



FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**AFRONTAMIENTO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN MADRES DE NIÑOS  
DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica que presenta la Bachillera:

**ANA LUCIA PÉREZ DE VELASCO GELDRES**

Asesora:

**ROCÍO SOTO BUSTAMANTE**

LIMA, 2017

## Agradecimientos

A mi mamá, por el apoyo y la confianza desde que decidí estudiar psicología. Por los matesitos, los masajes reponedores y tu amor. Gracias mamá.

A mi asesora, por la guía, el soporte y la paciencia en este proceso. Gracias Rocío por tu tiempo y compromiso.

A Héctor, por la contención, y apertura para conocernos en distintas etapas y facetas. Gracias por tu amor y paciencia.

A Fio, Macli, Nine, Andreita, Mapi y Manu, por haberme apoyado de distintas formas en este proceso, ya sea con bailes motivadores para no sacarme los lentes, llamadas inspiradoras, asesorías de estadística por whatsapp, consejos... Gracias por su amistad.

A mis compañeros y profesores de la formación en psicoterapia Gestalt. Gracias por coincidir y enseñarme a estar de manera más consciente, libre y responsable.

A mis supervisoras de psicología en Arie, Zoi, Denisse, Claudia, Paty Yi y Paty Tori, por su apoyo con los tiempos, sugerencias y confianza en el proyecto.

A mis peques del internado, Leo, Gonza y Valentino, por su ternura, por enseñarme nuevas maneras de comunicarme, y por retarme cada día a reinventarme y ser mejor. De igual manera, a los niños e instructoras de Alcanzando; sobre todo, a Gina y Claudia. Fueron inspiración.

Por último, y de manera especial, a las madres que participaron en la investigación, por permitirme conocerlas más y empatizar con la retadora función de ser cuidadoras de niños con autismo. Gracias por enseñarme que hay distintas maneras de vincularnos y a respetar las diferentes formas de estar en el mundo.

## RESUMEN

El objetivo principal del estudio fue analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el bienestar psicológico, global y por dimensiones en un grupo de 49 madres, entre 23 y 57 años ( $M=36.1$ ;  $DE=7$ ). Las participantes tenían hijos(as) entre los 3 y 10 años, diagnosticados(as) con el Trastorno del Espectro Autista (TEA), que asistían a una institución especializada en el desarrollo infantil de Lima- Metropolitana. Se utilizó el Cuestionario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento *COPE*, adaptado por Cassaretto y Chau (2016), y la Escala de Bienestar Psicológico, adaptada por Cubas (2003). Se hallaron trece correlaciones significativas entre algunas estrategias, y el puntaje global y por dimensiones del bienestar, siendo una de las trece correlaciones baja y las doce restantes moderadas. Asimismo, la variable tiempo post diagnóstico se asoció positivamente ( $r=.35$ ,  $p<.05$ ) con la reinterpretación positiva y crecimiento, y con la autonomía ( $r=.29$ ,  $p=.04$ ). Finalmente, se encontró que las madres que contaban con ayuda en el cuidado de sus hijos(as) presentaron mayor puntuación en el bienestar psicológico global, y en las dimensiones control del ambiente y autoaceptación. Los resultados demuestran que las estrategias de planificación, contención, reinterpretación positiva, soporte emocional, desentendimiento mental y desentendimiento conductual juegan un papel importante en el bienestar psicológico de las madres que tienen hijos(as) diagnosticados con autismo. Asimismo, se evidencia que las madres que llevan más tiempo enteradas del diagnóstico podrían percibir las adversidades como una oportunidad para crecer a nivel personal y tendrían mayor autonomía en la toma de decisiones.

**Palabras clave:** Estrategias de afrontamiento, bienestar psicológico, tiempo post diagnóstico, ayuda en cuidados, autismo

## ABSTRACT

The main objective of this research was to analyze the relationship between coping strategies and psychological well-being, global and by dimensions in a sample of 49 mothers, between 23 and 57 years old ( $M=36.1$ ;  $DE=7$ ). The participant had kids between 3 and 10 years old diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) that were attending an institution specialized in child development placed in Lima- Metropolitana. Multidimensional Coping Estimation Questionnaire *COPE*, adapted by Cassaretto and Chau (2016) and the Psychological Well-Being Scale, adapted by Cubas (2003) were used. There were thirteen significant correlations between some coping strategies and psychological well-being, global and by dimensions. One of the thirteen correlations was low and the rest were moderate. Likewise, the results indicated that the time post diagnosis variable was correlated in a positive and moderate way ( $r=.35$ ,  $p<.05$ ) with positive reinterpretation and growth, and in a positive and low way ( $r=.29$ ,  $p=.04$ ) with autonomy. Finally, there was found that Mothers with support had a higher score in global psychological well-being, environmental mastering and in self-acceptance. The results demonstrate that planning, restraint coping, positive reinterpretation, emotional support and mental and behavioral disengagement play an important role in the psychological well-being of mothers with autism diagnosis children. It also shows that mothers who has a longer period of time informed of the diagnosis may perceive the adversities as an opportunity to grow in a personal way and might have more autonomy in decisions making.

**Key words:** Coping strategies, psychological well-being, post diagnosis time, care support, autism

## Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	13
Participantes	13
Medición	14
Procedimiento	18
Análisis de datos	19
Resultados	21
Discusión	25
Referencias bibliográficas	33
Apéndices	41
Apéndice A Consentimiento informado	43
Apéndice B Confiabilidades de las escalas	44
Apéndice C Análisis no significativos	50
Apéndice D Pruebas de normalidad	52

Estudiar las variables que dan cuenta de los recursos psicológicos en los cuidadores principales de niños con autismo, como el afrontamiento y el bienestar, puede aportar a la intervención psicológica destinada a amortiguar el impacto psicosocial de la condición de estos niños en sus padres. Esto último, tomando en cuenta que se ha incrementado el número de casos de niños con el Trastorno del Espectro Autista (TEA) (Fortea, Escandell, & Castro, 2013). Por ejemplo, en investigaciones como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) se evidencia que en promedio 1 de cada 160 niños se encuentra dentro del espectro autista y en algunos estudios específicos se encuentran cifras incluso más altas. Por ejemplo, en Estados Unidos se estima que entre el año 2008 y 2010 el diagnóstico de TEA incrementó en un 30%, siendo aproximadamente 1 de cada 68 niños de 8 años los que fueron identificados con este trastorno en las comunidades donde se realizó el estudio (Baio, 2014). Por su parte, en países latinoamericanos como México se halló que la prevalencia del autismo fue de 1 por cada 300 niños hasta el 2013 (Marcín, 2013). En Puerto Rico, en el año 2011, se encontró que la prevalencia de este trastorno fue de 1 por cada 125 personas menores de 18 años (Marazzi- Santiago, & Rodríguez- Ayuso, 2014). Mientras tanto, en el caso de Venezuela, 7 de cada 100 niños de los centros de educación inicial tenían probabilidades de tener autismo (Yannarella, 2010).

En Perú no se tienen datos específicos sobre la cantidad de personas con autismo, ya que aún se encuentran tipificadas dentro del grupo de personas discapacitadas con alguna dificultad a nivel físico, social, cognitivo y mental, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014). No obstante, se sabe que hay un promedio de 2,000 personas con autismo inscritas en el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (Sousa, 2016). Además, en un instituto especializado en el desarrollo infantil ubicado en la ciudad de Lima, se reportó que para el año 2014 el número de diagnósticos de autismo infantil aumentó en un 177% en los tres años anteriores; es decir, de 79 niños diagnosticados con TEA en el año 2011, en el 2014 aumentó a 219 (Instituto para el desarrollo infantil- Arie, 2015). De esta manera, se observa que este trastorno del neurodesarrollo viene cobrando cada vez más relevancia a nivel mundial, debido al aumento de casos registrados.

En cuanto a las características del trastorno, cabe mencionar que el autismo se considera como una alteración de origen orgánico que impacta el desarrollo del cerebro en áreas



relacionadas con la interacción social, el lenguaje y el procesamiento de información sensorial (Arberas & Ruggier, 2013; Pereira, 2010). Asimismo, las personas con esta condición se caracterizan por presentar intereses restringidos y conductas estereotipadas (Arberas & Ruggier, 2013). Es así que, según la última versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª edición, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), existen dos síntomas relevantes para determinar el diagnóstico: la alteración de la comunicación e interacción social, y los patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento. Actualmente, estas características se ubican dentro de un continuo (Autism Speaks, 2014) o espectro que va desde el más bajo al más alto funcionamiento, incluyendo al Síndrome de Asperger dentro del grupo de alto funcionamiento.

De esta manera, teniendo en cuenta que las personas viven dentro de un entorno social, la incipiente preocupación por concientizar a la población sobre este trastorno estaría visibilizando una problemática que no solo afecta a la persona que porta esta condición, sino también a su familia. Esta última experimenta cambios a lo largo del desarrollo de sus miembros y, en la mayoría de ocasiones, puede tener dificultades para responder de manera eficaz frente a un acontecimiento nuevo, como cuando un integrante tiene necesidades educativas especiales (Sarto, 2001). En una situación como esta, “la noticia se percibe como algo inesperado, extraño y raro, que rompe las expectativas sobre el hijo deseado” (Sarto, 2001, p.2), ya que durante la fase del embarazo, incluso antes, los futuros padres suelen tener fantasías acerca de las características del nuevo integrante (Auad, 2009). Por ello, el nacimiento de un hijo con discapacidad intelectual suele impactar a la familia y el estrés suele ser una de las primeras reacciones (Aramayo, 2010).

En varias investigaciones se ha hallado que el estrés parental suele presentarse con altos niveles tanto en los padres, como en las madres, al ver que la imagen mental que han construido de su hijo o hija difiere de la que perciben en la realidad (Auad, 2009; Long, 2005), o cuando no se sienten capaces de mantener una relación afectiva con sus hijos, ni recibir una retroalimentación de sus esfuerzos por parte de ellos (Basa, 2010; Mendoza, 2014; Pineda, 2012). Dicha situación suele observarse con frecuencia en padres o madres de niños con TEA, dado que la mayoría de los niños evidencia dificultades en el uso de sus habilidades sociales,

así como en el desarrollo de la empatía, características que dificultan reconocer los estados afectivos de sus progenitores (Sigman, Spence & Wang, 2006).

Así, al ser los padres quienes suelen ser las primeras fuentes de apoyo de estos niños, son los que tienen más propensión a atravesar momentos donde perciben los patrones comportamentales de su hijo como algo desbordante de sus recursos y bienestar personal, ya que estar a su cuidado e invertir en su desarrollo implica un esfuerzo extra a nivel físico y económico, lo cual en varias ocasiones también implica la postergación tanto de sus tareas evolutivas, como de sus intereses o proyectos personales y familiares (Basa, 2010).

De esta manera, en algunos estudios, tanto internacionales, como nacionales, se ha evidenciado que tener un hijo con TEA puede generar cambios en la dinámica familiar; sobre todo, en las madres, quienes son las que mayormente tienen que dejar sus profesiones y dedicarse exclusivamente a los cuidados del hogar y a sus hijos (Albarracín-Rodríguez, Rey-Hernández & Jaimes-Caicedo, 2014; Auad, 2009; Bueno-Hernández, Silva-Mathews, Pastor-Zamalloa & Cárdenas-Gutiérrez, 2012; Demos, 2015; Gray, 2006; Pineda, 2012; Yamada et al. 2007). Asimismo, se ha visto que, junto con el estrés, las madres pueden culparse, resignarse, tener cuadros depresivos, crear una imagen negativa de sí mismas y disminuir sus niveles de autoeficacia en su rol parental, tanto por la manera cómo ellas se perciben y por cómo piensan que las perciben los demás (Auad, 2009; Kuhn & Carter, 2006)

Así también, cabe mencionar que puede existir una relación transaccional entre los padres y el hijo, donde- por un lado- el estrés puede ser percibido por los primeros como una amenaza, que exacerbaría las conductas disfuncionales del niño y estas a su vez incrementarían el estrés parental (Lecavalier, Leone & Wiltz, 2006). Por otro lado, según Demos (2015), las dificultades en el cuidado del niño con TEA también pueden ser percibidas como un reto, lo cual demuestra que el estrés no necesariamente se relaciona con una evaluación amenazante del entorno, ya que también podría generarse por percibir la problemática como un desafío (Escamilla, Rodríguez & González, 2009).

