

PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Estrés parental y estrategias de afrontamiento de padres de niños con cáncer

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología con  
mención en Psicología Clínica que presenta:

***Arantxa Ximena Zamudio Diaz***

Asesore(s):

***María Lourdes Ruda Santolaria***

Lima, 2023

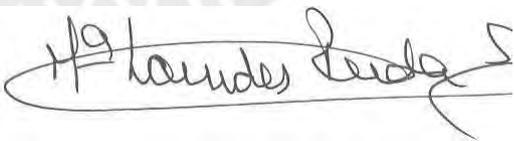
### Informe de Similitud

Yo, **María Lourdes Ruda Santolaria**, docente de la Facultad de **Psicología** de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesora de la Tesis titulada **Estrés parental y estrategias de afrontamiento de padres de niños con cáncer**, de la autora **Arantxa Ximena Zamudio Diaz**,

dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de **28%**. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el 21/04/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada uno de las coincidencias detectadas no constituyen a plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas
- Las similitudes se encuentran al momento de dar cuenta de definiciones de los constructos de la investigación en que cita a autores claves, y los parafrasea.

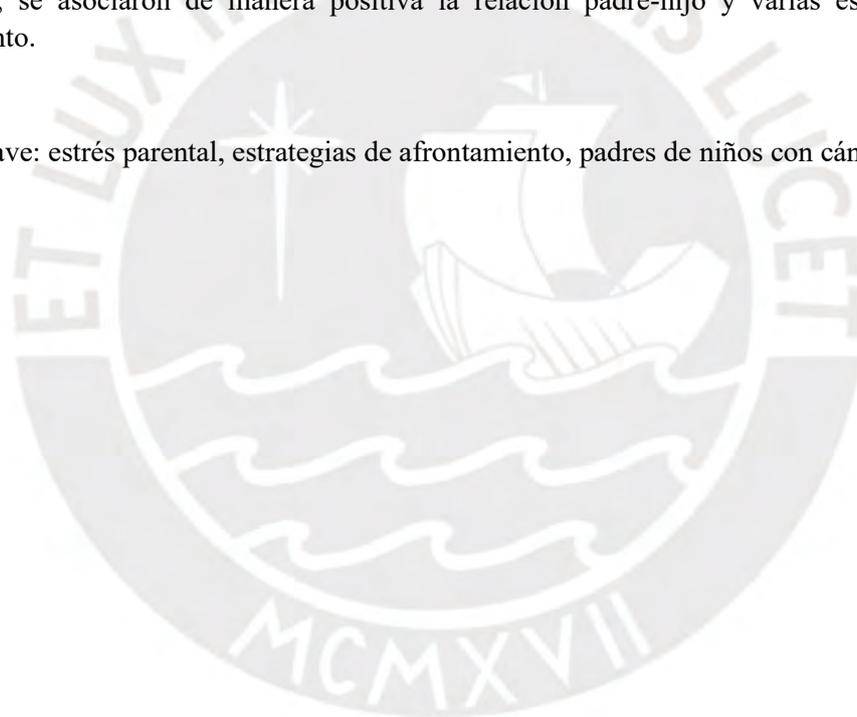
Lugar y fecha: **Lima, 21 de abril de 2023**

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <b><u>Ruda Santolaria, María Lourdes</u></b>	
DNI: <b>08275961</b>	Firma: 
ORCID: <b><a href="https://orcid.org/0000-0003-0170-220X">https://orcid.org/0000-0003-0170-220X</a></b>	

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal describir y analizar la relación entre los niveles de estrés parental y las estrategias de afrontamiento en un grupo de 110 de padres de niños con cáncer que se atendían en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Como objetivos específicos se planteó comparar el estrés parental y las estrategias de afrontamiento según los datos sociodemográficos de los padres, del niño y datos de la enfermedad del paciente. Para ello, se aplicó un cuestionario para medir el estrés parental (PSI-4-SF) y otro para identificar las estrategias de afrontamiento (COPE). Se encontraron diferencias significativas según el lugar de procedencia, nivel de instrucción, estado civil, enfermedad del niño y tratamiento. En cuanto al objetivo principal, se encontraron correlaciones entre el estrés parental y sus subescalas, con las estrategias de afrontamiento. Es así que, el estrés parental total, malestar paterno y características difíciles del niño se relacionaron de manera inversa con las estrategias de desentendimiento conductual y mental. Asimismo, el malestar paterno se relacionó de manera inversa con la búsqueda de soporte social por razones emocionales y uso de la religión. Finalmente, se asociaron de manera positiva la relación padre-hijo y varias estrategias de afrontamiento.

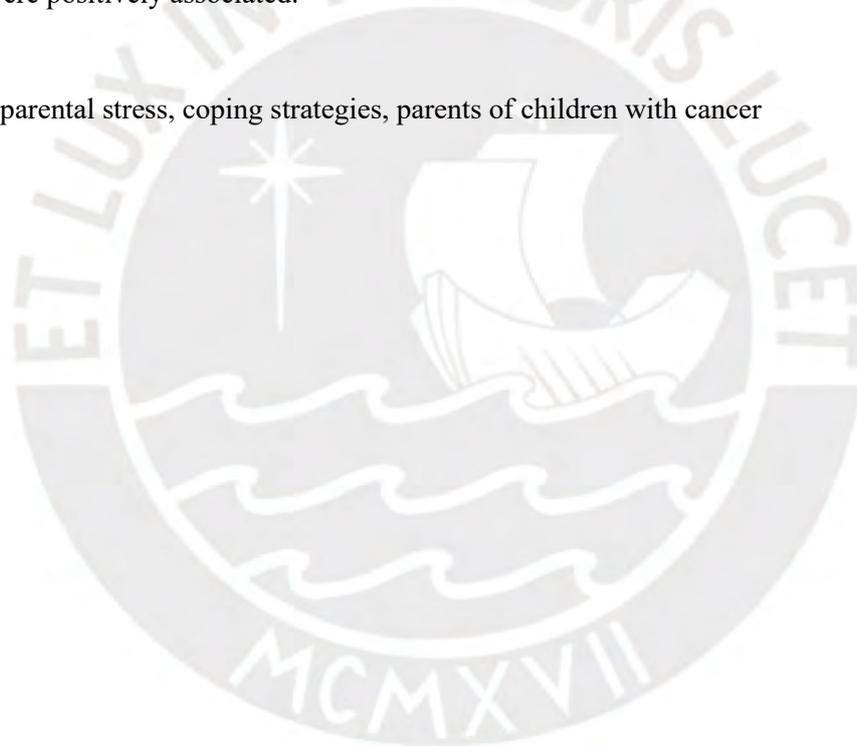
Palabras clave: estrés parental, estrategias de afrontamiento, padres de niños con cáncer.



## Abstract

The main objective of this research was to describe and analyze the relationship between parental stress levels and coping strategies in a group of 110 parents of children with cancer who were treated at the National Institute of Neoplastic Diseases (INEN). As specific objectives, it was proposed to compare parental stress and coping strategies according to the sociodemographic data of the parents, the child and data on the patient's disease. For this, a questionnaire was applied to measure parental stress (PSI-4-SF) and another to identify coping strategies (COPE). Significant differences were found according to place of origin, educational level, marital status, child's illness and treatment. Regarding the main objective, correlations were found between parental stress and its subscales, with coping strategies. Thus, total parental stress, parental distress, and difficult child characteristics were inversely related to behavioral and mental disengagement strategies. Likewise, parental discomfort was inversely related to the search for social support for emotional reasons and the use of religion. Finally, the father-son relationship and various coping strategies were positively associated.

Keywords: parental stress, coping strategies, parents of children with cancer



## Tabla de Contenido

Introducción .....	6
Método .....	11
Participantes .....	11
Medición .....	11
Procedimiento .....	13
Análisis de datos .....	14
Resultados .....	15
Discusión.....	18
Referencias.....	25
Apéndices.....	32
Apéndice A: Consentimiento informado.....	32
Apéndice B: Ficha sociodemográfica del padre, niño/a y de la enfermedad .....	33
Apéndice C: Confiabilidad de los instrumentos.....	34
Apéndice D: Prueba de normalidad .....	36



## Introducción

El cáncer es una enfermedad que afecta a cualquier parte del organismo, a través de la multiplicación de células anormales que proliferan y pueden invadir órganos adyacentes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Pese a que su incidencia es menor en comparación con adultos, el cáncer infantil representa la segunda causa de muerte en niños y supone un tratamiento largo y complejo (Luna-Abanto y Payet, 2019; OMS, 2020). De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020), cada año se diagnostican 280,000 casos de cáncer en niños a nivel mundial. En América Latina y el Caribe, se estima que anualmente alrededor de 29,000 niños, niñas y adolescentes resultarán afectados por cáncer (OPS, 2020).

En el contexto peruano, el cáncer infantil es una problemática de salud pública. Por año, se diagnostican 1800 casos nuevos de cáncer, siendo la leucemia el tipo de cáncer más frecuente en menores de edad, seguido de los tumores cerebrales y linfomas (Msefer, 2010; RNCNCLM, 2016, OPS, 2020). Si bien existen diversos tratamientos mediante cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y/o trasplante de médula, un aproximado de 400 niños peruanos fallecen debido al retraso en el diagnóstico o el abandono de tratamiento (ACS, 2016; ASCO, 2016; Calvo et al., 2006; OPS, 2020). En parte, en nuestro contexto ello ocurre debido a la centralización de servicios de salud en la capital, por lo cual, al abordar el cáncer infantil como una problemática de salud pública será importante considerar también a las poblaciones se encuentran en riesgo de no poder acceder al tratamiento o que son tardíamente diagnosticadas, como con frecuencia ocurre con las personas que migran desde lugares lejanos de la capital (Msefer,2010).

