

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



Relación del estrés parental, el afrontamiento y el bienestar subjetivo  
de padres con hijos que presentan diabetes tipo 1

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

***Sharon Blau Leon***

Asesora:

***Mónica De Los Milagros Cassaretto***


Lima, 2024

## INFORME DE SIMILITUD

Yo, Mónica de los Milagros Cassaretto Bardales, docente de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesora de la tesis titulada “Relación del estrés parental, el afrontamiento y el bienestar subjetivo de padres con hijos que presentan diabetes tipo 1” de la autora Sharon Blau León, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 20%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 04/03/2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 04 de marzo del 2024

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora:	
<u>Cassaretto Bardales, Mónica de los Milagros</u>	
DNI: 09491245	Firma 
ORCID: 0000-0002-4880-6092	

## Resumen

Tener un hijo que presenta diabetes tipo 1 es un reto para los padres. A pesar que existen diversos estudios sobre el bienestar de los pacientes con DM1, son pocos los que se centran en los padres, quienes deben enfrentar nuevas responsabilidades diarias para lograr mantener los niveles de glucosa de sus hijos en un rango adecuado. Por eso, en la presente investigación se propone analizar las posibles relaciones del estrés parental, el afrontamiento y el bienestar subjetivo de 74 padres con hijos que presentan diabetes tipo 1 entre 3 y 18 años. Se tomarán en cuenta variables sociodemográficas como la edad y el sexo de los padres e hijos. Para ello se utilizará la escala de Estrés Parental - Versión Corta (PSI/SF) de Abidin (1995), la Escala COPE-60 (Carver et al.,1989), la Escala Satisfaction with life scale (Diener, et al., 1985) y la Escala de afecto positivo y negativo (PANAS). Los resultados evidencian que el estrés parental se relaciona inversamente con la satisfacción con la vida y directamente con el afecto negativo. Las estrategias de afrontamiento como “planificación” y “reinterpretación positiva” se asocian con mayor bienestar. El afecto negativo se relaciona con estrategias evitativas. Además, se hallaron diferencias en las variables de estudio según características sociodemográficas: la edad de los padres se vincula inversamente con la "supresión de actividades". Las madres tienen más estrés que los padres y utilizan ciertas estrategias más que los padres; los padres usan más “el humor”. La edad de los hijos se asocia inversamente con la “supresión de actividades” y con “la búsqueda de soporte social por razones instrumentales”. No se hallaron diferencias notables por el sexo de los hijos. También, se realizaron análisis complementarios tomando en cuenta ciertas variables sociodemográficas. Se encontraron diferencias significativas en función del estado civil de los padres y de la percepción del control de la enfermedad de los hijos.

**Palabras clave:** Padres de niños con diabetes Tipo 1, Estrés Parental, Afrontamiento, Bienestar Subjetivo

## Abstract

Having a child with type 1 diabetes is a challenge for parents. Despite various studies on the well-being of patients with type 1 diabetes, few focus on parents, who must face new daily responsibilities to maintain their children's glucose levels within an appropriate range. Therefore, this research aims to analyze potential relationships among parental stress, coping strategies, and subjective well-being of 74 parents with children aged 3 to 18 who have type 1 diabetes. Sociodemographic variables such as the age and gender of parents and children will be taken into account. The Parenting Stress Index - Short Form (PSI/SF) by Abidin (1995), the COPE-60 Scale (Carver et al., 1989), the Satisfaction with Life Scale (Diener et al., 1985), and the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) will be used. Results reveal that parental stress is inversely related to life satisfaction and directly related to negative affect. Coping strategies like "planning" and "positive reinterpretation" are associated with higher well-being. Negative affect is linked with avoidance strategies. Moreover, differences in study variables were found based on sociodemographic characteristics: parents' age is inversely associated with "activity suppression." Mothers experience more stress than fathers and employ certain strategies more frequently; fathers use "humor" more. Children's age is inversely associated with "activity suppression" and "instrumental social support seeking." No notable differences were found based on children's gender. Additional analyses considering specific sociodemographic variables were conducted. Significant differences were found based on parents' marital status and their perception of children's disease control.

