos de afrontamiento según módulo

Variable	Molina (n = 19)		Lima (n = 14)		SJM (n = 8)		VES (n = 7)		Comas (n = 10)		Anova	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	F	Sig.
Problema	9.39	1.31	11.27	1.46	11.08	1.91	9.94	1.45	10.88	1.17	4.55	0.00*
Emoción	9.47	1.63	11.19	1.52	11.68	2.63	10.29	2.19	10.36	1.83	2.72	0.04*
Evitativo	6.47	1.54	6.99	1.82	6.29	2.83	5.74	1.22	6.23	0.82	0.69	0.60

*p<.05.
n = 58

Como se logra apreciar los módulos de Lima y SJM presentan una diferencia significativa en el empleo de los estilos de afrontamiento enfocado en el problema al ser comparados con el módulo de La Molina, siendo estos últimos quienes emplean en menor medida este estilo. Además, se observan diferencias significativas en el uso del estilo de afrontamiento enfocado en la emoción entre los módulos de la Molina con SJM, en donde quienes reciben intervenciones en SJM hacen mayor uso de este estilo.

Con relación a las estrategias de afrontamiento se identifica que las estrategias búsqueda de apoyo social por razones instrumentales y búsqueda de apoyo social por razones emocionales evidencian diferencias significativas de acuerdo al módulo que asisten

los padres de la muestra. De esta manera, quienes acuden al módulo de San Juan de Miraflores emplean con mayor frecuencia ambas estrategias al ser comparada con los demás módulos (Tabla 6).

Tabla 6
Diferencias de medianas entre estrategias según módulo

Variable	Molina		Lima		SJM		VES		Comas		H de
	n	Mdn	n	Mdn	n	Mdn	n	Mdn	n	Mdn	Kruskall-
B. Instrumentales	19	2	14	3	8	3.25	7	2.75	10	2.75	12.647*
B. Emocionales	19	1.75	14	2.13	8	2.50	7	2	10	2	12.163*

Nota: B. Instrumentales = Búsqueda de apoyo social por razones emocionales, B. Emocionales = Búsqueda de apoyo social por razones emocionales.

*p<.05.

n = 58

Respecto a las relaciones entre los estilos de afrontamiento y los niveles de estrés parental y sus dominios, se encontraron varias asociaciones estadísticamente significativas, cuya magnitud es medida de acuerdo al criterio de Cohen. Así se observa que el estilo de afrontamiento evitativo mantiene una correlación moderada con estrés parental, malestar paterno y cuidado del niño; mientras que con el dominio interacción disfuncional se evidencia una correlación pequeña. Del mismo modo, se aprecia una correlación negativa y moderada entre el estilo orientado a las emociones y el dominio interacción disfuncional y una correlación también negativa pero pequeña entre este estilo y el estrés parental (Tabla 7).

Tabla 7
Correlaciones entre el PSI-SF y estilos de afrontamiento

Variable	Estrés parental	Malestar paterno	Interacción disfuncional	Cuidado del niño
Problema	-.01	.07	-.09	-.02
Emoción	-.28*	-.24	-.37**	-.19
Evitativo	.39**	.32*	.29*	.38**

*p<.05. **p<.01.

Al analizar las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y los dominios del estrés parental se identificó que malestar paterno correlacionaba de manera moderada con la estrategia supresión de actividades competentes, desenganche conductual y negación;

mientras que con la estrategia búsqueda de apoyo social por razones emocionales correlaciona negativamente. En el dominio interacción disfuncional se evidencia una correlación moderada con la estrategia desenganche conductual y una correlación pequeña y negativa con la estrategia aceptación. Por último, el dominio cuidado del niño correlaciona de manera moderada con la estrategia desenganche conductual y negación, estableciendo una correlación negativa con la estrategia búsqueda de apoyo social por razones instrumentales (Tabla 8).

Tabla 8

Correlaciones entre el PSI-SF y estrategias de afrontamiento

Variable	Estrés parental	Malestar paterno	Interacción disfuncional	Cuidado del niño
Activo	-.01	-.04	-.01	.04
Planificación	.01	.08	-.03	.01
Supresión	.12	.32*	.01	.01
Postergación	.23	.20	.09	.25
B. Instrumental	-.24	-.25	-.25	-.30*
B. Emociones	-.23	-.30*	-.17	-.24
Reinterpretación	-.20	-.26	-.12	-.12
Focalización	-.25	-.25	-.21	-.25
Aceptación	-.14	-.08	-.28*	-.09
Religión	.03	.04	-.13	.07
Conductual	.48**	.40**	.39**	.42**
Mental	.20	.05	.24	.22
Negación	.29	.30	.15	.30

*p<.05. **p<.01.



Discusión

En respuesta a la necesidad de recabar mayor información acerca de cómo los padres de niños con TEA perciben las demandas del cuidado diario de sus niños, los efectos que dicha labor acarrearán y las herramientas con las que cuentan para sobrellevar dicha situación, en la presente investigación se analizaron los niveles de estrés parental percibidos, sus estilos/estrategias de afrontamiento, la relación que guardan entre ellas y sus efectos de acuerdo al módulo al que asisten los hijos de los participantes.

De esta manera, en la presente investigación se ha logrado identificar que los padres de niños con TEA tienden a reportar altos niveles de estrés parental, lo cual corrobora lo descrito en otros estudios. Debido a que esta situación es percibida tanto en países anglosajones (Hoffman et al., 2009; Osborne & Reed, 2009; Yamada et al., 2007) como en países de habla hispana por ejemplo España y Venezuela (Aramayo, 2010; Pozo et al., 2006) se ve la necesidad de ahondar en los desencadenantes de este estrés parental y cuáles son los mecanismos más efectivos para afrontar estos problemas.