En la misma línea, si bien el estrés y la ansiedad no desaparecen por completo, se ha hallado que cuando las madres aceptan el diagnóstico, pueden comenzar a organizarse para afrontar la situación (Auad, 2009) y desarrollar una mayor sensibilidad, la cual les permitiría



reconocer, interpretar y responder con mayor efectividad a las necesidades de sus hijos y, a su vez, reforzar el compromiso que tienen en su rol como madres (Chiaravalli, 2011). De esta manera, la valoración del problema y el subsecuente afrontamiento del mismo se verían afectados por las acciones que se llevan a cabo para lidiar con el estrés que puede generar una determinada situación (Lazarus & Folkman, 1986). Por ello, es conveniente tomar en cuenta al afrontamiento como un factor psicosocial interviniente en la manera cómo las madres de niños y niñas con autismo sobrellevan el diagnóstico.

Según la teoría de Lazarus y Folkman (1986) los individuos pasan por un proceso de valoración cognitiva primaria y secundaria cuando se encuentran frente a un problema. En la primera, piensan en las consecuencias que el acontecimiento puede acarrear en ellos mismos. Luego, dependiendo de la valoración que hagan, pudiendo ser esta de amenaza o desafío, pasan por un proceso de valorización secundaria, en el que piensan en los recursos con los que cuentan para minimizar o evitar las consecuencias desagradables de la situación (Lazarus & Folkman, 1986). De este modo, para poner en ejecución la respuesta frente al estresor, la persona lleva a cabo el afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986).

El afrontamiento, desde el modelo transaccional del estrés que plantean Lazarus y Folkman (1986), es considerado como un proceso que cambia continuamente en base a las actitudes y las circunstancias de cada persona. De esta manera, dichos autores lo definen como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que están en constante cambio y que sirven para manejar las demandas tanto externas, como internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Además, Lazarus y Folkman (1986) desarrollan el constructo de afrontamiento dividiéndolo en dos tipos o estilos. El primero es aquel que estaría enfocado en la resolución del problema; y el segundo sería aquel enfocado en las emociones. No obstante, autores como Carver y Scheier (1994) indican que si bien estas dos categorías son fácilmente distinguibles, ambas pueden influirse mutuamente. De modo que el afrontamiento enfocado en la emoción puede facilitar aquel enfocado en el problema, removiendo la angustia que limita los esfuerzos realizados en este último; mientras que el afrontamiento enfocado en el problema podría generar que emociones como la ansiedad disminuyan para poder llevar a cabo un plan de acción (Carver & Scheier, 1994). Asimismo, debido a los resultados de algunos estudios

empíricos con medidas de afrontamiento (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Endler & Parker, 1990; Roger, Jarvis & Najarian, 1993), a estos dos tipos de estilos se les agregó un tercero llamado afrontamiento evitativo.

A su vez, cada estilo de afrontamiento estaría compuesto por un grupo de estrategias (Lazarus & Folkman, 1986). El estilo enfocado en el problema se compone de cinco estrategias que tienen como objetivo llevar a cabo determinadas acciones para cambiar la fuente generadora del estrés (Lazarus & Folkman, 1986). Lazarus y Folkman (1986) nombran las siguientes: afrontamiento activo, mediante el cual la persona lleva a cabo comportamientos que le permitan minimizar los efectos desfavorables del estresor; planificación, que se refiere a la organización de las estrategias de acción para manejar el problema; supresión de actividades competentes, la cual tiene como finalidad evitar ser distraído por actividades que no estén dirigidas al manejo del estresor; contención del afrontamiento, cuyo fin es evitar llevar a cabo alguna acción antes de que sea necesaria su ejecución; y búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, que tiene como objetivo buscar fuentes que le puedan brindar consejo, orientación e información para solucionar el problema.

Asimismo, Lazarus y Folkman (1986) refieren que las estrategias del estilo enfocado en la emoción están orientadas a reducir o intentar manejar el estrés emocional desencadenado por una situación percibida como amenazante. De esta manera, la búsqueda de apoyo social por razones emocionales tiene como fin buscar fuentes que brinden apoyo moral, empatía y comprensión a la persona; la reinterpretación positiva y crecimiento busca encontrar el lado favorable de la situación adversa y madurar a partir de ello, tratando de generar pensamientos que la motiven a enfrentar la situación; mediante la aceptación el individuo reconoce la existencia del evento estresante y contempla su realidad sin juzgarla; en cambio, con la negación el sujeto se rehúsa a creer en la existencia de la fuente desencadenante de su estresor; por último, acudir a la religión tiene diversos motivos, como buscar una fuente de soporte emocional, o como un vehículo para encontrar la reinterpretación positiva y crecimiento (Lazarus & Folkman, 1986).

Finalmente, Carver et. al (1989) refieren que el estilo de afrontamiento evitativo cuenta con tres estrategias que la persona utiliza cuando pretende desentenderse de la situación adversa, asumiendo un rol pasivo e invalidando las conductas que podrían hacer frente al

problema. Así, la estrategia enfocar y liberar emociones se lleva a cabo cuando la persona invierte tiempo para considerar las consecuencias desagradables del evento y expresa abiertamente las emociones que estas le generan; mediante el desentendimiento conductual el individuo disminuye sus esfuerzos tanto comportamentales, como cognitivos dirigidos a lidiar con el estresor; y el desentendimiento mental que se desencadena cuando la persona permite que diversas actividades la distraigan y posterguen la respectiva evaluación de los aspectos asociados al problema (Carver et al. 1989). Por último, los mismos autores agregan las estrategias del uso del humor y el uso de sustancias (alcohol/drogas), las cuales no se pudieron ubicar en ningún estilo.

De otro lado, respecto a las investigaciones que han evaluado las estrategias de afrontamiento en los padres y madres de niños con autismo, se ha encontrado que las progenitoras son las que tienden a utilizar más la estrategia de búsqueda de apoyo social (Beléndez, 2012), lo cual se corrobora con otros estudios en los que encontraron que este tipo de estrategia de afrontamiento suele ser usada más por la población femenina (Taylor, Klein, Gruenewald, Gurung & Updegraff, 2000).

De igual forma, se ha encontrado que mediante la estrategia de búsqueda de apoyo social por razones emocionales, los progenitores pueden adaptarse con mayor facilidad a las exigencias de su contexto y desarrollar mayor resiliencia en su rol de cuidadores al percibir que su entorno los apoya (Twoy, Connolly & Novak, 2007). Asimismo, se ha visto que esta estrategia se ve moderadamente relacionada con bajos niveles de estrés, ya que ayuda a que los progenitores fortalezcan su sentido de competencia y a que puedan tener más tiempo para desarrollar otros aspectos de su vida (Pineda, 2012). En la misma línea, los padres que suelen utilizar la estrategia de apoyo social por razones instrumentales tendrían niveles menores de estrés parental (Pineda, 2012).

En cuanto a la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento, se ha hallado que las madres y los padres que la emplean tienden a presentar menores niveles de estrés, enojo y depresión (Greenberg & Carter, 2008, Hastings & Johnson, 2001; Pozo, Sarriá & Brioso, 2014; Smith, Seltzer, Tager-Flusberg, Greenberg, & Carter, 2008) y suelen utilizar la situación de su hijo diagnosticado con autismo como un incentivo y como un aprendizaje positivo de la

circunstancia, centrándose en el desarrollo personal (Albarracín- Rodríguez, 2014; Pineda, 2012).

Por el contrario, se ha encontrado que los progenitores que suelen a utilizar las estrategias dirigidas a evitar el problema reportaban mayores niveles de estrés, así como menor percepción de competencia en su rol parental y poco conocimiento sobre las estrategias para manejar la conducta del hijo (Hastings & Johnson, 2001; Pineda, 2012; Pozo et al., 2014). En el caso de las madres, se ha visto que al utilizar estrategias como expresar y liberar emociones, negación y desentendimiento conductual, en lugar de ajustarse al diagnóstico, presentan mayores niveles de depresión (Smith et al., 2008). Al respecto, también se ha encontrado que las madres tienden a utilizar estas estrategias porque, en su mayoría, quieren restringir las reacciones emocionales que la situación pueda despertar en ellas, evadir la desaprobación social y evitar explicar el diagnóstico de su hijo (Albarracín- Rodríguez, 2014). Por ello, el uso de estrategias como el desentendimiento conductual y la negación no siempre han sido reportados como desfavorables, ya que utilizar dichas estrategias puede resultar, por el contrario, beneficioso para las madres en la medida que sus niveles de estrés disminuyen; sobre todo, cuando los síntomas de los niños con autismo son severos (Pineda, 2012). No obstante, cabría preguntarse si dichas estrategias resultan convenientes para sus hijos y beneficioso para ellas a largo plazo.

En una investigación longitudinal sobre las experiencias de los familiares de niños con trastorno del espectro autista se ha encontrado que al principio los padres suelen mostrar un estilo de afrontamiento enfocado en el problema y con el transcurrir del tiempo evidencian un estilo más emocional, ya que después de haber logrado desarrollar diversas herramientas para enfrentar la situación y adaptarse a esta, se apoyan más en la religión o tratan de percibir la situación de una manera más positiva, centrándose en los avances de sus hijos (Gray, 2006). En la misma línea, se ha visto que a medida que avanza el tiempo y los padres aprenden más sobre el manejo de la conducta del niño, suelen darse dos situaciones, o bien lidian mejor con el estrés emocional porque se adaptan al aislamiento social y al individualismo, o bien se involucran en más actividades sociales gracias a que el comportamiento de sus hijos es más adaptativo (Gray, 2006).

Sin embargo, el periodo de aceptación o rechazo va a depender de muchos factores, como las características emocionales y personales de los progenitores, la dinámica familiar, la relación de pareja, el apoyo social externo, el orden de nacimiento del recién nacido (si es el primogénito, si es el menor, hijo único entre hermanos o al contrario), el nivel sociocultural y económico, entre otros. (Sarto, 2001).

De este modo, la manera como las personas elijan afrontar una situación determinada (como el diagnóstico de un hijo o hija con TEA) para adaptarse a los cambios que esta involucra, será adecuada en la medida que contribuya a mejorar su bienestar (Morán, Landero & González, 2010). El bienestar es un constructo que ha sido investigado con mayor frecuencia en las últimas décadas y ha sido utilizado con diferentes términos para su aproximación conceptual, creándose dos grandes tradiciones (Díaz et al. 2006). Por un lado, se encuentra el bienestar hedónico, el cual comprende conceptos como calidad de vida, satisfacción con la vida y felicidad; y, por otro lado, se utiliza el bienestar eudaimónico, que se relaciona con el potencial humano (Ryan & Deci, 2001). El término de bienestar subjetivo es el principal representante de la primera tradición; y el bienestar psicológico, el de la segunda (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002).

En cuanto al bienestar psicológico, cabe mencionar que se relaciona con las creencias que orientan las acciones de las personas y el significado atribuido a sus experiencias previas, siendo estas aceptadas y asimiladas para adaptarse a diversas circunstancias con flexibilidad (González-Méndez, 2005). Así, para Ryff (1989), es el resultado de una valoración positiva de la persona acerca de cómo ha vivido. Se asocia al estado mental y emocional que determina el funcionamiento psíquico óptimo de una persona, según el paradigma personal que maneje, y el modo de adaptarse a las exigencias tanto internas, como externas del entorno físico y social (Ryff & Keyes, 1995).

Además, Ryff y Singer (2008) refieren que es un concepto multidimensional porque se explica por medio de los siguientes seis factores: autoaceptación, propósito en la vida, dominio del ambiente, relaciones positivas con otros, crecimiento personal y autonomía. La autoaceptación se refiere a la evaluación positiva que hace un individuo sobre sí mismo, conociendo los diferentes aspectos que lo caracterizan, aceptando sus fortalezas y reconociendo sus limitaciones (Ryff & Keyes, 1995). El dominio del ambiente es el manejo efectivo de



diversas actividades externas, y la capacidad para elegir o crear contextos adecuados a las necesidades y valores personales (Ryff & Keyes, 1995). Las relaciones positivas con otros es la habilidad para establecer vínculos de confianza con los demás por medio de la empatía, afecto e intimidad (Ryff & Keyes, 1995). Las metas en la vida implican un sentido de direccionalidad y propósito, que se forman por medio de objetivos y creencias (Ryff & Keyes, 1995). El crecimiento personal se da cuando la persona está abierta a nuevas experiencias, confía en el desarrollo de su potencial y evidencia un mayor conocimiento sobre sí misma, así como un incremento en su sentido de eficacia (Ryff & Singer, 2008). Finalmente, la autonomía se relaciona a la autodeterminación e independencia, capacidades con las cuales las personas logran resistir a las presiones sociales para pensar y actuar bajo sus estándares personales (Ryff & Singer, 2008).