Por lo mencionado anteriormente, el cáncer infantil resulta complejo de afrontar en distintos niveles. En lo fisiológico, por lo invasivo y doloroso que puede resultar el tratamiento (Calvo et al., 2006). En lo social, por la demanda económica y, en algunos casos, la consiguiente pérdida de redes sociales y el alejamiento de los espacios de interacción con amigos en situación de enfermedad (Msefer, 2010). En lo emocional, relacionado al impacto que genera el diagnóstico en el niño y su entorno, pues suscita angustias y reacciones emocionales difíciles de manejar (López-Ibor, 2009; Méndez, 2005; Méndez et al., 2004; Muñoz, et al., 2015; Stenning Jacobs, 2015).

En consecuencia, el niño necesitará el apoyo de una persona que pueda velar por sus cuidados en contexto de enfermedad y brindar sentido a las experiencias que se le presenten. Esto último, es esencial en la infancia, pues es una etapa de vida en la cual los recursos cognitivos y afectivos para organizar una experiencia altamente demandante son limitados (Papalia, 2009). Habitualmente, quienes asumen este rol de apoyo son los progenitores al convertirse en los cuidadores principales del niño durante el proceso de la enfermedad oncológica (Méndez, 2005; Moral De la Rubia y Martinez, 2009).

Al tener en cuenta la importancia de los padres como cuidadores y acompañantes, es fundamental contribuir con su salud mental, más aún cuando transitan una experiencia muy exigente a nivel psicosocial. Diversos estudios con padres de niños con cáncer revelan que estos cuidadores al priorizar la atención del paciente, se ven obligados a postergar actividades básicas como el sueño y la alimentación, así como espacios de autocuidado e, incluso, abandonan el trabajo, pese al desbalance económico que conlleva el tratamiento (Clarke, 2009; Grau y Espada, 2012; Macchi, 1998; Rosenberg-Yunger, 2013). Por ende, mientras hacen frente a situaciones demandantes y excesivas a sus recursos de manera cotidiana, es probable que los padres experimenten estrés frecuentemente; lo cual terminaría siendo desfavorable para su bienestar y el de su niño (Litzelman et al., 2011; Sandín et al., 1995).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), el estrés es definido como una interrelación entre los factores estresantes del ambiente y la consecuente respuesta de la persona. Si el sujeto valora que sus recursos no son suficientes para manejar la demanda experimentará estrés (Sandín et al, 1995). Cuando las exigencias que desbordan a las personas están vinculadas a su rol como progenitores, se habla específicamente del estrés parental.

El estrés parental es definido por Abidin (1992) como un proceso en el que los progenitores se sienten desbordados ante las demandas parentales. Siguiendo la teoría de Lazarus y Folkman, plantea que la sensación de desborde se basa en la autoevaluación de sus propios recursos frente a las exigencias parentales y al empleo de estrategias de afrontamiento para sortear las dificultades asociadas a hacerse cargo del cuidado de manera satisfactoria. De esta manera, distingue dos componentes del estrés parental: uno asociado a las exigencias parentales y otro que se deriva propiamente del hijo. En otras palabras, el estrés parental implicaría las valoraciones negativas hacia uno mismo como padre y también la percepción de características difíciles del niño, así como, la interacción entre ambos (Deater-Deckard et al., 2005; Díaz-Herrero et al., 2010).

En esta línea, se ha reportado que el estrés parental puede llegar a representar un factor de riesgo para la salud mental del cuidador y el vínculo con el hijo, tanto en investigaciones con padres de niños sanos como con condiciones de discapacidad y enfermedad crónica. En padres de escolares sanos que presentaban estrés parental se halló además presencia de ansiedad y depresión tanto en los progenitores como en sus hijos (Deater-Deckard, 1998; Fonseca et al , 2011).

En el caso de padres de niños con discapacidad se ha encontrado que las múltiples limitaciones que presentan sus hijos y el grado de dependencia se asocian a mayores niveles de estrés parental en comparación con grupos de padres con niños sanos (Hsiao, 2017). Además, se ha identificado que la edad del niño, el estatus socioeconómico, el nivel de educación de los

padres y el apoyo social son factores asociados a los niveles de estrés parental (Amireh, 2018; Badia, 2005).

Si bien en ocasiones el estrés puede funcionar como un activador para un afrontamiento adaptativo, existen estudios con evidencia de que el estrés parental se vincula con un insuficiente ajuste psicológico y mayores niveles de ansiedad en los progenitores (Streisand et al., 2001; Wolfe- Christensen et al., 2010). En contexto de enfermedad oncológica, los estudios reportan que el impacto del diagnóstico, el cuidado del niño, la incertidumbre del pronóstico, la comunicación sobre la enfermedad y los procedimientos médicos invasivos desencadenan un alto monto de estrés en los padres cuidadores (Cousino y Hazen, 2013; Mejía, 2013; Rabineau et al., 2008).

Por una parte, la ansiedad y distrés que generan las consideraciones médicas de niños con enfermedad crónica afectaría la capacidad de apoyo de los padres a la atención médica de sus hijos y podría repercutir desfavorablemente en la adherencia al tratamiento (Streisand et al., 2001). Adicionalmente, estudios han hallado que el estrés parental no sólo se relaciona con un ajuste emocional, social y conductual empobrecido en el cuidador, sino que es un mediador para el surgimiento de estados de ánimo negativos y problemas de conducta en los hijos (Van der Geets et al., 2014; Wolfe-Christensen et al., 2010).

En el contexto peruano, Mejía (2013) realizó una investigación con respecto a los estresores relacionados al cáncer, estrés parental y sentido de coherencia en las madres de niños diagnosticados con leucemia que cursaban un tratamiento. Se encontró que la experiencia de la enfermedad de sus hijos y las frecuentes situaciones vinculadas con los cuidados de salud se asociaron de manera significativa con el incremento del malestar y la frustración en el rol como madres. Asimismo, se reportó que, a mayor tiempo de permanencia en Lima para la atención del niño, las madres percibían que sus esfuerzos de cuidado no eran apreciados por sus hijos y que estos no cumplían con sus expectativas, a diferencia de las madres con menor tiempo de permanencia.

A la luz de la literatura presentada, se deriva la necesidad de profundizar en el estudio del estrés parental identificando qué variables podrían estar asociadas con una la percepción de demanda en las tareas de cuidar a un hijo con cáncer y/o el empleo de los recursos de los padres frente a las exigencias de su hijo en situación de enfermedad. Como se mencionó anteriormente, el abordaje del estrés parental implica reconocer las estrategias de afrontamiento que emplea el progenitor, tanto para sobrellevar la enfermedad como para realizar una autovaloración de sus recursos propios y del vínculo con su hijo.

En particular, ante una situación de cáncer infantil, el afrontamiento permitiría conocer cómo los padres se adaptan a las demandas de la enfermedad y el tratamiento (De la Huerta et al.,

2006). En ese sentido, se hace necesario valorar si algunas estrategias de afrontamiento se relacionan con el estrés parental, en tanto puedan facilitar la adaptación a las demandas del cuidado y, en consecuencia, podrían permitir un mayor bienestar en los padres de niños con enfermedad oncológica.

Desde el modelo transaccional de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), se plantea que el afrontamiento es un proceso dinámico de evaluación y reevaluación de diversas estrategias que poseen los individuos para hacer frente a una situación que puede ser evaluada como amenazante o desbordante, disminuyendo los efectos del estrés psicológico (Ortega y Salanova, 2016). Así, frente a los eventos estresantes los individuos realizan dos tipos de evaluaciones: la primaria, donde se analiza si el evento es potencialmente riesgoso y la secundaria, donde se estima si las habilidades y recursos de afrontamiento serán suficientes para enfrentar el evento (Lazarus y Folkman, 1984).

Carver y colegas (1989) proponen la existencia de 13 estrategias de afrontamiento, referidas a procesos concretos y específicos que se emplean al enfrentar situaciones demandantes. Dichas estrategias son: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, restricción del afrontamiento, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, la aceptación, acudir a la religión, la negación, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual y desentendimiento mental. Finalmente, Kallasmaa y Pulver (2000), agregan dos estrategias de afrontamiento, el uso de alcohol/drogas y el uso del humor. Cabe mencionar que el uso de las estrategias de afrontamiento puede ser variado y la forma en la que uno las emplee podría determinar qué tan adaptativo sea para enfrentar la enfermedad.

Durante las dos últimas décadas, se han realizado diversas investigaciones en relación al afrontamiento en padres y madres de niños con cáncer que si bien no corresponden en su totalidad al esquema de estrategias propuesto por Carver y colegas (1989), permite aproximarse a conocer el afrontamiento de esta población (Barria et al., 2015; Chacín y Chacín, 2011; De la Huerta et al., 2006; Domínguez y Tamayo, 2014; Espada y Grau, 2012; Mayorga-Lascano y Peñaherrera-Ron, 2019; Moral De la Rubia y Martínez, 2009; Moreno et al., 2016).

En principio, se puede identificar que en la mayoría de investigaciones latinoamericanas, se reconoce que el afrontamiento más adaptativo es el enfocado en el planeamiento y ejecución de soluciones, puesto que la situación de un niño con cáncer es vista como un desafío (Domínguez y colaboradores, 2014; Huerta et al., 2006; Moreno y colaboradores, 2016). Por el contrario, la forma menos adaptativa de afrontar es a través de la evitación que, a su vez, se relaciona con un incremento en el estrés de los progenitores y sintomatología ansioso-depresiva (Barria et al., 2005; Moral et al., 2009). Mención aparte, en diversas investigaciones se

reconoce la valoración de la religión como una estrategia de afrontamiento frecuente que representa una fuente de soporte emocional y un vehículo para la reinterpretación positiva (Chacín y Chacín, 2011; Dominguez et al., 2014; Hashemi et al., 2007).

