

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



ESTRÉS PARENTAL Y AFRONTAMIENTO EN MADRES Y PADRES DE  
NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

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

JUDITH ELIZABETH MATOS MENDOZA

Asesora:  
Nancy Eufemia Valdez Huarcaya

Lima, Perú  
2020

## **Agradecimientos**

A mi mamá, por su paciencia, por apoyarme incondicionalmente durante todos estos años de universidad, por animarme a seguir creciendo como persona y en el ámbito académico. Por motivarme, confiar y creer en mí en todo momento.

A mi abuela y abuelo, por ayudarme a continuar con mis estudios y enseñarme la importancia de la perseverancia y el esfuerzo. Porque siempre han estado conmigo.

A mi tía, por apoyarme, ayudarme a distraerme y cuidar así mi salud mental.

A mis tíos y primos, por brindarme escucha y ánimos durante este proceso.

A mi asesora, Nancy, por sus alcances, guía y buena disposición para atender mis dudas. Por confiar en mí, ayudarme a terminar este proyecto y hacerlo realidad.

A Viviana, por ser la compañera de investigación ideal, por las conversaciones, desveladas y por hacer el trabajo más llevadero, ha sido una aventura increíble junto a ti.

A mis amigos y amigas quienes me impulsaron a terminar este proyecto y me ofrecieron sus comentarios, consejos e ideas. A Brenda, Natalie, Jessenia, Catalina y Allison, por su amistad incondicional. A BTS por ayudarme a mantenerme motivada y despierta durante las amanecidas.

A Bruno, por ser mi apoyo, por su amor, cariño y ánimos. A su familia, por apoyarme como si fuera una hija más.

A las madres y padres que participaron de esta investigación, por ofrecerme su disposición y tiempo para que este trabajo sea posible. Por permitirme conocerlos y aprender de ustedes y de sus niños y niñas. Ha sido una experiencia enriquecedora e inolvidable.

Finalmente, a Santiago por ser mi más grande inspiración y motivación. Por llenar de alegría mis días y enseñarme a ser madre.

## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la asociación entre el estrés parental y las estrategias de afrontamiento en padres de niños con parálisis cerebral. Los participantes fueron 65 madres y padres entre los 19 y 60 años de edad, donde el 87.7% ( $N=57$ ) fueron madres y el 12.3% fueron padres ( $N=8$ ), cuyos hijos llevaban tratamiento en diferentes entidades del Estado como: hospital pediátrico, hospital especializado en rehabilitación o centro de educación básica especial (CEBE) en Lima Metropolitana. El estrés se midió con el Cuestionario Índice de Estrés Parental/Versión corta (PSI-SF) (Abidin, 1995) y el afrontamiento con el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) creado por Carver, Scheier & Weintraub (1989), adaptado por Cassaretto y Chau (2016) para la población peruana. Los resultados evidencian una asociación inversa entre la subescala malestar paterno con las estrategias planificación ( $r=.32$ ;  $p<.001$ ) y reinterpretación positiva ( $r=.30$ ;  $p=.01$ ). Por otro lado, se obtuvieron correlaciones directas entre las subescalas malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y el puntaje total del estrés parental con las estrategias negación ( $r=.36$ ;  $p=.001$ ;  $r=.28$ ;  $p=.02$ ;  $r=.27$ ;  $p=.02$ ) y desentendimiento conductual ( $r=.35$ ;  $p=.001$ ;  $r=.24$ ;  $p=.04$ ;  $r=.30$ ;  $p=.01$ ). Se evidenció que los niveles de estrés eran menores cuando más de dos o más personas ayudan en el cuidado del hijo, cuando se realizan actividades de tiempo libre y cuando los niños pertenecen a un nivel intermedio de funcionalidad motora. Por otro lado, los padres que se encuentran en la adultez media empleaban en mayor medida la aceptación; los padres de niños pequeños, la búsqueda de soporte por razones emocionales. Se discuten las posibles explicaciones de estos hallazgos, se reportan las limitaciones del presente estudio y se proponen líneas de investigación a futuro.

**Palabras clave:** *parálisis cerebral, estrategias de afrontamiento, estrés parental*

## Abstract

The present study aimed to know the association between parental stress and coping strategies in parents of children with cerebral palsy. The participants were 65 mothers and fathers between the ages of 19 and 60, where 87.7% ( $N = 57$ ) were mothers and 12.3% were fathers ( $N = 8$ ) whose children were attending to different state entities like: a pediatric hospital, a hospital specialized in rehabilitation or a special basic education center (CEBE) in Metropolitan Lima. Stress was measured with the Parental Stress Index / Short Version Questionnaire (PSI-SF) (Abidin, 1995) and coping with the Coping Estimate Questionnaire (COPE) created by Carver, Scheier & Weintraub (1989) and adapted by Cassaretto & Chau (2016) for the peruvian population. The results show an inverse association between the parental distress subscale with *planning* ( $r=.32$ ;  $p=.001$ ) and *positive reinterpretation* ( $r=.30$ ,  $p=.01$ ) strategies. Also, direct correlations were obtained between parental distress, dysfunctional parent-child interaction subscales and the total parental stress score with *denial* ( $r=.36$ ;  $p=.001$ ;  $r=.28$ ;  $p=.02$ ;  $r=.27$ ;  $p=.02$ ) and *behavioral disengagement* ( $r=.35$ ;  $p=.001$ ;  $r=.24$ ;  $p=.04$ ;  $r=.30$ ;  $p=.01$ ) strategies. It was shown that stress levels were lower when more than two or more people help with child care, when they do free time activities and when children belong to an intermediate level of motor functionality. On the other hand, parents in middle adulthood used acceptance more and parents of young children, seeking support for emotional reasons. The possible explanations of these findings are discussed, the limitations of this study are reported and future research lines are proposed.

**Key Words:** *Cerebral palsy, coping strategies, parental stress*

## Tabla de Contenido

Introducción .....	1
Método .....	10
Participantes .....	10
Medición.....	10
Procedimiento.....	13
Análisis de Datos.....	13
Resultados .....	14
Discusión.....	17
Limitaciones y recomendaciones .....	22
Referencias .....	24
Apéndices.....	32
Apéndice A: Consentimiento Informado	
Apéndice B: Ficha de datos	
Apéndice C: Clasificación de la Función Motora Gruesa	
Apéndice D: Descriptivos del Estrés parental y Afrontamiento	
Apéndice E: Descriptivos de las variables sociodemográficas	
Apéndice F: Análisis de Confiabilidad del cuestionario PSI-SF	
Apéndice G: Análisis de Confiabilidad del cuestionario COPE	
Apéndice H: Normalidad	
Apéndice I: Correlaciones	

## Introducción

La parálisis cerebral (PC) comprende un grupo de alteraciones que afectan el movimiento y la postura, limitando la actividad. Esto se atribuye a una alteración o lesión permanente y no progresiva del cerebro en desarrollo durante la etapa fetal o en la primera infancia, que se acompaña de trastornos sensoriales, conductuales, perceptuales, cognitivos y comunicacionales, pudiendo incluir también la presencia de epilepsia (Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein & Bax, 2007; Póo, 2008). La PC es considerada una discapacidad en tanto implica deficiencias físicas, sensoriales, mentales y/o intelectuales que son de carácter permanente y que dificultan la interacción y el desenvolvimiento con el entorno, lo que genera a su vez una limitación de sus derechos, así como su inclusión en la sociedad (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017).

En el Perú, el 10.4% de la población total presenta algún tipo de discapacidad, de los cuales 437 mil son menores de edad y 464 mil tienen parálisis cerebral (INEI, 2017; Centro de Cirugía Especial de México, 2019). La prevalencia de esta condición en el mundo es de 2 a 2.5 por cada mil recién nacidos, a diferencia de los países en vías de desarrollo, siendo esta cantidad más elevada, alcanzando hasta 5 casos por cada mil nacidos, donde la probabilidad aumenta cuando los niños nacen con muy bajo peso y tienen una edad gestacional temprana (Madrigal, 2007; Póo, 2008; Martínez, Ramos, Robles, Martínez & Figueroa, 2012; Gómez-López, Jaimes, Palencia Gutiérrez, Hernández & Guerrero, 2013; Taboada, Quintero, et al., 2013). En el Perú, un estudio realizado por el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) reportó una prevalencia de 5.2 por cada mil recién nacidos (Bancalari, 1993).

En cuanto a la etiología, si bien no existe una causa específica de la PC, existen varios factores de riesgo (Russman, 2009). Ésta puede presentarse por factores perinatales (infección intrauterina y malformaciones cerebrales), por dificultades durante el parto (anoxia, bajo peso al nacer, compresión de la cabeza y asistencia incorrecta del parto) o dificultades posteriores al parto (anoxia, traumatismos e infecciones) (Madrigal, 2004).

Respecto a la clasificación de la PC, Russman (2009) describe tres tipos a partir de sus manifestaciones fisiológicas: 1) la espástica, que tiene mayor incidencia al afectar al 75% de las personas con PC y se caracteriza por la presencia de reflejos primitivos o exagerados con un umbral de activación reducido, conllevando a una sobre-activación muscular ante estímulos externos y leves (Madrigal, 2007; Póo, 2008); 2) la discinética, que implica movimientos anormales e involuntarios que aparecen a la par cuando la persona desea realizar movimientos voluntarios, donde se puede pasar de un estado de hipertonia a hipotonía; 3) la atáxica, que

incluye una descoordinación de los movimientos voluntarios originando alteraciones del equilibrio y en la percepción del espacio. Además, aparecen otras clasificaciones como la parálisis cerebral hipotónica, siendo ésta menos frecuente y la mixta, originada por asociaciones de ataxia y distonía (Compén, 2008; Póo, 2008). Por el grado de dependencia, la PC puede ser clasificada en: grave, cuando la persona carece de autonomía para realizar sus actividades de la vida diaria, por lo que dependerá de otra persona para poder vivir; la moderada, cuando necesita de otro para determinadas actividades; y leve, cuando es totalmente independiente, aunque puede resultar torpe para alguna actividad (Madrigal, 2004).

Existe un Sistema de Clasificación de la Función Motora (Gross Motor Function Classification System- GMFCS) (Palisano, Rosenbaum, Bartlett & Livingston, 2008), que comprende cinco niveles y su objetivo principal es determinar qué nivel representa mejor las habilidades y limitaciones del menor con PC sobre su funcionamiento motor grueso. Las diferencias que existen entre cada nivel se basan en el desempeño habitual que el niño pueda tener en el hogar y otros lugares en la comunidad en función de las limitaciones funcionales que pueda tener, la necesidad de uso de dispositivos auxiliares de marcha (muletas, bastones o andadores) o del uso de silla de ruedas (autopropulsadas, manuales o eléctricas). De manera general, el nivel I implica que el niño camina sin restricciones; el nivel II, implica que camina con limitaciones; el nivel III, implica que camina utilizando un dispositivo manual auxiliar de la marcha; el nivel IV, implica que tiene auto-movilidad limitada y es posible que utilice movilidad motorizada; y el nivel V, cuando el menor es transportado en silla de ruedas (Palisano et al., 2008).

Debido a las afectaciones y síntomas que implica la PC, los cuidados que requieren las personas con este diagnóstico, especialmente los niños, son numerosos y hacen de ello una tarea altamente demandante, ya que requieren de asistencia permanente para realizar sus actividades diarias. Estas demandas implican recursos como tiempo y dinero, ya que los tratamientos que estos niños necesitan pueden llegar a ser altamente costosos y de difícil acceso (McCubbin & Huang: 1989; Wanamaker & Glenwick, 1998; Parkes, McCullough, Madden, & McCahey, 2009; Glenn, Cunningham, Poole, Reeves & Weindling, 2009)

Como señalan Badawi y sus colaboradores (1998), las familias que tienen un niño con PC también pueden verse afectadas en mayor o menor medida en función al grado de dependencia, ya que el ejercer el rol de cuidador(es) supone un quiebre del proyecto vital para él (ellos) y la familia; además, implica un desgaste físico que se genera a partir de las demandas del niño, trayendo consigo consecuencias psicológicas y sociales, de manera que este rol se convierte en una situación estresante que impacta negativamente sobre el cuidador, pudiendo

llegar a sobrecargarlo presentando el “síndrome del cuidador quemado” al percibir que no cuenta con los recursos necesarios para hacerle frente a dichas demandas, generando así también altos niveles de estrés en los padres de estos niños (Gómez & Torres, 1999; Madrigal, 2004; Glenn et al., 2009; Martínez & Figueroa, 2012).

Lazarus y Folkman (1986) definen el estrés como un proceso en el que la persona siente que sus recursos no resultan suficientes ante las exigencias externas o internas; en paralelo, el estrés puede ser considerado como resultado de la interacción del individuo y su entorno, el cual es evaluado como amenazante ya que pone en peligro su bienestar. El estrés no implica necesariamente siempre algo negativo, pero en altos niveles puede ser causa de preocupación, ya que las manifestaciones pueden tornarse en síntomas fisiológicos, psicológicos, cognitivos y emocionales (Soraluz, 2018), lo que puede llevar a sentir emociones negativas, afectar el rendimiento de la persona y tener problemas en la vida social y familiar (Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003).