De esta manera, el bienestar psicológico es un concepto que enfatiza más en la consecución de aquellos valores que hacen a las personas sentirse vivas y auténticas, y que las hace crecer como individuos, y no tanto en las actividades que les dan placer o las alejan del dolor (Ryan & Deci, 2001).

En cuanto a los estudios sobre el ajuste emocional de las madres de niños con autismo, se ha visto que se suelen utilizar conceptos como estrés, ansiedad y depresión (Pozo, 2010), y que el bienestar psicológico se ha medido según los bajos niveles de dichas variables (Griffith, Hastings, Nash & Hill, 2010; Lai, Goh, Oei & Sung, 2015; Pottie & Ingram, 2008). No obstante, en los últimos años también se han venido haciendo investigaciones en las que se estudia el ajuste emocional positivo, utilizando el concepto de bienestar psicológico según el modelo multidimensional de Ryff (Phetrasuwa, 2003; Pozo, 2010; Smith et al., 2008).

Así, Pozo, Sarriá y Brioso (2014) encontraron que la relación entre los problemas de comportamiento de los niños con TEA y el bienestar psicológico de los padres y madres es negativa; siendo el bienestar psicológico en los padres menor cuando los problemas de comportamiento en sus hijos son percibidos como más problemáticos y viceversa. Al respecto, se ha encontrado que los niveles más altos de conductas agresivas en los niños con autismo se dan en las edades más tempranas y se sugiere que el proceso de aprendizaje y crecimiento puede ayudar a que el comportamiento de estos niños sea más adaptativo (Kanne & Mazurek, 2011). Por lo tanto, se podría hipotetizar que a medida que pasa el tiempo desde que los padres



se enteraron del diagnóstico de sus hijos y estos aprenden repertorios de conducta más adecuados para cada situación, los niveles de bienestar psicológico en los padres podrían ir en aumento.

Sin embargo, el factor conductual en los niños con este trastorno no es el único que influye en la adaptación de la familia al mismo. Phetrasuwan (2003) analiza el bienestar psicológico en madres y evidencia que existe una asociación significativa entre dicho concepto y la satisfacción con la familia, siendo las madres que presentan una mayor satisfacción con el apoyo familiar las que muestran mayores niveles de bienestar psicológico. En la misma línea, Pozo (2010) sugiere que los apoyos sociales que pueda tener la familia, ya sean informales (personas de confianza, que no requieren de salario) o formales (personas a quienes se contrata por un servicio) también puede ayudar en el proceso de adaptación al diagnóstico.

Asimismo, Pozo (2010) investiga la adaptación al diagnóstico con el modelo ABCX, el cual plantea que además del factor estresante (factor aA) – en el presente caso, las características del niño con TEA- se ven involucrados otros factores socioemocionales como los apoyos sociales con los que se cuentan (factor bB), la percepción del problema (factor cC) y las estrategias de afrontamiento (factor BC). De esta manera, según esta teoría, estos factores tendrían un efecto amortiguador en el impacto desfavorable que las características de un hijo con autismo podría generar en el proceso de adaptación de la familia (Pozo, 2010). Por lo tanto, un afrontamiento adecuado frente a una situación determinada, debería conducir a un ajuste adecuado, el cual se vería reflejado en los niveles de bienestar de la persona (Morán et. al, 2010).

De este modo, cabe mencionar que altos niveles de crecimiento personal, dimensión del bienestar psicológico, estuvieron asociados al uso de las estrategias afrontamiento activo, planificación, y reinterpretación positiva y crecimiento; mientras que estrategias como negación y desentendimiento conductual, predijeron niveles menores en esta dimensión en madres de niños con autismo (Smith et al., 2008). Asimismo, si bien el nivel de crecimiento personal en las madres no estuvo significativamente asociado a los síntomas propios del trastorno, se halló que en el caso de aquellas que usaban la estrategia expresar y liberar emociones cuando sus niños tenían dificultades notorias para la reciprocidad social, sus

niveles de crecimiento personal eran significativamente más bajos que aquellas que usaban esta estrategia en menor medida (Smith et al., 2008).

Asimismo, en un estudio con padres y madres de niños con TEA en China, se evaluó el nivel de bienestar psicológico en base al nivel de estrés, ansiedad y depresión parental (Lai, Goh, Oei & Sung, 2015). En dicho estudio se halló que el mayor uso del afrontamiento de negación tendía a estar relacionado con una mayor actitud de crítica hacia sí mismos, y viceversa. De igual manera, a dicha actitud le acompañaban sentimientos elevados de ansiedad y de culpa, así como una mayor tendencia a distraerse de pensar en los problemas o a dejar de tratar de resolverlos (Lai et al., 2015). Es decir, se encontró que los padres y madres de este estudio tendían a renunciar a las acciones necesarias para lograr el bienestar psicológico cuando utilizaban la estrategia de afrontamiento de negación (Lai et al., 2015). En la misma línea, con una población de niños y adolescentes con retraso mental leve, Zapata, Bastida, Quiroga, Charra y Leiva (2013) encuentran que existen asociaciones significativas entre un nivel bajo de bienestar psicológico y un mayor uso de estrategias como negación, desentendimiento mental y desentendimiento conductual.

Por su parte, Pozo et al. (2014) encontró que las estrategias como el afrontamiento activo, la planificación, la búsqueda de apoyo instrumental y emocional, la reinterpretación positiva y el uso del humor tendrían una relación directa con el bienestar psicológico en las madres; siendo el uso frecuente de este tipo de estrategias las que generarían una adaptación emocional más efectiva en ellas. Finalmente, en una investigación de Pozo (2010) se destacó el efecto significativo de la estrategia de afrontamiento activo, dado que muestra una asociación directa y positiva con el bienestar psicológico. Por lo tanto, se sugiere que el uso de este tipo de estrategias favorece la percepción de bienestar psicológico, tanto en las madres como en los padres de niños con autismo (Pozo, 2010).

Como se ha visto, son las madres quienes suelen tener la mayor parte de la carga en cuanto a cuidados, postergando en varias ocasiones sus metas (Auad, 2009). Por ello, es necesario conocer el estado socioemocional de esta población midiendo sus niveles de estrés, ansiedad o depresión. Sin embargo, el estudio del bienestar psicológico de las madres es reciente; sobre todo, en el contexto internacional, ya que en el Perú aún se evidencia un vacío en la investigación de este constructo.

De este modo, se pretende aportar a la línea de investigación del contexto nacional que estudia los recursos socioemocionales en las madres de niños con autismo, evaluando el bienestar psicológico desde la perspectiva de la psicología positiva, donde la salud mental es más que la ausencia de enfermedad, ya que implica un modo de pensar compasivo sobre uno mismo y los demás, una manera adaptativa de interpretar la realidad, tener expectativas optimistas para el futuro, y disponer de recursos para afrontar adversidades y madurar (Vázquez & Hervás, 2008). Por ello, el presente estudio busca evaluar el bienestar psicológico según la teoría multidimensional de Ryff (1989) y las estrategias de afrontamiento como factores psicosociales intervinientes en el ajuste al diagnóstico, tomando en cuenta la teoría de Lazarus y Folkman (1986) y de Carver et al. (1989).

En ese sentido, el objetivo principal es identificar las relaciones existentes entre las estrategias de afrontamiento, y el bienestar psicológico con sus respectivas dimensiones en las madres de niños con autismo, mediante una evaluación en un solo momento. Asimismo, tomando en cuenta que con el paso del tiempo los cuidadores primarios de niños con TEA suelen cambiar la manera de lidiar con su conducta (Gray, 2006), que logran adaptarse mejor a su entorno a medida que los niños crecen (Kanne & Mazurek, 2011), y que el nivel de bienestar psicológico más alto en los padres y madres se da cuando perciben el comportamiento de sus hijos como más adecuado (Pozo et al., 2014), se busca correlacionar las variables de estudio con el tiempo post diagnóstico del niño, el cual será medido de manera transversal. Finalmente, considerando la importancia del apoyo social como factor protector del estrés y promotor del bienestar en las madres de niños con autismo (Beléndez, 2012; Pineda, 2012; Pozo, 2010), se buscará comparar el nivel de bienestar psicológico total y sus dimensiones, teniendo en cuenta si la madre cuenta con ayuda o no en el cuidado de su hijo.

En ese sentido, según la información recopilada en distintos estudios, en esta investigación se piensa hallar una posible relación directa entre las estrategias reinterpretación positiva y planificación, y bienestar psicológico y su dimensión crecimiento personal. De igual forma, se esperaría hallar que mientras más tiempo haya pasado desde que la madre se enteró del diagnóstico de su hijo, mayores serán sus niveles de bienestar psicológico. Y que las madres que cuentan con apoyo en los cuidados de su hijo tendrían mayores niveles de bienestar psicológico que las madres que no cuentan con dicha ayuda.

## Método

### Participantes

Las participantes del presente estudio fueron madres de niños y niñas diagnosticados (as) con el Trastorno del Espectro Autista (TEA) que asisten a un instituto de desarrollo infantil ubicado en la ciudad de Lima. En cuanto a la selección de las participantes, cabe mencionar que esta se llevó a cabo en base a los siguientes criterios: (1) que las madres tengan como mínimo un hijo o hija, entre 3 y 10 años de edad con un diagnóstico de TEA confirmado por los especialistas correspondientes; (2) que el niño/a asista al servicio de psicología del instituto mencionado; (3) que las madres tengan educación primaria completa; y (4) las madres no presenten algún trastorno mental.

De esta manera, la muestra total quedó conformada por 49 madres de niños diagnosticados con TEA que se encontraban entre los 23 y 57 años ( $M=36.1$ ;  $DE=7$ ). El 75.5 % ( $n=37$ ) de las madres tiene pareja y de ellas, el 24% ( $n=9$ ) reciben ayuda en el cuidado de sus hijos por parte de su compañero; el 56% ( $n=5$ ) informaron percibir mucha ayuda y el 22% ( $n=2$ ) poca, el resto percibiría regular ayuda. Además del apoyo por parte de su pareja, el 33% ( $n=16$ ) de las madres reportaron contar con ayuda por parte de algún familiar o cuidador externo.

Respecto a su grado de instrucción, el 24% ( $n=12$ ) solo tiene secundaria completa, el 24% ( $n=12$ ) tiene estudios técnicos completos y el 27% ( $n=13$ ) tiene estudios universitarios completos. Asimismo, el 67.3% ( $n=33$ ) indica que no trabaja, y de este porcentaje el 76% ( $n=25$ ) señala que renunció para dedicarse al cuidado de su hijo (a) y el 24% ( $n=8$ ) restante comenta que se debió a otros motivos, como ser ama de casa. Respecto a su pasatiempo, solo el 32.7% ( $n=16$ ) señala que realiza una actividad de ocio en su tiempo libre, siendo para el 38% ( $n=6$ ) de ellas muy satisfactoria, para el 50% ( $n=8$ ) satisfactoria y para el 13% ( $n=2$ ) poco satisfactoria.

La mayoría de madres, el 69% ( $n=34$ ), refiere pertenecer a la religión católica, el 16% ( $n=8$ ) de ellas son cristianas, el 6% ( $n=3$ ) pertenecen a otra religión y el resto reportan no pertenecer a ninguna religión. El 45% ( $n=22$ ) es de provincia, y todas residen en Lima más de



un año. Finalmente, se sabe que el 44.9% ( $n=22$ ) cuenta con apoyo económico, o bien por parte del mismo centro al que acude su hijo(a) o bien por parte de otra entidad.