**Key words:** Parents of children with Type 1 Diabetes, Parental Stress, Coping, Subjective Well-Being

## Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	13
Participantes	13
Medición	13
Procedimiento	16
Análisis de datos	17
Resultados	18
Discusión	21
Referencias	31
Apéndices	49
A. Características de los progenitores	49
B. Análisis de confiabilidad por consistencia Interna del PSI-SF	50
C. Análisis de confiabilidad por consistencia Interna del COPE 60	51
D. Análisis de confiabilidad por consistencia Interna del SWL	53
E. Análisis de confiabilidad por consistencia Interna del PANAS	54
F. Consentimiento Informado (padres y madres)	55
G. Ficha de Datos (padres e hijos)	56
H. Prueba de normalidad	58
I. Tabla de correlaciones completa	59
J. Diferencias en variables según pareja	60



La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) es una condición crónica y autoinmune que se caracteriza por la disminución o deficiencia completa de la secreción de la insulina, hormona que regula los niveles de glucosa en sangre. La enfermedad se genera por una disfunción de las células beta autoinmunes y se diagnostica principalmente en la niñez o adolescencia. La diabetes tipo 1 se debe manejar con la administración de insulina, para mantener los niveles de glucosa en sangre en un rango óptimo (Juvenile Diabetes Research Foundation [JDRF], 2023). En el año 2020, se identificó que la prevalencia de la DM1 en el mundo es de 9.5 por 10 000 personas y la incidencia de 15 por 100 000 individuos. Específicamente, en el continente americano, la prevalencia de la condición es de 12.2 por 10 000 habitantes y la incidencia de 20 por 100 000 personas (Mobasseri et al., 2020).

Para un adecuado manejo de esta condición es importante que los pacientes mantengan un estilo de vida saludable, el cual debe incluir cierto régimen nutricional, rutinas de ejercicio y controles glucémicos diarios. Asimismo, es recomendable contar con un nutricionista, un especialista en ejercicio y un endocrinólogo (Chiang et al., 2018; Hanas, 2007; Streisand y Monaghan, 2014). Además, muchas veces se recomienda buscar servicios psicológicos, pues los niños, adolescentes y miembros familiares enfrentan estrés ante el diagnóstico de la enfermedad, y tienen que pasar por un proceso de ajuste largo y difícil (Forlani et al., 2013; Khemakhem et al., 2020; McDowell et al., 2020). Cabe destacar que cada tratamiento es individual y las habilidades de la familia jugarán un rol fundamental en el manejo de la diabetes (Chiang et al., 2018; Manning y DiPietro, 2018; Pérez-Marín et al., 2015).

El tratamiento de la diabetes ha avanzado significativamente en la última década gracias a la nueva tecnología (bombas de insulina, medidores continuos de glucosa, entre otros) (Jaser et al., 2019; JDRF, 2023). Sin embargo, muchos pacientes siguen experimentando dificultades en alcanzar el rango de glucosa deseado (Cheon, 2018). Esto es necesario pues, un mal control glucémico a largo plazo puede causar diversas complicaciones, entre estas se encuentran principalmente, daños en el corazón, en los vasos sanguíneos, en los ojos, en los riñones y en los nervios (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Asimismo, la terapia insulínica de la DM1 puede generar efectos secundarios a corto plazo como altos niveles de glucosa (hiperglucemia) o bajos niveles de glucosa (hipoglucemia), los cuales deben ser tratados de inmediato pues pueden llegar a causar desmayos o episodios de cetoacidosis diabética, condiciones que si no son atendidas podrían llegar a causar la muerte de la persona (DiMeglio, 2018).

Por todo esto, la DM1 tiene efectos principalmente en el propio paciente y en la familia (Neris et al., 2023). Pues, ante el diagnóstico de la enfermedad, los padres o cuidadores se

topan con la responsabilidad de administrar y lidiar con la terapia (Alcover et al., 2018; Cao et al., 2021; Capistrant et al., 2017; Pérez-Marín et al., 2015; Van Gampelaere et al., 2020; Whittemore et al., 2012). En ese marco, la familia adquiere una notable importancia en el tratamiento diario de la glucosa. Es relevante señalar que se ha hallado que los adolescentes con DM1 que viven con un solo padre presentan menor cuidado en la diabetes, por no brindar la atención o cuidado necesario para controlar sus niveles de azúcar en la sangre. Esto podría deberse al menor acceso a recursos y menor tiempo para promover el manejo de la diabetes que ofrecen sus padres (Astone y McInahan, 1991; Frey et al. 2007; Thompson et al. 2001; Zhang et al., 2016).