Se habla de estrés parental cuando el origen de éste está vinculado a la crianza, las demandas y dificultades que genera el hijo debido a sus características, ya que son evaluadas como desbordantes en base a los recursos y habilidades de los padres (Abidin & Lloyd, 1985). A partir del modelo propuesto por dichos autores (1985), el estrés parental es un proceso en el que los padres experimentan sentimientos desbordantes a causa de la evaluación cognitiva que tienen respecto a las exigencias que conlleva su rol como padres, las tareas de la crianza y la interacción con sus hijos. Belsky (1984) sugiere que la presencia de estrés parental dependería de tres factores: los recursos psicológicos de cada padre, las características del niño y el contexto de las fuentes de estrés y apoyo. Años más tarde, Webster-Stratton (1990) propone factores extramatrimoniales (bajo nivel socioeconómico, desempleo, eventos estresantes y dificultades diarias), estresores en la pareja, características del niño, factores mediadores, el bienestar psicológico de los padres y el soporte social.

El estudio del estrés parental y los factores que contribuyen a su presencia se ha enfocado en los casos de padres de niños con discapacidad y condiciones crónicas, ya que se ha encontrado que las múltiples demandas de estos niños estarían asociadas a altos niveles de estrés en sus padres, a comparación de quienes tienen niños con un desarrollo típico. Hsiao (2017) propone que existen tres fuertes predictores de estrés parental en familias con niños con discapacidad: problemas conductuales del niño, estrategias de afrontamiento de los padres y el soporte parental en las familias. Asimismo, los niveles de estrés han sido asociados con la gravedad de la discapacidad, grado de dependencia, edad del niño, estatus socioeconómico, nivel de educación de los padres, apoyo social, entre otros (Badia, 2005; Amireh, 2018).



Por otro lado, Botana & Peralbo (2014) señalan que un mayor grado de dependencia por parte de los niños con discapacidad estaría asociado a mayores niveles de estrés parental. El nivel de desajuste que presenta el niño con discapacidad ha sido asociado a diferentes variables como insatisfacción con el rol paterno, disminución del sentimiento de competencia parental y una sensación de falta de confianza sobre ellos mismos como padres (Hsiao, 2017).

En esta línea, existe evidencia que corrobora que ser madres de niños con retraso en el desarrollo es considerado un factor de riesgo para la salud tanto física como mental de éstas, en tanto suelen presentar: fatiga, problemas de autoestima e insatisfacción interpersonal (Piven & Palmer, 1999; Seguí, Ortiz & De Diego, 2008). En consecuencia, el estrés que experimentan las madres y padres también podría afectar la relación y respuesta frente a las necesidades de sus hijos, ya que pueden mostrarse más irritables, cansados e intolerantes y evidenciar conductas negligentes o punitivas hacia estos últimos (Belcher, Watkins, Johnson & Lalongo, 2007; Sorraluz, 2018).

En el caso de padres de niños con PC, los resultados se muestran similares respecto a niveles de estrés parental. Expresado en cifras, en una investigación realizada en Europa se encontró que, de 818 padres de niños con parálisis cerebral, el 36% de ellos presentaron altos niveles de estrés parental (Parkes, Caravale, Marcelli, Franco & Colver, 2011). Glenn y sus colaboradores (2008) reportaron que, de las 80 madres participantes, el 43% de ellas presentaban niveles de estrés por encima del límite para requerir evaluación clínica. Además, los factores que fueron asociados a mayores niveles de estrés fueron altas necesidades familiares, baja adaptabilidad familiar y dificultades cognitivas en el niño.

En Taiwan, Wang & Jong (2004) compararon el estrés parental de padres de niños con PC con el de padres de niños con desarrollo típico y encontraron que los primeros indicaban mayores niveles de estrés se relacionaron de manera negativa con edad más temprana a rehabilitación y, el estrés vinculado a las características del niño se asoció de manera positiva con tener niños más pequeños, severidad de la discapacidad, y una mayor frecuencia de asistencia a la rehabilitación. En Malasia, Ang & Juhari (2017) encontraron que los niveles de estrés se relacionan de manera negativa con una evaluación materna positiva y, de manera positiva con una evaluación negativa.

Las investigaciones realizadas en Latinoamérica muestran resultados similares. En Brasil, Ribeiro, Sousa, Vandenberghe & Porto (2014) reportaron que el 45,3% de 223 madres de niños y adolescentes con parálisis cerebral presentaban altos niveles de estrés, lo cual se observó en mayor medida en las madres de niños mayores. El estrés con el que hubo mayor identificación fue el que evalúa cómo las exigencias del hijo causan sufrimiento y restringen la

participación de las madres en actividades sociales. En ese sentido, el proyecto de vida de estas mujeres se ve modificado y, en consecuencia, tienden a sentirse menos satisfechas con la vida y se sienten menos capaces de acoger y dar soporte a sus hijos. Además, se encontró que el trabajo remunerado y el tiempo libre se asociaron de manera negativa con el estrés. Sin embargo, a diferencia de otros estudios, el nivel de comprometimiento motor no se relacionó de manera significativa con el estrés, aunque sí se presentaron diferencias a nivel descriptivo entre los niveles de funcionalidad motora (Ribeiro et al, 2014).

Otro estudio realizado en Brasil por Da Costa Cunha y colaboradores (2017) obtuvo como resultado que las madres presentaron niveles promedio de estrés, el cual corresponde a los aspectos comportamentales de los hijos y, en contraste con la investigación de Ribeiro y colaboradores (2014), el nivel de funcionalidad motora explicaría de manera significativa el nivel total de estrés parental en tanto hay un mayor grado de dependencia por parte de los niños y los padres se verían sobrecargados por las demandas de cuidado diarias, limitando así los ingresos familiares y dependiendo continuamente de las ayudas que el gobierno ofrece.

Para responder a las demandas de los niños y las evaluaciones subjetivas que se generan a partir de las mismas, los padres atraviesan por un proceso denominado afrontamiento, el cual regula las consecuencias negativas del estrés y es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales que utiliza la persona para manejar las demandas externas o internas que pueden ser desbordantes para la misma (Lazarus y Folkman, 1986).

Carver, Scheier y Weintraub (1989) califican al afrontamiento como un proceso estratégico que implica un conjunto de actividades que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como conductual, para poder enfrentarse a una determinada situación. Este conjunto de estrategias puede variar según la situación.

Años más tarde, Carver y sus colaboradores continuaron trabajando en una prueba que englobe las estrategias de afrontamiento, quedando así una versión de 60 ítems y 15 estrategias (Kallasmaa & Pulver, 2000) que son las siguientes: 1) afrontamiento activo, implica que la persona tome acciones para avanzar a un siguiente nivel y eliminar o disminuir los efectos de un estresor; 2) planificación, se da cuando la persona piensa cómo se comportará frente a la situación que le genera estrés; 3) restricción del afrontamiento, se da cuando se evalúa la situación para no actuar de manera precipitada; 4) supresión de actividades competentes, implica que la persona deje de lado todo lo que no esté relacionado con el problema; 5) búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, cuando se busca información y consejos de otras personas; 6) búsqueda de apoyo social por razones emocionales, cuando se busca apoyo moral y comprensión de los demás; 7) reinterpretación positiva, significa que la persona intente

cambiar su percepción acerca de una situación no deseada para así verla como un evento positivo; 8) recurrir a la religión, cuando las personas aumentan su participación en actividades religiosas para así reducir su malestar; 9) aceptación, donde se le atribuye realismo a la situación, se acepta al evento como parte de la vida y que éste no podrá ser cambiado; 10) negación, que se utiliza para reducir el dolor negando la situación; 11) enfocar y liberar emociones, cuando la persona expresa abiertamente las consecuencias emocionales que conlleva la situación; 12) uso de sustancias; 13) Desentendimiento mental, cuando la persona evita comprometerse cognitivamente; 14) Desentendimiento conductual, cuando la persona evita comprometerse a nivel conductual y 15) uso del humor, cuando se bromea sobre la situación estresante.

Los estudios que exploran el uso de estrategias de afrontamiento en padres de niños con alguna discapacidad son diversos. En Ecuador, el 68% de 50 madres de niños que asisten a fisioterapia pediátrica, entre ellos niños con PC, empleaban en mayor medida el afrontamiento conductual, lo que implica centrarse en la resolución del problema, realizando distintas actividades para lograrlo, de manera que afrontan los problemas de manera activa, lo cual va de la mano con el manejo de recursos y el contexto del individuo, pues actuando de manera activa la evaluación que tengan del contexto tendrá mayores probabilidades de cambiar para mejor. Por otro lado, las estrategias que menos se emplearon fueron el escape conductual y el uso de sustancias (Recalde, 2015).

En Perú, Rodríguez de Castillejo (2018) encontró que las estrategias más utilizadas por padres y madres de niños con Síndrome de Down fueron: planificación, aceptación, contención al afrontamiento y búsqueda de soluciones instrumentales, mientras que las que menos utilizadas fueron: búsqueda de soluciones emocionales y desentendimiento conductual. La aceptación y planificación son estrategias que corresponden al afrontamiento enfocado en el problema, lo que se atribuye a que estos padres muchas veces tienen la posibilidad de recibir el diagnóstico incluso antes del nacimiento de sus hijos, a diferencia de los padres de niños con Trastorno del Espectro Autista, lo que les brinda a los primeros un mayor lapso de tiempo para asimilar la noticia (Pineda, 2012; Rodríguez de Castillejo, 2018).

En relación a ello, Schuengel et al. (2009) y Taiko & Reiko (1990) señalan que es relevante tomar en consideración el estilo de afrontamiento que los padres utilizan, ya que se ha encontrado que la eficacia del estilo se relaciona de forma directa con el nivel de aceptación que se logra respecto a la patología de su hijo.

Ahora bien, los estudios de afrontamiento en padres de niños con parálisis cerebral como el de Serrano, Ortiz & Louro (2016), realizado en Cuba, sugieren que inicialmente los padres

suelen mostrar un afrontamiento familiar motivado, el cual se manifiesta con reacciones emocionales de dudas y alarma y búsqueda de información; luego, posterior al diagnóstico, los padres desplegarían estrategias resolutivas, planificando y reorganizando sus estilos de vida y dinámicas en el hogar y, finalmente, con el paso del tiempo, se describe una curva descendente donde se manifiesta un afrontamiento familiar desmotivado, el cual estaría asociado a los recursos de apoyo, a las contradicciones familiares y a que la economía ha tenido que ser orientada al tratamiento, dejando de lado otras necesidades. Estos autores aluden este curso desfavorable del afrontamiento familiar a la evolución lenta de los pacientes con PC, como también del proceso de rehabilitación, los cuales habrían generado un impacto negativo en estas familias, limitando el uso de alternativas respecto a su afrontamiento y ubicando en riesgo a su vez el bienestar del niño (Serrano et al., 2016).

La importancia del afrontamiento relacionado a la búsqueda de ayuda en otros y las redes de apoyo también se puede apreciar en otras investigaciones con la misma población. Lin (2000) reporta que las estrategias mayormente empleadas por 274 familias de niños con PC fueron: evaluación positiva de la familia, apoyo de otros, soporte espiritual, crecimiento personal e interacción social positiva. También, se observó que las familias con niños más pequeños empleaban en mayor medida la interacción social positiva y tenían una evaluación positiva de la familia en comparación de las familias de adolescentes con PC.

Por otro lado, Serrano, Ortiz & Crespo (2012) encontraron que las madres participantes, quienes generalmente cumplen el rol de cuidadoras, presentaban características de riesgo como tener una economía familiar crítica, ya que muchas de ellas tuvieron que abandonar sus trabajos para cuidar a sus hijos al no contar con personas que pudieran cumplir con dicha tarea; sin embargo, a pesar de dichas circunstancias, se pudo apreciar que estas madres presentaron un adecuado funcionamiento, ya que su toma de decisiones se basó en la búsqueda de solución a los problemas y en la búsqueda de información en la misma familia.

En cuanto a los estudios en Perú que han explorado la relación entre estrés parental y afrontamiento está el de Rodríguez de Castillejo (2018), quien analiza dicha relación en padres de niños con Síndrome de Down y los resultados indican que mayor estrés e interacción disfuncional entre padres e hijos estarían asociados a que los cuidadores eviten el problema en mayor medida, lo que se explicaría a partir de los altos niveles de estrés que los padres presentan por las demandas de cuidados que requieren los niños con Síndrome de Down. Asimismo, cuando el estrés es mayor, los padres buscarían en menor medida el apoyo emocional de la pareja.