Se observa que uno de los dominios en los que mayor estrés parental se registra es el de malestar paterno lo que da cuenta que los participantes perciben ciertas limitaciones en sus competencias como padres. Así estos padres consideran que no logran manejar con éxito las eventualidades que se presentan en su vida cotidiana, lo que genera que resten tiempo y dedicación a la realización de otras actividades fuera del cuidado de sus hijos. Esto conlleva a un aislamiento social y despierta a su vez sentimientos de frustración y tensión ya que por lo general estos padres sienten que sus esfuerzos no están siendo efectivos (Dale et al., 2006; Rodrigue et al., 1990).

Por otro lado, también se observan altos montos de estrés en el dominio interacción disfuncional padre-hijo, lo que implica que los padres de la muestra sienten que no están siendo capaces de establecer la dinámica afectiva que tanto desean con sus hijos ya que sienten que sus esfuerzos no están siendo reconocidos y valorados por ellos (Hoffman et al., 2009). Dicha situación es comprensible por la misma naturaleza del trastorno, precisamente los niños con TEA evidencian notables dificultades en el uso de sus habilidades sociales, así como en el desarrollo de la empatía. Por esto para los niños el reconocer los estados afectivos de sus padres y cubrir sus necesidades y expectativas exceden sus capacidades (Sigman et al., 2006). Sin embargo, es importante tomar en cuenta que justamente estas limitaciones en los niños con TEA generan en sus madres una mayor sensibilidad lo que les permite reconocer, interpretar y responder con mayor efectividad las necesidades de sus hijos y a su vez refuerza el compromiso que tienen en su rol como madres (Chiaravalli, 2011).

Tal como lo indica la literatura científica, en este estudio se observa que uno de los desencadenantes más frecuentes en la presencia del estrés parental se encuentra relacionado con las conductas del niño. Por este motivo en el dominio cuidado del niño, los padres de la muestra reflejaron lo difícil que es para ellos el tener que lidiar con las conductas disruptivas típicas en los niños con TEA (Hastings et al., 2005; Lyons, Leon, Roecker, Phelps & Dunleav, 2010; Osborne & Reed, 2009; Yamada et al., 2007). Si bien la presencia de estrés en este dominio es alta, es menor al ser comparada con los otros dos dominios, posiblemente esto se deba a que los niños actualmente se encuentran recibiendo terapias en modificación de conducta, lo que permite no solo que éstos regulen con mayor eficacia sus conductas sino que los padres cuenten con mayores pautas acerca de cómo lidiar con este tipo de situaciones.

Al interpretar los niveles de estrés parental según los módulos de atención, son los padres que asisten al módulo del distrito de San Juan de Miraflores (sector Pampas de San Juan) quienes reportan menores niveles de estrés. Cabe mencionar que según el censo nacional económico del año 2008, tanto la producción como el consumo total censal del distrito de SJM es uno de los menores en comparación con los demás distritos en los que se ubican los otros módulos intervinientes en la investigación (INEI, 2008). No obstante, debido a que no se cuenta con información acerca de la percepción del estrés parental según nivel socioeconómico la argumentación de dichos hallazgos se ven limitadas. Sin embargo, de acuerdo a la experiencia en el ámbito laboral se logra apreciar que los padres con menores recursos económicos tienden a mostrarse más comprometidos con las intervenciones que se les brindan a sus hijos y cuentan con un soporte familiar más amplio (P. Tori, comunicación personal, Agosto, 2011).

Por otro lado, es necesario tomar en cuenta que la totalidad de la muestra residente en el distrito SJM estuvo comprendida por mujeres, de las cuales más de la mitad no se encontraban laborando y quienes en su mayoría tuvieron que dejar dichas labores a raíz del diagnóstico de sus hijos, lo cual facilita un rol más activo en el cuidado del niño y a su vez permitía un mayor contacto con los terapeutas que atendían a su hijo/a. En cambio al analizar los niveles de estrés parental en los padres que asisten al módulo de la Molina se observa que éstos son más altos. Ello podría estar relacionado a que éste es el módulo con mayor porcentaje de participantes laborando, por lo que no solo deben afrontar situaciones estresantes en el hogar sino también en otros ámbitos de sus vidas. Además, es importante considerar que dichos padres son quienes en su mayoría han recibido educación universitaria, lo que por un lado resulta beneficioso puesto que al tener un mayor acceso a fuentes de información, favorece una detección e intervención más temprana del trastorno (Bhasin, Schenderl, 2007; Yeargin-Allsopp, Rice, Karapurkan, Doernberg, Boyle & Murphy,

2003). Pero al mismo tiempo estos padres se percatan de los efectos a largo plazo que desencadenan la crianza de un niño con TEA, así como el pronóstico de sus niños haciéndolos reflexionar y replantear las expectativas que tenían, no solo en lo referente a sus hijos, sino a sí mismos y a la familia en general (Auad, 2009, Gray, 2006) (ver Anexo B4).

Respecto a los estilos de afrontamiento se observa que los más empleados por la muestra suelen ser en igual medida aquellos enfocados en el problema y en la emoción. En este escenario nuevamente los participantes residentes en SJM evidencian un mayor empleo de estos estilos de afrontamiento, lo cual explicaría el porqué los padres que asisten a este módulo reportan menores niveles de estrés. Además, este hecho confirma los beneficios de adoptar una postura activa frente a los problemas en los que se ven inmersos diariamente estos padres, ya sea porque desean alterar la problemática en sí o porque desean regular las emociones que están sintiendo frente al evento aversivo (Lazarus & Folkman, 1986).