Algunas de las investigaciones realizadas según la propuesta de Carver y colegas (1989) en contexto peruano son las de Astete (2018), Flores (1999), Gastiaburú (2018) y Velásquez (2018). Tales estudios identifican que las estrategias predominantes en los padres de niños con cáncer comprenden el afrontamiento activo, el acudir a la religión, la reinterpretación positiva, enfocar y liberar emociones, la aceptación y la búsqueda de soporte social. Particularmente al comparar características sociodemográficas, Flores (1999) encontró que los padres utilizaban con mayor frecuencia que las madres, el afrontamiento activo en momentos críticos. Por su parte, Gastiaburú (2018) halló que los padres, en comparación con las madres, son quienes más recurren a otra persona en búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión, revelando una mayor conexión con la dimensión emocional de la enfermedad. Además, reportó que los padres que contaban con un nivel superior de estudios fueron los que recurrieron en mayor medida a la aceptación y supresión de actividades competentes, a diferencia de aquellos con estudios solo de primaria y secundaria completa.

En vista de la literatura presentada, es importante resaltar que el niño con enfermedad oncológica necesitará de un cuidador que pueda acompañar su proceso de enfermedad, así como, brindar sentido a las experiencias que se le presenten. Por ello, es fundamental contribuir con la salud mental de sus progenitores, más aún cuando transitan una experiencia muy exigente a nivel psicosocial propias de la enfermedad en un contexto, cuyo sistema de salud puede representar una fuente adicional de estrés. Por lo tanto, resulta relevante conocer de qué manera estos progenitores enfrentan y manejan el estrés, para que puedan plantearse formas de abordaje ante el mismo.

En ese sentido, el objetivo general de este estudio es analizar la relación entre el estrés parental y las estrategias de afrontamiento en los padres de niños con cáncer. Adicionalmente, se propone como objetivos específicos comparar el estrés parental y las estrategias de afrontamiento, según las variables sociodemográficas de los padres, del niño y variables de la enfermedad, y Para ello, se plantea la presente investigación desde una metodología descriptiva-correlacional (Hernández et al., 2006).

## Método

### Participantes

Se contó con la participación de 110 progenitores de niños con enfermedad oncológica que se atendían en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Del total, 61 eran madres y 49 padres, entre los 20 y 48 años de edad ( $M=33.11$ ,  $DE=6.93$ ). En cuanto al estado civil, el 70.9% era casado o conviviente mientras que el 29.1% era soltero. Sobre el grado de instrucción, la mayoría cuenta con estudios de secundaria completa (44.5%) y primaria completa (40%), mientras que un menor porcentaje, con estudios superiores (15.5%). Un importante porcentaje de padres dejó de trabajar por motivos de enfermedad del hijo (80.9%). En relación a su procedencia, el 46.4% proviene de Lima y más de la mitad de provincia (53.6%).

Con respecto a las características de los pacientes y la enfermedad, las edades de los niños oscilaron entre los 2 y 12 años ( $M=6.52$ ,  $DE=3.04$ ) y un 53.6% de ellos eran varones. En relación a las variables de enfermedad, el diagnóstico más frecuente fue leucemia o linfoma (55.5%), mientras que el 45.5% presentaba tumores sólidos. Finalmente, el 50.9% se encontraba hospitalizado y 49.1% recibía atención ambulatoria.

Como criterio de inclusión se consideró que los cuidadores sean padres de niños con cáncer que se encuentren en tratamiento activo. Por el contrario, como criterio de exclusión, no se consideró en el estudio a padres cuyos hijos estén en la Unidad de Cuidados Paliativos y Tratamiento del dolor, que presenten otra enfermedad crónica o algún trastorno del desarrollo.

### Medición

#### *Estrés parental*

El Cuestionario de Estrés Parental/Short form (PSI-S) (Abidin, 1995) presenta 36 ítems con una escala Likert de cinco puntos con categorías desde “muy de acuerdo” (1) a “muy en desacuerdo” (5), cuyo objetivo es medir el estrés percibido por los padres en su tarea de crianza. El cuestionario fue creado en Estados Unidos, a partir de una versión más extensa de 120 ítems del mismo autor y estuvo dirigido a progenitores entre los 18 y 60 años de edad, cuyos hijos tengan entre 1 mes y 12 años de edad. Para el presente estudio, se utilizó la versión de Díaz-Herrero y colaboradores (2010) traducida y adaptada en España con una muestra de madres con hijos entre 10 meses y 3 años de edad.

La prueba comprende 3 áreas: (1) malestar paterno, entendido como los factores personales que influyen en el malestar al ejercer funciones derivadas del rol paterno; (2) interacción disfuncional padre-hijo, comprende la percepción de los padres respecto a las expectativas que tienen sobre sus hijos y el grado en que estas se satisfacen, así como, el reforzamiento que obtienen de sus hijos respecto a su desempeño como padres; (3) estrés derivado del cuidado del niño, se refiere a la percepción de los padres respecto a conductas disruptivas del

niño relacionadas con la adaptabilidad, impulsividad y falta de autocontrol, así como otros comportamientos disruptivos.

En relación a las propiedades psicométricas, el PSI-S en su versión abreviada ha sido utilizado en diversas investigaciones certificando su validez y confiabilidad. En cuanto a la validez de la versión original, se halló asociación con el Inventario pediátrico para padres (Streisand et al., 2001). Sobre la validez del constructo de la versión española, Díaz-Herrero y colegas (2011) encontraron tres factores que explican el 47.48% de la varianza.

Respecto a la confiabilidad, la consistencia interna de la versión corta original mostró coeficientes alfas de Cronbach entre .80 y .91 (Abidin, 1995). En la adaptación al español, se hallaron coeficientes alfas de Cronbach entre .87 y .91 (Díaz-Herrero et al., 2010). En un siguiente estudio, de los mismos autores, se obtuvieron alfas de Cronbach entre .82 y .90 (Díaz-Herrero et al., 2011).

En el contexto de cáncer infantil, al emplear la escala de estrés parental se han obtenido adecuadas medidas de confiabilidad tanto en la escala total como en las subescalas. En investigaciones con progenitores norteamericanos, se obtuvieron confiabilidades entre .94 y .96 (Fedele et al., 2010). Adicionalmente, el cuestionario ha sido empleado en contexto peruano, en un estudio con 80 madres de niños con leucemia, donde se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .87 en la escala total y coeficientes mayores a .70 para las subescalas (Mejía, 2013).

En la presente investigación, se obtuvo una adecuada alfa de Cronbach de .95 para la escala total, y alfas de .85, .90 y .90 para las subescalas de características difíciles del niño, malestar paterno y relación difícil padre-hijo.

### *Estrategias de afrontamiento*

El afrontamiento fue evaluado mediante el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE), creado por Carver et al. (1989), en su versión adaptada al contexto peruano por Cassaretto y Chau (2016). La prueba evalúa las distintas formas en que las personas responden a situaciones de estrés.

El cuestionario está constituido por 15 escalas con 4 ítems cada uno, que presentan 4 opciones de respuesta en una escala Likert que comprenden desde “casi nunca hago esto” (1) hasta “hago esto con mucha frecuencia (4). Los puntajes obtenidos en cada ítem se suman con sus correspondientes en cada escala, de tal forma se obtienen 15 puntuaciones que permiten identificar un perfil de afrontamiento. Las quince escalas representan las estrategias específicas y son: Afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades en competencia, restricción del afrontamiento, búsqueda de apoyo social por razones de instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, acudir a la religión,

enfocar y liberar emociones, negación, desentendimiento conductual, desentendimiento mental, uso del humor y sustancias. Finalmente, se establece una jerarquía para determinar qué estrategias son las más usadas.

Para la construcción de la versión original, Carver y colegas (1989) desarrollaron el estudio en una muestra de 978 estudiantes universitarios de Estados Unidos. Inicialmente, el cuestionario comprendía 52 ítems distribuidos en 14 escalas. Respecto a la confiabilidad, la consistencia interna de las estrategias osciló entre .45 y .92, siendo la escala menos consistente la de desentendimiento mental en contraste con la escala de acudir a la religión que fue la más sólida en términos de confiabilidad. En cuanto a la validez del constructo, se halló 12 factores de los cuales 11 fueron interpretados con facilidad y uno presentó cargas factoriales menores a .39 (Carver et al., 1989).

En el contexto peruano, el instrumento fue adaptado por Cassaretto y Chau (2016) en una muestra de 300 estudiantes de una universidad privada. Para ello, se empleó el inventario con 60 ítems. En relación a sus propiedades psicométricas, a través del análisis factorial exploratorio se encontraron 13 factores que explicaban el 65.15% de la varianza. Respecto a la confiabilidad, se halló una consistencia interna entre .53 (desentendimiento mental) y .91 (uso del humor). En población oncológica, el estudio de Villegas (2020) en 82 progenitores peruanos de niños con cáncer, encontraron coeficientes alfa de Cronbach que oscilaron entre .51 y .88 (afrontamiento activo y uso del humor).

Para la presente investigación, se obtuvieron coeficientes alfa de Cronbach entre 0.61 (supresión de actividades competentes) y 0.76 (desentendimiento conductual). No obstante, las escalas de planificación, contención del afrontamiento y uso de sustancias mostraron coeficientes de .45, .40 y .18 respectivamente. Sin embargo, al realizar las correlaciones ítem- test corregidas, se encontró que, si no se toma en consideración el ítem 56 que menciona “pienso profundamente acerca de qué pasos tomar” y pertenece a la estrategia de planificación, el coeficiente de alfa de Cronbach sería de .61. Para ello, se eliminó el ítem 56 y se sumaron solo el valor de 3 ítem sin considerarlo y se realizó una nueva escala de planificación. Así pues, se decidió incorporar la planificación en el análisis de datos (Anexo C).