En la investigación de Pineda (2012) se observa que los niveles de estrés fueron asociados de manera negativa con estrategias orientadas a la emoción (aceptación y búsqueda de apoyo social) y, por el contrario, el estrés fue asociado de manera positiva con el empleo de estrategias como el desentendimiento conductual y la negación, por lo que el uso de estas en mayor medida afectaría su rol como padres e interferiría sobre la dinámica establecida con sus hijos, ya que estarían enfocándose en otras actividades en lugar de atender la situación estresante.

El desentendimiento ya sea mental o conductual implica que los esfuerzos por atender el problema se vean reducidos y la atención se desvíe de este. En esa línea, Soralez (2018) encontró resultados similares con madres de niños con pérdida auditiva, donde la negación y el desentendimiento conductual como estrategias evitativas fueron asociados a mayores niveles de estrés en la medida que las madres se mostraban poco motivadas a atender las necesidades de sus hijos y aprender sobre su condición.

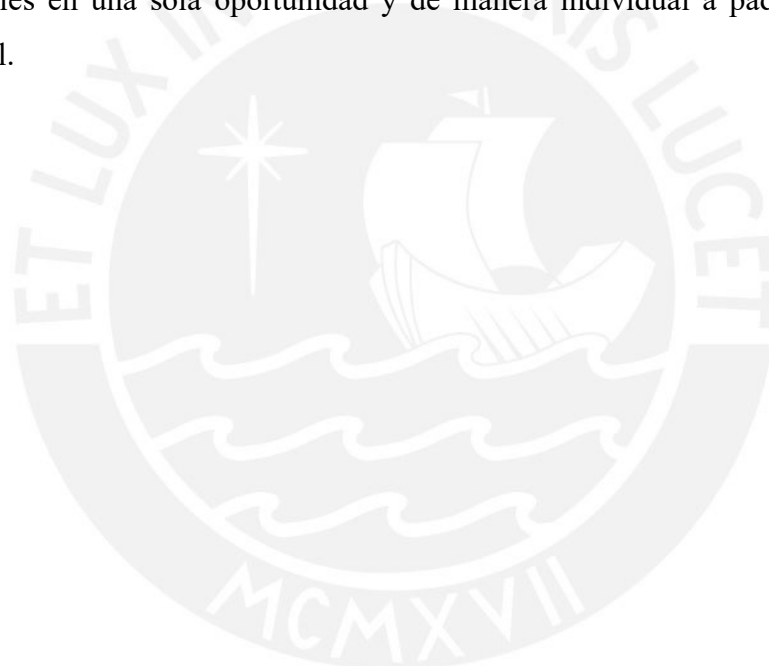
Como se ha visto, la parálisis cerebral es una condición que acarrea múltiples demandas para los padres de estos niños, lo que les lleva a enfrentar dificultades en la vida diaria que pueden llegar a ser desbordantes y así, convertirse en estresores, ya sea por los cuidados propios de la PC, como también por el contexto en el que se encuentran (Wanamaker & Glenwick, 1998; Parkes, McCullough, Madden, & McCahey, 2009; Glenn et al., 2009). Si bien en el Perú existen proyectos de ley como el 3816: conocido como la “Ley de protección de la niñez y adolescencia con trastorno de parálisis cerebral” y el proyecto de ley 3996: denominada “Ley sobre ajustes razonables laborales para el familiar cuidador de la persona con discapacidad severa o múltiple y enfermedades raras de gran dependencia”, éstos no han sido aprobados a la fecha, lo que ubica a los padres y a sus hijos en una situación de vulnerabilidad frente a las situaciones conflictivas que se presentan por el limitado acceso a sus derechos, al tratamiento e intervención temprana y la dificultad para su movilización (Congreso de la República, 2019).

A nivel mundial, las investigaciones de padres de niños con PC son limitadas, más aún cuando estas se trasladan a nuestra realidad. Debido a esto, resulta necesario ampliar la información que se tiene sobre la percepción que tienen los padres de niños con PC sobre sus propios recursos, la condición de sus hijos y las situaciones vinculadas al rol de crianza, de manera que se pueda conocer si hay presencia de estrés parental y cómo esto puede influir sobre el desarrollo de estos niños y la relación que se establece con ellos (Wanamaker & Glenwick, 1998; Badia, 2002; Hsiao, 2017).

Resulta relevante conocer la manera en la que estos padres enfrentan y manejan las situaciones estresantes, de manera que se puedan plantear y realizar intervenciones orientadas

al uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas y un adecuado manejo del estrés lo que les ayudará a desempeñar su rol con un menor malestar psicológico y mayor satisfacción (Badia, 2002, 2005). En ese sentido, el objetivo general de este estudio es conocer la relación entre los niveles de estrés parental y las estrategias de afrontamiento en los padres de niños con parálisis cerebral. Además, se plantea como objetivo específico identificar las posibles diferencias en relación al estrés parental y las estrategias de afrontamiento según las siguientes variables: sexo, estado civil, situación laboral, familiares que brindan ayuda y si realizan actividades de tiempo libre, en el caso de los padres; y, en el caso de los hijos se consideró: edad, tiempo de diagnóstico y el nivel del funcionamiento motor según el GMFCS-ER (Children's Minnesota, 2019).

Para ello se diseñó una investigación cuantitativa que permitió recoger información sobre las variables en una sola oportunidad y de manera individual a padres de niños con parálisis cerebral.



## Método

### Participantes

Los participantes fueron 65 madres y padres de niños diagnosticados con parálisis cerebral, que llevan tratamiento en tres instituciones del Estado: un hospital pediátrico, un hospital especializado en rehabilitación o un centro de educación básica especial (CEBE). La mayor parte de ellos eran mujeres (87.7%), cuyas edades se encontraban entre 19 y 60 años ( $M= 38.29$ ;  $DE= 8.4$ ). El 13.9% no había terminado los estudios escolares, el 29.2% culminó la secundaria y el 56.9% recibió estudios superiores (36.9% formación técnica y 20% formación universitaria).

El 60% de los padres provenían de Lima, mientras que el 40% de provincia. El 91.7% de ellos residen actualmente en Lima Metropolitana, donde viven en su mayoría con más de dos familiares (96.9%). El 90.8% refiere recibir ayuda de por lo menos un familiar, mientras que un 9.2% reporta no recibir ayuda de otro. La mayor parte (73.8%) cuenta con una pareja estable (26.2% casado y 47.7% conviviente), y el número promedio de hijos es de 2.1 ( $DE= 1.1$ ), que varía entre un rango de un mínimo de 1 (33.8%) y un máximo de 6 (3.1%).

El 61.5% de los participantes no cuentan con un trabajo actualmente. El 63.1% de los padres se ocupa del hogar, el 95.4% profesa alguna religión y el 52.3% refieren realizar actividades de tiempo libre. Solo el 9.2% de los participantes recibe atención o terapia psicológica individual y grupal.

El 61.5% de los niños con PC eran hombres, mientras que el 38.5% eran mujeres. Sus edades oscilaron entre 1 a 18 años ( $M=8.42$ ;  $DE=4.6$ ), y el 50.8% asisten a algún CEBE. Además, el 44.6% de ellos se encontraba en el nivel 5 de acuerdo al Sistema de Clasificación de la Función Motora Gruesa (GMFCS), lo que se traduce en una menor funcionalidad respecto al funcionamiento motor del niño con PC (10.8% nivel 1, 12.3% nivel 2, 12.3% nivel 3 y 20% nivel 4) (Apéndice E).

### Medición

**Estrés parental:** Se utilizó el Cuestionario de estrés parental PSI-SF (Parenting Stress Index, Short Form) (Abidin, 1995) que busca medir el grado de estrés de los padres y madres de familia al ejercer su rol y constituye una versión abreviada del PSI original. La versión completa de este inventario del mismo autor consta de 120 ítems que engloba dos escalas principales: Dominio de los padres y Dominio del niño. En la prueba original se obtuvo una consistencia interna de .89 para el dominio del niño; .93 para el dominio de los padres y .95

para la escala global. Respecto a la estructura interna, se encontraron dos factores que explicaron el 58% de la varianza.

**Índice de Estrés Parental:** Fue aplicada en su versión reducida (PSI-SF) (Abidin, 1995), Esta versión consta de 36 ítems con una escala tipo Likert que va del 1 al 5, donde 1 = “fuertemente de acuerdo” y 5 = “fuertemente en desacuerdo”. Este instrumento indica el grado de estrés percibido por el padre o la madre al ejercer este rol y se obtiene un puntaje global a partir de tres subescalas. El análisis factorial exploratorio obtenido con rotación varimax indica la existencia de tres factores, de 12 ítems cada uno: Malestar Paterno, Interacción Disfuncional Padre-Hijo y Niño Dificil (Abidin, 1995).

La subescala Malestar Paterno, se refiere a la percepción de estrés por parte del padre cuando ejerce su rol basándose en su sentido de competencia, en las restricciones en algunos aspectos de su vida, las dificultades con la pareja que se generan en situaciones de crianza y la falta de apoyo social. La subescala Interacción Disfuncional Padre-Hijo se refiere a la calidad de la relación con el hijo en base a las expectativas que tiene el padre o la madre y si éstas fueron cubiertas por los logros de este. La última subescala es la de Niño Dificil, que explora la percepción que tienen los padres sobre las conductas de sus hijos en función a su temperamento, adaptabilidad, impulsividad, falta de autocontrol y otras conductas disruptivas (Abidin, 1995).

Además, este instrumento cuenta con una escala de Respuesta Defensiva, que se obtiene sumando los valores de las respuestas de los ítems 1,2,3,7,8,9 y 11. Los puntajes iguales a 10 o inferiores indicarían que el padre está intentando mostrar una imagen más favorable, que no está involucrado en su rol de padre o madre, por lo que no estaría experimentado niveles de estrés o que el padre está siendo competente con respecto a su rol (Díaz et al, 2010; Abidin, 1995).

El PSI en su versión abreviada ha sido utilizado en diversas investigaciones certificando su validez y confiabilidad. La primera se evidencia por su asociación con otras medidas como el Inventario pediátrico para padres (Streisand, Braniecky, Tercyak & Kazaket, 2001) y, a nivel factorial, Díaz-Herrero, et al. (2011) encontraron tres factores que explican el 47.48% de la varianza. De manera similar, Sánchez Griñán (2015) encontró tres factores que explican el 48.69% de la varianza, obteniéndose altas cargas factoriales en ellos y coeficientes aceptables de confiabilidad. Por otro lado, diversas investigaciones han encontrado evidencias aceptables de confiabilidad tanto para la escala global como para las 3 sub escalas (Pineda, 2012; Mejía, 2013; Mendoza, 2014).



En la presente investigación se obtuvo una consistencia interna de .94 en la escala global de estrés parental. Para las subescalas, se obtuvo un coeficiente de alfa de cronbach de .89 para malestar paterno, .84 para interacción disfuncional padre-hijo, y .80 para niño difícil.

**Estrategias de afrontamiento:** Para identificar las distintas estrategias de afrontamiento se utilizó el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE-60) (Carver et al., 1989), en su adaptación al español realizada por Cassaretto y Chau (2016). Este instrumento tiene como objetivo conocer las distintas formas en que las personas responden a situaciones que evalúan como estresantes.

El COPE en su versión de 60 ítems se califica en un formato Likert que va del 1 al 4, donde: 1 = “casi nunca lo hago” y 4 = “hago esto con mucha frecuencia”. Los ítems se organizan en 15 subescalas que corresponden al mismo número de estrategias: afrontamiento activo, planificación, contención del afrontamiento, supresión de actividades competentes, re-interpretación positiva y crecimiento, aceptación, enfocar y liberar emociones, soporte social instrumental, soporte social emocional, desentendimiento mental, desentendimiento conductual, negación, afrontamiento religioso, uso del humor y uso de alcohol y drogas (Carver et al., 1989).

En su investigación con población universitaria peruana, Cassaretto y Chau (2016) analizaron sus propiedades psicométricas. El análisis factorial exploratorio evidencia la existencia de 13 factores que explican el 65.15% de la varianza, donde las estrategias de afrontamiento activo y planificación, búsqueda de soporte social por motivos instrumentales y búsqueda de soporte social por motivos emocionales, aparecen fusionadas. Sin embargo, los resultados finales arrojan una evidencia sólida respecto a la estructura y consistencia de las 15 estrategias de afrontamiento, lo que se evidencia en niveles de confiabilidad que oscilan entre .53 a .91. Se han realizado otras investigaciones en Perú donde se ha encontrado evidencia mixta con respecto a la confiabilidad de las estrategias (Pérez de Velasco, 2017; Gastiaburú, 2018; Rodríguez de Castillejo, 2018).

Para el presente estudio, el análisis de consistencia interna indicó que las estrategias que obtuvieron las puntuaciones más altas fueron: uso de sustancias (.97), uso del humor (.89), afrontamiento religioso (.82) y búsqueda de soporte social por razones instrumentales (.80). Los resultados para las demás estrategias oscilaron entre .53 y .77, a excepción de las estrategias de afrontamiento activo (.42) y desentendimiento mental (.38), las cuales fueron descartadas por baja confiabilidad (Apéndice G).