De igual modo, al interpretar las estrategias de afrontamiento, los padres que asisten al módulo SJM emplean en mayor medida la búsqueda de apoyo social por razones instrumentales y búsqueda de apoyo social por razones emocionales. Gracias a la primera estrategia los padres buscan información acerca de cómo ayudar de manera efectiva a su hijo, por lo requieren de soporte social formal (instituciones que brinden terapias, colegios, etc.) (Gray, 1994; Rodrigue et al., 1990; Stoner & Angell, 2006). Asimismo, los padres al emplear estrategias de afrontamiento dirigidas a una búsqueda de apoyo social por razones emocionales logran encontrar en sus familias y amigos cercanos (soporte social informal) la ayuda que necesitan (Boyd, 2002; Tunali & Power, 2002; Tway et al., 2007). Posiblemente para nuestra muestra, la familia y su comunidad cobran un valor agregado por el mismo contexto social en el que se encuentran, ya que SJM (al igual que VES y Comas) surge a mediados del siglo XX como producto de la migración del campo a la ciudad trayendo consigo sus costumbres e ideologías. Ello implica que para estos padres la colectividad y el sentirse parte de una organización social le brinda seguridad tanto afectiva como económica (INEI, 2011; Manrique, 2004).

Cabe mencionar que en la investigación el estrés parental está ligado a las estrategias de afrontamiento que utilizan los padres. De esta manera, cuando los padres emplean estrategias como el desentendimiento conductual y la negación sus niveles de estrés persisten, afectando tanto su rol de padres, sus capacidades para controlar la presencia de conductas inadecuadas en su niño y por lo tanto interfiriendo la dinámica que establece con su hijo. Ello implica que los padres que buscan evadir las complicaciones en la crianza de un niño con TEA para focalizarse en otras actividades, no reducen

efectivamente el estrés ya que no logran hacer frente a los problemas, por consiguiente éstos persisten (Osborne & Reed, 2009) e inclusive puede generar en los padres depresión y aislamiento (Dunn et al., 2001; Pisula & Kossakowsk, 2010). Sin embargo, en otras investigaciones consideran que el emplear estilos de afrontamiento evitativo favorece la reducción de niveles de estrés parental ya que sirven como protección para los padres en especial cuando los síntomas de los niños son severos (Lyons et al., 2010).

En cambio se observa que aquellos padres que emplean estilos de afrontamiento enfocado en la emoción como las estrategias de aceptación y búsqueda de apoyo social por razones emocionales reflejan menores niveles de estrés parental. Por un lado, la aceptación permite que los padres identifiquen las dificultades a las que se están enfrentando en el cuidado de su niño y busquen ayuda para mejorar dicha situación. De esta manera, la búsqueda de apoyo social por razones emocionales permite que los padres se adapten a las exigencias de su entorno y desarrollen mayor resiliencia en su rol de cuidadores. Esto se genera debido a que estos padres están sintiéndose apoyados por las personas que los rodean, logrando así sentirse fortalecidos (Twy et al., 2007). En este caso la institución a la que acuden los participantes para que sus niños reciban terapias forma parte de este espacio de apoyo, no solo por las recomendaciones que pueda recibir de los terapeutas, sino en especial por el verse rodeados de otros padres que están sobrellevando una situación similar y con los cuales pueden extender sus redes sociales.

Con referencia a las limitaciones de este estudio se observa que hubiese sido beneficioso el contar con la participación de padres que tengan hijos con TEA pero que no acudan a un centro de atención, ello permitiría tener una idea más clara acerca del efecto de estas instituciones en el bienestar de los padres.

Además, recientes investigaciones identifican que el empleo de los estilos de afrontamiento suele estar regido por la severidad de los síntomas que presentan los niños con TEA. Así, mientras más dificultades presente el niño, los padres evidencian estilos de afrontamiento focalizados a las emociones; en cambio cuando los síntomas son más leves hacen uso de estilos de afrontamiento orientado al problema (Lyons et al., 2010). Sin embargo, debido a la falta de instrumentos para registrar la severidad de los síntomas dicha variable no ha podido ser contemplada en esta investigación quedando como sugerencia para posteriores estudios.

Pensamos que estos hallazgos permitirían tener una mirada más amplia acerca de los efectos que genera en los padres de niños con TEA la crianza de sus hijos y cómo estos logran sobrellevar las eventualidades que se presentan en su vida diaria. De esta manera, se observa que si bien los padres de la muestra registran altos niveles de estrés parental, también están siendo capaces de emplear diversos estilo/estrategias de afrontamiento que

les permite adaptarse a los problemas (Gray, 1994). Por ello, es importante elaborar estrategias de intervención en donde se busque empoderar a estos padres en su rol como tal y ayudarlos a percatarse de las herramientas tanto emocionales como cognitivas con las que cuentan. Finalmente, surge la necesidad de realizar investigaciones que validen el empleo de instrumentos como el PSI-SF para una población como la nuestra, pues nos permite registrar no solo la presencia de estrés parental sino que al delimitar a qué dominio el padre atribuye las mayores dificultades. De modo que el cuestionario sea empleado como una herramienta que facilite el diseño de intervenciones más efectivas y que respondan a las verdaderas necesidades de estos padres.