El nuevo diagnóstico es un desafío para la familia en general y los padres de menores con DM1 particularmente, pues esto implica cambios en la rutina diaria. También genera un impacto financiero por los costos médicos. Así, la nueva noticia crea nuevas emociones mayormente negativas en los padres (Khemakhem et al., 2020; Patton et al., 2020; Pérez-Marín et al., 2015). A todo esto, se suma la preocupación por los posibles problemas de alimentación, las hospitalizaciones y la resistencia a la insulina de los hijos. Asimismo, se genera un estrés en las parejas porque la distribución de las responsabilidades del manejo de la diabetes puede ser un reto (Fornasini et al., 2020; Tsiouli et al., 2014). También, existen retos inherentes a la edad de los hijos con DM1 especialmente si se encuentran en la niñez y adolescencia; entre ellos se encuentran los posibles desajustes y patrones impredecibles en la dieta, sueño y actividad física en el menor, un posible incremento de la sensibilidad a la insulina, y otros cambios psicológicos, sociales y cognitivos. Estas amenazas ponen en riesgo la posibilidad de adherencia, y por tanto de seguimiento completo de las obligaciones asociadas al control de la diabetes (Streisand y Monaghan, 2014; Zanatta et al., 2020).

De esa manera, la nueva responsabilidad parental que requiere vigilancia constante de la enfermedad del hijo puede traer consigo distintas consecuencias negativas a los padres y madres, entre ellas se reporta la presencia de síntomas de estrés, ansiedad, depresión, preocupación, angustia y miedo, así como indicadores de deterioro en la calidad del sueño y un incremento en la carga de responsabilidades del cuidado (Carducci et al., 2021; Commissariat et al., 2020; Streisand et al., 2005; Tully et al., 2021). Específicamente la complejidad del tratamiento de la DM1, así como las continuas preocupaciones, pueden ser estresores potenciales para los padres (Beléndez, et al., 2001; Carducci et al., 2021; Haegele et al., 2022; Kimbell et al., 2021; Van Gampelaere et al., 2019). En ese sentido, Campos et al. (2020) afirman que un tema que necesita ser estudiado, es la angustia de los padres o cuidadores ante el cuidado de sus hijos con DM1. Además, ante el diagnóstico de esta condición se



recomienda apoyo multidisciplinario tanto para el paciente como para la familia. Los profesionales sanitarios deben guiar a los padres, pues tienen una nueva responsabilidad diaria la cual puede ser una fuente de estrés (Cao et al., 2021; Carducci et al., 2021; Khemakhem et al., 2020; Lacomba et al., 2017).

El estrés puede ser entendido como la expresión de la relación entre el individuo y su medio ambiente en la cual una situación es evaluada como amenazante y demandante y/o sobre la que considera que no tiene un modo apropiado para responder ante ella (Folkman y Lazarus, 1986). Ahora, ser padre implica de por sí una serie de responsabilidades que pueden resultar estresantes. El desafío de criar un hijo con una condición médica incrementa el nivel de estrés en los progenitores, a diferencia de los hijos sin condiciones médicas (Bhattacharya et al., 2019; Cohn et al., 2020; Findler et al., 2016; Pozo y Sarriá, 2014). Por ejemplo, en el estudio de Bhattacharya et al. (2019) se reveló que los padres de hijos con el Trastorno del Espectro Autista tienen mayores niveles de estrés percibido a diferencia de otros padres. Adicionalmente, el estudio de Findler et al. (2016), muestra que los padres con hijos con una enfermedad crónica presentan mayores niveles de estrés comparado a padres con hijos sanos.

El estrés asociado con la función de ser padre generalmente se conoce como estrés parental. Según Abidin (1992), el estrés parental se refiere a un tipo específico de estrés que surge debido a las responsabilidades del cuidado de un niño, y resulta de una combinación de factores relacionados con los cuidadores, el niño y el entorno. En la misma línea Belsky (1984) afirma que los recursos psicológicos de los padres, las características del hijo y el contexto de estrés y apoyo pueden ser factores que originan el estrés parental. Asimismo, Webster-Stratton (1990) refiere como factor mediador el bienestar psicológico de los padres y el soporte social y familiar. Además, el bienestar psicológico permite prevenir el estrés (Folkman y Lazarus, 1986).

En un estudio en Bélgica, con familias con niños menores de 12 años diagnosticados con DM1, al usar la Escala de estrés percibido, mostró que el estrés parental se relaciona fuertemente con el cuidado y la forma de alimentación de los hijos. Además, un comportamiento poco cooperativo y un comportamiento evitativo de parte de los hijos, también fueron factores contribuyentes hacia el estrés parental. Adicionalmente, se observó que las madres que informaron un mayor estrés mostraron menos respeto por la autonomía y un comportamiento más protector hacia su hijo con DM1 (Van Gampelaere et al., 2020).