## **Procedimiento**

En primer lugar, se realizaron los trámites necesarios para obtener el permiso de los centros e instituciones donde asisten los padres con sus hijos. Una vez obtenidos los permisos, se estableció contacto con los padres y, según los lineamientos éticos, se procedió a explicar el objetivo de la investigación y se les pidió su participación voluntaria, garantizando que las respuestas son de carácter anónimo y para fines académicos. Aquellos que aceptaron, firmaron el consentimiento informado y se procedió a la aplicación individual de la ficha de datos y los instrumentos de investigación (Apéndices A, B y C). Al finalizar la recolección de datos se brindó el espacio de escucha para cualquier consulta relacionada a la entrevista y contener y elaborar cualquier emoción o preocupación que pudo surgir a partir de la misma.

## **Análisis de datos**

El programa estadístico SPSS Statistics versión 25.0. fue utilizado para procesar los datos que se recogieron de las pruebas aplicadas y de la ficha de datos. En primer lugar, se comprobó la confiabilidad de las pruebas como de sus subescalas mediante el coeficiente de alfa de Cronbach (Ver Apéndices F y G). Luego, se exploró la distribución de los datos de ambas escalas mediante una prueba de normalidad con el estadístico Kolmogorov-Smirnov. Se encontró una distribución no normal en todas las escalas del COPE y en las subescalas de Interacción Disfuncional padre-hijo y Niño difícil de la escala Estrés parental, mientras que se encontró una distribución normal en las subescalas Malestar paterno y en el puntaje total del Estrés parental. Por tal motivo, se utilizaron estadísticos no paramétricos para las variables con distribución no normal y paramétricos para las que tenían una distribución normal. (Ver Apéndice H).

Se empleó el coeficiente de correlación de Spearman para identificar la relación entre estrés parental y las estrategias de afrontamiento.

Por último, para identificar si existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos de los cuestionarios y las variables sociodemográficas se emplearon los estadísticos no paramétricos U de Mann Whitney y H de Kruskal-Wallis en el caso del COPE y las subescalas del estrés parental: Interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil. Para identificar dichas diferencias en las variables con distribución normal como las sub-escalas malestar paterno y el puntaje total del estrés parental se emplearon los estadísticos paramétricos como T de Student y ANOVA de un factor.

## Resultados

A continuación, se exponen los principales hallazgos de la presente investigación. En primer lugar, se exponen las correlaciones entre el estrés parental y sus dominios con las estrategias del COPE. Por último, se presentan los análisis de comparación de ambos constructos según las variables sociodemográficas.

Respecto al objetivo general, se analizaron las correlaciones entre las escalas del estrés parental y las estrategias de afrontamiento. Se encontraron correlaciones inversas entre la subescala de Malestar paterno y las estrategias de planificación y reinterpretación positiva. Por otro lado, las subescalas Malestar paterno, Interacción disfuncional y el puntaje total del Estrés parental tuvieron una correlación directa con negación y desentendimiento conductual (Tabla 1). No se hallaron correlaciones significativas entre la subescala Niño difícil y las escalas del COPE (Apéndice I).

Tabla 1

*Correlaciones entre las sub-escalas de estrés parental y estrategias de afrontamiento*

	Planificación	Reinterpretación Positiva	Negación	Desentendimiento Conductual
Malestar Paterno	-.33**	-.30*	.36**	.36**
Interacción disfuncional Padre-Hijo	-.12	-.09	.28*	.25*
Estrés total	-.18	-.16	.28*	.31*

\*\*  $p < .01$ , \* $p < .05$

El objetivo específico buscó evaluar si existen diferencias tanto en el estrés parental como en las estrategias de afrontamiento de acuerdo con diversas variables demográficas. En el caso de los padres, se consideró el sexo, estado civil, situación laboral, familiares que brindan ayuda y si realizan actividades de tiempo libre. En el caso de los hijos se consideraron variables como la edad, tiempo de diagnóstico y el nivel del funcionamiento motor.

Se encontraron diferencias significativas según el número de personas que ayudan con el cuidado de los hijos con PC en torno al estrés parental. Los padres que reciben ayuda de una persona puntuaron en mayor medida en la subescala niño difícil ( $Mdn=32$ ), en comparación a los que reciben ayuda de dos personas o más ( $Mdn=29$ ) y los que no reciben ayuda de otro ( $Mdn=23$ ) ( $H=7.84$ ,  $p=.02$ ).

Por otro lado, los padres que realizan actividades de tiempo libre ( $M=27.24$ ;  $DE=8.81$ ) reportaron menores niveles en la subescala malestar paterno que los que no realizan ( $M=33.39$ ;  $DE=10.89$ ) ( $t=-2.51$ ,  $p=.02$ ,  $d=.63$ ). Asimismo, los padres que realizan actividades de tiempo

libre reportaron emplear en mayor medida las estrategias de afrontamiento de aceptación, reinterpretación positiva y planificación; y, en menor medida, el uso de la estrategia de desentendimiento conductual, en comparación a los que no realizan dichas actividades (Tabla 3).

Tabla 3

*Diferencias según realización de actividades de tiempo libre*

	Sí (n=34)    No (n=31)		U	p	r
	Mdn	Mdn			
Planificación	12.5	10	349.5	.02	-.29
Reinterpretación	13	12	356	.02	-.28
Aceptación	13	10	340	.01	-.31
Desentendimiento conductual	5	7	367.5	.03	-.26

En relación a los niveles del Sistema de Clasificación de la Función Motora Gruesa (GMFCS), se evidencian diferencias significativas respecto al estrés parental total y la subescala malestar paterno (Tabla 4). Los padres de niños que se encuentran en el nivel 3 de funcionalidad motora, es decir el nivel intermedio, fueron quienes presentaron menores niveles de estrés en comparación al resto de niveles. Dichas diferencias se mantenían al analizar el nivel 3 con cada nivel por separado.

Tabla 4

*Diferencias de medias entre los niveles del GMFCS y estrés parental y malestar paterno*

	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 3		Nivel 4		Nivel 5		F (gl = 60)	p
	(n=7)		(n=8)		(n=8)		(n=13)		(n=29)			
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE		
MP	34.8	9.5	35.6	9.4	20.3	7.8	30.3	9.1	30.1	10.2	3.18	.02*
ET	97.7	23.6	102.8	25.9	67.0	16.8	87.8	21.5	89.4	25.0	2.69	.03*

*Nota: MP= Malestar paterno, ET=Estrés parental total.*

Respecto a la edad de los padres, se halló que los que se encuentran en la adultez media (Mdn=13) puntúan más alto en la estrategia de aceptación en comparación a los padres que se encuentran en la adultez temprana (Mdn=11) ( $U=351.50$ ,  $p=.03$ ,  $r=-.28$ ).

Por otro lado, los padres de niños que se encuentran en la niñez temprana tienen tendencia a usar más las estrategias de búsqueda de soporte social por razones emocionales e

instrumentales ( $Mdn=13$ ) que los padres de adolescentes ( $Mdn=9.5$ ) ( $U=76.50$ ,  $p=.01$ ,  $r=-.31$ ). Además, los padres de niños con un tiempo de diagnóstico de tres a siete años emplean en mayor medida la estrategia de enfocar y liberar emociones ( $Mdn=9$ ,  $H=12.21$ ,  $p=.02$ ). También, se encontraron diferencias significativas en relación al afrontamiento religioso y el número de hijos. Los padres con más de tres hijos usan en mayor medida dicha estrategia (Tabla 5).

Tabla 5

*Diferencias entre afrontamiento religioso y número de hijos*

	Hijo único (n=22)	Dos hijos (n= 26)	Tres hijos o más (n=17)	$K^*$	$p$
	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>		
Afrontamiento religioso	12	12	15	7.65	.01

\* $p<.05$

Cabe señalar que no se encontraron diferencias significativas respecto al sexo de los padres, estado civil y situación laboral, en relación al estrés parental y las estrategias de afrontamiento.

## Discusión

La parálisis cerebral infantil es una condición irreversible que limita principalmente el funcionamiento motor y con ello la movilidad de los niños con dicho diagnóstico, por lo que los padres de éstos se ven enfrentados diariamente a múltiples necesidades y demandas, acarreando un desgaste a nivel físico y emocional importante que puede llevar a su vez a una sobrecarga del cuidador, suponiendo un riesgo para la salud física y mental de los mismos (Wanamaker & Glenwick, 1998; ; Gómez & Torres, 1999; Madrigal, 2004; Martínez & Figueroa, 2012).

Por las mismas características y particularidades de los niños con esta condición, además de la limitada literatura sobre la misma a nivel internacional y, de forma específica, en el contexto peruano, resulta necesario e imprescindible conocer la relación entre el estrés parental y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las madres y padres de niños con parálisis cerebral. Además, se planteó como objetivo específico encontrar si existían diferencias según las variables sociodemográficas y los niveles de funcionalidad motora de los menores.

Respecto al objetivo general, se encontró que dos estrategias correlacionaron de manera inversa con el estrés vinculado al malestar que perciben los padres en base a su sentido de competencia y restricciones, que fueron: planificación y reinterpretación positiva.

La planificación es una estrategia que implica anticipar las acciones e idear estrategias de acción (pedir permisos laborales, reunir los recursos necesarios y distribuir las tareas de orden doméstico) permitiendo que los padres puedan tener una mayor sensación de control sobre la situación con sus hijos, además de contar con espacios de tiempo para realizar actividades ajenas al cuidado de los mismos (Chacín & Chacín, 2011; Carver et al, 1989). Esta estrategia sería relevante para el estrés que pueden experimentar los padres de niños con PC porque implica que requieren de múltiples tratamientos como: fisioterapia, terapias ocupacionales y de lenguaje, además de tratamiento neuroquirúrgico, asimismo, tienen que asistir a actividades educativas, demandando tiempo, esfuerzo y recursos extras por parte de los padres para acceder a este conjunto de actividades (Poó, 2008).

En la medida que los padres son capaces de organizar su tiempo y actividades también percibirían menor sensación de malestar respecto a su rol paterno, ya que este dominio del estrés se basa en las restricciones y dificultades que pueden acarrear las distintas tareas y actividades a realizar y, al tener control sobre estas, también el estrés se percibiría en menor medida (Abidin, 1995). De la misma manera, al presentar menores niveles de estrés, los padres podrían permitirse organizarse de manera más adecuada respecto a las tareas de cuidado.

Otra estrategia que se relacionó de manera inversa con el malestar paterno es la reinterpretación positiva. Al emplear esta estrategia, los padres tienen un enfoque positivo percibiendo que la situación que están viviendo los lleva a tener otros propósitos como: sentirse útiles, utilizar su tiempo libre en actividades que puedan ayudar a los derechos de sus hijos, pasar más tiempo con sus familiares, recibir mayor apoyo de sus parejas y, sobre todo, buscan obtener un aprendizaje de la situación, obteniendo un impacto sobre los niveles de estrés parental (Albarracín, et al., 2014; Ang & Juhari, 2017; Thompson et al., 2013, Cheshire et al., 2010, citados en Ang & Juhari, 2017).

Aun cuando la condición de los hijos sea imposible de remediar o cambiar, ya que, si bien pueden contar con tratamientos para mejorar la motricidad y mantener la calidad de vida de los mismos, esta continúa siendo una condición crónica que acarrea diversas demandas (Sierra & Julio, 2010; Madrigal, 2004). Estos padres estarían orientados a realizar acciones respecto a la condición de sus hijos de manera activa, aceptándola y buscando darle un nuevo significado a la situación por la que pasan tanto ellos como sus hijos. Es esta disposición de los padres lo que podría explicar esta relación inversa con el estrés como se ha visto en investigaciones previas (Mejía, 2014). Asimismo, al verse reducidos los niveles de estrés también sería más accesible para los padres el poder contemplar la situación enfocándose en los aspectos positivos.

Por otro lado, las estrategias que correlacionaron de manera positiva con el estrés total y el que está vinculado a la interacción padre-hijo son: el desentendimiento conductual y la negación. Según Carver y sus colaboradores (1989), es más probable que el desentendimiento se dé cuando las personas esperan malos resultados del afrontamiento, ya que emplear dicha estrategia funcionaría como una vía de escape para no hacerle frente a situaciones que las personas perciben como difíciles de regular. En ese sentido, esta relación se podría explicar en tanto los padres que consideran que pueden sobrellevar la situación, percibiendo las demandas y limitaciones de sus hijos como generadores de sensibilidad, las reconozcan, acepten y atiendan de manera efectiva en lugar de desentenderse, lo cual estaría asociado a un mayor compromiso como padres, disminuyendo a su vez el malestar que pueden experimentar (Pineda, 2012; Rodríguez de Castillejo, 2018).