Referencias

- Abidin, R. & Loyd, B. (1985). Revision of parenting stress index. *Journal of Pediatric Psychology*, 10 (2), 169-177.
- Abidin, R. & Solis, M. (1991). The spanish version parenting stress index: A psychometric study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20 (4), 372-378.
- Abidin, R. (1992). The Determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychologist*, 21 (4), 407-412, Universidad de Virginia.
- American Psychiatric Association- APA (2002). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision), DSM IV- TR. Whashington: APA
(Trad. Cast. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición, texto revisado. Barcelona, España: Massón).
- Anchante G., Burgos L., Tarazona S., & Ahumada, E. (2008). Conocimiento sobre autismo y cuidados del niño en una asociación de padres de familia. *Rev. enferm. Herediana*, 1(1), 3-10.
- Aramayo, M. (2010). Estrés en padres de personas con discapacidad. Estudio exploratorio a nivel nacional: un primer avance. *Hablemos de la discapacidad en la diversidad. Investigaciones venezolanas sobre las personas con discapacidad*. 2 (109-126). Recuperado de http://www.rihsc.mmu.ac.uk/docs/Hablemos_de_la_discapacidad.pdf.
- Auad, M. (2009). *Representaciones mentales de la maternidad en madres de hijos con trastorno del espectro autista*. Tesis de Licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Baker, J. (2008). Mercury, Vaccines, and Autism: One Controversy, Three Histories. *American Journal of Public Health*, 98(2), 244-253.
- Belsky, J. (1984). The Determinants of parenting: A process model. *Child development*. 55, 83-96, Universidad de Pensilvania.
- Belmonte, M., Cook, E., Anderson, G., Rubenstein, J., Greenough, W., Beckel-Mitchener, A., Courchesne, E., Boulanger, L., Powell, S., Levitt, P., Perry, E., Jiang, Y., DeLorey, T. & Tierney, E. (2004). Autism as a disorder of neural information processing: directions for research and targets for therapy¹. *Molecular Psychiatry*, 9(7), 646-663.
- Benson, P. (2006). The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: The mediating role of stress proliferation. *Journal of Autism and developmental disorders*, 37, 685-695.
- Bhasin, TK & Schendel, D. (2007). Sociodemographic risk factors for Autism in a US Metropolitan Area. *Journal of Autism and developmental disorders*, 37(4), 667-677.

- Boyd, B. (2002). Examining the Relationship Between Stress and Lack of Social Support in Mothers of Children with Autism. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 17(4), 208-215.
- Brobst, J., Clopton, J. & Hendrick, S. (2009). Parenting Children With Autism Spectrum Disorder: The Couple's Relationship. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 24(1), 38-49.
- Calle, J. & Utria, O. (2004). Trastorno de Asperger en adolescentes: revisión del concepto y estrategias para la integración escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(3), 517-530.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F. & Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390.
- Carver, C. & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267- 283.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología de la PUCP*, 21(2), 364-392.
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la Prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. Tesis de Licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Charman, T. (2005). Autism spectrum disorders. *Psychiatry*, 4(8), 81-84.
- Chau, C. (1998). *Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento*. Tesis de Maestría no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Chau, C. (2004). Determinants of alcohol use among university students: the role of stress, coping and expectancies. Katholieke Universiteit, Leuven.
- Chiaravalli, L. (2011). *Sensitividad Materna en madres de niños con un diagnóstico del espectro autista*. Tesis de Licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Copeland, D. & Lee Harbaugh, B. (2005). Differences in parenting stress between married and single first time mothers at six to eight weeks after birth. *Issues in Comprehensive Pediatric Nurs*, 28(3), 139-152.

- Dale, E., Jahoda, A. & Knott, F. (2006) Mothers' attributions following their child's diagnosis of autistic spectrum disorder. Exploring links with maternal levels of stress, depression and expectations about their child's future. *Autism* 2006, 10(5), 463-479.
- Diamond, T. (2005). Positive and negative impacts of raising a child with autism: An examination of the direct and moderating effects of various coping resources. Tesis de doctorado, York University. Recuperado de <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1079657691&sid=7&Fmt=2&clientId=39490&RQT=309&VName=PQD>.
- Díaz, A., Brito de la Nuez, A., López, A., Pérez, J. & Martínez, M. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index- Short Form. *Psicothema*, 22(4), 1033-1038.
- Díaz, A., Brito de la Nuez, A., López, A., Pérez, J. & Martínez, M. (2011). Validity of the Parenting Stress Index-Short Form in a Sample of Spanish Fathers. *The Spanish Journal of Psychology*. 14(2), 990-997.
- Doo, S. & Wing, Y. (2006). Sleep problems of children with pervasive developmental disorders: correlation with parental stress. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 48(8), 650-655.
- Dunn, M., Burbine, T., Bowers, C., y Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal*. 37(1), 39-52.
- Flores, G. (1999). *Ansiedad y estilos de afrontamiento en padres de niños recién diagnosticados con leucemia o linfoma No-Hodgkin*. Tesis de Licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Folkman, T. & Moskowitz, T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *The annual review of psychology*. 55, 745-774.
- Foster, P., Reese-Weber, M. & Kahn, J. (2007). Fathers' parenting hassles and coping: Associations with emotional expressiveness and their sons' socioemotional competence. *Infant and Child Development*, 16, 277-293.
- Frydenberg, E. & Lexis, R. (2000) Teaching Coping to Adolescents: When and to Whom? *American Educational Research Journal*, 37(3), 727-745.
- Gray, D. (1994). Coping with autism: stress and strategies. *Sociology of health & Illness*, 16(3), 275-300.
- Gray, D. (2006). Coping over time: the parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 970-976.