En cuanto a las características de sus hijos (as), cabe resaltar que el 81% ( $n=40$ ) son varones y el 19% ( $n=9$ ), mujeres. Sus edades oscilan entre los 2 años con 8 meses, y los 10 años y medio ( $M=68.8$  meses,  $DE=24.2$ ). El rango de tiempo post diagnóstico del niño se encuentra entre los 2 meses y los 9 años ( $M=34$  meses,  $DE=23$ ). El 16% ( $n=8$ ) de ellos además de autismo fue diagnosticado con trastorno de déficit de atención (TDA); el 27% ( $n=13$ ), con trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH); el 20% ( $n=10$ ), con retraso mental; el 2% ( $n=1$ ), con síndrome de down; y el 67% ( $n=33$ ), con trastorno de lenguaje. Asimismo, cabe mencionar que el 81.6% ( $n=40$ ) acude a terapia de lenguaje y modificación de conducta.

Se contactó a los participantes por medio del servicio de psicología de la institución, cuyas especialistas contaban con los nombres y horarios en los que acudían las madres de sus pacientes con autismo. Una vez realizada la presentación de la investigadora y del estudio, se les entregó un consentimiento informado (ver apéndice A) en donde se detallaba el objetivo de la investigación, y la confidencialidad de la información brindada en los cuestionarios y la ficha de datos. Seguidamente, se les pidió a participar de forma voluntaria en el estudio, se les brindó un espacio de escucha activa y de contención emocional, y se les invitó al servicio de psicología de la institución, en caso requirieran mayor información sobre el estudio.

## Medición

**Estrategias de afrontamiento.** Para medir las estrategias de afrontamiento, se utilizó el Cuestionario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE) desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) y adaptado por Cassaretto y Chau (2016) en el Perú.

Específicamente, se empleó el COPE-60 en su versión disposicional, el cual cuenta con 60 ítems que se puntúan según una escala de respuesta de tipo Likert, cuyas opciones van desde el 1 al 4, donde 1 equivale a casi nunca hago esto; 2, a veces hago esto; 3, usualmente hago esto; y 4, hago esto con mucha frecuencia.

Los ítems están organizados en 15 escalas, siendo estas las siguientes: afrontamiento activo (realizar determinadas acciones para confrontar una situación estresante), planificación

(pensar en soluciones y seguir un plan de acción), supresión de actividades competentes (dejar de lado otras actividades para concentrarse en el problema), contención del afrontamiento (evaluar la situación para no actuar precipitadamente), búsqueda de apoyo social por razones instrumentales (buscar en los demás información y consejo), búsqueda de apoyo social por razones emocionales (buscar en los demás apoyo moral y comprensión), reinterpretación positiva y crecimiento (aprender de y otorgarle un significado positivo a las experiencias adversas), aceptación (asumir como cierto lo sucedido), acudir a la religión (buscar apoyo espiritual), enfocar y liberar emociones (expresar emociones de manera intensa), negación (no asumir como real el problema), uso del humor (bromear sobre la situación estresante), desentendimiento mental (buscar distraerse a nivel cognitivo frente a una situación estresante), desentendimiento conductual (evitar comprometerse con acciones frente a una situación estresante) y uso de sustancias (consumir alcohol o drogas).

En cuanto a los índices de confiabilidad del cuestionario, en la versión manejada por Carver et al. (1989), mediante el análisis de consistencia interna, se halló que la confiabilidad de las escalas variaba entre .45 y .92, donde el desentendimiento mental obtuvo el más bajo índice de confiabilidad; y el acudir a la religión, el más alto. En la misma línea, por medio del procedimiento test- retest, se hallaron valores de confiabilidad para las escalas que iban de .46 a .86, siendo la estrategia supresión de actividades competentes la que obtuvo el índice más bajo de confiabilidad; y el acudir a la religión, el más alto.

La adaptación lingüística, realizada por Cassaretto y Chau (2016) con 300 estudiantes universitarios de ambos sexos en la ciudad de Lima, cuenta con índices de confiabilidad que van desde .53 a .91, según el alfa de Cronbach obtenido en cada estrategia. Siendo la estrategia desentendimiento mental la que alcanzó la más alta confiabilidad; y el uso del humor, la más baja. Es así que, las confiabilidades halladas para cada factor quedaron de la siguiente manera: .72 para el estilo centrado en el problema, .70 para el estilo centrado en la emoción y .60 para el estilo evitativo (Cassaretto & Chau, 2016). Respecto a las estrategias afrontamiento religioso, uso del humor y uso de sustancias, estas fueron agrupadas en un estilo que abarca las escalas que no pertenecen a estilos puros, dada las dificultades a nivel de confiabilidad que presentaron (Cassaretto & Chau, 2016).



En el Perú, el COPE ha sido aplicado en sus diferentes versiones con diferentes tipos de población, entre ellas estudiantes universitarios (Becerra, 2013) y padres de niños con TEA (Pineda, 2012), obteniendo una confiabilidad adecuada en la mayoría de sus adaptaciones. En cuanto a las confiabilidades encontradas en padres de niños con TEA en el Perú, se encontró que Pineda (2012), utilizando el COPE 52, validado por Casuso en 1996, halló un coeficiente de alfa de Cronbach de .82 en el estilo orientado al problema, .87 en el estilo orientado a la emoción y .71 en el evitativo. Siendo las confiabilidades de cada estrategia no reportadas en el manuscrito del mencionado estudio.

Respecto a la versión del COPE con 60 ítems, si bien no ha sido utilizado con padres ni madres en el Perú, hay investigaciones como las de Becerra (2013), quien aplicando la escala a estudiantes universitarios, registró una consistencia interna basada en el coeficiente de alfa de Cronbach de .78 para el estilo orientado al problema; .79, para el estilo orientado a la emoción; y .80, para el estilo evitativo. Las puntuaciones para las estrategias fluctuaron entre .45 y .96, siendo las de menor puntuación las siguientes: afrontamiento activo ( $\alpha=.47$ ), supresión de actividades competentes ( $\alpha=.58$ ), contención del afrontamiento ( $\alpha=.52$ ) y desentendimiento mental ( $\alpha=.45$ ).

Asimismo, para hallar la validez de la prueba, en primer lugar, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio, por medio del cual se obtuvo un KMO de .80 ( $p<.01$ ) y quince factores que explicaron el 65.15% de la varianza total (Carver et al. 1989). Más adelante, mediante un análisis factorial de segundo orden, se encontraron tres factores que explicaban el 55.65% de la varianza de la prueba, siendo este el último reagrupamiento adaptado de las escalas (Carver et al. 1989). De esta manera, se concluye que la estructura de la prueba es replicable (Carver et al. 1989).

En la presente investigación se decidió no analizar la estrategia uso de alcohol y drogas, dado que no era confiable ( $\alpha=.00$ ). Asimismo, se vio conveniente eliminar el ítem número 10 de la estrategia contención del afrontamiento para que pudiera ser confiable. De esta manera, se registraron coeficientes alfa de Cronbach de las escalas entre .56 y .89, donde las estrategias de menor puntuación fueron negación ( $\alpha=.56$ ) y desentendimiento mental ( $\alpha=.58$ ), mientras que las de mayor puntuación fueron uso del humor ( $\alpha=.89$ ) y soporte emocional ( $\alpha=.80$ ). La estrategia uso de alcohol y drogas resultó no confiable (ver apéndice B).

**Bienestar psicológico.** Para medir el bienestar psicológico se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico, creada según el Modelo multidimensional de Ryff (1989), el cual tiene como objetivo medir el nivel de bienestar psicológico que una persona presenta por medio de seis dimensiones: autoaceptación, autonomía, crecimiento personal, dominio del ambiente, propósito en la vida y relaciones positivas con otros. Sobre este cuestionario cabe resaltar que ha obtenido una alta validez y confiabilidad en distintos tipos de contextos, ya sea en países norteamericanos como Estados Unidos y Canadá (Ryff & Singer, 2008), o en países de habla hispana como España (van Dierendonck, Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco & Moreno-Jiménez, 2007). Además, fue construido con el fin de que pudiera ser aplicado en ambos sexos y en adultos jóvenes, medios y mayores (Ryff, 2007, citado en Chávez, 2011).

La primera versión de esta prueba estaba constituida por 120 ítems proporcionalmente distribuidos entre positivos y negativos para cada subescala, cuyos valores de consistencia interna, según el alfa de Cronbach, y la confiabilidad test- retest, convergente y discriminante arrojaron resultados bastante satisfactorios, ubicándose el rango de los coeficientes del alfa de Cronbach entre .81 y .93 (Ryff, 1989).

No obstante, debido a la longitud de la prueba (120 ítems), se optó por realizar versiones más cortas. En el Perú, Cubas (2003) realizó una validación de la versión de 84 ítems con 262 universitarios, entre los 18 y 31 años de edad. De esta manera, así como el cuestionario original, este cuenta con 14 ítems por cada dimensión, y estos son valorados según seis tipos de respuesta tipo Likert, donde 1 equivale a “totalmente en desacuerdo” y 6 a “totalmente de acuerdo”. Además, los ítems inversos son los siguientes: 2, 4, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 20, 22, 24, 27, 29, 31, 32, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 45, 54, 55, 56, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 73, 74, 75, 76, 82, 83 y 84.

Esta adaptación realizada por Cubas (2003), y basada en un trabajo de traducción y validación semántica de la versión original, obtuvo una confiabilidad de la escala total de .89, según el coeficiente de alfa de Cronbach; y para las subescalas, coeficientes entre .78 y .87, siendo crecimiento personal la más baja y autoaceptación la más alta (Cubas, 2003). Asimismo, cabe resaltar que con el análisis ítem- test se observó una correlación mayor a .50, la cual corresponde a las seis subescalas, implicando una estructura jerárquica que explica el 64.1% de la varianza total de la escala y comprobando así la validez de esta versión (Cubas, 2003).

La adaptación de Cubas (2003) ha sido utilizada en el contexto limeño y ha obtenido confiabilidades adecuadas al evaluar el bienestar psicológico en personas adultas que practican alguna actividad relacionada con la salud física (Chávez, 2011; Guimet, 2011; Meza, 2012), en internas de un penal (Guimet, 2011; Temple, 2014), en pacientes adultos con alguna enfermedad crónica (Becerra & Otero, 2013), en técnicas de enfermería (Aliaga, 2012) y en estudiantes jóvenes y adultos (Meza, 2012; Pardo, 2010).

Asimismo, es importante mencionar que, si bien dicha adaptación no se ha empleado con madres de niños con autismo, se ha evidenciado que en España Pozo (2010) aplicó la versión de Díaz et al. (2006) de 39 ítems, también basada en el modelo de las seis dimensiones de Ryff, a padres y madres con un hijo con autismo, donde la consistencia interna de la escala global de bienestar psicológico fue bastante alta (.87). Las dimensiones no fueron reportadas en esta investigación.

En la presente investigación, se vio conveniente eliminar el ítem número 20 del cuestionario de Bienestar Psicológico para que la dimensión autonomía pudiera ser confiable. De esta manera, la consistencia interna de la escala total tuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .90; mientras que en las sub-escalas se hallaron alfas entre .50 y .90, donde autonomía fue la más baja y relaciones positivas la más alta (ver apéndice B).

## **Procedimiento**

Para contactar con la muestra, se tuvo un primer encuentro con el centro especializado en el desarrollo infantil por medio de la coordinadora del servicio de psicología. Seguidamente, la propuesta de tesis fue enviada al Director Ejecutivo de dicha institución. Así, una vez aprobado el proyecto, se procedió a contactar a las madres de manera individual y presencial para comentarles el objetivo principal del estudio. Seguidamente, se les presentó el consentimiento informado y si accedían a participar, se las invitaba a un consultorio designado para la evaluación, mientras que sus hijos (as) acudían a sus terapias. Una vez ubicadas, primero se les proporcionó el cuestionario multidimensional de estimación del afrontamiento (COPE), luego el protocolo de las escalas de bienestar psicológico y por último la ficha sociodemográfica.

La aplicación se llevó a cabo de manera individual. Algunas madres alegaban estar más concentradas al realizarlo de manera independiente y otras prefirieron recibir ayuda con la lectura de los cuestionarios y del consentimiento informado. Finalmente, es importante mencionar que el tiempo empleado fue de 45 minutos aproximadamente variando según la rapidez con la que contestaban.