En su investigación, Nuñez del Prado (2011) señala que, las madres de niños con esta condición que están atentas a las señales del hijo, las interpretan y emiten una respuesta, dan cuenta de una capacidad de empatía y sensibilidad materna que brinda a sus hijos mayor confianza para el desarrollo de interacciones posteriores entre ambos (Nuñez del Prado, 2011). Cuando la atención y tiempo que se le brinda a estos niños es disminuida también las

interacciones se verán afectadas en tanto las necesidades no llegan a ser cubiertas. De esta manera, al desentenderse de la condición de sus hijos, las madres podrían considerar que se les dificulta estar en sintonía con ellos, produciéndose así un malestar que llevaría a que continúen alejándose de las necesidades de los mismos.

Esto coincide con la investigación de Hsiao (2017) donde se menciona que las madres, al presentar altos niveles de estrés evidencian fatiga, irritabilidad, entre otras manifestaciones que llevarían a que se muestren menos responsivas respecto a las necesidades de cuidado de sus hijos. Esta asociación también ha sido encontrada en otras investigaciones donde desentenderse conductualmente de la condición de los hijos y disminuir los esfuerzos para afrontar el evento estresante estaría asociado a mayores niveles de estrés respecto al rol paterno y la interacción disfuncional entre padres e hijos (Hastings & Johnson, 2001, citado en Albarracín, 2014; Cassaretto & Paredes, 2016; Falcón, 2017).

Otra estrategia que correlacionó positivamente con el estrés respecto a la crianza y la interacción con los hijos fue la negación, en tanto esta estrategia podría interferir con el rol paterno ya que incapacita al padre de controlar las conductas de sus hijos e interfiriendo a su vez en la dinámica que se establece con los mismos y, cuando se usa de manera persistente, podría generar consecuencias en los padres como depresión y aislamiento (Carver et al., 1989; Dunn et al., 2001; Lyons et al, citados en Pineda, 2012). La mayoría de padres de los niños con PC ya han atravesado por las fases de duelo que supone la comunicación del diagnóstico donde la negación es la primera fase, ya que significa un golpe fuerte para la vida de los padres (Madrigal, 2004, 2007). En la medida que los padres son capaces de aceptar que la PC de sus hijos es real e irreversible, también serían capaces de ponerse en acción y emplear estrategias más centradas en enfrentar dicha situación.

En cuanto al objetivo específico, que buscó identificar las diferencias respecto a los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento según diversas variables, se encontró que recibir ayuda de dos personas o más estaría asociado a menores niveles de estrés respecto a las características del niño con PC debido a la percepción de apoyo social, ya que esto se considera un factor de protección para la familia y es determinante para el estrés familiar, debido a que contar con más personas que puedan ayudar con el cuidado de sus hijos es vivenciado como una red de apoyo económico y afectivo y brinda una sensación de alivio (Badía, 2002; Olhaberry & Farkas, 2012; López et al., citado en Pérez et al., 2014). Además, cuando ambos padres son cuidadores activos, distribuyen sus responsabilidades y cuentan con horarios más flexibles perciben a sus hijos como menos problemáticos, ya que pueden atender sus necesidades de manera compartida (Pérez et al., 2011). Es así que los padres que cuentan con



la ayuda de más de dos personas percibirían mayor alivio en relación a las conductas y características de sus hijos, ya que pueden dedicar su tiempo a actividades ajenas al cuidado, lo que, como se verá más adelante, resultaría beneficioso tanto para los padres como para la relación con sus hijos.

En relación a la funcionalidad motora de los niños con PC, se encontró que los padres de los niños que se encuentran en el nivel medio de funcionalidad, presentaban menores niveles de estrés total y malestar paterno, en comparación de los padres de niños que se encuentran en los niveles extremos, lo cual difiere de lo encontrado en otras investigaciones, donde a mayor gravedad de la discapacidad, mayores serán los niveles de estrés parental (Butcher, Wind & Bouma, 2008; Sipal et al, 2010; Da Costa Cunha, 2017). Otros estudios indican que no se encontró relación entre ambas variables, por lo que no hay un consenso sobre dicha relación (Parkes, et al, 2011; Ribeiro et al., 2014).

Si bien los niveles uno y dos corresponden a una mayor funcionalidad y un leve comprometimiento motor, los niños que se ubican en dichos niveles, independientemente de la edad, continúan necesitando de constante vigilancia y supervisión, ya que pueden realizar más actividades que un niño con menor funcionalidad, por lo que las madres dedican más de su tiempo en acompañar a sus hijos (Harris & McHale, citados en Badia, 2005; Ribeiro et al., 2014). Ello podría explicar por qué los padres de niños que se encuentran en el nivel dos, son los que presentan mayores niveles de estrés. De manera similar, los padres de niños con graves limitaciones motoras también habrían puntuado en mayor medida ya que la salud física se ve más comprometida y requieren de internamientos más frecuentes, por lo que las demandas continúan siendo numerosas llevando a los padres a quedar sobrecargados y sin tiempo para realizar otras actividades (Ribeiro et al., 2014). Se puede apreciar entonces que las dificultades motoras varían en cada caso particular, por lo que las necesidades de los menores dependen del grado de dificultad y también de las características individuales de cada uno (Ribeiro et al., 2013).

Uno de los factores que disminuiría la sensibilidad materna puede encontrarse en la sobrecarga de actividades que presentan las participantes debido a que, siendo la mayoría de ellas la cuidadora primaria de sus hijos, tienen que distribuir su atención y tiempo entre la satisfacción de las diversas demandas de sus hijos (Nuñez del Prado, 2011; Glenn, et al., 2009; Wanamaker & Glenwick, 1998), la asistencia a las sesiones de rehabilitación y otras tareas diarias que deben realizar. En esta línea, también se encontró que los padres que realizan actividades de tiempo libre reportan menores niveles de estrés en relación a la crianza, a diferencia de quienes no las realizan. Esto coincide con otras investigaciones, donde los padres

que puntuaron en mayor medida en dicha área no tenían tiempo para sí mismos, para socializar, contar con un trabajo remunerado, realizar actividades de tiempo libre o habían tenido que renunciar a sus carreras profesionales para asegurar el cuidado de sus hijos con PC (Ribeiro et al., 2014; Santos et al., 2010).

Si bien la mayoría de madres del presente estudio eran amas de casa y muchas de ellas habían tenido que renunciar a sus profesiones para asumir su rol como cuidadoras, también contaban con tiempo para realizar actividades ajenas al cuidado de sus hijos, lo cual resulta beneficioso tanto para el niño con PC como para el resto de la familia, ya que contribuye a crear un ambiente de naturalidad y calidez (Madrigal, 2007). Así pues, los padres que realizan actividades de tiempo libre también emplean en mayor medida la aceptación, planificación y reinterpretación positiva, y, en menor medida, el desentendimiento conductual. El manejo eficaz de estas estrategias permite distribuir el tiempo, de manera que se puede atender el cuidado de los niños sin descuidar otras actividades relacionadas a los gustos e intereses. De manera similar se explicaría el menor uso del desentendimiento conductual, ya que los padres que no se encuentran estresados y tienen tiempo para recrearse pueden enfrentar el problema de manera más directa en lugar de evitarlo o evadirlo (Carver et al., 1989).

También, se encontraron diferencias entre los padres de niños que se encuentran en la niñez temprana y la adolescencia respecto a la búsqueda de soporte social por razones instrumentales y emocionales y, en relación a ello, también se evidenció que los padres de los niños que llevan entre tres a siete años de haber sido diagnosticados expresan de manera más abierta las consecuencias emocionales de la condición de sus hijos (Carver et al., 1989). Las limitaciones funcionales en los niños que se encuentran en la niñez temprana son más visibles durante esta etapa y en ocasiones el proceso de duelo se mantiene, lo que lleva una menor sensación de control y conocimiento sobre cómo afrontar la discapacidad del hijo (Madrigal, 2007; Soriano & Pons, 2013).

Así pues, los padres de estos niños suelen buscar mayor soporte social tanto para obtener información acerca de cómo ayudar a sus hijos de manera efectiva, ya sea instituciones para acceder a terapia, sillas de ruedas, cuidados, entre otros (Rodríguez et al., 1990; Gray, 1994; Stoner & Angell, 2006). Asimismo, es en sus familias y amigos cercanos donde obtendrán mayor ayuda respecto a sus afectos (Boyd, 2002; Twoy et al., 2007). En contraste, los padres de los adolescentes ya pasaron por esta etapa, por lo que si bien emplean dichas estrategias lo hacen en menor medida.

Se puede observar también que los padres que tienen más de tres hijos emplean el afrontamiento religioso de manera más frecuente; ello podría estar relacionado a que los hijos

son una fuente de soporte que disminuye en cierta medida el rol que tienen los padres como cuidadores y ello permite que afronten mejor su situación (Zablotsky, Bradshaw & Stuart, 2013). En el contexto peruano, la religión adquiere un papel importante en la vida de las personas, ya que se ha visto que en países donde las condiciones de vida son menos favorables y hay menores situaciones bajo control, la religiosidad se convierte en un factor que brinda a las personas sentido y coherencia, además de crear una manera de ver el mundo, lo cual ha sido asociado a mayor bienestar (Van Cappelen et al., 2014; Olano, 2019). En este caso, los padres que tienen más hijos acudirían a la religión compartiendo y transmitiendo sus creencias como una manera de sentirse acompañados y respaldados (Laos, 2010).

Por último, que los niveles de estrés entre padres y madres no hayan diferido se explicaría a partir de que, en los últimos años hay un cambio respecto a los roles de los padres varones. Estos han ido asumiendo las tareas que antes eran consideradas exclusivamente femeninas como sería el cuidado de los hijos y, por ende, tanto las demandas como el estrés generado de estas y la manera de afrontarlo serían similares (Sary & Turnip, citado en Delgado, 2017). Asimismo, no se encontraron diferencias según el estado civil de los padres, lo que coincide con lo encontrado en la investigación de Badia (2002), donde las familias monoparentales no manifestaron mayor estrés que las familias nucleares y disponen de estrategias similares, ya que el apoyo en el cuidado de los hijos por parte de otros familiares tendría mayor peso en comparación al de la pareja (Badia, 2002).

De igual manera, no se encontraron diferencias respecto a la situación laboral de los padres, lo que se explicaría a partir de que la mayor parte de los padres eran amas de casa, cuyas tareas corresponden a las de un trabajo regular, aun cuando éste no sea remunerado. En el caso de los padres que laboran, deben afrontar las situaciones estresantes del hogar como también las que se generan en otros ámbitos (Pineda, 2012).

En relación a las limitaciones del presente estudio, si bien se obtuvieron los permisos correspondientes para aplicar los instrumentos en las instituciones, en dos de las mismas, el personal a cargo no facilitó el acceso para interactuar con los padres de los niños, postergando en repetidas ocasiones las reuniones con los mismos. Luego de varios intentos, se obtuvo, la autorización, para la aplicación, la cual, coincidió con eventos internos de las instituciones como con el día de la parálisis cerebral.

Por otro lado, los hallazgos de esta investigación permitirían conocer más acerca de la situación de los padres de niños con parálisis cerebral, población que ha sido poco estudiada en nuestro medio, así como también, contar con una visión más amplia sobre cómo ellos afrontan las situaciones estresantes que se generan a partir de la condición de sus hijos.

Sería relevante entonces continuar fomentando las estrategias que tuvieron relación con el estrés como la reinterpretación positiva y la aceptación a través de programas de intervención que ayuden a que estos padres puedan adquirir herramientas informativas, emocionales y cognitivas, que contribuyan a su vez que los padres realicen actividades que aumenten su bienestar como contar con tiempo libre y una red de apoyo para el cuidado de sus hijos.

Finalmente, sería recomendable que se establezcan baremos de las pruebas empleadas para obtener mayor información sobre ambos constructos y que realicen más investigaciones con esta población en nuestro medio, donde se pueda incluir el estudio de variables como soporte social percibido y religiosidad y aspectos sociales como la situación socio-económica y la migración.