### **Procedimiento**

En primer lugar, la propuesta de investigación fue revisada por la Unidad Funcional de Salud Mental, posterior a ello, se presentó el proyecto al Comité de Investigación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Luego de ser aceptado, fue revisado por la Comisión de Ética de dicha institución, recibiendo la aprobación correspondiente. Finalmente, el proyecto fue aprobado por el jefe del Departamento de Pediatría del Instituto.

De esta manera, se contactó a los padres del Departamento de Pediatría. Se les explicó el objetivo de la investigación, así como su carácter voluntario y anónimo. Los progenitores que aceptaron participar fueron trasladados, en lo posible, a un espacio privado para la aplicación del protocolo. Para empezar, se les entregó el consentimiento informado y se les explicó de manera verbal en qué consistían el estudio y su participación. Luego, se les entregó la ficha sociodemográfica, si algún padre presentaba un criterio de exclusión no se continuaba con la aplicación. A quienes sí cumplían los criterios de inclusión, se procedió a aplicarles los cuestionarios de estrés parental y afrontamiento, siguiendo ese orden. Ambos cuestionarios fueron respondidos bajo la supervisión de la evaluadora en caso surjan inquietudes o dudas. El tiempo promedio para contestar los cuestionarios fue de 30 minutos. Al término de la aplicación y en caso de ser requerido por los participantes, se brindó un espacio de acompañamiento emocional.

### **Análisis de datos**

Se utilizó el programa SPSS Statistics 25.0 para el análisis de datos. En primer lugar, se corrieron los análisis de confiabilidad a través del estadístico alfa de Cronbach y las correlaciones ítem-test. A continuación, se realizaron las pruebas de normalidad mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov, mostrando normalidad en los puntajes. Para responder al objetivo general, se realizó el análisis de correlación de Pearson. Respecto a los objetivos específicos, se exploraron las diferencias de las variables sociodemográficas y los datos del paciente en función a cada variable del estudio. Por tal motivo, se realizó un análisis de diferencias de medias a través del estadístico T-Student, y se calculó la *d* de Cohen para medir el tamaño del efecto.

## Resultados

A continuación, se darán a conocer los resultados encontrados en base a los objetivos planteados. En primer lugar, para dar respuesta al objetivo general, se expondrán las correlaciones entre el puntaje de estrés parental total y cada una de las subescalas con las estrategias de afrontamiento. Luego, se pasará a dar cuenta de los objetivos específicos, en donde se presentarán las diferencias significativas de cada uno de ellos según las variables sociodemográficas de los cuidadores, del niño y de la enfermedad.

Como respuesta al objetivo general, se encontraron diversas correlaciones entre las variables del estudio. Los puntajes de estrés parental total, y las subescalas de malestar paterno y características difíciles del niño tuvieron correlaciones inversas y moderadas con las estrategias de desentendimientos conductual y mental. Esto supone que, a mayor frecuencia de uso de estas estrategias, menores serán los niveles de estrés en la crianza de los hijos, así como también el nivel de malestar en su rol y la percepción de conductas disruptivas en el niño (Ver tabla 1).

Tabla 1. *Correlaciones del estrés parental y sus áreas con las estrategias de afrontamiento*

	EPTotal	MP	RD	ND
Afrontamiento activo		-.24*	.31**	
Planificación			.55***	
Supresión de actividades			.39***	
Reinterpretación positiva	.23*			
Aceptación			.61***	
Enfocar y liberar emociones			.40***	
Búsqueda de SS por RI			.54***	
Búsqueda de SS por RE		-.23*	.54***	
Desentendimiento mental	-.38***	-.49***	.49***	-.44***
Desentendimiento conductual	-.24*	-.42***	.54***	-.28**
Negación			.25**	
Afrontamiento religioso		-.26**	.47***	
Uso del humor			.29**	

N=110, \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

Asimismo, el malestar paterno correlacionó de manera inversa y pequeña con las estrategias de afrontamiento activo, búsqueda de soporte social por razones emocionales y uso de la religión, lo cual indica que aquellos padres que recurren a buscar apoyo moral y empatía en otros o apelan a la religión, experimentan menor malestar a su rol paterno (Ver tabla 1).

Por otro lado, existen relaciones significativas, positivas y moderadas en el área de relación difícil padre – hijo y casi todas las estrategias de afrontamiento. De forma que, mientras más compleja es la relación entre el padre y el niño, es más frecuente es el uso de las siguientes estrategias: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, aceptación, enfocar y liberar emociones, búsqueda de soporte emocional por razones

instrumentales, búsqueda de soporte por razones emocionales, desentendimiento mental, desentendimiento conductual, negación, uso de la religión y uso del humor (Ver tabla 1).

En cuanto a los objetivos específicos, se encontraron diferencias significativas entre algunas variables sociodemográficas de los cuidadores y de la enfermedad del paciente con el estrés parental y las estrategias de afrontamiento.

En primer lugar, se identificaron diferencias entre la variable sexo del cuidador con las estrategias enfocar y liberar emociones, y negación. Las madres reportaron mayor uso de estas estrategias a diferencia de los padres. Por otro lado, se identificaron diferencias entre la variable lugar de procedencia con el estrés parental. Los cuidadores que proceden de Lima reportaron mayores niveles de estrés parental y percibían en mayor medida que sus hijos presentaban características difíciles en comparación con aquellos que provienen de provincia. A su vez, los cuidadores provenientes de Lima utilizan con mayor frecuencia las estrategias enfocar y liberar emociones, y búsqueda de soporte social por razones emocionales (Ver tabla 2).

Tabla 2. *Diferencias en variables psicológicas según características sociodemográficas*

Sexo	Femenino (n=61)		Masculino (n=49)		<i>t</i> ( <i>gl</i> )	<i>d</i>
Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Enfocar y liberar emociones	9.51	2.58	8.51	2.49	2.05(108)**	0.39
Negación	8.49	2.84	7.39	2.50	2.14(108)**	0.41
Procedencia	Lima (n=51)		Provincia (n=59)		<i>t</i> ( <i>gl</i> )	<i>d</i>
Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Niño difícil	38.10	8.71	34.42	8.71	-2.26(108)**	0.42
Estrés parental total	107.51	15.85	99.73	16.96	-2.47(108)**	0.47
Enfocar y liberar emociones	9.63	2.60	8.58	2.49	-2.17(108)**	0.41
Búsqueda de SS RE	10.55	2.66	9.41	2.99	-2.10(108)**	0.40
Pareja	Con pareja (n=78)		soltero (n=32)		<i>t</i> ( <i>gl</i> )	<i>d</i>
Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Malestar paterno	39.83	9.61	35.16	10.68	-2.24(108)**	0.46
Enfocar y liberar emociones	8.67	2.55	10.03	2.42	2.59(108)**	-0.55

N=82, \**p* < .05, \*\**p* < .01 BSS=Búsqueda de Soporte social

Sobre el estado civil, se reportó un mayor nivel de malestar paterno en aquellos que tenían pareja a diferencia de los solteros. Respecto a las estrategias de afrontamiento, se halló que los solteros emplean con más frecuencia el enfocar y liberar emociones a diferencia de los que tienen pareja (Ver tabla 2).

En lo que se refiere a las variables referidas a la enfermedad y tratamiento del hijo, se encontraron diferencias significativas en hospitalización y diagnóstico de la enfermedad. En principio, se encontró que los padres de pacientes que se encuentran hospitalizados, utilizan con mayor frecuencia las estrategias de desentendimiento conductual y negación que los padres que reciben atención ambulatoria (Ver tabla 3).

Por otro lado, en cuanto al diagnóstico, se encontró que los padres de pacientes con leucemia presentaban menores niveles de malestar paterno que los que tienen alguna tumoración. A su vez, los padres de pacientes con tumoración, utilizan con mayor frecuencia la estrategia de afrontamiento de reinterpretación positiva, a diferencia de los padres de pacientes con leucemia, quienes utilizan con mayor frecuencia la estrategia de desentendimiento conductual.

Tabla 3. *Diferencias en variables psicológicas según variables de enfermedad*

Hospitalización	Hospitalización (n=56)		Ambulatoria (n=54)		<i>t</i> ( <i>gl</i> )	<i>d</i>
Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Desentendimiento conductual	7.88	2.92	6.56	2.39	2.59(108) **	0.49
Negación	8.52	2.64	7.46	2.76	2.05(108) **	0.39
Diagnóstico	Leucemias (n=61)		Tumores (n=49)		<i>t</i> ( <i>gl</i> )	<i>d</i>
Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Malestar paterno	36.69	10.56	40.69	9.16	-2.10(108) **	-0.40
Reinterpretación positiva	10.23	2.47	11.41	2.33	-2.56(108) **	-0.49
Desentendimiento conductual	7.89	2.79	6.41	2.47	2.90(108) **	0.56

N=110, \**p* < .05, \*\**p* < .01

## Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo general analizar la relación entre las áreas de estrés parental y las estrategias de afrontamiento de los progenitores de niños con enfermedad oncológica. Al respecto, es pertinente resaltar que el elevado estrés parental en contexto de enfermedades crónicas del niño suele repercutir en el ajuste psicológico del padre e indirectamente en la adaptación del menor a su enfermedad (Mullins et al., 2015). Frente a ello, el afrontamiento podría facilitar la resignificación de la experiencia, disminuir los factores estresantes y facilitar la reorganización de las áreas que se vieron alteradas por una situación retadora como el cáncer (Iamin y Zagonel, 2011). En ese sentido, se hace necesario conocer si existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el estrés parental, así como si ambas presentan diferencias en relación a las variables sociodemográficas de los padres y aquellas vinculadas a las características de la enfermedad oncológica.