### **Análisis de datos**

Para analizar los datos del estudio se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 22). Como primer paso se obtuvieron los estadísticos descriptivos de la muestra según los constructos del estudio y las variables sociodemográficas para caracterizar a la muestra. Luego, se realizó la prueba de normalidad de Shapiro - Wilk para evaluar la distribución de los puntajes alcanzados por las participantes en las variables de estudio. Así, se observó que en las estrategias de afrontamiento solo planificación, contención del afrontamiento, supresión de actividades competentes y liberar emociones resultaron tener una distribución normal, mientras que las demás fueron no normales (ver apéndice D). Por su parte, en la variable bienestar psicológico todas las distribuciones de sus dimensiones resultaron ser normales (ver apéndice D). Por ello, para realizar el objetivo general se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson cuando ambos factores tenían distribución normal y Spearman cuando había algún factor no normal involucrado.

En la variable sociodemográfica involucrada en el primer y segundo objetivo específico, donde se pretende analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las madres, y el bienestar psicológico y sus dimensiones, según el tiempo post diagnóstico de sus hijos (as), la distribución de puntajes fue no normal, por lo que se hallaron los resultados con el coeficiente de correlación de Spearman en ambos objetivos.

Seguidamente, para responder al tercer objetivo específico, comparar el nivel de bienestar psicológico global y sus dimensiones en las madres, en función de la variable tener ayuda con el cuidado de su hijo (a) o no contar con este apoyo, se utilizó un contraste de medias con T-Student con las distribuciones de puntajes normal y U Mann Whitney para el factor con distribución no normal. Por último, cabe mencionar que se realizaron análisis exploratorios con los datos sociodemográficos de la muestra y no se encontraron resultados significativos.





## Resultados

En primer lugar, se desarrollará el objetivo general de la investigación, el cual abarca las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento con el puntaje global de bienestar psicológico, así como con sus respectivas dimensiones. Seguidamente, se mostrarán los estadísticos descriptivos de la variable Estrategias de Afrontamiento para luego pasar a desarrollar el primer objetivo específico. Por último, se presentarán los estadísticos descriptivos de la variable Bienestar Psicológico y se describirán los resultados hallados tanto en el segundo como en el tercer objetivo específico.

De esta manera, al realizar el objetivo general, que buscaba correlacionar las estrategias de afrontamiento con bienestar psicológico y sus respectivas dimensiones, se encontraron correlaciones significativas, siendo la mayoría de estas medianas. Así, se observa que la estrategia soporte emocional correlaciona de manera positiva y mediana con relaciones positivas. Por su parte desentendimiento mental tiene una correlación inversa y pequeña con dominio del ambiente. Y contención del afrontamiento cuenta con una correlación directa y mediana con crecimiento personal, al igual que planificación, que además se correlaciona de manera directa y mediana con autoaceptación. Seguidamente, se observa que la estrategia reinterpretación positiva cuenta con una correlación directa y mediana con autonomía, crecimiento personal, autoaceptación y bienestar psicológico. Mientras que desentendimiento conductual correlaciona de manera inversa y mediana con relaciones positivas, propósito en la vida, autoaceptación y bienestar psicológico (ver tabla 1).

Tabla 1

*Correlaciones entre Estrategias de afrontamiento, y Bienestar psicológico y sus dimensiones*

	Bien. Psicol.	Auto-nomía	Relac. Positiv.	Auto-aceptación	Control ambiental	Propós. de vida	Crecim. Personal
Soporte instrumental	.14	-.01	.21	.08	.02	.07	.22
Soporte emocional	.21	-.03	.34*	.19	.05	.10	.21
Reinterpret. positiva	.34*	.41**	.08	.37**	.23	.27	.35*



Humor	.22	.17	.02	.15	.17	.05	.27
Acudir a la religión	.04	-.06	-.15	.12	-.01	.21	.02
Negación	-.05	-.14	-.11	-.04	.15	.00	-.19
Aceptación	.04	.03	-.04	.08	-.03	.03	-.01
Liberar emociones	-.09	-.07	.05	-.14	-.14	-.06	.02
Desentend. Mental	-.24	-.20	-.12	-.26	-.30*	-.16	-.03
Desentend. Conduct.	-.36*	-.25	-.38**	-.31*	-.20	-.34*	-.15

N=49, \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

En la tabla 2 se presentan los estadísticos descriptivos de la variable estrategias de afrontamiento.

Tabla 2  
*Descriptivos de la variable Estrategias de afrontamiento*

	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Activo <sup>a</sup>	3.00	3.04	.59	1.3	4
Planificación	3.00	3.00	.51	1.75	4
Contención	2.25	2.30	.57	1.25	3.5
Supresión	2.67	2.57	.74	1	4
Soporte instrumental <sup>a</sup>	3.00	3.04	.63	1.5	4
Soporte emocional <sup>a</sup>	2.25	2.35	.72	1.25	4
Reinterpret. Positiva <sup>a</sup>	3.00	3.10	.55	1.67	4
Humor <sup>a</sup>	1.25	1.56	.71	1	3.5
Acudir a la religión <sup>a</sup>	3.00	3.08	.70	1	4
Negación <sup>a</sup>	1.50	1.49	.49	1	2.75
Aceptación <sup>a</sup>	3.00	2.93	.67	1.75	4
Liberar emociones	2.00	2.13	.53	1	3.5
Desentend. mental <sup>a</sup>	1.75	1.83	.57	1	3.25
Desentend. conduct. <sup>a</sup>	1.50	1.58	.60	1	3

n=49. <sup>a</sup>=distribución no normal

Asimismo, en cuanto al primer objetivo específico, que buscaba analizar la relación entre el Tiempo post diagnóstico, variable sociodemográfica y continua, y las estrategias de afrontamiento, se encontró que la estrategia enfocada en la emoción, reinterpretación positiva y crecimiento, fue la única que obtuvo una correlación significativa, siendo esta mediana y directa ( $r=.35$ ,  $p<.05$ ). Las demás estrategias resultaron no significativas (ver apéndice C).

En la tabla 3 se presentan los estadísticos descriptivos de la variable bienestar psicológico.

Tabla 3

*Descriptivos de Bienestar Psicológico*

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Autonomía	62	5.96	49	73
Relaciones positivas	60	9.45	33	75
Autoaceptación	61	8.30	41	76
Control del ambiente	61	8.1	45	81
Propósito de vida	64	7.14	47	78
Crecimiento personal	65	5.85	53	77
Bienestar psicológico total	373	33.64	294	447

n=49

De esta manera, en cuanto a los niveles de bienestar psicológico, según los baremos de la muestra, se observa que el 34.7% de las madres de niños (as) diagnosticados con autismo tiene un nivel de bienestar psicológico bajo; el 30,6%, un nivel de bienestar medio; y el 34.7% restante, un nivel alto.

Asimismo, respecto al segundo objetivo específico que buscaba hallar la relación entre la variable Tiempo post diagnóstico y el bienestar psicológico y sus dimensiones, se encontró que la dimensión Autonomía tuvo una correlación significativa, siendo esta directa y pequeña ( $r=.29$ ,  $p=.04$ ). Las demás dimensiones no resultaron significativas (ver apéndice C).

Finalmente, respecto al objetivo que buscaba comparar el bienestar psicológico global y sus respectivas dimensiones en función de la variable sociodemográfica que indica si las madres reciben ayuda en el cuidado de su hijo (a) o no, se observó que existe una diferencia significativa entre ambos grupos. Así pues, se ve que hay una diferencia grande entre las madres que cuentan con alguien que las ayude a cubrir las necesidades inmediatas de su hijo(a) y aquellas que no, siendo las primeras las que tienen un mayor grado de bienestar psicológico total. De igual manera, se encontraron diferencias significativas con la variable autoaceptación y control del ambiente, siendo la primera mediana y la segunda grande. De modo que las madres que reciben apoyo son las que puntúan más en dichas dimensiones (ver tabla 4).

Por el contrario, no se encontró ninguna diferencia significativa con la dimensión autonomía, crecimiento personal, propósito de vida y relaciones positivas (ver apéndice C).

Tabla 4  
*Diferencias de Bienestar psicológico según la variable Ayuda en cuidados del hijo(a)*

	Ayuda				<i>t(gl)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Sí (n=25)		No (n=24)				
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Bienestar psicológico	385.4	31.1	360.9	29.9	-2.81(47)	.01	.80
Autoaceptación	63.9	8.0	58.3	7.7	-2.50(47)	.02	.71
Control del ambiente	64.2	6.8	57.9	8.4	-2.90(47)	.01	.82

## Discusión

Tomando como referencia los resultados hallados, se analizará la relación entre las estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico con sus respectivas dimensiones para contestar al objetivo general. De igual manera, se discutirán los objetivos específicos de la presente investigación, relacionados al impacto que podrían tener determinadas variables sociodemográficas en los constructos planteados. Por último, se mencionarán las limitaciones encontradas y las sugerencias para próximos estudios.

En la presente investigación se optó por estudiar la relación entre las estrategias de afrontamiento, el bienestar psicológico y sus dimensiones, con la finalidad de conocer los recursos psicológicos que las madres de niños con autismo. Por ello, a continuación se analizarán los resultados teniendo en cuenta que estas estrategias son estudiadas según la manera cómo las madres suelen reaccionar frente a una situación difícil, y considerando que el bienestar psicológico se mide en relación a la percepción de sí mismas y de su entorno.

La estrategia reinterpretación positiva y crecimiento fue una de las más usadas por las madres y - como se hipotetizó- guarda relación directa con el bienestar psicológico y la dimensión crecimiento personal. Asimismo, se relaciona con las dimensiones de autonomía y autoaceptación. De este modo, cabe mencionar que la manera cómo las madres perciban el problema cobraría especial importancia en su adaptación, tanto a nivel individual como familiar (Pozo, 2010). Al respecto, Pozo y Sarriá (2015) señalan que una percepción negativa de la situación, ya sea al verla como una catástrofe o que tengan sentimientos de culpa, es un predictor importante de estrés para las madres de niños con autismo. Por el contrario, percibir la situación como manejable, comprensible y significativa parece proteger a las familias del estrés (Olsson & Hwang, 2002; Pozo, Sarriá & Brioso, 2014; Pozo & Sarriá, 2014) y mejorar sus niveles de bienestar psicológico, autoaceptación, autonomía y crecimiento personal (Pozo, 2010).

En la misma línea, se ha encontrado que cuando las personas se dan cuenta de que existe discrepancia entre la realidad de su presente y lo que desean para el futuro, tratan de superar esta diferencia con altas expectativas de tener éxito (Oettingen, Pak & Schnetter,

2001). Es así que la estrategia reinterpretación positiva y crecimiento sería un esfuerzo cognitivo que las personas realizan para elaborar pensamientos que les permitan centrarse en la parte favorable del problema y así poder evaluar la situación como una oportunidad para aprender y madurar (Lazarus & Folkman, 1986).

Pozo et al. (2014) también han encontrado relación directa entre la estrategia reinterpretación positiva y el bienestar psicológico. De igual manera, en investigaciones en las que se estudió el bienestar psicológico como niveles bajos en estrés, enojo y depresión (Greenberg & Carter, 2008; Hastings & Johnson, 2001; Pozo et al., 2014; Smith, Seltzer & Tager-Flusberg), la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento también se vio relacionada de manera inversa con los puntajes de dichas variables.

En cuanto a la relación directa entre autonomía, y reinterpretación positiva y crecimiento, cabe mencionar que según la teoría de la autodeterminación, la primera es una de las tres necesidades psicológicas básicas que, junto con el sentido de competencia y las relaciones sociales, promueve el desarrollo personal, el funcionamiento saludable y el bienestar en las personas (Deci & Ryan, 2002). Además, cabe señalar que - según esta teoría- el grado de motivación del individuo en una situación determinada dependerá de la satisfacción de estas tres necesidades (Deci & Ryan, 2002).

Se podría decir que un pensamiento positivo respecto a una situación difícil se relacionaría con la manera en que las madres se evalúan a sí mismas y a sus propias competencias. Asimismo, en la medida que las madres se valoren de manera positiva, su capacidad de elección y convicción en sus propias ideas también podría aumentar. Hastings y Brown (2002) encuentran que las madres de niños con TEA serían más capaces de enfrentar problemas conductuales y situaciones difíciles asociados al trastorno cuando se perciben más competentes en su rol, y que esta manera de evaluarse puede amortiguar el impacto en los niveles de ansiedad y depresión comúnmente reportados por ellas. Además, según lo señalado por Radel et al. (2013), una percepción de un alto nivel de competencia puede ayudarlas a disminuir la sensación de perder su autonomía.