**Referencias Bibliográficas**

- Abidin, R., & Loyd, B. (1985). Revision of parenting stress index. *Journal of Pediatric Psychology, 10*(2), 169-177. Universidad de Virginia. doi.org/10.1093/jpepsy/10.2.169
- Abidin, R. (1995). Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF). Professional manual (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. Recuperado de: <https://www.parinc.com/>
- Albarracín, A.; Rey, L. & Jaimes, M. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 42*, 111-126. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194230899008.pdf>
- Amireh, M. (2018). Stress Levels and Coping Strategies among Parents of Children with Autism and Down Syndrome: The Effect of Demographic Variables on Levels of Stress. *Child Care in Practice, 1-11*.
- Ang, G. & Juhari, R. (2017). Maternal appraisal, social support and parenting stress among mothers of children with cerebral palsy. *International Journal for Studies on Children, Women, Elderly and Disabled, 1*(1), 1-8
- Badawi, N.; Watson, L.; Petterson, B.; Blair, E.; Slee, J.; Haan, E. & Stanley, F. (1998). What constitutes cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology, 40*, 520-527.
- Badia, M. (2002). Estrés y afrontamiento en familias con hijos afectados de Parálisis Cerebral. Recuperado de: <https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/115503/Una%20Escala%20de%20Es;jsessionid=84CF56BEB17DCDD29074598A853A0AB6?sequence=1>
- Badia, M. (2005). Calidad de vida familia: la familia como apoyo a la persona con parálisis cerebral. *Psychosocial Intervention, 14* (3). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/1798/179817547006/>
- Bancalari, E. (1993). Parálisis cerebral: correlato clínico-etiológico. Tesis de especialización, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- Belcher, H.; Watkins, K.; Johnson, E. & Lalongo, N. (2007). Early head start: Factors associated with caregiver knowledge of child development, parenting behavior and parenting stress. *Dialog, 10*(1), 6-19.
- Belsky, J. (1984). *The Determinants of parenting: A process model. Child development. 55*, 83-96, Universidad de Pensilvania.
- Botana, I. & Peralbo, M. (2014). Familia, estrés y atención temprana. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación, 1*, 55-63.

- Byrne, E.; Cunningham, C. & Sloper, P. (1988). *Families and Their Children with Down's Syndrome: One Feature in Common*. London, UK: Routledge.
- Carver, C.; Scheier, M. & Weintraub, J. K. (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), 363-392.
- Cassaretto, M. & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista De Psicología*, 24(1), 109-140. Recuperado a partir de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/775>
- Cassaretto, M. & Chau, C. (2016). Afrontamiento al estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 42(2), 95-109.
- Casuso, L. (1996). Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- CCEM (2019). Estadísticas de parálisis cerebral en América. Recuperado de : <https://www.centrodecirugia.org/estadisticas-de-discapacidad-y-paralisis-cerebral-en-america/>
- Chacín, M. & Chacín, J. (2011). Estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*, 23 (3), 199-208. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3756/375634868002.pdf>
- Children's Minnesota (2019). Sistema de clasificación de la función motora gruesa. Recuperado de: <https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrensmn/article/17457/sistema-de-clasificacion-de-la-funcion-motora-gruesa-/>
- Compén, R. (2008). Parálisis Cerebral. *Neurología pediátrica*, 141-145. Papel de Viento.
- Congreso de la República (2019). *Proyectos de Ley*. Recuperado de: <http://www.congreso.gob.pe/pley-2016-2021>
- Da Costa Cunha, K.; Pontes, F. & Da Costa Silva, S. (2017). Parenting Stress and Motor Function of Children with Cerebral Palsy. *Psychology*, 8, 44-58.
- Delgado, C. (2017). Involucramiento del padre en la crianza y seguridad del apego en niños(as) preescolares. Tesis de licenciatura. PUCP, Lima.

- Díaz-Herrero, A.; Brito, A.; López, J.; Pérez-López, J. & Martínez-Fuentes. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index- Short Form. *Pshicothema*, 22(4).1033-1038.
- Falcón, M. (2017). Relación entre los estilos de afrontamiento al estrés y rasgos de personalidad en padres de niños con trastorno del espectro autista. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. Recuperado de: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1437/Relacion\\_FalconBordo\\_Medalith.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1437/Relacion_FalconBordo_Medalith.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Gastiaburú, M. (2018). Representaciones del cáncer y afrontamiento en padres y madres de niños con esta enfermedad. Tesis de Licenciatura no publicada, PUCP, Lima. Recuperado de: [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/12329/GASTIABURU\\_CABELLO\\_REPRESENTACIONES\\_DEL\\_CANCER\\_Y\\_AFRONTAMIENTO\\_EN\\_PADRES\\_Y\\_MADRES.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/12329/GASTIABURU_CABELLO_REPRESENTACIONES_DEL_CANCER_Y_AFRONTAMIENTO_EN_PADRES_Y_MADRES.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Glenn, S.; Cunningham, C.; Poole, H.; Reeves, D. & Weindling, M. (2009). Maternal parenting stress and its correlates in families with a young child with cerebral palsy. *Child: Care, Health and Development*, 35(1), 71-78. doi:10.1111/j. 1365-2214.2008,00891. x.
- Gomes, V. F. & Bosa, C. (2004). Stress and Family Relationships from the Perspective of Siblings of Individuals with Pervasive Developmental Disorders. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9, 553-561. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300018>
- Gómez González, E. & Torres, J. (1999). *Necesidades, demandas y situación de las familias con menores (0-6 años) discapacitados*. Colección Estudios e Informes, IMSERSO.
- Gómez-López, S.; Jaimes, V.; Palencia Gutiérrez, C.; Hernández, M. & Guerrero, A. (2013). Parálisis Cerebral Infantil. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 76 (1), 30-39.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. Distrito Federal de México, México: Mc Graw-Hill.
- Hsiao, Y. (2017). Parental Stress in Families of Children with Disabilities. *Intervention in School and Clinic*, 1, 1-5.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). Perú: Perfil Sociodemográfico. Informe Nacional. Recuperado de: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1539/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/)
- Kallasmaa, T. & Pulver, A. (2000). The structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Personality and Individual Differences*, 29, 881-894

- Knussen, C. & Sloper, P. (1992). Stress in families of children with disability. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 393-404.
- Krauss, M. (1993). Child-related and parenting stress: similarities and differences between mothers and fathers of children with disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 393-404.
- Laos, K. (2010). Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama. Tesis de Licenciatura. PUCP, Lima.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Ediciones: Martínez Roca.
- Lin, S. (2000). Coping and Adaptation in Families of Children with Cerebral Palsy. *Exceptional Children*, 66(2), 201-218.
- Lloy, B. & Abidin, R. (1985). Revision of the Parenting Stress Index. *Journal of Pediatric Psychology*, 10(2), 169-177.
- Lorente, L. & Bugie, C. (1997). Parálisis cerebral. *Neurología pediátrica*, 258-272.
- Lostanau, A. & Torrejón, C. (2013). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama. Tesis de Maestría en Psicología Clínica de la Salud, PUCP, Lima, Perú.
- Madrigal, A. (2004). *Parálisis Cerebral*. Observatorio de la Discapacidad, IMSERSO.
- Madrigal, A. (2007). Familias ante la parálisis cerebral. *Intervención Psicosocial*, 16(1), 55-68.
- Martínez, C.; Ramos, B.; Robles, M.; Martínez, L. & Figueroa, C. (2012). Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa. *Psicología y Salud*, 22(2), 275-282.
- McCubbin, M. A. & Huang, S. (1989). Family strengths in the care of handicapped children: *Targets for intervention*. *Family Relations*, 38(4), 436-443. doi:10.2307/585750
- Mejía, M. (2013). Estresores relacionados con el cáncer, sentido de coherencia y estrés parental en madres de niños con leucemia que provienen del interior del País. Tesis de maestría en Psicología Clínica de la Salud, PUCP, Lima, Perú.
- Morgan, J.; Robinson, D. & Aldridge, J. (2002). Parenting Stress and externalizing child behaviour. *Child and Family Social Work*, 7 (3), 219-225.
- Morrison, V. & Bennet, P. (2008). *Psicología de la Salud* (1era. ed.). Madrid, España: Pearson Education.
- Nuñez Del Prado, J. (2011). Sensibilidad materna en madres de niños diagnosticados con parálisis cerebral. Tesis de Licenciatura. PUCP, Lima.



- Olano, G. (2019). Imágenes de Dios y su rol mediador en la relación entre autoritarismo de derecha y actitudes hacia la homosexualidad en creyentes católicos y evangélicos peruanos. Tesis de Licenciatura, PUCP, Lima.
- Olhaberry, M. & Farkas, C. (2012). Estrés materno y configuración familiar: estudio comparativo en familias chilenas monoparentales y nucleares de bajos ingresos. *Universitas Psychologica*, 4(11), 1317-1326.
- Östberg, M. & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(4), 615-625.
- Palisano, R.; Rosenbaum, P.; Bartlett, D. & Livingston, M. (2008). Content Validity of the Expanded and Revised Gross Motor Function Classification System. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50, 744-750. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.03089.x>
- Parkes, J.; McCullough, N.; Madden, A. & McCahey; E. (2009). The health of children with cerebral palsy and stress in their parents. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2311-2323. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05089. x.
- Parkes J.; Caravale B.; Marcelli M.; Franco F. & Colver A. (2011). Parenting stress and children with cerebral palsy: A European cross-sectional survey. *Dev Med Child Neuro*, 53(9), 815-821.
- Pastor-Cerezuela, G.; Fernández, M.; Tárraga, R. & Navarro, M. (2015). Parental Stress and ASD; Relationship with Autism Symptom Severity, IQ and Resilience. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 31(4), 300-311.
- Pérez de Velasco, A. (2017). Afrontamiento y bienestar psicológico en madres de niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista. Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú
- Pérez, J.; Menéndez, S. & Hidalgo, M. (2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los Servicios Sociales. *Psychosocial Intervention*, 23 (1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179830185004.pdf>
- Pérez, J.; Rodríguez, R.; Montealegre, M.; Pérez, M. & Botella, L. (2011). Estrés adulto y problemas conductuales infantiles percibidos por sus progenitores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 531-540. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832328054.pdf>

- Pineda, D. (2012). Estrés parental y estilos de afrontamiento en padres de niños con trastornos del espectro autista. Tesis de Licenciatura inédita, Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Piven, J. & Palmer, P. (1999). Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *American Journal of Psychiatry*, 156(4), 557-563
- Póo, P. (2008). Parálisis cerebral infantil. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría: Neurología Pediátrica*, 271-277.
- Recalde, C. (2015). Estrategias de afrontamiento frente al estrés en madres de niños de 0 a 2 años que son pacientes del área de Fisioterapia del Servicio de Fisiatría y Rehabilitación del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito en el período mayo-septiembre del 2014. Tesis de licenciatura, Universidad Central Del Ecuador, Quito.
- Ribeiro, M.; Porto, C. & Vandenberghe, L. (2013). Parenting Stress in Families of Children with Cerebral Palsy: An Integrative Review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 1705-1715. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600022>
- Ribeiro, M.; Sousa, A.; Vandenberghe, L. & Porto, C. (2014). Estrés familiar en madres de niños y adolescentes con parálisis cerebral. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 22(3), 440-447.
- Rodríguez, J.; Morgan, S. & Geffken, G. (1990). Families of autistic children: Psychological Functioning of mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 371-379.
- Rodríguez de Castillejo, G. (2018). Estrés parental y afrontamiento en padres de niños con Síndrome de Down. Tesis de Licenciatura inédita, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Rosenbaum, P.; Paneth, N.; Levitón, A.; Goldstein, M. & Bax, M. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental medicine and child neurology*, 49(8), 1-44.
- Ruiz, E. (2015). Relación del nivel de resiliencia y estrés en padres de niños/as con multidiscapacidad. Tesis de licenciatura, Universidad Central del Ecuador, Quito-Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7605/1/T-UCE-0007-81pi.pdf>
- Russman, B. (2009) Disorders of Motor Execution I: Cerebral Palsy. *Clinical Pediatric Neurology*, 433-449.
- Sánchez Griñán, G. (2015). Cuestionario de estrés parental: características psicométricas y análisis comparativo del estrés parental en padres de familia con hijos e hijas de 0 a 3

- años de edad de Lima moderna. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad de Lima, Lima, Perú.
- Santos, A.; Oliveira, C.; Vargas, M. & Macedo, I. (2010). Assessment of the Overload of Caregivers of Children with Cerebral Palsy. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9, 503-509. Recuperado de: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.9405>
- Schuengel, C.; Rentinck, I.; Stolk, J.; Voorman, J.; Loots, G. & Ketelaar, M. (2009). Parent's reactions to the diagnosis of cerebral palsy: Associations between resolution, age and severity of disability. *Child Care, Health & Development*, 35(5), 673-680. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00951. x.
- Segui, J.D.; Ortiz, M. & de Diego Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatologías y estado de salud. *Anales de Psicología.*, 24(1), 100-105.
- Senel, H. & Akkok, F. (1995). Stress levels and attitudes of normal siblings of children with disabilities. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 18(2), 61-68.
- Serrano, A.; Ortiz, L. & Louro, I. (2012). Estrategias de afrontamiento en familias de niños de 0-4 años con parálisis cerebral. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 817-842.
- Serrano, A.; Ortiz, L. & Louro, I. (2016). Particularidades del afrontamiento familiar al niño con diagnóstico y rehabilitación por parálisis cerebral. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 236-247.
- Sierra, C. & Julio, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. *Psicogente*, 13 (23), 27-41.
- Sipal, R.; Schuengel, C.; Voorman, J.; Van Eck, M. & Becher, J. (2010). Course of Behaviour Problems of Children with Cerebral Palsy: The Role of Parental Stress and Support. *Child: Care, Health and Development*, 36, 74-84
- Soraluz, M. (2018). Estrés Parental y Estilos de Afrontamiento en madres de hijos con pérdida auditiva de 1 a 10 años de una institución educativa especializada. Tesis de doctorado, Universidad San Martín de Porres, Lima.
- Soriano, M. & Pons, N. (2013). Recursos percibidos y estado emocional en padres de hijos con discapacidad. *Revista de Psicología de la Salud*, 1 (1), 84-101.
- Streisand, R.; Braniecky, S.; Tercyak, K. & Kazak, A. (2001). Childhood illness-related parenting stress: the pediatric inventory for parents. *Journal of pediatric psychology*. 26(3).155-162