Entre los principales hallazgos, se encontró que el uso de las estrategias de desentendimiento conductual y mental se asocian a menores niveles de estrés parental total. Al respecto, uno se pregunta cuán adaptativo puede ser el uso de ellas, pues si bien habitualmente se les considera poco propicias, en tanto se basan en la evitación e implican enfocarse en actividades o conductas alternativas al problema o estresor (Carver et al, 1989; Lazarus y Folkam, 1986), un estudio reciente muestra que pueden ser adaptativas en la medida que permiten distanciarse de la fuente de amenaza a través de un distractor positivo, sin negar la existencia del estresor (Waugh et al, 2020).

En el presente estudio, por un lado, pareciera que el desentendimiento conductual y mental facilitaría a los padres tomar una distancia que podría ser funcional en tanto permite reducir el estrés frente a una situación como la enfermedad de sus hijos frente a la cual no tienen control. Sin embargo, ello implicaría que dichas estrategias no fuesen las únicas empleadas ni se adopten de manera generalizada y permanente, premisas que no se cumplen acabadidad.

Al respecto, es importante atender que, en los padres de la muestra, estas estrategias son las únicas que aparecen vinculadas a lo siguiente: reducción del estrés parental global y mejoría de la percepción de las características del niño. De manera particular, tales estrategias son las que se asocian con mayor fuerza a la disminución del malestar paterno, aun cuando en alguna medida se apele también al acompañamiento afectivo de otras personas o a la fe.

Como se evidencia, la disminución del malestar paterno en la población estudiada se asocia básicamente con el uso de las estrategias de desentendimiento mental y conductual. En

esta línea, cabe recordar que el malestar paterno se refiere a la percepción de estrés relacionado al sentido de competencia, restricciones propias del rol y deficiencias en el soporte social para el cuidado de su hijo (Abidin, 1995).

En base a ello, podría plantearse que, para estos cuidadores, la enfermedad de sus hijos es experimentada como una situación desbordante, frente a la cual no tienen mayor posibilidad de acción y de control. Por lo tanto, la fórmula más eficaz para el alivio de este agobio, se basa fundamentalmente en la evitación. Sumado a ello, buscan también sostenerse en la fe y personas que los acompañen en sus vivencias, aun cuando estas estrategias no sean tan potentes para atenuar su malestar.

Siguiendo esta línea, Lyons y colaboradores (2009) mencionan la importancia de que las estrategias evitativas (como el desentendimiento) se acompañen de un componente de soporte social en situaciones donde no hay control o éste sea muy precario. Siendo el cáncer en el hijo una situación de alta incertidumbre para el padre, es probable que este tenga una percepción disminuida de sus propias capacidades para enfrentar la enfermedad (Mullins et al., 2015). En ese sentido, la estrategia de desentendimiento, en tanto es usada de manera conjunta o alternada con la búsqueda de soporte social, podría ser adaptativa pues permitiría tomar distancia y solicitar apoyo moral, compañía y entendimiento.

En relación a la religión como estrategia de afrontamiento, Laos (2010) y Gonzales (2018), explican que podría representar una fuente de soporte, En un contexto oncológico, en el cual existe una alta incertidumbre respecto al curso de la enfermedad, el acudir a la religión podría favorecer la disminución del malestar que experimentan los padres (Ahmadi et al., 2015; Mullins et al., 2015). Es probable pues, frente a la impotencia experimentada, el creer que existe un ser todo poderoso alimenta la esperanza de que hay alguien que podría resolver este problema.

Para ello, será importante que los padres tengan presente que el cáncer activa en el menor, al igual que en ellos, niveles de estrés elevados que no solo responden a las características de personalidad del niño, sino a las desagradables experiencias que el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, frente a las que es común que se activen

comportamientos de oposición, resistencia y poca colaboración por parte del pequeño paciente (Méndez et al., 2004).

En esta línea, hay investigaciones que reportan que la percepción de comportamientos disruptivos en los hijos puede ser predictor de sintomatología depresiva y repercutir en los estados emocionales de los padres (Fedele et al., 2010; Hung et al., 2004; Wolfe-Christensen et al., 2010). Ante ello, es probable que los padres de este estudio eviten reaccionar o señalar este tipo de conductas en sus niños en un intento de evitar emociones desagradables que sumen a una situación ya adversa.

Se podría pensar que, al evitar reaccionar ante este tipo de conductas, los padres buscarían la preservación del vínculo con su hijo a cuenta de experimentar estrés para ellos mismos, lo cual podría explicar que los padres de esta muestra presenten conductas y pensamientos evitativos ante características difíciles en sus niños. Por lo que si bien estas estrategias de desconexión pueden usarse como una fuente de desahogo que permita un alivio momentáneo, no representarían necesariamente una resolución frente a posibles conflictos en el vínculo con el niño.

Siguiendo la línea de lo mencionado, se ha encontrado que la interacción disfuncional padre-hijo se asocia, de manera directa, con la mayoría de las estrategias de afrontamiento. En otras palabras, los padres consideran que, a pesar de apelar a infinidad de recursos, éstos no estarían siendo reconocidos ni valorados por sus niños, lo cual afectaría el vínculo y la dinámica afectiva entre ellos (Hoffman et al., 2009). En consecuencia, pareciera que los progenitores no logran reconocer estrategias que permitan mejorar la interacción con sus hijos y el reconocimiento por sus propios esfuerzos. Este resultado es relevante si se considera que los padres no contarían con herramientas para afrontar la interacción difícil con sus niños. Ello podría considerarse un factor de riesgo, ya que la interacción disfuncional se relaciona con menores expresiones de afecto y menor comunicación de los padres hacia sus hijos (Salazar, 2020).

En este sentido, sería importante que el apoyo profesional pudiera encaminarse a activar estrategias adicionales, con el fin de promover una actitud más activa y resolutiva que proporcione un mayor sentido de agencia en los padres. A partir de ahí, se podría reducir en alguna medida el malestar en ellos y facilitar la reinterpretación de los comportamientos disruptivos que pudiera estar presentando su hijo. Así también, reinterpretar la percepción de él como un niño difícil, con lo cual es probable que mejore el vínculo padre-niño y disminuya los niveles generales de estrés.

Ahora bien, en cuanto a los objetivos específicos de la investigación, se encontraron diferencias con las que se presenta el estrés en función a algunas variables sociodemográficas y de enfermedad. Respecto a las primeras, se identifica que el sexo, el estado civil y el lugar de procedencia son variables relevantes a considerar. En cuanto las variables de enfermedad, son el

diagnóstico y la hospitalización las que marcan diferencias con que se presentan la medida global del estrés o sus dimensiones.

De acuerdo con Webster-Stratton (1990) y Leavitt et al (1999) factores externos como la cultura, podrían ser importantes en la regulación del estrés parental. Respecto al lugar de procedencia, se encontró que los padres de provincia tenían una percepción menos elevada respecto a la presencia de características difíciles en su hijo y menor estrés parental general en comparación con los padres de Lima a pesar de la migración. Según Muro (2020), las madres de provincia suelen representar a sus hijos como valientes, buenos y maduros ante la enfermedad oncológica. Así también, les otorgan tratos más adultos y esperan respuestas maduras de su parte. Basado en ello, es consecuente sugerir que los padres de provincia perciben menores características difíciles de sus hijos puesto que considerarían que se están adaptando al concebir que cuentan con más recursos para hacer frente a la situación. En esa línea, se podría pensar que serían más tolerantes a las reacciones de los niños en esas circunstancias.

Adicionalmente, Muro (2020) menciona que suele darse un intercambio de roles cuando la madre, al conectarse con el dolor del hijo, limita sus capacidades como cuidadora y espera que el hijo se posicione como una figura de soporte y cuidado aún en su condición de enfermedad. En esa línea, los padres de provincia podrían percibir menores demandas en su rol como cuidadores al representar a sus hijos como menos vulnerables y más maduros para hacer frente a la enfermedad, lo cual podría repercutir desfavorablemente en el hijo, quien lejos de ser sostenido por los padres se encargaría de sostenerlos.

A partir de lo mencionado, sería posible explicar por qué los padres de Lima tienden a emplear más la supresión de actividades. Puesto que, al identificar mayor vulnerabilidad en sus niños frente a la enfermedad, podrían optar por conductas de mayor protección a su hijo, por lo que prefieren entregarse plenamente al cuidado del niño y su tratamiento, dejando de lado actividades que no guarden relación con ello. En consecuencia, como es esperable, al concentrar su atención hace difícil que pueda descentrarse, por lo menos por algunos periodos, de la situación de enfermedad, lo cual podría explicar que se preste mayor atención a los comportamientos difíciles del niño y el estrés general sea mayor en ellos.

De la misma forma, al disponer de una red de apoyo más próxima, sería más accesible contar con personas significativas que brinden comprensión y simpatía (Falcón et al., 2021). En el caso de los padres de Lima implicaría la posibilidad de compartir las vivencias de la enfermedad a través de un soporte social y, en otras ocasiones, expresar o desahogar sus emociones en un intento de liberarlas. Así, se entendería que los padres de Lima tiendan a emplear más la búsqueda de soporte social por razones emocionales y la estrategia de enfocar y liberar emociones.