La literatura expone que existen diferencias significativas en el estrés parental relacionado con la DM1 según el sexo del progenitor, En efecto, se ha constatado que las madres experimentan niveles más altos de estrés en contraste con los padres. Estas disparidades

podrían ser elucidadas por asumir una mayor carga de responsabilidades en torno al cuidado de la condición del menor; también por las por mayores miedos en torno a la salud y las posibles futuras complicaciones del menor (Haugstvedt et al., 2011; Landolt et al., 2005; Sparud-Lundin et al., 2013). De esa manera, muchas veces los padres compensan esta diferencia asumiendo otras responsabilidades relacionadas a la gestión del hogar. Se ha evidenciado que la participación de los padres es importante para reducir los niveles de estrés de las madres y el funcionamiento familiar, por eso, se sugiere incorporar a los padres más en el manejo de la diabetes del hijo (Fornasini et al., 2020; Sullivan-Bolyai et al., 2006; Zhang et al., 2022).

Se han descubierto diferencias según la edad del paciente, así, mientras mayor es el hijo, los niveles de estrés parental podrían ser más altos. Específicamente, durante el periodo de la adolescencia, la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes se deteriora, lo que puede ser un factor que afecte el modo de afrontamiento de los padres y los niveles de estrés que experimentarán (Almeida et al., 2019; Álvarez et al., 2021; Delamater et al. 1991; Helgeson et al., 2017; Johnson et al. 1986; Mello et al., 2020; Weissberg-benchell et al. 1995; Wiebe et al., 2014). En el estudio realizado por Saßmann et al. (2022), se obtuvo evidencia que a pesar que la carga experimentada por los progenitores disminuye conforme sus hijos alcanzan mayor edad, por la mayor independencia de los hijos, las inquietudes y angustias de los padres no decrecen con el avance en la edad de los hijos, ya que pueden enfrentar dificultades para adaptarse al cambio de tener menor control sobre el cuidado de la DM1, lo que conlleva una carga emocional significativa. Por otra parte, en la investigación de Cigdem et al. (2022) acerca de la carga parental en padres que tienen hijos con DM1, se ha identificado que mientras más joven se diagnostica al hijo con DM1, mayor es la carga de los padres. Aquellos diagnosticados entre 3 a 5 años obtuvieron un puntaje significativamente mayor en comparación con los padres cuyos hijos fueron diagnosticados con DM1 en un rango mayor de edad.

Por otro lado, los padres cuentan con habilidades y recursos para poder manejar los niveles de estrés y las demandas propias de la DM1. De esa manera, los padres utilizan diversas estrategias llamadas el proceso de afrontamiento. Folkman y Lazarus (1984) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar demandas internas o externas que son evaluadas como desbordantes o excedentes en relación a los recursos de la persona, creencias existenciales, o por creencias de control, distintos tipos de habilidades, recursos materiales y respaldo social.

El afrontamiento es un proceso complejo, pues a pesar de que existen modos de afrontamiento estables, el afrontamiento también es contextual, ya que, para ser eficaz, este proceso debe cambiar de acuerdo a las diferentes condiciones estresantes que se van

presentando. Además, el modo de afrontamiento dependerá de la evaluación personal, luego de valorar si es posible hacer algo para cambiar la situación (Aldwin y Yancura, 2011; Lazarus et al., 1985). En ese sentido, la utilidad de cualquier patrón de afrontamiento dependerá del estresor presente, el tipo de personalidad y la interacción entre estos, pues lo que funciona en un contexto puede ser contraproducente en otro (Lazarus, 1993). El afrontamiento genera cambios en la interacción de la persona con el medio ambiente, en ese sentido, el estrés psicológico podría reducirse al utilizar el afrontamiento como un poderoso mediador de los efectos emocionales. También, cabe destacar que los resultados positivos están asociados con algunas estrategias de afrontamiento y los resultados negativos con otras (Bailey y Smith, 2000; Lazarus, 1993).