- Taboada-Lugo, N.; Quintero-Escobar, K.; Casamajor-Castillo, M.; González-Torres, K.; Marrero-Infante, J.; Cruz-Ubeda, S. & Díaz-Robles, E. (2013). Epidemiología de la parálisis cerebral en el Estado Plurinacional de Bolivia, 2009-2012. *Revista Peruana de Epidemiología*, 17 (2), 1-7.
- Taiko, H. & Reiko, U. (1990). Long-term follow-up study of cerebral palsy children and coping behaviour of parents. *Journal of Advanced Nursing*, 15 (7), 762-770. doi: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01904.x
- 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.
- Umezawa, Y.; Lu, Q.; You, J.; Kagawa-Singer, M.; Leake, B. & Maly, R. (2012). Belief in divine control, coping, and race/ethnicity among older women with breast cancer. *Journal of behavioral medicine*, 44, 21 - 32. doi: 10.1007/s12160-012-9358-5.
- Ureta, P. (2014). Afrontamiento y estilos de crianza en padres de niños con discapacidad. Universidad Camilo José Cela. Recuperado de: <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2017/02/Afrontamiento-y-estilos-de-crianza-en-padres-de-niños-con-discapacidad-.pdf>
- Van Cappellen, P.; Toth-Gauthier, M.; Saroglou, V. & Fredrickson, B. L. (2014). Religion and Well-being: the mediating role of positive emotions. *Journal of Happiness Studies*, 17(2), 485-505.
- Vila, J.; Espinoza, I.; Guillén, D. & Samalvides, F. (2016). Características de pacientes con parálisis cerebral atendidos en consulta externa de Neuropediatría en un hospital peruano. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 719-724.
- Wanamaker, C. & Glenwick, D. (1998). Stress, coping, and perceptions of child behavior in parents of preschoolers with cerebral palsy. *Rehabilitation Psychology*, 43(4), 297-312. doi: 10.1037/0090-5550.43.4.297.
- Wang, H. & Jong, Y. (2004). Parental Stress and related factors of children with cerebral palsy. *Kaohsiung J Med Sci*, 7(20), 334-340.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 302-312.
- Zablotsky, B.; Bradshaw, C. & Stuart, E. (2013). The association between mental health, stress and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43 (6), 1380-1393.

**Apéndices**



**Apéndice A:****Consentimiento informado**

La presente investigación es conducida por Judith Matos Mendoza y Viviana Percca Torres, estudiantes de la Especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, quienes se encuentran bajo la supervisión de la Lic. Nancy Valdez Huarcaya y la Dra. Ana Mercedes Caro Cárdenas. Como parte del curso de Seminario de Tesis, se estudiará la relación entre el estrés parental, el afrontamiento y la resiliencia en padres y madres de niños con parálisis cerebral. Se espera que esta investigación contribuya a conocer cuáles son las principales estrategias de afrontamiento utilizadas en esta población y cómo se relacionan con el estrés y la resiliencia.

Si usted accede a participar de este estudio, se le pedirá responder una ficha sociodemográfica y tres cuestionarios, los cuales le tomarán aproximadamente 20 minutos.

Su participación es totalmente voluntaria, por lo tanto, si desea retirarse del estudio podrá hacerlo en cualquier momento. Las preguntas no generan ningún riesgo físico ni psicológico hacia el participante; sin embargo, usted es libre de preguntar lo que considere necesario sobre este estudio. Asimismo, en caso de sentirse incómodo o de no entender alguna pregunta, puede comunicarlo a las personas encargadas y, si lo considera conveniente, puede no participar en la investigación.

Cabe resaltar que los datos que ofrezca son absolutamente anónimos, de tal manera de que no sea posible identificar a los participantes. Además, la información obtenida será utilizada de manera confidencial y únicamente para fines de investigación académica. Asimismo, esta información será devuelta a las participantes de manera grupal. La data será guardada en un lugar seguro y, posteriormente, será destruida al finalizar la sustentación de tesis.

Para cualquier consulta o duda sobre este proyecto, puede comunicarse con las responsables de la investigación a los siguientes correos [a20122440@pucp.pe](mailto:a20122440@pucp.pe) o [judith.matos@pucp.pe](mailto:judith.matos@pucp.pe), o con sus asesoras al teléfono 626-2000 extensión 4010.

Yo \_\_\_\_\_ he sido informado(a) de las condiciones de la presente investigación y acepto participar voluntariamente de esta investigación.

Nombre del participante	Firma	Fecha
Judith Matos Mendoza		
Nombre de la investigadora responsable	Firma	Fecha
Viviana Percca Torres		
Nombre de la investigadora responsable	Firma	Fecha

## Apéndice B

### Ficha de datos

#### Información sobre el padre o la madre:

1. Edad (años): \_\_\_\_\_
2. Sexo: Masculino (  ) Femenino (  )
3. Lugar de procedencia: Lima (  ) Distrito: \_\_\_\_\_  
Provincia (  ) ¿Qué provincia? \_\_\_\_\_
4. Estado civil  
Soltero (  ) Casado (  ) Conviviente (  ) Separado (  )  
Viudo (  ) Divorciado (  )
5. Religión: \_\_\_\_\_
6. Grado de instrucción:

Primaria incompleta		Técnica superior incompleta	
Primaria completa		Técnica superior completa	
Secundaria incompleta		Estudios universitarios incompletos	
Secundaria completa		Estudios universitarios completos	

7. Ocupación: \_\_\_\_\_
8. Indique si actualmente se encuentra trabajando: Sí (  ) No (  )
9. Número de hijos: \_\_\_\_\_
10. Composición familiar (Incluye hijos y/o pareja)

	1er familiar	2do familiar	3er familiar	4to familiar	5to familiar
Sexo					
Edad					
¿Recibe ayuda de este familiar en el cuidado de su hijo? Responder "Sí" o "No"					

11. Indique si realiza actividades en su tiempo libre: Sí (  ) No (  )
12. Indique si asiste a tratamiento/terapia psicológico individual: Sí (  ) No (  )
13. Indique si asiste a terapia grupal: Sí (  ) No (  )

**Información sobre su hijo o hija:**

1. Edad (años y meses): \_\_\_\_\_
2. Sexo: Masculino (  ) Femenino (  )
3. Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_
4. Edad de su hijo cuando recibió el diagnóstico (años y meses): \_\_\_\_\_





## Apéndice C: Clasificación de la Función Motora Gruesa

### Niños entre 0 y 2 años (Marque solo una opción)

- Su niño se sienta sin ayuda, gatea apoyado sobre las manos y las rodillas. Se pone de pie sujetándose de algo y da unos pasos agarrándose de los muebles. Su niño puede caminar entre los 18 meses y los dos años de edad.
- Su niño se puede sentar en el piso, pero con la ayuda de las manos. Gatea con las manos y las rodillas. A veces se puede poner de pie sujetándose de algo.
- Su niño se puede sentar en el piso con apoyo en la zona baja de la espalda. Se arrastra apoyado sobre el abdomen.
- Su niño controla el cuello, pero necesita apoyo en el tronco para sentarse en el piso. Puede darse la vuelta y quedar sobre la espalda y a veces logra voltearse para quedar sobre el abdomen.
- Su niño necesita ayuda con el control del cuello y del tronco para sentarse.

### Niños entre 2 y 4 años (Marque solo una opción)

- Su niño se sienta y se pone de pie sin ayuda. Puede caminar.
- Su niño se sienta y se pone de pie sin ayuda. Puede permanecer parado si se agarra de una superficie estable. Camina agarrándose de los muebles y camina con un dispositivo de movilidad auxiliar.
- Los niños se arrastran sobre el abdomen o gatean apoyados sobre las manos y las rodillas. Se ponen de pie y caminar distancias cortas agarrándose de algo. A veces pueden caminar distancias cortas con ayuda de un andador y bajo la supervisión de un adulto.
- A los niños se les tiene que sentar y necesitan usar las manos como apoyo. Los niños necesitan de equipo para sentarse y ponerse de pie, se arrastran sobre el abdomen o gatean distancias cortas.
- Los niños necesitan equipo adaptado para sentarse y estar de pie. Los niños no se pueden mover de manera independiente y algunos usan sillas de ruedas motorizadas.

### Niños entre 4 y 6 años (Marque solo una opción)

- Su niño se sienta y se pone de pie sin apoyarse en las manos. Puede caminar en espacios interiores y exteriores y subir escalones; comienza a correr y saltar.
- Su niño puede sentarse en una silla. Puede levantarse desde el suelo y ponerse de pie, pero necesita una superficie desde la que impulsarse. Puede caminar distancias cortas en un suelo estable y subir escaleras con la ayuda de un pasamanos. No puede correr ni saltar.
- Su niño puede sentarse en una silla, pero puede necesitar algún tipo de apoyo. Su niño puede caminar con un dispositivo manual auxiliar y subir escaleras con ayuda.
- Su niño necesita apoyo en el tronco al estar sentados. Usan un andador para caminar distancias cortas y pueden llegar a moverse de manera independiente con una silla de ruedas.
- Todas las áreas de la función motora son limitadas. Su niño no puede moverse de manera independiente.

### Niños entre 6 y 12 años (Marque solo una opción)

- Su niño camina en casa, en la escuela, en espacios exteriores y en la comunidad. Su niño es capaz de correr y saltar, pero su equilibrio es limitado.
- Su niño camina en la mayoría de los espacios, pero tiene dificultades en terrenos irregulares. Puede caminar en espacios exteriores y en la comunidad con asistencia y tiene una capacidad muy limitada para correr y saltar.

- Su niño camina con la ayuda de un dispositivo manual auxiliar y necesita una silla de ruedas para distancias largas. Su niño a veces es capaz de subir y bajar escaleras con un pasamanos.
- Su niño necesita ayuda para sentarse y para los traslados de un sitio a otro. Su niño puede rodar, gatear, o caminar distancias cortas en la casa con ayuda o con una silla de ruedas. Su niño usa una silla de ruedas manual o una silla motorizada para distancias más largas.
- Se transporta al niño en una silla de ruedas manual en todo tipo de espacios. El niño necesita asistencia física completa para los traslados de un sitio a otro.

**Niños entre 12 y 18 años (Marque solo una opción)**

- Puede caminar en casa, en la escuela, en espacios exteriores y en la comunidad. Es capaz de correr y saltar, pero su equilibrio es limitado.
- Camina en la mayoría de los espacios, pero en la escuela y en el trabajo usa un dispositivo manual auxiliar para su seguridad. En los espacios exteriores y en la comunidad utiliza una silla de ruedas para distancias largas. Es capaz de subir y bajar escaleras con un pasamanos.
- Camina con la ayuda de un dispositivo manual auxiliar y usa una silla de ruedas manual o una silla motorizada en la escuela y en la comunidad. A veces puede subir y bajar escaleras con un pasamanos.
- Usa un dispositivo con ruedas en la mayoría de los espacios para desplazarse. Necesita la asistencia de una o dos personas para los traslados. A veces puede usar una silla motorizada y caminar distancias cortas en espacios interiores con la ayuda de un andador.
- Se le transporta en una silla de ruedas manual en todo tipo de espacios. Tiene limitaciones para mantener la posición del cuello y del tronco y para controlar los movimientos de los brazos y las piernas. Se necesita la asistencia física de una o dos personas o de una grúa para los traslados.