En la misma línea, esta valoración también se vería reflejada en el balance que hacen las madres sobre sus fortalezas y limitaciones, aceptándose a sí mismas como son.



Pozo (2010), como en el presente estudio, encontró una correlación directa y significativa entre la estrategia reestructuración positiva y crecimiento, y la autoaceptación, afirmando que la primera puede influir de manera favorable en el desarrollo de la segunda.

En cuanto al crecimiento personal y su relación con la estrategia reinterpretación positiva y crecimiento, cabe señalar que en el estudio de Smith et al. (2008) también se halló que ambas se correlacionaban entre sí de manera directa. De este modo, así como lo encontrado por Albarracín- Rodríguez (2014) y Pineda (2012), frente a un conflicto, como el diagnóstico de sus hijos, se podría hipotetizar que las madres utilizarían esta situación como un incentivo y se centrarían en el desarrollo personal.

En el presente estudio se halló que la contención del afrontamiento estaría relacionado de manera directa con el crecimiento personal, resultado que no ha sido reportado en investigaciones previas sobre afrontamiento y bienestar psicológico. Es así que el resultado sugeriría que detenerse a pensar sobre el tema y esperar el momento adecuado para actuar guardaría relación con un mayor autoconocimiento, mayor sentido de eficacia y mayor confianza en el desarrollo de su potencial.

En ese sentido, este resultado se podría explicar por medio de la valoración primaria y secundaria que hacen las personas ante una situación. En la primaria el individuo evalúa si determinado evento compromete o no sus metas y en la secundaria elige cómo hacerle frente (Lazarus, 1999). De esta manera, según lo hallado, se podría decir que las madres elegirían postergar el afrontamiento, mientras van definiendo si tratarán al estresor como una pérdida, desafío, amenaza, etc. De modo que en la valoración secundaria, la contención del afrontamiento aparece como una primera respuesta, con el propósito de ir evaluando el momento oportuno para desplegar otra forma de hacerle frente a la situación.

Es así que, según este resultado, las madres que se toman su tiempo para evaluar la situación y no actúan de primer impulso tendrían mayor conocimiento sobre sí mismas, mayor confianza en el desarrollo de su potencial y un mayor sentido de eficacia. En el caso de las madres, se podría explicar este resultado a partir de la evidencia que señala a las mujeres como el grupo que tiende a tener un mejor manejo y reconocimiento de sus emociones (Ciarrochi, Chan, & Caputi, 2000).



Asimismo, la estrategia planificación se relaciona de manera directa con la autoaceptación, resultado que va en la línea de lo hallado por Pozo (2010). De igual forma, como se hipotetizó, se encontró que dicha estrategia se relaciona de manera directa con el crecimiento personal, lo cual también fue hallado por Smith et al. (2008). De esta manera, podría decirse que una vez que las madres hacen una pausa para no actuar de manera impulsiva, tendrían que proponer una estrategia sobre los pasos a seguir para mantener o mejorar sus niveles de bienestar al mantener una imagen realista de sí misma y al percibir que desarrollan su potencial.

Sin embargo, no se corroboró la hipótesis que proponía una relación entre planificación y bienestar psicológico global. Esto sugeriría que, para las madres de la muestra, llevar a cabo un plan de acción para hacerle frente a una situación difícil no implicaría tener un mayor nivel de bienestar psicológico, ya que probablemente haya otros factores que aporten a este estado, como la estabilidad económica o la calidad de la relación de pareja.

Asimismo, en este estudio se halló que la estrategia desentendimiento mental está relacionada de manera indirecta con la dimensión dominio del ambiente. En ese sentido, se podría argumentar que a medida que las madres buscan distraerse de pensar en el problema, su percepción de control sobre la situación disminuiría y viceversa. De esta manera, siendo el dominio del ambiente para Ryff et al. (2008) una dimensión relacionada con la percepción de autoeficacia de las personas, cabe mencionar que una alta autoeficacia percibida puede relacionarse con menores niveles de estrés y ansiedad, con pensamientos positivos acerca de llevar a cabo una acción con éxito y con una adecuada planificación y anticipación de buenos resultados (Bandura, 1995). Por el contrario, el uso de estrategias que evitan entrar en contacto con el problema, como la distracción y las conductas de no compromiso, estarían asociadas de manera directa con elevados niveles de ansiedad (Pozo, 2010). Por ello, distraerse del problema estaría relacionado con que las madres de niños con autismo eleven sus niveles de ansiedad y disminuyan sus esfuerzos para tener el control de la situación.

En la misma línea, se encontró que la estrategia desentendimiento conductual se asocia de manera indirecta con el bienestar psicológico. Así también, dicha estrategia se

relacionaría de manera indirecta con autoaceptación, propósito en la vida y relaciones positivas. Al respecto, Pineda (2012) señala que cuando los padres de niños con autismo emplean estrategias evitativas, como el desentendimiento conductual, sus niveles de estrés persisten y afectan tanto su rol de padres, como sus capacidades para controlar las conductas inadecuadas de su hijo. De modo que al dirigir su comportamiento a actividades ajenas al problema, en lugar de disminuir el estrés, este persistiría (Osborne & Reed, 2009).

Así, los niveles de bienestar de las madres, y la manera como se valoran y aceptan se verían afectados al aumentar sus niveles de estrés, ya que frente a una situación que perciben como amenaza podrían culparse, resignarse, tener cuadros depresivos, crear una imagen negativa de sí mismas y disminuir sus niveles de autoeficacia en algunas funciones, como su rol parental, ya sea por la manera en que ellas se perciben y cómo piensan que las perciben los demás (Auad, 2009; Kuhn et al., 2006),

Asimismo, respecto a la relación inversa entre desentendimiento conductual y propósito en la vida, se sabe que en comparación con los padres de niños neurotípicos, los padres de niños con autismo tienden a emplear con mayor frecuencia estrategias evitativas o de escape (Pisula & Kossakowska, 2010; Tway, Connolly, & Novak, 2007), lo cual puede ser desadaptativo para ellos y no contribuir con su bienestar; mientras que los progenitores que entienden la situación, creen que la pueden manejar y la toman como un reto, podrían ver potenciadas sus metas o propósitos en la vida (Pozo, 2010).

De esta manera, en los padres de niños con dificultades intelectuales, además de evidenciarse sentimientos de pérdida e impotencia, se observa que suelen tener sentimientos de fracaso al ver que la condición de sus hijos no les permite alcanzar sus metas (Olson & Hwang, 2001). Además, en el caso específico de las madres, se ha visto que son ellas las que suelen tener la mayor parte de la carga en el cuidados de sus hijos y las que suelen postergar sus planes a futuro (Auad, 2009) o dejar sus trabajos (Pozo, 2010).

En cuanto a la relación indirecta entre desentendimiento conductual y relaciones positivas, cabe retomar la teoría de la autodeterminación, en la que se afirma que la satisfacción de las tres necesidades psicológicas básicas, sentido de competencia, autonomía y relaciones sociales, influirá en el grado de motivación del individuo en una

situación determinada (Deci & Ryan, 2002). De este modo, se podría decir que las madres del presente estudio utilizarían la estrategia desentendimiento conductual al no verse lo suficientemente motivadas para llevar a cabo acciones dirigidas a tratar los conflictos que se les presentan, como la situación de sus hijos; sobre todo, cuando perciben relaciones insatisfactorias con su entorno más cercano. Esto último sigue la línea de lo encontrado por Dunn, Burbine, Bowers y Tantleff-Dunn (2001), quienes afirman que los estilos de afrontamiento de escape y evitación se relacionan con resultados negativos de adaptación, como depresión, aislamiento social y problemas en la pareja.

En la misma línea, cabe mencionar que en esta investigación se encontró una relación directa entre búsqueda de apoyo social por razones emocionales y relaciones positivas. Al respecto, se ha visto que el soporte social puede ser un factor protector que alivia el estrés de los padres, y mejora el bienestar personal y las actitudes positivas que tienen con las personas más próximas a ellas, como su hijo (Pozo et al., 2014). En específico, el apoyo social por razones emocionales podría ayudar a los padres a adaptarse mejor a las exigencias de su entorno y desarrollar mayor resiliencia en su rol de cuidadores al sentirse apoyados (Tway et al., 2007). En ese sentido, las madres que cuentan con espacios en los que pueden hablar de sus sentimientos, buscan apoyo en personas de confianza y perciben comprensión por parte de su entorno podrían percibir sus relaciones interpersonales como positivas y satisfactorias.

En la presente investigación se encontró relación entre el paso del tiempo post diagnóstico y la forma cómo las madres suelen afrontar situaciones difíciles. De esta manera, este resultado podría dar cuenta de que mientras más tiempo haya pasado desde el diagnóstico de sus hijos, las madres tienden a buscar un significado a sus experiencias de conflicto y madurar a partir de ello. Al respecto, tomando en cuenta que la condición de su hijo puede ser una estas experiencias, cabe mencionar que en un estudio longitudinal se halló que, si bien en un principio las madres suelen utilizar estrategias dirigidas al problema para organizarse y tener información sobre la condición de sus hijos, más adelante podrían inclinarse a utilizar las estrategias enfocadas en la emoción, como reinterpretación positiva y crecimiento, a medida que pasan los años (Gray, 2006).

Entonces, frente a una situación que desborda su capacidad de afronte, como el diagnóstico de sus hijos, las madres podrían percatarse de que no basta saber del tema para manejar las emociones que les suscitan, sino también reconocer qué sienten y qué necesitan para manejarlas. De este modo, lo que sucedería es que las madres se dan cuenta de que sus emociones pueden ser mejor asistidas si en lugar de percibir el diagnóstico como un problema, lo toman como un reto del cual pueden rescatar aspectos positivos y crecer como personas (Albarracín- Rodríguez, 2014; Pineda, 2012).

Asimismo, como se propuso de hipótesis, en la presente investigación se encontró que las madres que llevaban más tiempo enteradas del diagnóstico podrían desarrollar un mayor nivel de autonomía; es decir, serían más capaces de tomar decisiones y actuar bajo sus propios preceptos con mayor independencia de su entorno, y se evaluarían a sí mismas bajo sus propios estándares (Ryff & Singer, 2008). Al respecto, cabe mencionar que un principio suelen ser los profesionales quienes toman las decisiones acerca del tratamiento y educación de los niños (Scorgie, Wilgosh, & Sobsey, 2004). Sin embargo, también se ha visto que la mayoría de los padres con hijos con necesidades especiales buscan ser agentes activos en el proceso de adaptación, ya que diariamente piensan en nuevas maneras de hacer frente a los desafíos que se les presentan (Nota et al. 2003).

De esta manera, a medida que la familia puede percibir el diagnóstico como una situación manejable y considerarlo como un reto que merece la pena afrontar, puede ir valorándose como capaz de funcionar de manera adecuada y autónoma en su entorno (Pozo, 2010). Por este motivo, se puede decir que mientras mayor tiempo haya pasado desde que las madres se enteraron de la condición de sus hijos, podrían adquirir mayores destrezas e información que les permita percibirse más independientes en la toma de decisiones.

Así, en cuanto al segundo objetivo de este estudio, donde se investiga la variable sociodemográfica “apoyo en el cuidado de su hijo”, se halló que existe diferencia entre aquellas madres que cuentan con esta ayuda y las que no. De este modo, las madres que reportaron tener algún tipo de apoyo en los cuidados de sus hijos resultaron tener mayores niveles de bienestar psicológico, autoaceptación y dominio del ambiente, lo cual sigue la línea de lo que se hipotetizó desde un principio. Con este resultado se puede decir que



contar con apoyo en el cuidado del hijo podría resultar favorable para la madre en la medida que su bienestar psicológico aumenta, percibe mayor control sobre el ambiente, y logra reconocer sus límites y fortalezas en el cuidado de su hijo.