- Hamlyn-Wright, S., Draghi-Lorenz, R. & Ellis, J. (2007). Locus of control fails to mediate between stress and anxiety and depression in parent of children with a developmental disorder. *Autism* 2007, 11(6), 489-501.
- Happé, F. (2007). Introducción al autismo (M. Núñez, Trad.). Madrid: Alianza Editorial.
- Hastings, R., Kovshoff, H., Ward, N., degli Espinosa, F., Brown, T. & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of Autism and Development Disorders*. 35(5), 635-644.
- Hauenstein, E. (1990). The experience of distress in parents of chronically ill children: Potencial or likely outcome? *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 356-364.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación. México: Mc Graw-Hill.
- Herring, S., Gray, K., Taffe, J., Tonge, B., Sweeney, D., & Einfeld, S. (2006). Behavior and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: Associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 874-882.
- Hoffman, C., Sweeney, D., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. & Looney, L. (2009). Parenting Stress and Closeness: Mothers of Typically Developing Children and Mothers of Children with Autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(3), 178-187.
- Hoppes, K. & Harris, S. (1990). Perceptions of child attachment and maternal gratification in mothers of children with autism and Down syndrome. *Journal of Clinical Child Psychologist*, 19(4), 365-370.
- Howlin, P. (2006). Autism spectrum disorders. *Psychiatry*, 5(9), 320-324.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI. (2008). Perú: IV Censo Nacional Económico, Lima Metropolitana. Recuperado de <http://proyectos.inei.gob.pe/Cenec2008/LimaMetropolitana.asp>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI. (2011). Cuidades Metropolitanas y Migraciones recientes: el caso de la ciudad de Lima. *PERÚ: Migración Interna reciente y el sistema de las ciudades 2001-2007*, 4, 105-127. Recuperado de http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/INEI_CELADE_Migracion-Interna-Reciente.pdf.
- Irarrázaval, M., Brokering, W. & Murillo, G. (2005). Autismo: una mirada desde la psiquiatría de adultos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43(1), 51-60.

- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. México: Mc Graw-Hill.
- Klauck, S., Felder, B., Kolb-Kokocinski, A., Schuster, C., Chiocchetti, A., Schupp, I., Wellenreuther, R., Schmötzer, G., Poustka, F., Breitenbach-Koller, L., & Poustka, A. (2006). Mutations in the ribosomal protein gene RPL10 suggest a novel modulating disease mechanism for autism. *Molecular Psychiatry*, 11(12), 1073-1084.
- Klein, L. C. & Corwin, E. J. (2002). Seeing the unexpected: How sex differences in stress responses may provide a new perspective on the manifestation of psychiatric disorders. *Current Psychiatric Reports*, 4, 441-444.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca S.A.
- Levy, S., Mandell, D. & Schultz, R. (2009). Autism. *The Lancet*, 374 (9701), 1627-1638.
- Lyons, A., Leon, S., Roecker Phelps, C & Dunleav, A. (2010). The Impact of Child Symptom Severity on Stress Among Parents of Children with ASD: The Moderating Role of Coping Style. *J Child Fam Stud*, 19, 516- 524.
- Manrique, N. (2004). Crisis y Organización Popular. Enciclopedia Temática del Perú. 7(4), 84-106. Lima: El Comercio.
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social – MIMDES. (2011). Agenda para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2011 – 2015. Recuperado de http://www.mimdes.gob.pe/files/DIRECCIONES/DGM/curso_formacion/agenda_igualdad.pdf.
- Mendoza, T. (2007). Impact of social support, socio-economic status, and ethnicity on stress levels of parents who have children with autism. The University of Texas at El Paso.
- López, S. & Cajal, C. (2007). Curso y pronóstico del trastorno autista. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 19-29.
- Paredes, R. (2005). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica Terminal*. Tesis de Licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Pisula, E. & Kossakowsk, Z. (2010) Sense of Coherence and Coping with Stress Among Mothers and Fathers of Children with Autism. *J Autism Dev Disord* 40, 1485-1494.
- Pozo, P., Sarriá, E. & Méndez, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastorno del espectro autista. *Psicothema*, 18(3), 342-347.
- Osborne, L. & Reed, P. (2009). The relationship between parenting stress and behavior problems of children with autistic spectrum disorders. *Exceptional Children*, 76(1), 54-73.

- Östberg, M. & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(4), 615-625.
- Ramos, F. & Sandín, F. (1995). Psicopatología-Manuales. *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Rivers, J. & Stoneman, Z. (2003). Sibling Relationships when a Child Has Autism: Marital Stress and Support Coping. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(4), 383-394.
- Rodrigue, J., Morgan, S. & Geffken, G. (1990). Families of autistic children: Psychological Functioning of mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 371-379.
- Rodríguez, E. (2002). La escuela de padres como respuesta a las necesidades de las familias con hijos con autismo. Trabajo presentado en el XI Congreso Nacional. AETAPI "Construyendo un futuro de calidad", Santander. 2002. Recuperado de http://aetapi.org/congresos/santander_02/comun_01.pdf
- Sarason, I. & Sarason, B. (1996). Psicología Anormal. El problema de la conducta inaceptada. Prentice Hall, Hispanoamericana, S.A. Séptima edición.
- Sigman, M., Spence, S. & Wang, T. (2006). Autism from developmental and neuropsychological perspectives. *The anual review of psychology*, 2, 327-355.
- Stoner, J. & Angell, M. (2006). Parent Perspective on Role Engagement: An Investigation of Parents of Children With ASD and Their Self-Report Roles With Education Professionals. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(3), 177-189.
- Tunali, B. & Power, T. (2002). Coping by Redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(1), 25-34.
- Twoy, R., Connolly, P. & Novak, J. (2006). Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 251-260.
- Verán, N. (2011). *Niveles de alexitimia en figuras parentales de niños con trastornos del espectro autista*. Tesis de Licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Vitiello, B., Abikoff, H., Chuang, S., y Kollins, S., McCracken, J., Riddle, M., Swanson, J., Wigal, T., McGough, J., Wigal, S., Skrobala, A., Davies, M., Posner, K., Cunningham, C. & Greenhill, L. (2007). Effectiveness of Methylphenidate in the 10-Month Continuation Phase of the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 17(5), 593-603.
- Volkmar, F., Chawarska, K. & Klin, A. (2005). Autism in infancy and early childhood. *The anual review of psychology*, 56, 315-336.