Particularmente, respecto a esta última estrategia, se encontró que el enfocar y liberar emociones es menos frecuente en los padres que tienen pareja que en los solteros, y que estos últimos experimentan menor malestar paterno. Sobre ello, diversos estudios han reportado que la expresión del malestar del cuidador principal incrementa las posibilidades de insatisfacción con la pareja, más aún en un contexto de incertidumbre y amenaza para el niño (Deater- Deckard, 1998; Hoekstra-Weebers et al., 1998; Lavee y Mey-Dan, 2003). Entonces, si bien se podría pensar que contar con una pareja generaría la sensación de apoyo del uno por el otro y, permitiría la distribución de demandas del niño, pareciera que existiesen otros elementos que generarían fricción posiblemente relacionados a dificultades de pareja atribuidos a las demandas de la enfermedad, vivencias diferenciales en torno al género del progenitor y la baja percepción de apoyo en la tarea del cuidado.

En ese sentido, es probable que la vivencia del cáncer se experimente de manera tan intensa y personal para el cuidador principal que sea complejo de compartir o con la pareja. Por ende, los padres solteros, al no tener que lidiar con la posibilidad de crear insatisfacción o descontento en la pareja debido a su desahogo emocional, contarían con mayor disposición para evacuar sus emociones.

Otro hallazgo en la investigación, es que las madres utilizan con mayor frecuencia las estrategias de afrontamiento de enfocar y liberar emociones, y negación que los padres de la muestra. Esto último podría evidenciarse debido al impacto emocional que genera el cáncer en las madres, en cuanto a representación, angustia y a nivel social, por lo que, hay cierta de necesidad de liberar las emociones. Sin embargo, al ser una situación en donde asumen un rol activo en cuanto a las necesidades del cuidado, estaría explicando la necesidad de negar esta situación. Rensen et al (2019) refiere que las madres, a diferencia de los padres, se encuentran con mayor vulnerabilidad de tener menores niveles de calidad de vida que los padres, principalmente por la angustia, por lo que, se le ha generado a las madres de la muestra, negarlo para evitar desbordarse en proceso.

Respecto a las variables de enfermedad, se encontró que los padres de niños que están en hospitalización usan con mayor frecuencia la negación en comparación a quienes reciben atención ambulatoria. Una posible explicación radica en considerar que la hospitalización ocurre a partir de complicaciones en la salud del niño que deben ser supervisadas por profesionales de la salud, lo cual podría generar un mayor impacto emocional en comparación con la atención ambulatoria.

La estancia hospitalaria puede activar diversas emociones y pensamientos, tales como miedo, tristeza e incertidumbre. En función a la teoría de Kübler-Ross (1975), se podría pensar que, para los padres, la hospitalización representaría un duelo por la separación familiar y la

pérdida de control sobre la salud de su niño (Méndez et al., 1996). Debido a ello, es posible que la negación funcione como una reacción ante una situación que pueda ser altamente amenazante con el objetivo de amortiguar el impacto de la misma. No obstante, sería esencial transitarla y encontrar formas de revisar esta vivencia de pérdida frente a la hospitalización, pues de lo contrario el tratamiento del niño se podría ver obstaculizado.

Finalmente, se hallaron diferencias en función al tipo de diagnóstico. Se reportó que los padres de niños con leucemia tienden menos a emplear la reinterpretación positiva y más el desentendimiento conductual. De acuerdo con Ruda (1998), contar con un registro representacional permitiría organizar la realidad subjetiva, así como los sentimientos orientados al diagnóstico. Siguiendo esa premisa, la leucemia, al concebirse como un ataque global al cuerpo, sin una ubicación determinada, sería más complejo de organizar y, por ende, resignificar positivamente en comparación con los tumores de quienes se conoce en qué parte del cuerpo radican. Así, se puede sugerir que la falta de localización visual de las leucemias también podría facilitar el desentendimiento conductual de la enfermedad

En síntesis, la presente investigación aporta información novedosa sobre el estrés parental y afrontamiento en contexto oncológico peruano, pues discute los hallazgos de anteriores estudios. Un principal aporte radica en la comprensión que puede darse al uso de las estrategias de desentendimiento en la reducción del malestar paterno que, si bien puede reducir el estresor al tomar una distancia mental y conductual, también podría repercutir negativamente en el cuidado y bienestar del niño, así como en la salud mental del cuidador. Por ello, para conocer más los beneficios o repercusiones de esta estrategia sería relevante estudiar cómo se asocia con el bienestar, la adherencia u otras variables psicológicas.

A su vez, la investigación demuestra que, ante una relación complicada entre el padre y su hijo, los progenitores en un intento de disminuir el malestar, buscarían emplear diversas estrategias de afrontamiento. Frente a ello, sería fundamental promover espacios terapéuticos que permitan afianzar el vínculo padre-hijo, con la finalidad que los cuidadores encuentren orientación respecto a identificar y emplear adecuadamente sus recursos para lidiar con las dificultades que surjan en la relación.

Por último, a diferencia de anteriores investigaciones, el presente estudio identifica que el provenir de Lima, el sexo del cuidador y tener una pareja, no siempre son factores que faciliten la disminución del estrés parental, pues pueden contener elementos que se asocien con la vivencia de mayor estrés. Adicionalmente, se encuentran variables de la enfermedad relevantes en el afrontamiento como la hospitalización y el diagnóstico médico.

Luego de realizar el estudio, es preciso tener en cuenta las limitaciones que se presentaron. En función al levantamiento de la data, no siempre se contó con un espacio privado

para la aplicación, pues en ocasiones se presentaron distractores visuales y sonoros que pudieron repercutir en la concentración del participante al dar una respuesta genuina. Respecto a ello, se recomienda contar con un espacio privado que permita la concentración y contención ante las necesidades psicológicas que puedan surgir en los participantes a partir de la aplicación de cuestionarios. Adicionalmente, el no incorporar variables sociodemográficas como tiempo de diagnóstico, de hospitalización y en Lima en la ficha de datos, limitó a realizar un análisis más detallado para contribuir a la explicación de estrés parental y afrontamiento en contexto de cáncer infantil. Por lo cual, se recomienda considerar las variables mencionadas en posteriores estudios.



## Referencias

- Abidin, R. (1992). The Determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21 (4), 407-412, Universidad de Virginia. American
- Abidin, R. (1995) *Parenting Stress Index Third Edition*. Professional Manual. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Ahmadi, F., Hussin, N. A. M., & Mohammad, M. T. (2019). Religion, culture and meaning-making coping: A study among cancer patients in Malaysia. *Journal of religion and health*, 58(6), 1909-1924.
- American Cancer Society (ACS). (2016) Sobre el cáncer. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer.html>
- American Society of Clinical Oncology (ASCO) (2016) Qué es la quimioterapia? Recuperado de: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/quimioterapia/qu%C3%A9-es-la-quimioterapia>
- Astete Florian, J. J. (2018). Funcionalidad familiar y afrontamiento al estrés en padres de niños con leucemia.
- Barría, Mena, Rojas y Ulloa (2015) La relación entre el impacto emocional y los estilos de afrontamiento en los padres de los niños y/o adolescentes con cáncer, que pertenecen a la fundación Luz una de la ciudad de Puerto Montt.
- Calvo, C., Carboné, A., Sevilla, G., & Celma, J. A. (2006). Los problemas de la enfermedad oncológica infantil. Zaragoza: ASPANOVA y Departamento de Servicios Sociales y Familia del Gobierno de Aragón, 5-11
- Carver, Ch., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283
- Cassaretto Bardales, M., & Chau Perez-Aranibar, C. (2016). Stress Coping: Adaptation of the Questionnaire COPE in University's Students of Lima. *REVISTA IBEROAMERICANA DE DIAGNOSTICO Y EVALUACION-E AVALIACAO PSICOLOGICA*, 2(42), 95-109.
- Chacín, F. y Chacín, J. (2011). Estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*; 23:199-208.
- Clarke, N. E., McCarthy, M. C., Downie, P., Ashley, D. M., & Anderson, V. A. (2009). Gender differences in the psychosocial experience of parents of children with cancer: a review of the literature. *Psycho-Oncology*. DOI:10.1002/pon.1515
- Colletti J M, Wolfe-Christensen C, Carpentier M Y, Page M C, McNall-Knapp R Y, Meyer W H, Chaney J M, Mullins L L. The relationship of parental overprotection, perceived vulnerability, and parenting stress to behavioral, emotional, and social adjustment in children with cancer, *Pediatric Blood & Cancer*, 2008, vol. 51 (pg. 269-274)

Colmenares-Morelli, M. P. (2016). Representaciones sociales de la leucemia en padres de niños diagnosticados con esta enfermedad del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Colombo, G. (2018). Estilos de afrontamiento y su relación con el estrés en padres con hijos menores de edad con diagnóstico de cáncer. {PSOCIAL}, 4(1), 82-94. Corregir fecha Cousino,

M. K., & Hazen, R. A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *Journal of pediatric psychology*, 38(8), 809-828

De la Huerta, R., Corona, J., & Méndez, J. (2006). Artículo de investigación: Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(1), 46-51.

Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical psychology: Science and practice*, 5(3), 314-332.

Deater-Deckard, K., Smith, J., Ivy, L., & Petril, S. A. (2005). Differential perceptions of and feelings about sibling children: Implications for research on parenting stress. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 14(2), 211-225.

Domínguez Martínez, N. C., & Tamayo Pineda, M. (2014). Características de la adherencia al tratamiento y estrategias de afrontamiento utilizadas por cuidadores principales de pacientes entre 0 y 12 años diagnosticados con leucemia, vinculados a dos ips de la ciudad de Pereira.

Díaz-Herrero, Á., de la Nuez, A. G. B., Pina, J. A. L., Pérez-López, J., & Martínez-Fuentes, M. T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, 22(4), 1033-1038.

Díaz-Herrero, Á., López-Pina, J. A., Pérez-López, J., de la Nuez, A. G. B., & Martínez-Fuentes, M. T. (2011). Validity of the Parenting Stress Index-Short Form in a sample of Spanish fathers. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 990

Espada Barón, M. C., & Grau Rubio, C. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología*, 2012, vol. 9, num. 1, p. 25-40.