De esta manera, se puede observar que en el proceso de adaptación de las madres a una situación que desborda su capacidad de afronte, como el diagnóstico de su hijo, influyen varios factores, como la manera en que la perciben. Al respecto, se ha visto que la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento es elegida “usualmente” por el promedio de las madres y guarda relación con el paso del tiempo post diagnóstico de los hijos. Con este resultado se puede argumentar que las madres de la muestra estarían en un proceso de aprendizaje continuo y que mientras más tiempo lleven enteradas del diagnóstico lograrían instruirse con nuevos recursos para hacerle frente a los distintos conflictos que se les vayan presentando, como la conducta de sus hijos.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, cabe mencionar el amplio espectro del trastorno elegido, donde las conductas y funcionamiento de los niños y niñas entran en un rango de gradientes que pueden influir en el estrés de las madres. Por ello, se recomienda que para próximas investigaciones sobre el tema se tenga en cuenta el nivel de funcionamiento o severidad del trastorno, de modo que la muestra pueda ser más homogénea. Además, el tamaño de la muestra es pequeño en relación a otras investigaciones hechas con esta población, lo cual puede haber influido en que las correlaciones no sean muy altas.

Asimismo, se sugiere seguir investigando el bienestar psicológico en la población en relación a otros constructos como el sentido de coherencia y calidad de vida familiar, ya que en investigaciones como las de Pozo (2010) se incluyen ambos constructos para estudiar la adaptación psicológica de las madres y padres.

Finalmente, cabe mencionar que este trabajo complementa la línea de estudio de las investigaciones llevadas a cabo con madres de niños con autismo en Lima Metropolitana. Asimismo, aporta al conocimiento de sus recursos psicológicos para adaptarse al diagnóstico desde un enfoque positivo de la salud, en el que bienestar no es lo opuesto a enfermedad.



## Referencias

- Aliaga, D. (2012). *Burnout y bienestar psicológico en técnicas de enfermería de un hospital nacional de lima metropolitana* (Tesis de licenciatura). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastorno del espectro del autismo. *En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5<sup>a</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aramayo, M. (2010). Estrés en padres de personas con discapacidad. Estudio exploratorio a nivel nacional: Un primer avance. *Hablemos de la discapacidad en la diversidad. Investigaciones venezolanas sobre las personas con discapacidad*, 2, 109-126. Recuperado de [http://www.rihsc.mmu.ac.uk/docs/Hablemos\\_de\\_la\\_discapacidad.pdf](http://www.rihsc.mmu.ac.uk/docs/Hablemos_de_la_discapacidad.pdf).
- Arberas, C. & Ruggier, V. (2013). Autismo y epigenética: Un modelo de explicación para la comprensión de la génesis en los trastornos del espectro autista. *Medicina*, 73(1), 20-29.
- Auad, M. (2009). *Representaciones mentales de la maternidad en madres de hijos con trastorno del espectro autista* (Tesis de licenciatura). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Autism Speaks (27 de Enero del 2014). Study on DSM-5 shows effects on autism diagnosis and prevalence. *ScienceDaily*. Recuperado de [www.sciencedaily.com/releases/2014/01/140127101232.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2014/01/140127101232.htm)
- Baio, J. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years: Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010 morbidity and mortality weekly report. *Surveillance Summaries*, 63, 1-21.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge university press.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI) 1. *Psicothema*, 18(Suplemento), 13-25.
- Basa, J. (2010). *Estrés parental con hijos autistas: Un estudio comparativo* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/estres-parental-con-hijos-autistas.pdf>
- Becerra, S. (2013). *Rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima*. (Tesis de maestría). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis PUCP.

- Becerra, I. & Otero, S. (2013). *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de maestría). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Beléndez, M. (2012). Estrategias de afrontamiento y bienestar emocional en padres y madres de niños y adolescentes con diabetes: Diferencias de género. *Ansiedad & Estrés*, 18, 177-186.
- Bueno-Hernández, A., Silva-Mathews, Z., Pastor-Zamalloa, M., & Cárdenas-Gutiérrez, M. (2012). Experiencias de los padres ante el cuidado de su hijo autista. *Revista Enfermería Herediana*, 5(1), 26-36
- Brobst, J., Clopton, J., & Hendrick, S. (2009). Parenting children with autism spectrum disorders: The couple's relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(1), 38-49.
- Carver, C., & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184–195.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cassaretto, M., & Chau, C. (2016). Afrontamiento al estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 42(2), 95-109.
- Chávez, S. (2011). *Bienestar psicológico en practicantes de yoga* (Tesis de licenciatura). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Chiaravalli, L. (2012). *Sensitividad Materna en madres de niños con un diagnóstico del espectro autista* (Tesis de licenciatura). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Ciarrochi, J., Chan, A., & Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28(3), 539-561.
- Cubas, M. (2003). *Bienestar subjetivo, bienestar psicológico y rendimiento académico en estudiantes universitarios* (Tesis inédita de licenciatura). Universidad de Lima, Lima, Perú.
- Deci, E., & Ryan, R. (2002). Self-determination research: Reflections and future directions. En E. Deci y R. Ryan (Eds), *Handbook of selfdetermination research* (pp. 431-44). Rochester, NY: University of Rochester Press.

- Demos, A. (2015). *Representaciones del autismo en padres de hijos autistas* (Tesis de licenciatura). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dunn, M., Burbine, T., Bowers, C., & Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community mental health journal*, 37(1), 39-52.
- Endler, N., & Parker, J. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
- Escamilla, M., Rodríguez, I., & Gonzáles, M. (2009). El estrés como amenaza y como reto: Un análisis de su relación. *Ciencia y Trabajo*, 32, 96-101
- Fortea, M., Escandell, M., & Castro, J. (2013). Aumento de la prevalencia de los trastornos del espectro autista: una revisión teórica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD*, 1(1), 746-768.
- González- Méndez, H. (2005). *El paradigma personal: Un modelo integrador en psicoterapia*. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes. Consejo de Publicaciones.
- Gray, D. (2006). Coping over time: The parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 50(12), 970-976.
- Griffith, G., Hasting, R., Nash, S., & Hill, C. (2010). Using matched groups to explore child behavior problems and maternal well-being in children with down syndrome and autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(5), 610-619.
- Guimet, M. (2011). *Bienestar psicológico en un grupo de mujeres privadas de su libertad que realizan ejercicio físico* (Tesis de licenciatura). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Hastings, R., & Johnson, E. (2001). Stress in UK families conducting intensive home-based behavioural interventions for their young child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(3), 327-336.
- Hastings, R., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American journal on mental retardation*, 107(3), 222-232.
- Hoffman, C., Sweeney, D., Hodge, D., Lopez-Wagner, M., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(3), 178-187.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014). *Primera encuesta nacional especializada sobre discapacidad 2012*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1171/ENEDIS%202012%20-%20COMPLETO.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1171/ENEDIS%202012%20-%20COMPLETO.pdf)
- Instituto para el Desarrollo Infantil- Arie (2015). *Diagnósticos anuales en Arie La Molina*, (Informe anual). Lima, Perú: Arie La Molina.
- Kanne, S., & Mazurek, M. (2011). Aggression in children and adolescents with ASD: Prevalence and risk factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(7), 926-937.
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Kuhn, J., & Carter, A. (2006). Maternal self- efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 564-575.
- Lai, W., Goh, T., Oei, T., & Sung, M. (2015). Coping and well-being in parents of children with autism spectrum disorders (ASD). *Journal of autism and developmental disorders*, 45(8), 2582-2593.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lecavalier, L., Leone, S., Wiltz, J. (2006). The impact of behavior problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(3), 172 – 183.
- Long, A. (2005). *Understanding fathers' experiences of raising and autistic son: A qualitative study*. New England: Microform.
- Marazzi-Santiago, M., & Rodríguez-Ayuso, I. (2014). *Prevalencia de trastornos del espectro autista, 2011*. San Juan, Puerto Rico. Recuperado de [www.estadisticas.gobierno.pr](http://www.estadisticas.gobierno.pr)
- Marcín, C. (2013). *Prevalencia del autismo en México*. Recuperado de [www.clima.org.mx/imagenes/pdf.prevalencia.pdf](http://www.clima.org.mx/imagenes/pdf.prevalencia.pdf)
- Mendoza, X. (2014). *Estrés parental y optimismo en padres de niños con trastorno del espectro autista* (Tesis de licenciatura). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis PUCP.



- Meza, B. (2012). *Bienestar psicológico en practicantes de danza contemporánea* (Tesis de licenciatura). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Morán, C., Landero, R. & González, M. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Nota, L., Soresi, S., Ferrarai, L., Wilgosh, L., & Scorgie, K. (2003). Life management and quality of life in parents of children with diverse disabilities. *Developmental Disabilities Bulletin*, 31(2), 155-181.
- OMS (2016). *Trastornos del espectro autista*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Olsson, M., & Hwang, C.(2002). Sense of coherence in parents of children with different developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(7), 548-559.
- Olsson, M., & Hwang, C. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 535-543.
- Osborne, L., & Reed, P. (2009). The relationship between parenting stress and behavior problems of children with autistic spectrum disorders. *Exceptional Children*, 76(1), 54-73.
- Oettingen, G., Pak, H., & Schnetter, K. (2001). Self-regulation of goal-setting: Turning free fantasies about the future into binding goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 736.
- Pardo, F. (2010). *Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en alumnos de un MBA de Lima Metropolitana* (Tesis de licenciatura). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Pelchat, D., Levert, M., & Bourgeois-Guérin, V. (2009). How do mothers and fathers who have a child with a disability describe their adaptation/transformation process? *Journal of Child Health Care*, 13(3), 239-259.
- Pereira, M., (2010). Estudio descriptivo del autismo en Venezuela: Análisis de las primeras mil historias clínicas de CEPIA. Primer avance de resultados. En M. Aramayo (Ed.), *Hablemos de la discapacidad en la diversidad* (pp. 127 – 142). Caracas: Universidad Monteávila. Recuperado de [http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/253/Pon\\_AramayoM\\_CalidadVidaConcepto\\_2010.pdf?sequence=1](http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/253/Pon_AramayoM_CalidadVidaConcepto_2010.pdf?sequence=1)



- Phetrasuwan, S. (2003). Psychological adjustment in mother of children with autism spectrum disorders. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(11B), 5452.
- Pineda, D. (2012). *Estrés parental y estilos de afrontamiento en padres de niños con trastornos del espectro autista* (Tesis de licenciatura). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis PUCP.
- Pisula, E., & Kossakowska, Z. (2010). Sense of coherence and coping with stress among mothers and fathers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(12), 1485-1494.
- Pottie, C., & Ingram, K. (2008). Daily stress, coping, and well-being in parents of children with autism: A multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 855-864.
- Pozo, P. (2010). *Adaptación psicológica y familiar en madres y padres de personas con Trastornos del Espectro Autista* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a distancia, Madrid.
- Pozo, P., & Sarriá, E. (2014). Prediction of stress in mothers of children with autism spectrum disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, E6.
- Pozo, P., Sarriá, E., & Brioso, A. (2014). Family quality of life and psychological well-being in parents of children with autism spectrum disorders: a double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(5), 442-458
- Pozo, P., & Sarriá, E. (2015). Still stressed but feeling better: Well-being in autism spectrum disorder families as children become adults. *Autism*, 19(7), 805-813.
- Radel, R., Pelletier, L., & Sarrazin, P. (2013). Restoration processes after need thwarting: When autonomy depends on competence. *Motivation and Emotion*, 37(2), 234-244.
- Roger, D., Jarvis, G., & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15(6), 619-626.
- Rodríguez, Á., Hernández, L., & Caicedo, 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.

- Ryan, R., & Deci, E. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaemonic well-being. En Fiske, S. (Ed.), *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well – being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13 – 39.
- Sarto, M. (2001). *Familia y Discapacidad*. Trabajo presentado en el III Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo”, Universidad de Salamanca, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), España. Recuperado de <https://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>
- Scorgie, K., Wilgosh, L., & Sobsey, D. (2004). The Experience of Transformation in Parents of Children with Disabilities: Theoretical Considerations. *Developmental Disabilities Bulletin*, 32(1), 84-110.
- Sigman, M., Spence, S., and Wang, A. (2006). Autism from developmental and neuropsychological perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 327 – 355.
- Smith, L., Seltzer, M., Tager-Flusberg, H., Greenberg, J., & Carter, A. (2008). A comparative analysis of well-being and coping among mothers of toddlers and mothers of adolescents with ASD. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 38(5), 876-889. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-007-0461-6>
- Sousa, M. (02 de abril del 2016). Día Mundial del Autismo: ¿Cómo se vive siendo autista en el Perú? *Perú 21*. Recuperado de <http://peru21.pe/actualidad/vivir-siendo-autista-peru-infografia-2235640>
- Taylor, S., Klein, L., Lewis, B., Gruenewald, T., Gurung, R., & Updegraff, J. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107(3), 411-429.
- Temple, S. (2014). *Bienestar psicológico y esperanza en internas de un penal de Lima* (Tesis de licenciatura). Recuperada del Repositorio Digital de Tesis PUCP.