- Webb, S. & Jones, E. (2009). Early Identification of Autism. Early Characteristics, Onset of Symptoms, and Diagnostic Stability. *Infants & Young Children*, 22(2), 100-118.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 302-312.
- Wenar, Ch. & Kerig, P. (2000). *Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence*. Cuarta Edición. Estados Unidos de America: Mc Graw-Hill.
- Wing, L. (1997). The Autistic Spectrum. *Lancet*, 350. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=37&hid=15&sid=7f288051-30c7-4776-9855-1a7219bce15d%40sessionmgr113&bdata=Jmxxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#d b=pbh&AN=9712180904>.
- Wing, L. & Potter, D. (1999). Notes on the prevalence of autism spectrum disorders. The National Autistic Society. Recuperado de <http://www.nas.org.uk/nas/jsp/polopoly.jsp?d=364&a=2618&view=print>.
- Yamada, A., Suzuki, M., Kato, M., Suzuki, M., Tanaka, S., Shindo, T., Taketani, K., Akechi, T. & Furukawa, T. (2007). Emotional distress and its correlates among parents of children with pervasive developmental disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 651-657.
- Yannarella, W. (2010). Estudio descriptivo del autismo en Venezuela. *Hablemos de la discapacidad en la diversidad. Investigaciones venezolanas sobre las personas con discapacidad*, 2, 143-160. Recuperado de http://www.rihsc.mmu.ac.uk/docs/Hablemos_de_la_discapacidad.pdf.
- Yeargin-Allsopp, M., Rice, C., Karapurkan, T., Doernberg, N., Boyle, C. & Murphy, C. (2003). Prevalence of autism in a US metropolitan area. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 289(1), 49-55.





ANEXOS





ANEXO A
Instrumentos



ANEXO A1**Consentimiento Informado**

Fecha

Yo, _____, acepto participar en la investigación “Niveles de estrés parental percibido y estilos de afrontamiento en padres de niños diagnosticados con trastorno autista o espectro autista”, sabiendo que ésta esta será llevada a cabo por la alumna Denisse Pineda Gonzales del onceavo ciclo de la Especialidad de Psicología (Especialidad Clínica) de la Pontificia Universidad Católica del Perú como parte de su proceso de Licenciatura en el curso Seminario Preliminar de Tesis en Psicología Clínica, a cargo de Karem Díaz (Teléfono 626-2000) quien para efectos de esta actividad, queda como supervisora.

Del mismo modo, reconozco estar informado(a) que dicho proceso de investigación supone la aplicación de una ficha sociodemográfica en la cual se busca recabar la información necesario para fines de la investigación y dos cuestionarios acerca de las tensiones y preocupaciones en el rol parental. Dichos documentos serán resueltos dentro del Centro de Rehabilitación para niños y adolescente excepcionales Arie. Estas reuniones serán programadas de acuerdo a la disponibilidad tanto de los participantes como de la investigadora.

Estoy notificado también que la información obtenida será mantenida siempre en el anonimato ya que la alumna se compromete a no revelar la identidad del niño/a ni la de sus padres en ningún momento de la actividad de campo ni posterior a ella.

Si está de acuerdo con lo mencionado líneas anteriores, firme en el lugar indicado y se le brindará una copia firmada por la investigadora.

Firma del padre o madre

Firma del investigador



ANEXO A2

Ficha sociodemográfica

A continuación complete la información solicitada con relación a su **hijo (a)**.

- Edad (años y meses): _____ Fecha de nacimiento: _____
- Sexo: Masculino () Femenino ()
- Diagnóstico: _____
- Tiempo del diagnóstico (meses y años): _____
- Su hijo presenta un trastorno asociado: Si () No ()

* Si su respuesta fue afirmativa indique con una "X" los trastornos asociados que presenta su hijo.

Retardo Mental	
Trastorno del lenguaje	
Trastorno de Déficit de Atención	
Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad	
Síndrome de Down	

Otros: _____

- Marque con una "X" los tratamientos a los cuales acude o ha acudido su hijo.

	Ha acudido	Acude
Terapia de Lenguaje		
Terapia de Psicomotricidad		
Terapia Ocupacional		
Terapia Sensoperceptual		
Taller de Modificación de conducta		
Taller de aprendizaje		
Taller de déficit de atención e hiperactividad		

Otros: _____

En estos momentos, marque con una "X" la información correspondiente a las personas que conviven con usted.

	1er. Familiar	2do. Familiar	3er. Familiar	4to. Familiar	5to. Familiar
Tipo de relación					
Sexo					
Edad					
Estado civil					
Grado de instrucción					
Ocupación					
Situación laboral					
Recibe ayuda de este familiar en el cuidado de su hijo. Coloque "Si" o "No"					
De recibir ayuda, especifique cuál					

Finalmente, complete la información solicitada acerca de **sus propios datos**.