**Apéndice D: Descriptivos del Estrés Parental y las estrategias de afrontamiento***Estadísticos descriptivos del estrés parental y sus áreas*

Medidas	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Estrés Parental Global	88.89	87	24.74	37	157
Malestar Paterno	30.17	30	10.26	12	55
Interacción Disfuncional Padre-Hijo	29.15	28	9.22	12	51
Niño Dificil	29.57	29	8.12	13	51

*Resultados descriptivos de estrategias de afrontamiento*

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Afrontamiento Religioso	12.45	13.00	3.12	5	16
Reinterpretación Positiva	12.22	12.00	2.48	7	16
Aceptación	11.85	12.00	3.06	4	16
Planificación	11.51	12.00	2.93	4	16
Búsqueda de soporte social por razones instrumentales	10.71	11.00	3.42	4	16
Contención de afrontamiento	9.46	9.00	2.66	4	16
Búsqueda de soporte social por razones emocionales	8.97	8.00	3.06	4	16
Afrontamiento Activo	8.94	9.00	2.27	3	12
Enfocar y Liberar	8.58	8.00	2.81	4	16
Supresión de Actividades	8.40	8.00	2.49	3	12
Desentendimiento Mental	7.25	7.00	2.14	4	13
Negación	6.83	6.00	2.77	4	16
Uso del humor	6.43	5.00	2.94	4	16
Desentendimiento conductual	6.31	6.00	2.18	4	15
Uso de sustancias	4.22	4.00	1.51	4	16

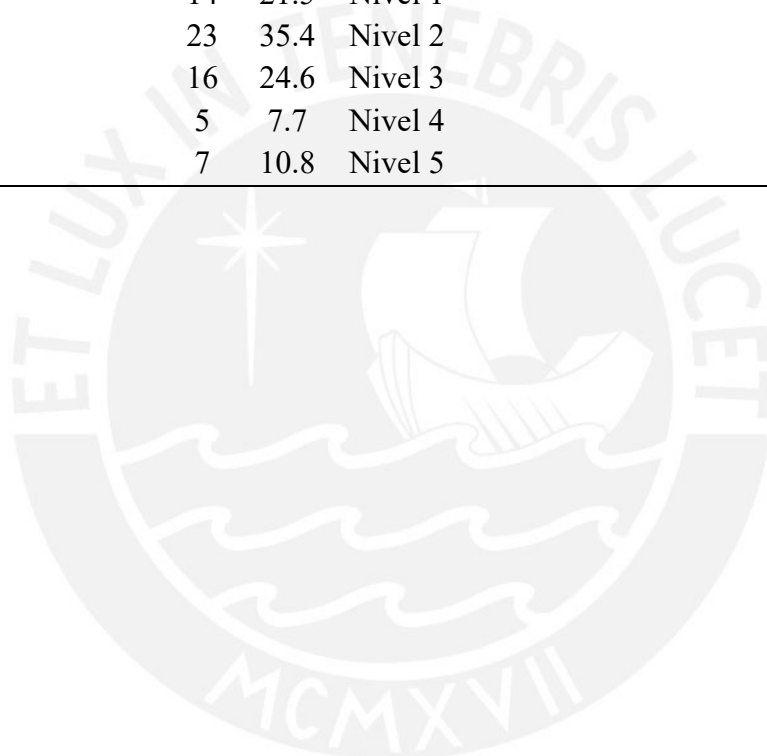
N=65

**Apéndice E: Descriptivos de las variables demográficas***Descriptivos de características demográficas de los padres de niños con PC*

	<i>f</i>	<i>%</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
Edad <sup>(A)</sup>			Estado Civil <sup>(A)</sup>		
[19-40]	37	56.9	Sin pareja	17	26.2
[41-60]	28	43.1	Con pareja	48	73.8
Sexo			Instrucción		
Hombre	8	12.3	Primaria completa	2	3.1
Mujer	57	87.7	Secundaria incompleta	7	10.8
Procedencia			Secundaria completa	19	29.2
Lima	39	60.0	Técnica incompleta	10	15.4
Provincia	26	40.0	Técnica completa	14	21.5
Religión			Universitaria incompleta	1	1.5
Católica	50	76.9	Universitaria completa	12	18.5
Cristiano	9	13.8	Instrucción <sup>(A)</sup>		
Adventista	2	3.1	Primaria	2	3.1
Mormón	1	1.5	Secundaria	26	40.0
Agnóstico	3	4.6	Superior	37	56.9
Situación laboral			Número de hijos <sup>(A)</sup>		
Dependiente	15	23.1	Hijo único	22	33.8
Independiente	9	13.8	Dos hijos	26	40.0
Ama de casa	41	63.1	Tres hijos o más	17	26.2
Cuenta con Trabajo			Convivencia		
Sí	25	38.5	Solo	2	3.1
No	40	61.5	Familia nuclear	31	47.7
Estado Civil			Familia extendida	32	49.2
Soltero	9	13.8	Ayuda en el cuidado		
Casado	17	26.2	No recibe ayuda	6	9.2
Conviviente	31	47.7	Le ayuda una persona	27	41.5
Separado	6	9.2	Le ayudan 2 o más	32	49.2
Viudo	2	3.1	Terapia Psicológica Individual		
Terapia Psicológica Individual			Recibe	6	9.2
Recibe	6	9.2	No recibe	59	90.8
No recibe	59	90.8	Terapia Psicológica Grupal		
Terapia Psicológica Grupal			Actividades de tiempo libre		
Recibe	6	9.2	Sí Realiza	34	52.3
No recibe	59	90.8	No realiza	31	47.7

*Descriptivos de características demográficas de los niños*

	<i>f</i>	<i>%</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
Edad			Sexo		
[0-2]	4	6.2	Femenino	25	38.5
[3-5]	15	23.1	Masculino	40	61.5
[6-10]	26	40.0			
[11-18]	20	30.8	Asistencia a CEBE		
			Sí asiste	33	50.8
			No asiste	32	49.2
Tiempo de diagnóstico			Clasificación de la Función		
			Motora		
[1-42]	14	21.5	Nivel 1	7	10.8
[43-85]	23	35.4	Nivel 2	8	12.3
[86-128]	16	24.6	Nivel 3	8	12.3
[129-171]	5	7.7	Nivel 4	13	20.0
[172-215]	7	10.8	Nivel 5	29	44.6



**Apéndice F: Análisis de Confiabilidad del PSI-SF**

*Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test corregida del cuestionario PSI-SF*

<i>Número del ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
Estrés parental total $\alpha=.93$		
PSI1	.48	.93
PSI2	.41	.93
PSI3	.58	.93
PSI4	.62	.93
PSI5	.71	.93
PSI6	.52	.93
PSI7	.61	.93
PSI8	.53	.93
PSI9	.53	.93
PSI10	.58	.93
PSI11	.65	.93
PSI12	.63	.93
PSI13	.61	.93
PSI14	.56	.93
PSI15	.56	.93
PSI16	.51	.93
PSI17	.46	.93
PSI18	.48	.93
PSI19	.54	.93
PSI20	.56	.93
PSI21	.53	.93
PSI22	.36	.93
PSI23	.65	.93
PSI24	.65	.93
PSI25	.60	.93
PSI26	.55	.93
PSI27	.52	.93
PSI28	.52	.93
PSI29	.36	.93
PSI30	.55	.93
PSI31	.45	.93
PSI32	.22	.93
PSI33	.47	.93
PSI34	.41	.93
PSI35	.62	.93
PSI36	.26	.93

**Apéndice F: Análisis de confiabilidad DEL PSI-SF**

*Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test corregida de las escalas del PSI-SF*

<i>Número del ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>	<i>Número del ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
Malestar paterno $\alpha=.89$					
PSI1	.59	.88	PSI7	.63	.88
PSI2	.46	.89	PSI8	.51	.89
PSI3	.68	.88	PSI9	.53	.89
PSI4	.67	.88	PSI10	.51	.89
PSI5	.74	.87	PSI11	.65	.88
PSI6	.55	.88	PSI12	.66	.88
Interacción Disfuncional Padre-Hijo $\alpha=.84$					
PSI13	.54	.83	PSI19	.59	.82
PSI14	.51	.83	PSI20	.52	.83
PSI15	.47	.83	PSI21	.57	.82
PSI16	.53	.83	PSI22	.32	.84
PSI17	.49	.83	PSI23	.58	.83
PSI18	.49	.83	PSI24	.54	.83
Niño Difícil $\alpha=.80$					
PSI25	.65	.77	PSI31	.40	.80
PSI26	.55	.78	PSI32	.28	.81
PSI27	.46	.79	PSI33	.30	.80
PSI28	.49	.79	PSI34	.53	.78
PSI29	.31	.80	PSI35	.68	.77
PSI30	.44	.79	PSI36	.43	.79

**Apéndice G: Análisis de confiabilidad del COPE**

*Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test corregida de las escalas del COPE-60*

<i>Número del ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>	<i>Número del ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
Afrontamiento activo $\alpha=.42$			Planificación $\alpha=.70$		
Ítem 5	.336	.243	Ítem 19	.487	.640
Ítem 25	-.163	.638	Ítem 32	.614	.555
Ítem 47	.343	.216	Ítem 39	.468	.650
Ítem 58	.469	.095	Ítem 56	.390	.694
Contención del afrontamiento $\alpha=.66$			Supresión de actividades $\alpha=.55$		
Ítem 10	.500	.547	Ítem 15	-.003	.693
Ítem 22	.431	.596	Ítem 33	.644	.150
Ítem 41	.416	.606	Ítem 42	.268	.523
Ítem 49	.409	.611	Ítem 55	.480	.328
Reinterpretación positiva $\alpha=.61$			Aceptación $\alpha=.77$		
Ítem 1	.314	.611	Ítem 13	.683	.642
Ítem 29	.446	.501	Ítem 54	.621	.683
Ítem 38	.462	.488	Ítem 21	.555	.719
Ítem 59	.394	.562	Ítem 44	.421	.779
Enfocar y liberar emociones $\alpha=.71$			Apoyo social instrumental $\alpha=.78$		
Ítem 3	.551	.609	Ítem 4	.550	.753
Ítem 17	.643	.543	Ítem 14	.637	.707
Ítem 28	.185	.805	Ítem 30	.570	.742
Ítem 46	.635	.545	Ítem 45	.607	.722
Apoyo social emocional $\alpha=.75$			Desentendimiento mental $\alpha=.38$		
Ítem 11	.495	.712	Ítem 2	.176	.356
Ítem 23	.504	.708	Ítem 16	.330	.200
Ítem 34	.521	.697	Ítem 31	.079	.456
Ítem 52	.648	.629	Ítem 43	.277	.240
Desentendimiento conductual $\alpha=.53$			Negación $\alpha=.63$		
Ítem 9	.417	.378	Ítem 6	.337	.604
Ítem 24	.312	.456	Ítem 27	.369	.586
Ítem 37	.326	.445	Ítem 40	.588	.403
Ítem 51	.222	.524	Ítem 57	.358	.600



*Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test corregida de las escalas del COPE-60*

<i>Número del ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>	<i>Número del ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
Afrontamiento Religioso $\alpha=.82$			Uso del humor $\alpha=.89$		
Ítem 7	.597	.795	Ítem 8	.675	.883
Ítem 18	.689	.750	Ítem 20	.705	.871
Ítem 48	.607	.789	Ítem 36	.832	.821
Ítem 60	.708	.738	Ítem 50	.806	.835
Uso de sustancias $\alpha=.97$					
Ítem 12	.976	.953			
Ítem 26	.976	.953			
Ítem 35	.976	.953			
Ítem 53	.829	1			

**Apéndice H: Normalidad***Tabla de Normalidad de la Escala de Estrés Parental*

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Malestar paterno	.06	65	.200
Interacción Disfuncional Padre-Hijo	.14	65	.002
Niño Dificil	.13	65	.069
Estrés Parental-Puntaje total	.08	65	.200

*Tabla de Normalidad de las estrategias del COPE*

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Afrontamiento Activo	.111	65	.046
Planificación	.111	65	.044
Contención del Afrontamiento	.155	65	.001
Supresión de Actividades	.125	65	.014
Reinterpretación	.130	65	.009
Aceptación	.110	65	.048
Enfocar y liberar emociones	.183	65	.000
Búsqueda de soporte por razones instrumentales	.124	65	.014
Búsqueda de soporte por razones emocionales	.132	65	.007
Desentendimiento Mental	.192	65	.000
Desentendimiento Conductual	.157	65	.000
Negación	.185	65	.000
Afrontamiento Religioso	.134	65	.006
Uso del Humor	.225	65	.000
Uso de Sustancias	.526	65	.000

**Apéndice I: Correlaciones***Correlaciones entre estrés parental y estrategias de afrontamiento*

	DP	IDP-H	CDN	Estrés total
Afrontamiento Activo	-.275*	-.186	-.047	-.169
Planificación	-.329**	-.115	-.033	-.183
Contención del Afrontamiento	-.027	-.001	-.064	-.026
Supresión de Actividades	-.048	.047	.090	.049
Reinterpretación	-.302*	-.090	.027	-.157
Aceptación	-.168	-.040	-.010	-.082
Enfocar y Liberar emociones	.221	.132	.144	.187
Búsqueda de soporte por razones instrumentales	.062	.190	.198	.171
Búsqueda de soporte por razones emocionales	.081	.115	-.007	.106
Desentendimiento mental	.380**	.194	.031	.235
Desentendimiento conductual	.357**	.246*	.147	.307*
Negación	.358**	.280*	.042	.275*
Afrontamiento Religioso	-.047	-.051	-.150	-.071
Uso del Humor	-.048	-.049	-.026	-.044
Uso de Sustancias	.058	-.079	-.094	-.015

*MP= Malestar paterno, IDP-H= Interacción Disfuncional Padre-Hijo, ET= Estrés total*

**\*\***. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

**\***. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)