- Twoy, R., Connolly, P., & Novak, J. (2007). Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 19(5), 251- 260.
- Van Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., & Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff's six-factor model of psychological well-being, a Spanish exploration. *Social Indicators Research*, 87(3), 473.
- Vázquez, C. Hervás, C. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Browser.
- Yamada, A., Suzuki, M., Kato, M., Suzuki, M., Tanaka, S., Shindo, T., ... & Furukawa, T. A. (2007). Emotional distress and its correlates among parents of children with pervasive developmental disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(6), 651-657.
- Yannarella, W. (2010). Estudio descriptivo del autismo en Venezuela. En M. Aramayo (Ed.), *Hablemos de la discapacidad en la diversidad* (pp. 127 – 142). Caracas: Universidad Monteávila. Recuperado de [http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/253/Pon\\_AramayoM\\_CalidadVidaConcepto\\_2010.pdf?sequence=1](http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/253/Pon_AramayoM_CalidadVidaConcepto_2010.pdf?sequence=1)
- Zapata, A., Bastida, M., Quiroga, A., Charra, S., & Leiva, J. (2013). Evaluación del bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento en padres con niños o adolescentes con retraso mental leve. *Psiciencia: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 5(1), 15-23.



## APÉNDICES





## APÉNDICE A

### Consentimiento informado

El presente estudio es conducido por Ana Lucía Pérez de Velasco Geldres, de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de esta investigación es conocer acerca de las actitudes y comportamiento de las madres de niños (as) diagnosticados (as) con el Trastorno del Espectro Autista (TEA), en relación a su entorno y así mismas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar dos cuestionarios y una ficha de datos. Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso la perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradezco su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en este estudio, conducido por Ana Lucía Pérez de Velasco Geldres. He sido informada de que la meta de esta investigación es conocer acerca de las actitudes y comportamiento de las madres de niños (as) diagnosticados (as) con el Trastorno del Espectro Autista (TEA), en relación a su entorno y así mismas.

Me han indicado también que tendré que responder dos cuestionarios y una ficha de datos, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio o alguna sugerencia sobre el proyecto, puedo contactar a la Lic. Rocío Soto al correo [rocio.sotob@pucp.pe](mailto:rocio.sotob@pucp.pe).

Por último, entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

---

Firma de la Investigadora

---

Firma del Participante

---

Fecha

## APÉNDICE B

## Confiabilidades de las Escalas

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

Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem
<b>Activo <math>\alpha=.66</math></b>			<b>Supresión <math>\alpha=.70</math></b>		
A05	.344	.716	A33	.622	.478
A47	.467	.587	A42	.362	.783
A58	.644	.317	A55	.602	.502
Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem
<b>Planificación <math>\alpha=.62</math></b>			<b>Contención <math>\alpha=.63</math></b>		
A19	.256	.643	A10	-.065	.628
A32	.473	.475	A22	.290	.313
A39	.389	.558	A41	.351	.253
A56	.488	.461	A49	.455	.109
Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem
<b>Soporte instrumental <math>\alpha=.76</math></b>			<b>Soporte emocional <math>\alpha=.80</math></b>		
A04	.543	.702	A11	.670	.699
A14	.604	.670	A23	.644	.712
A30	.446	.746	A34	.439	.813
A45	.624	.650	A52	.671	.706

Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem
<b>Reinterpretación positiva <math>\alpha=.68</math></b>			<b>Humor <math>\alpha=.89</math></b>		
A29	.506	.563	A08	.538	.934
A38	.405	.681	A20	.800	.849
A59	.571	.484	A36	.892	.812
			A50	.856	.826

Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem
<b>Acudir a la religión <math>\alpha=.74</math></b>			<b>Negación <math>\alpha=.56</math></b>		
A07	.488	.693	A06	.344	.531
A18	.525	.661	A27	.108	.653
A48	.598	.614	A40	.611	.289
A60	.514	.668	A57	.411	.466

Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem
<b>Aceptación <math>\alpha=.74</math></b>			<b>Liberar emociones <math>\alpha=.63</math></b>		
A13	.606	.598	A03	.459	.520
A21	.479	.700	A17	.433	.520
A44	.662	.596	A28	.358	.576
A54	.366	.733	A46	.372	.578

Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem
<b>Desentendimiento mental <math>\alpha=.58</math></b>			<b>Desentendimiento conductual <math>\alpha=.61</math></b>		
A02	.419	.470	A09	.354	.561
A16	.349	.529	A24	.493	.446
A31	.282	.574	A37	.387	.537
A43	.419	.472	A51	.320	.583

Correlación	Alfa si se
-------------	------------

Ítem	ítem – test corregida	elimina el ítem
<b>Uso de alcohol y drogas <math>\alpha=.00</math></b>		
A12	.00	.00
A26	.00	.00
A35	.00	.00
A53	.00	.00



**Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test Corregidas del cuestionario de Bienestar Psicológico**

Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem
<b>Escala total <math>\alpha=.90</math></b>			<b>Escala total <math>\alpha=.90</math></b>		
B1	.227	.893	B31	.503	.890
B2	.136	.894	B32	.232	.893
B3	.225	.893	B33	.253	.893
B4	.118	.894	B34	.341	.892
B5	.243	.893	B35	.681	.889
B6	.456	.891	B36	.078	.894
B7	.362	.892	B37	.266	.893
B8	.017	.895	B38	-.022	.895
B9	.385	.892	B39	.550	.891
B10	.036	.895	B40	.281	.893
B11	.128	.895	B41	.430	.891
B12	.197	.893	B42	.471	.891
B13	.520	.890	B43	.311	.892
B14	.144	.894	B44	.247	.893
B15	.453	.891	B45	.182	.893
B16	.098	.894	B46	-.013	.894
B17	.102	.895	B47	.151	.894
B18	.422	.891	B48	.394	.892
B19	.337	.892	B49	.159	.893
B20	-.080	.896	B50	.465	.891
B21	.551	.891	B51	.435	.891
B22	.298	.892	B52	.459	.892
B23	.345	.892	B53	.577	.891
B24	.382	.892	B54	.215	.893
B25	.126	.894	B55	.144	.894
B26	.172	.893	B56	.172	.893
B27	.153	.894	B57	.255	.893
B28	.122	.894	B58	-.021	.896
B29	.118	.894	B59	.216	.893
B30	.299	.892	B60	.578	.890



Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem
<b>Escala total <math>\alpha=.90</math></b>			<b>Escala total <math>\alpha=.90</math></b>		
B61	.527	.890	B73	.367	.892
B62	.490	.891	B74	.289	.892
B63	.436	.891	B75	.592	.890
B64	.162	.893	B76	.517	.890
B65	-.122	.897	B77	.472	.891
B66	.567	.890	B78	.317	.892
B67	.369	.892	B79	.304	.892
B68	.481	.891	B80	.239	.893
B69	.473	.891	B81	.345	.892
B70	.299	.893	B82	.124	.895
B71	.410	.892	B83	.392	.892
B72	.429	.891	B84	.398	.891

Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem
<b>Autonomía <math>\alpha=.50</math></b>			<b>Relaciones Positivas <math>\alpha=.90</math></b>		
B2	.135	.410	B1	.539	.792
B8	-.028	.463	B7	.422	.800
B14	.243	.375	B13	.619	.782
B20	-.162	.501	B19	.372	.805
B26	.054	.429	B25	.154	.818
B32	.240	.376	B31	.608	.784
B38	-.029	.460	B37	.506	.794
B44	.135	.410	B43	.540	.790
B50	-.028	.463	B49	.095	.818
B56	.243	.375	B55	.309	.809
B62	-.162	.501	B61	.543	.790
B68	-.028	.463	B67	.474	.796
B74	.243	.375	B73	.493	.794
B80	-.162	.501	B79	.338	.805

Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem
<b>Autoaceptación <math>\alpha=.72</math></b>			<b>Dominio del ambiente <math>\alpha=.78</math></b>		
B6	.518	.693	B3	.400	.744
B12	-.001	.751	B9	.449	.744
B18	.408	.709	B15	.372	.747
B24	.440	.705	B21	.194	.768
B30	.131	.734	B27	.146	.769
B36	.030	.748	B33	.274	.757
B42	.502	.699	B39	.429	.744
B48	.338	.718	B45	.327	.753
B54	.079	.744	B51	.496	.736
B60	.537	.693	B57	.254	.757
B66	.627	.682	B63	.397	.745
B72	.533	.691	B69	.627	.725
B78	.294	.722	B75	.659	.717
B84	.301	.721	B81	.399	.746

Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Correlación ítem – test corregida	Alfa si se elimina el ítem
<b>Propósito de vida <math>\alpha=.67</math></b>			<b>Crecimiento personal <math>\alpha=.61</math></b>		
B5	.194	.620	B4	.314	.415
B11	.162	.635	B10	.265	.437
B17	.335	.594	B16	.180	.459
B23	.339	.604	B22	.208	.451
B29	.083	.636	B28	.307	.421
B35	.444	.575	B34	-.065	.543
B41	.423	.582	B40	.418	.439
B47	.340	.596	B46	.255	.454
B53	.534	.581	B52	.316	.439
B59	.156	.624	B58	-.247	.581
B65	-.140	.686	B64	.231	.459
B71	.251	.611	B70	.507	.410
B77	.506	.567	B76	.167	.462
B83	.321	.600	B82	.211	.450

## APÉNDICE C

## Análisis no significativos

*Correlaciones entre Tiempo post diagnóstico y las estrategias de afrontamiento*

	Tiempo post diagnóstico
Activo	-.05
Planificación	-.15
Contención	.03
Supresión	-.10
Soporte instrumental	-.11
Soporte emocional	-.19
Humor	.08
Acudir a la religión	-.13
Negación	.15
Aceptación	.01
Liberar emociones	-.26
Desentend. mental	.05
Desentend. conduct.	.18

*Correlaciones entre Tiempo post diagnóstico y las dimensiones de de Bienestar Psicológico*

	Tiempo post diagnóstico
Relaciones positivas	.03
Autoaceptación	.11
Control del ambiente	.05
Propósito de vida	-.05
Crecimiento personal	.12
Bienestar psicológico global	.08

*Diferencias de las dimensiones de bienestar psicológico según la variable Ayuda en cuidados del hijo(a)*

	Ayuda				<i>p</i>
	Sí <sup>a</sup>		No <sup>b</sup>		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Autonomía	63.76	5.44	60.75	6.20	.66
Relaciones Positivas	62.28	9.55	57.83	6.63	.91
Propósito de vida	64.60	7.6	62.67	6.63	.56
Crecimiento personal	66.9	6.64	63.8	4.51	.03

n<sup>a</sup>=25, n<sup>b</sup>=24

## APÉNDICE D

## Pruebas de normalidad

## Prueba de Normalidad de los datos de acuerdo al estadístico Shapiro –Wilk

	Estadístico	<i>p</i>
Estrategias		
Activo	.930	.006
Planificación	.954	.054
Contención	.965	.153
Supresión	.954	.052
Soporte instrumental	.922	.003
Soporte emocional	.950	.037
Reinterpret. Positiva	.951	.042
Humor	.786	.000
Acudir a la religión	.930	.006
Negación	.875	.000
Aceptación	.947	.029
Liberar emociones	.969	.211
Desentend. Mental	.946	.026
Desentend. conduct.	.858	.000
Uso de alcohol y drogas	.127	.000



	Estadístico	<i>p</i>
Bienestar psicológico global	.981	.599
Autonomía	.974	.341
Relaciones positivas	.967	.191
Autoaceptación	.984	.751
Control del ambiente	.979	.422
Propósito en la vida	.982	.663
Crecimiento personal	.979	.525