- Sexo: Masculino () Femenino ()
- Edad (años): _____
- Estado civil: Soltero () Casado () Divorciado ()
- Separado () Conviviente () Viudo ()
- Número de hijos: _____
- Alguno de sus demás hijos ha recibido un diagnóstico psicológico o psiquiátrico
- Si () No ()

*Si su respuesta fue positiva, indique cuál es el diagnóstico, según la posición ordinal de su hijo.

Hijo 1: _____ Hijo 2: _____ Hijo 3: _____

Hijo 4: _____ Hijo 5: _____ Hijo 6: _____

- Lugar de nacimiento: _____

- Religión: _____

- Marque con un aspa su grado de instrucción

Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta ()

Secundaria completa () Técnica Superior incompleta ()

Técnica Superior completa () Estudios universitarios incompletos ()

Estudios universitarios completos ()

- Ocupación: _____

- Actualmente trabaja Si () No ()

*Si su respuesta fue negativa, indique que actividades realiza.

- El diagnóstico de su hijo afectó la viabilidad de su trabajo.

Si () No ()

* Si su respuesta fue afirmativa, indique cuál es la actividad que realizaba.





ANEXO B
Análisis Estadísticos



ANEXO B1

Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test Corregidas del cuestionario PSI-SF

Ítem	Correlación Ítem - Test corregida	Alfa si se elimina el ítem
Escala Total $\alpha = .927$		
PSI 1	.290	.927
PSI 2	.327	.927
PSI 3	.564	.924
PSI 4	.237	.928
PSI 5	.420	.926
PSI 6	.492	.925
PSI 7	.324	.927
PSI 8	.549	.924
PSI 9	.453	.926
PSI 10	.547	.925
PSI 11	.633	.923
PSI 12	.624	.924
PSI 13	.308	.927
PSI 14	.080	.929
PSI 15	.516	.925
PSI 16	.584	.924
PSI 17	.687	.923
PSI 18	.663	.923
PSI 19	.734	.922
PSI 20	.645	.923
PSI 21	.533	.925
PSI 22	-.061	.931
PSI 23	.474	.926
PSI 24	.463	.925
PSI 25	.621	.924
PSI 26	.604	.924
PSI 27	.488	.925
PSI 28	.729	.923
PSI 29	.238	.927
PSI 30	.748	.922
PSI 31	.667	.923
PSI 32	-.128	.930
PSI 33	.532	.925
PSI 34	.731	.923
PSI 35	.566	.924
PSI 36	.668	.923

Ítem	Correlación Ítem - Test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación Ítem - Test corregida	Alfa si se elimina el ítem
MP $\alpha = .835$			ID P-H $\alpha = .818$		
PSI 1	.313	.835	PSI 13	.234	.824
PSI 2	.209	.843	PSI 14	.119	.830
PSI 3	.682	.807	PSI 15	.579	.794
PSI 4	.451	.827	PSI 16	.534	.799
PSI 5	.528	.820	PSI 17	.697	.784
PSI 6	.468	.825	PSI 18	.590	.794
PSI 7	.405	.829	PSI 19	.755	.777
PSI 8	.528	.820	PSI 20	.784	.778
PSI 9	.530	.820	PSI 21	.500	.802
PSI 10	.456	.826	PSI 22	-.225	.854
PSI 11	.653	.809	PSI 23	.529	.799
PSI 12	.688	.808	PSI 24	.558	.798

Nota: MP = Malestar Paterno, ID P-H = Interacción Disfuncional Padre-Hijo

Ítem	Correlación Ítem - Test corregida	Alfa si se elimina el ítem
CN $\alpha = 0,869$		
PSI 25	.695	.850
PSI 26	.619	.854
PSI 27	.584	.857
PSI 28	.733	.846
PSI 29	.308	.872
PSI 30	.737	.845
PSI 31	.633	.853
PSI 32	-.234	.892
PSI 33	.532	.860
PSI 34	.734	.849
PSI 35	.521	.861
PSI 36	.680	.850

Nota: CN = Cuidado del Niño

ANEXO B2

Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test Corregidas del cuestionario COPE

Ítem	Correlación Ítem - Test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación Ítem - Test corregida	Alfa si se elimina el ítem
Escala Total $\alpha = .900$			Escala Total $\alpha = .900$		
COPE 1	.328	.899	COPE 27	.444	.898
COPE 2	.421	.898	COPE 28	.285	.899
COPE 3	.354	.899	COPE 29	.245	.900
COPE 4	.357	.899	COPE 30	.226	.900
COPE 5	.070	.902	COPE 31	.520	.897
COPE 6	.504	.897	COPE 32	.658	.895
COPE 7	.473	.897	COPE 33	.440	.898
COPE 8	.299	.899	COPE 34	.599	.895
COPE 9	.281	.900	COPE 35	.481	.897
COPE 10	.061	.902	COPE 36	.114	.902
COPE 11	.010	.901	COPE 37	.382	.898
COPE 12	.034	.902	COPE 38	.222	.900
COPE 13	.066	.902	COPE 39	.446	.898
COPE 14	.571	.896	COPE 40	.532	.897
COPE 15	.361	.899	COPE 41	.562	.896
COPE 16	.156	.901	COPE 42	.536	.897
COPE 17	.473	.897	COPE 43	.162	.901
COPE 18	.580	.896	COPE 44	.501	.897
COPE 19	.239	.900	COPE 45	.442	.898
COPE 20	.615	.896	COPE 46	.666	.895
COPE 21	.380	.898	COPE 47	.634	.896
COPE 22	.486	.897	COPE 48	.553	.896
COPE 23	.299	.899	COPE 49	.390	.898
COPE 24	.209	.900	COPE 50	.364	.899
COPE 25	.129	.901	COPE 51	.243	.900
COPE 26	.284	.899	COPE 52	.307	.899