Falcón, G. C. S., Espinoza, L. A. O., Siles, M. D. C. V., Chapoñan, R. Z., & Huaman, J. A. Z. (2021). Buscando tratamiento oncológico para sus niños: experiencia de padres procedentes de zonas distantes a Lima-Perú. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42.

Fedele, D. A., Mullins, L. L., Wolfe-Christensen, C., & Carpentier, M. Y. (2011). Longitudinal assessment of maternal parenting capacity variables and child adjustment outcomes in pediatric cancer. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33(3), 199-202.

Fedele, D.; DeMond, G.; Wolfe-Christensen, C.; Mullins, L. & Ryan, J. (2010) An examination of the factor structure of parenting capacity measures in chronic illness populations. *Journal of Pediatric Psychology*. 35 (10). 1083-1092. doi:10.1093/jpepsy/jsq045

Flores, P. (1999). Ansiedad y estilos de afrontamiento en padres de niños recién diagnosticados con leucemia o linfoma no-hodgkin. Tesis para optar el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Fonseca, A., Nazare', B. & Canavarro, M.C. (2011). Parental psychological distress and quality of life after a prenatal or postnatal diagnosis of congenital anomaly: a controlled comparison study with parents of healthy infants. *Disability and Health Journal*, 5, 67-74.

Gastiaburú, C. (2018) Representaciones y afrontamiento en padres y madres de niños con cáncer. Gonzalez Castillo, G. C. (2018) Afrontamiento y apoyo social ante el diagnóstico reciente de cáncer de mama.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación (4ª edición) Ed. Ciudad de México, México: McGraw Hill.

Hoekstra-Weebers, J. E., Jaspers, J. P., Kamps, W. A., & Klip, E. C. (1998). Marital dissatisfaction, psychological distress, and the coping of parents of pediatric cancer patients. *Journal of Marriage and the Family*, 1012-1021.

Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. C., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(3), 178-187. Holden, E.

W., & Banez, G. A. (1996). Child abuse potential and parenting stress within maltreating families. *Journal of Family Violence*, 11(1), 1-12.

Hung, J, Wu,Y. &Yeh, C. (2004) Comparing stress levels of parents of children with cáncer and parents of children with physical disabilities. *Psychooncology*. 13(12). 898-903.

Iamin, S. R. S. y Zagonel, I. P. S. (2017). Estratégias de enfrentamento (coping) do adolescente com câncer. *Psicologia Argumento*, 29(67), 427-435.

Jantien Vrijmoet-Wiersma, C. M., van Klink, J. M., Kolk, A. M., Koopman, H. M., Ball, L. M., & Maarten Egeler, R. (2008). Assessment of parental psychological stress in pediatric cancer: A review. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(7), 694-706.

Kallasmaa, T., & Pulver, A. (2000). The structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Personality and Individual Differences*, 29, 881-894.

Kazak, A. E., & Barakat, L. P. (1997). Brief report: Parenting stress and quality of life during treatment for childhood leukemia predicts child and parent adjustment after treatment ends. *Journal of pediatric Psychology*, 22(5), 749-758.

Krzemien, D., Lombardo, E., Monchietti, A., & Sánchez, M. L. (2009). Efectividad en la adaptación a los eventos críticos de la vejez: Revisión de las estrategias de afrontamiento de desentendimiento cognitivo-conductual.

- Kubler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Ediciones Grijalbo; 1975
- Laos Manrique, K. S. (2011). Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama.
- Lavee, Y., & Mey-Dan, M. (2003). Patterns of change in marital relationships among parents of children with cancer. *Health & Social Work*, 28(4), 255-263.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. *The handbook of behavioral medicine*, 282-325.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leavitt M, Martinson I M, Chong-Yeu L, Armstrong V, Hornberger L, Zhang J, Han X. Common themes and ethnic differences in family caregiving the first year after diagnosis of childhood cancer: Part II, *Journal of Pediatric Nursing*, 1999, vol. 14 (pg. 110-122)
- Leibovich de Figueroa, N., Schmidt, V. I., & Marro, C. T. (2002). Afrontamiento. El “malestar” y su evaluación en diferentes contextos.
- Litzelman, K., Catrine, K., Gangnon, R., & Witt, W. P. (2011). Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: the impact of child characteristics and parental psychosocial factors. *Quality of life Research*, 20(8), 1261-1269.
- Luna-Abanto, J., & Payet, E. (2019). Importancia y estado actual de los registros de cáncer de base poblacional en Perú. *Revista Medica Herediana*, 30(2), 131-133.
- Lyons, A. M., Leon, S. C., Phelps, C. E. R., & Dunleavy, A. M. (2010). The impact of child symptom severity on stress among parents of children with ASD: The moderating role of coping styles. *Journal of child and family studies*, 19(4), 516-524.
- López-Ibor, B. (2009). Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer infantil. *Psicooncología*, 6(2-3), 281-284.
- Macchi, A. (1998) *Actitudes maternas hacia el hijo enfermo de leucemia en madres de niños afectados por esta enfermedad*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.
- Mayorga-Lascano, M., & Peñaherrera-Ron, A. (2019). Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos y Cuidadores Primarios. *Revista Griot*, 12(1), 16-30.
- 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 para optar la licenciatura en psicología. PUCP.
- Mendez, X., Orgiles, M., Lopez-Roig, S. y Espada, J. P. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. En Die Trill, M. (2003). *Psico-oncología*. Vol. 1 Num. 1. Pp. 139-154. Madrid: ADES ediciones.

- Moral De la Rubia, J., & Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y salud*, 19(2), 189-196.
- Moreno, C., Pietropaolo, P., & Sarchi, K. (2016). ot (Doctoral dissertation).
- Msefer, Fouzia (2010) Manual de formación para los médicos del primer nivel de atención. Diagnóstico precoz del cáncer en el niño. Edición en lengua española. Lima - Perú
- Mullins, L. L., Molzon, E. S., Suorsa, K. I., Tackett, A. P., Pai, A. L., & Chaney, J. M. (2015). Models of resilience: Developing psychosocial interventions for parents of children with chronic health conditions. *Family Relations*, 64(1), 176-189.
- Muro Jara, M. (2020). Configuraciones relacionales materno filiales en madres migrantes de niños con cáncer.
- Muñoz, C. P., Nieto, B. B., Méndez, M. J. M., Morillejo, E. A., & Carrique, N. C. (2015). Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(2), 93-101.
- Méndez, F. X., Ortigosa, J. M., & Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología conductual*, 4(2), 193-209.
- Méndez, J. (2005). Psicooncología infantil: situación actual y líneas de desarrollo futuras. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 10(1), 33-52.
- Norberg, A. L., Lindblad, F., & Boman, K. K. (2005). Coping strategies in parents of children with cancer. *Social Science & Medicine*, 60(5), 965-975.
- Organización Mundial de la Salud. (20 de mayo de 2020). Cáncer. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (20 de mayo de 2020). Cáncer. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Panamericana de la salud (08 de diciembre del 2021) Cáncer en la niñez y adolescencia. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/cancer-ninez-adolescencia>
- Ortega-Maldonado, A., & Salanova, M. (2016). Evolución de los modelos sobre el afrontamiento del estrés: hacia el coping positivo.
- Otavalo Quizhpi, M. F., & Banegas León, K. J. (2019). Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga y las estrategias de afrontamiento en los cuidadores primarios de pacientes oncológicos pediátricos en el Centro de acogida para niños con cáncer “EMAUS” (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay).
- Papalia, D. E. (2009). *Desarrollo humano*. Bogotá [etc.]: McGraw-Hill, 2005..
- Rabineau, K. M., Mabe, P. A., & Vega, R. A. (2008). Parenting stress in pediatric oncology populations. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 30(5), 358-365.
- Rabineau, K. M., Mabe, P. A., & Vega, R. A. (2008). Parenting stress in pediatric oncology populations. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 30(5), 358-365.

- Registro de cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010 -2012 (2016)
- Rosenberg-Yunger, Z.; Granek, L.; Sung, L.; Klaassen, R.; Dix, D.; Cairney, J. y Klassen, A. (2013). Single-Parent Caregivers of Children with Cancer : Factors Assisting With Caregiving Strains. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 30(1), 45-65
- Ruda, L. (1998). Representaciones acerca del cáncer y su origen en padres de niños diagnosticados con esta enfermedad. *Revista de psicología*, 19(1), 151-201.
- Salazar, A. (2019). Estrés parental y prácticas de crianza en padres de familia de Lima (Doctoral dissertation, Tesis de pregrado). Recuperada de [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/17356/Salazar\\_Abecasis\\_Estr%C3%A9s\\_parental\\_y\\_pr%C3%A1cticas1.pdf](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/17356/Salazar_Abecasis_Estr%C3%A9s_parental_y_pr%C3%A1cticas1.pdf).
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-53.
- Sandín, B., Ramos, F., & Belloch, A. (1995). Manual de psicopatología. El estrés, 3-52. Soler L., M.V. (1996). Afrontamiento y adaptación emocional en padres de niños con cáncer. Disertación doctoral. Alicante (España): Universidad de Alicante.
- Stenning Jacobs, V. (2015). Estado emocional de niños hospitalizados bajo el diagnóstico de leucemia: estudio de caso.
- Streisand, R., Braniecki, S., Tercyak, K. P., & Kazak, A. E. (2001). Childhood illness-related parenting stress: the pediatric inventory for parents. *Journal of pediatric psychology*, 26(3), 155-162.
- Van der Geest, I. M., van den Heuvel-Eibrink, M. M., Passchier, J., van den Hoed-Heerschop, C., Pieters, R., & Darlington, A. S. E. (2014). Parenting stress as a mediator of parents' negative mood state and behavior problems in children with newly diagnosed cancer. *Psycho-Oncology*, 23(7), 758-765
- Van der Geest, I. M., van den Heuvel-Eibrink, M. M., Passchier, J., van den Hoed-Heerschop, C., Pieters, R., & Darlington, A. S. E. (2014). Parenting stress as a mediator of parents' negative mood state and behavior problems in children with newly diagnosed cancer. *Psycho-Oncology*, 23(7), 758-765
- Velásquez Aguilar, L. O. (2018). Niveles de ansiedad y estilos de afrontamiento en padres de niños oncológicos internados en un hospital general de Lima.
- Velásquez Aguilar, L. O. (2018). Niveles de ansiedad y estilos de afrontamiento en padres de niños oncológicos internados en un hospital general de Lima.
- Villegas Chavez, M. M. (2020). Sobrecarga, afrontamiento y soporte social en progenitores de pacientes oncopediátricos.