Ahora bien, la manera en la que los padres afronten el estrés, tendrá implicancias en la salud de los integrantes familiares. De esa manera, jugará un rol primordial en la salud de los hijos, pues el modo en que los padres afronten la situación, influirá en el desarrollo de las estrategias de afrontamiento de sus hijos (D'Angelo et al., 2019; Jaser et al., 2019; Khemakhem et al., 2020). La manera en cómo las personas afrontan su enfermedad y tratamiento médico afectará progresivamente el manejo de la condición (Cohen et al., 1985; Coyne y Holroyd, 1982). Así, el afrontamiento de los pacientes con DM1 podría tener un impacto en su control glicémico.

En la investigación de Nichols (2018), se investigó el afrontamiento y el estrés de padres con hijos que presentan autismo, condición crónica, al igual que la DM1. Se halló que las estrategias más útiles para manejar el estrés fueron aquellas que se centraban en el problema, como, por ejemplo, utilizar técnicas de comunicación, el aprendizaje de manejo del comportamiento o la búsqueda de apoyo social. Además, en la investigación de Rodenburg et al. (2007), donde se trabajó con cuidadores de niños con epilepsia, se encontró que el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (las cuales consistían en la evitación, reacciones depresivas y reacciones paliativas), se asociaba con un mayor estrés. Adicionalmente, en la investigación de Yeh (2003), donde se estudió a padres de niños con cáncer, se halló que el estrés parental activó tanto las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (por ejemplo, mantener un estado mental optimista o búsqueda de un significado espiritual), así como las centradas en el problema (por ejemplo, interacción con el paciente o incremento de las actividades religiosas).

Ciertas estrategias de afrontamiento se han asociado significativamente con el estrés parental. Las estrategias de afrontamiento eficaces determinarán el ajuste de los padres y del paciente. Por ejemplo, el hablar con personas de atención médica, leer más sobre la condición

y mantener la estabilidad familiar (Jaser et al., 2014; Jaser et al., 2019). En un estudio acerca de padres con hijos epilépticos (Jakobsen y Elklit, 2021), se encontró que estrategias racionales actúan como un factor protector hacia el estrés parental. Por el contrario, estrategias evitativas y basadas en la emoción causan mayores niveles de estrés parental y un mayor impacto familiar negativo. Además, en un estudio acerca de la relación entre el estrés parental, el afrontamiento y la salud mental de padres con hijos con cardiopatía congénita, se encontró que la aceptación como estrategia de afrontamiento se correlaciona negativamente con el estrés parental (Roberts et al., 2021).

En el estudio de Brien-Bérard y des Rivières-Pigeon (2023), acerca de las estrategias de afrontamiento y relación marital de padres con hijos con autismo, se halló que el apoyo social de familiares amigos y profesionales tiene un impacto significativo en la disminución del estrés de los padres, lo que concuerda con el estudio de Karaman et al. (2023) con madres que tienen hijos con DM1. De manera específica, en el estudio de Khemakhem et al. (2020) con padres de niños con DM1, se encontró que el uso de estrategias de afrontamiento usualmente más maladaptativas, por ejemplo, el consumo de sustancias psicoactivas, evitación o aislamiento social (Cano, et al., 2007), se vinculan con un mayor estrés parental. Además, se halló que el tipo de afrontamiento determinará tanto el ajuste de los padres como el de los pacientes a la condición. En ese sentido, si los padres emplean estrategias efectivas como informarse sobre la DM1 o la búsqueda de apoyo social (Cano, et al., 2007), se reducirá el estrés parental asociado a la DM1. La adaptación parental en particular será de gran influencia en la experiencia de los hijos, teniendo un efecto perjudicial o protector sobre la capacidad de los niños para afrontar la situación (Grey et al., 2011; Körner et al., 2013).

Adicionalmente, en la investigación de Teasdale y Limbers (2018) se descubrió que los padres que utilizaban la negación como estrategia de afrontamiento presentaron mayores niveles de estrés parental. Se halló que el uso del apoyo social se asoció con mejores comportamientos de manejo de la DM1. Esto está en línea con la investigación de Seppänen et al. (1999) la cual sugiere que los padres de niños con DM1 tienden a buscar apoyo social como un medio para obtener información sobre la enfermedad y alcanzar un manejo adecuado. Así, la búsqueda de soporte social puede ser eficaz para apoyar la salud de los pacientes (Teasdale y Limbers, 2018).