Ítem	Correlación Ítem - Test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación Ítem - Test corregida	Alfa si se elimina el ítem
Problema $\alpha = .818$			Emoción $\alpha = .866$		
COPE 1	.212	.820	COPE 6	.513	.858
COPE 2	.365	.811	COPE 7	.538	.857
COPE 3	.382	.810	COPE 8	.422	.861
COPE 4	.411	.809	COPE 9	.565	.856
COPE 5	.024	.829	COPE 11	.108	.869
COPE 14	.655	.797	COPE 19	.048	.877
COPE 15	.536	.801	COPE 20	.563	.857
COPE 16	.361	.811	COPE 21	.351	.864
COPE 17	.442	.807	COPE 22	.621	.854
COPE 18	.453	.806	COPE 24	.205	.868
COPE 27	.417	.809	COPE 32	.668	.851
COPE 28	.409	.810	COPE 33	.496	.859
COPE 29	.309	.814	COPE 34	.615	.853
COPE 30	.240	.817	COPE 35	.515	.858
COPE 31	.432	.808	COPE 37	.424	.862
COPE 40	.656	.795	COPE 45	.282	.866
COPE 41	.576	.800	COPE 46	.719	.850
COPE 42	.572	.801	COPE 47	.672	.855
COPE 43	.065	.826	COPE 48	.709	.849
COPE 44	.360	.811	COPE 50	.168	.869

Nota: Problema = Afrontamiento focalizado al problema

Emoción = Afrontamiento focalizado a la emoción

Ítem	Correlación Ítem - Test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación Ítem - Test corregida	Alfa si se elimina el ítem
Evitativo $\alpha = .706$			Evitativo $\alpha = .706$		
COPE 10	0,152	0,713	COPE 36	0,482	0,663
COPE 12	-0,359	0,768	COPE 38	0,687	0,641
COPE 13	0,423	0,675	COPE 39	0,563	0,656
COPE 23	0,131	0,717	COPE 49	0,464	0,669
COPE 25	0,427	0,675	COPE 51	0,596	0,652
COPE 26	0,235	0,702	COPE 52	0,392	0,679

Nota: Evitativo = Estilo de evitativo

ANEXO B3

Prueba de Normalidad de los datos de acuerdo al estadístico Kolmogorov-Smirnov Z

Instrumento	Kolmogorov-Smirnov Z	
	Estadístico	Sig.
PSI-SF		
Escala total - Estrés Parental	.65	.79
Malestar Personal	.63	.83
Interacción disfuncional	.61	.85
Cuidado del niño	.76	.61
COPE		
Estilos		
Estilo de afrontamiento orientado al problema	1.09	.19
Estilo de afrontamiento orientado a las emociones	.94	.35
Estilo evitativo	1.38	.05
Estrategias		
Activo	1.34	.05
Planificación	1.04	.23
Supresión	1.83	.00
Postergación	1.21	.11
Búsqueda Instrumental	1.26	.09
Búsqueda Emocional	1.71	.01
Reinterpretación	1.11	.17
Focalización	1.36	.05
Aceptación	1.04	.23
Religión	1.32	.06
Conductual	1.58	.01
Mental	1.68	.01
Negación	1.12	.16

*p > 0.05 Distribución normal



ANEXO B4

Datos sociodemográficos según módulo al que asiste la muestra

Variables	Molina <i>n</i> = 19		Lima <i>n</i> = 14		SJM <i>n</i> = 8		VES <i>n</i> = 7		Comas <i>n</i> = 10	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Género										
Femenino	11	57.89	13	92.86	8	100	6	85.71	7	70
Masculino	8	42.11	1	7.14			1	14.29	3	30
Procedencia										
Provincia	5	26.32	10	71.43	8	100	5	71.43	9	90
Lima	14	73.68	4	28.57			2	28.57	1	10
Estado Civil										
Soltero			2	14.29	2	25	1	14.29	2	20
Separado			2	14.29			1	14.29		
Divorciado			1	7.14					1	10
Conviviente	4	21.05	1	7.14			2	28.57	1	10
Casado	15	78.95	8	57.14	6	75	3	42.86	6	60
Núm. Hijos										
1 hijo	5	26.32	9	64.29	7	87.50	6	85.71	6	60
2 hijos	10	52.63	5	35.71	1	12.50	1	14.29	4	40
3 hijos	4	21.05								
Grado de Instrucción										
Sec. Incompleta			1	7.14						
Sec. Completa	3	15.79	7	50	3	37.50	5	71.43	4	40
Téc. Sup. Incompleta	3	15.79	2	14.29	1	12.50	1	14.29	3	30
Téc. Sup. Completa	5	26.32	3	21.43	4	50	1	14.29	3	30
Superior Incompleta	2	10.53								
Superior Completa	6	31.58	1	7.14						
Estado Laboral										
No trabaja	9	47.37	10	71.43	5	62.50	4	57.14	6	60
Trabaja	10	52.63	4	28.57	3	37.50	3	42.86	4	40
Dejó el trabajo										
No	10	52.63	8	57.14	2	25	3	42.86	3	30
Sí	9	47.37	6	42.86	6	75	4	57.14	7	70

n = 58