Waugh, C. E., Shing, E. Z., & Furr, R. M. (2020). Not all disengagement coping strategies are created equal: positive distraction, but not avoidance, can be an adaptive coping strategy for chronic life stressors. *Anxiety, Stress, & Coping*, 33(5), 511-529.

Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 302-312

Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 302-312

Wolfe-Christensen, C., Mullins, L. L., Fedele, D. A., Rambo, P. L., Eddington, A., & Carpentier, M. Y. (2010). The relation of caregiver demand to adjustment outcomes in children with cancer: The moderating role of parenting stress. *Children's Health Care*, 39(2), 108-124.



## Apéndices

### Apéndice A: Consentimiento informado

Mi nombre es Arantxa Ximena Zamudio Diaz y soy de la especialidad de psicología clínica en la Universidad Católica del Perú. Estoy realizando una investigación que busca explorar cómo es que los cuidadores enfrentan el cáncer en los niños. Me gustaría que Ud. forme parte de la investigación y me ayude a buscar respuestas que puedan contribuir al estudio. Para lograrlo, será necesario que complete dos cuestionarios.

Con respecto a la participación, será estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se utiliza con otro fin que no sea la investigación. Es decir, su participación será anónima.

Si tiene alguna duda sobre el proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante la participación en él. Del mismo modo, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. De tener preguntas sobre la participación, puede contactarme a [a20120351@pucp.pe](mailto:a20120351@pucp.pe).

Si Ud está de acuerdo con participar por favor firme abajo, una copia será para U. y la otra será para mí. Desde ya le agradezco su participación.

Yo ..... acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de los términos y se me ha explicado en qué consiste el proceso.

FECHA FIRMA DEL PARTICIPANTE FIRMA DE LA INVESTIGADORA

## Apéndice B: Ficha sociodemográfica del padre, niño/a y de la enfermedad

Fecha: \_\_\_\_

### Datos personales:

- I. Edad
- II. Sexo del padre: \_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer
- III. Nivel de instrucción: \_Primaria completa \_\_\_\_ Secundaria completa \_\_ Superior completa
- IV. ¿Cuenta usted con pareja: \_\_ Sí \_\_\_\_ No
- V. Lugar de procedencia: \_\_\_\_ (Si contesto en otra provincia fuera de Lima, responder la pregunta VI)
- VI. ¿Ha migrado a Lima solo por la enfermedad del paciente? \_\_ Si \_\_\_\_ No

### Datos del niño/a y de la enfermedad

- I. Edad: \_\_\_\_
- II. Sexo: \_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer
- III. Diagnóstico: \_\_\_\_
- IV. Tipo de atención: \_\_ Ambulatoria \_\_\_\_ Hospitalización

## Apéndice C: Confiabilidad de los instrumentos

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

Ítems	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Ítems	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Afrontamiento activo = .71			Búsqueda de SS emocional = .70		
Ítem 5	.47	.67	Ítem 11	.58	.56
Ítem 25	.50	.65	Ítem 23	.53	.61
Ítem 47	.54	.61	Ítem 34	.31	.74
Ítem 58	.51	.64	Ítem 52	.54	.60
Planificación = .45			Desentendimiento mental = .68		
Ítem 19	.38	.24	Ítem 2	.35	.69
Ítem 32	.33	.31	Ítem 16	.53	.57
Ítem 39	.35	.28	Ítem 31	.55	.56
Ítem 56	-.00	.61	Ítem 43	.44	.64
Contención del afrontamiento = .40			Desentendimiento conductual = .76		
Ítem 10	.28	.28	Ítem 9	.48	.74
Ítem 22	.15	.41	Ítem 24	.58	.68
Ítem 41	.26	.30	Ítem 37	.64	.65
Ítem 49	.21	.35	Ítem 51	.52	.72
Supresión de actividades = .61			Negación = .68		
Ítem 15	.27	.62	Ítem 6	.41	.65
Ítem 33	.43	.51	Ítem 27	.49	.60
Ítem 42	.37	.56	Ítem 40	.41	.65
Ítem 55	.50	.46	Ítem 57	.55	.56
Reinterpretación positiva = .64			Afrontamiento religioso = .69		
Ítem 1	.31	.66	Ítem 7	.56	.57
Ítem 29	.47	.53	Ítem 18	.41	.66
Ítem 38	.38	.59	Ítem 48	.46	.64
Ítem 59	.54	.49	Ítem 60	.48	.61
Aceptación = .64			Uso del humor = .69		
Ítem 13	.34	.62	Ítem 8	.28	.74
Ítem 21	.43	.56	Ítem 20	.52	.60
Ítem 44	.47	.53	Ítem 36	.54	.59
Ítem 54	.43	.55	Ítem 50	.60	.55
Enfocar y liberar emociones = .64			Uso de sustancias = .18		
Ítem 3	.50	.52	Ítem 12	.00	.21
Ítem 17	.50	.51	Ítem 26	-.02	.22
Ítem 28	.28	.66	Ítem 35	.50	-.01
Ítem 46	.42	.58	Ítem 53	.35	-.01
Búsqueda de SS instrumental = .74					
Ítem 4	.35	.77			
Ítem 14	.63	.61			
Ítem 30	.58	.65			
Ítem 45	.58	.65			

*Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test Corregidas del EP*

Ítems	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Ítems	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Malestar paterno = .90			EP = .95		
Ítem 1	.40	.90	Ítem 1	.42	.95
Ítem 2	.40	.90	Ítem 2	.42	.95
Ítem 3	.46	.90	Ítem 3	.50	.95
Ítem 4	.74	.88	Ítem 4	.75	.95
Ítem 5	.77	.88	Ítem 5	.72	.95
Ítem 6	.71	.88	Ítem 6	.68	.95
Ítem 7	.69	.89	Ítem 7	.66	.95
Ítem 8	.70	.89	Ítem 8	.69	.95
Ítem 9	.69	.89	Ítem 9	.68	.95
Ítem 10	.56	.89	Ítem 10	.73	.93
Ítem 11	.60	.89	Ítem 11	.51	.95
Ítem 12	.63	.89	Ítem 12	.61	.95
Interacción disfuncional=.90			Ítem 13	.73	.95
Ítem 13	.69	.89	Ítem 14	.70	.95
Ítem 14	.67	.90	Ítem 15	.59	.95
Ítem 15	.63	.90	Ítem 16	.66	.93
Ítem 16	.63	.90	Ítem 17	.59	.95
Ítem 17	.57	.90	Ítem 18	.68	.95
Ítem 18	.69	.89	Ítem 19	.69	.95
Ítem 19	.73	.89	Ítem 20	.72	.95
Ítem 20	.74	.89	Ítem 21	.73	.95
Ítem 21	.79	.89	Ítem 22	.12	.95
ítem 22	.10	.92	Ítem 23	.67	.95
Ítem 23	.63	.90	Ítem 24	.68	.95
Ítem 24	.68	.89	Ítem 25	.54	.95
Niño difícil = 85			Ítem 26	.63	.95
Ítem 25	.52	.84	Ítem 27	.66	.95
Ítem 26	.61	.83	Ítem 28	.66	.95
Ítem 27	.70	.82	Ítem 29	.56	.95
Ítem 28	.71	.82	Ítem 30	.75	.95
Ítem 29	.57	.83	Ítem 31	.59	.95
Ítem 30	.71	.82	Ítem 32	.33	.95
Ítem 31	.54	.84	Ítem 33	-.31	.96
Ítem 32	.40	.85			

## Apéndice D: Prueba de normalidad

### *Prueba de normalidad*

	Kolmogórov-Smirnov				
	Estadístico	gl	Sig.	Asimetría	Curtosis
Estrés parental total	.09	110	.03	-.14	-.61
Afrontamiento activo	.12	110	.00	.41	-.29
Planificación	.12	110	.00	.18	-.29
Supresión de actividades	.15	110	.00	.09	-.05
Reinterpretación positiva	.15	110	.00	-.54	.92
Aceptación	.16	110	.00	-.25	-.18
Enfocar y liberar emociones	.11	110	.00	.14	-.05
Búsqueda de SS instrumental	.11	110	.00	-.24	-.18
Búsqueda de SS emocional	.11	110	.00	.13	-.41
Desentendimiento mental	.17	110	.00	.72	.29
Desentendimiento conductual	.15	110	.00	1.07	1.29
Negación	.15	110	.00	.53	.22
Afrontamiento religioso	.12	110	.00	-.53	-.21
Uso del humor	.25	110	.00	1.24	1.05
Malestar paterno	.07	110	.00	-.35	-.15
Interacción difícil	.08	110	.00	-.081	.17
Niño difícil	.09	110	.00	.08	-.80