De esa manera, algunas de las estrategias más útiles reportadas en el manejo de la DM1 son la comunicación con proveedores de atención médica, leer más sobre el problema médico, apoyo social, manejo de la angustia emocional específica para el control de la DM1, autoeficacia y mantener el equilibrio familiar. Por otro lado, se descubrió que cuando los hijos

atravesan la adolescencia, los niveles de estrés parental incrementan, por lo que el pensamiento positivo y la aceptación pueden ser estrategias de afrontamiento más adaptativas (Cunningham et al., 2011; Khemakhem et al., 2020; Teasdale y Limbers, 2018). Además, se ha identificado que mientras mayores son los padres, se suele tener un nivel reducido de involucramiento en el monitoreo de la DM1 de sus hijos a comparación de los padres más jóvenes, este hallazgo es reciente y se podría explicar en que comúnmente los padres jóvenes tienen hijos jóvenes, quienes tienen mayor adherencia al tratamiento (Zhang et al., 2016).

También, se han encontrado diferencias en la manera de afrontamiento de acuerdo al sexo de los padres. Comúnmente los padres se centran principalmente en las responsabilidades laborales y familiares Brien-Bérard y des Rivières-Pigeon, 2023; Lillie, 1993). Además, expresan más preocupación de las implicancias de la condición de los hijos, mientras que las madres frecuentemente se preocupan por cuestiones emocionales y el cuidado físico, también buscan mayor apoyo social que los padres. También, se han hallado similitudes en cuanto al afrontamiento según el sexo del progenitor. Por ejemplo, las conductas de afrontamiento de resolución de problemas familiares son frecuentemente utilizadas por ambos (Jaser et al., 2019). En el estudio de Dashiff (1993), con adolescentes mujeres con DM1, se halló que las madres tienden a usar estrategias relacionadas con el manejo de la condición, mientras que los padres suelen distanciarse de los estresores relacionados a la diabetes.

Una revisión sistemática de Kimbell et al. (2021) reporta que tener un hijo con DM1 tiene un impacto en el bienestar, psicológico, emocional y físico de los padres. Específicamente la complejidad e imprevisibilidad de la condición conlleva a un estado de vigilancia y un agotamiento constante. Es importante tener en cuenta que a pesar de que los encuentros con profesionales de la salud suelen resultar útiles, comúnmente generan ansiedad y frustraciones. Incluso, se halló que particularmente algunas de las madres se han visto forzadas a tomar decisiones laborales basándose en el cuidado de la DM1 de sus hijos y los gastos asociados. Además, muchos padres expresaron su preocupación por la posibilidad que sus hijos perciban sus emociones y preocupaciones y los impacte negativamente. Por esta razón, realizan esfuerzos por ocultar sus miedos y preocupaciones, lo que les genera un mayor agotamiento. Así, un aspecto importante de la manera en cómo se afronta el estrés, es que habría un impacto en la salud física y mental de las personas (Blalock y Joiner, 2000; Contini et al., 2003; Pelters, 2021). Además, es importante destacar que cuando existe un sentimiento positivo en las personas, acerca de sí mismos, así como creencias positivas y optimismo, es decir, un mayor grado de bienestar personal, es posible una mayor adaptación a eventos estresantes y una protección hacia la salud personal (Berry, 2005; García-Viniegra y Gonzales, 2000).

El bienestar refiere a la experiencia y funcionamiento psicológico óptimos. Ahora bien, existen diversos modelos de bienestar propuestos a lo largo del tiempo. La definición eudaimónica del bienestar (Waterman, 1993) alude al desarrollo y actualización del potencial humano para lidiar con el medio, por eso, el bienestar no es un resultado sino un proceso (Deci y Ryan, 2008). Por otro lado, la tradición hedónica entiende al bienestar como un indicador de la calidad de vida y se basa en la interacción del nivel de satisfacción que perciben las personas y las características del ambiente (Campbell, 1976). El modelo hedónico y el eudaimónico están fuertemente relacionados, por eso, no son excluyentes.

Es a partir de la perspectiva hedónica que nace el bienestar subjetivo (felicidad), es decir, la satisfacción de las preferencias personales (Deci y Ryan, 2008). El bienestar subjetivo hace referencia a la manera en que las personas evalúan sus vidas. Esta valoración puede basarse en aspectos tanto del presente, así como de experiencias pasadas de la persona. Las evaluaciones incluyen juicios, estados de ánimo y reacciones emocionales que se forman sobre la satisfacción con la vida. Cabe resaltar que los juicios de autoevaluación fluctúan constantemente en el tiempo (Diener et al., 2003). El bienestar subjetivo refiere a conclusiones cognitivas y afectivas que realizan las personas tras evaluar su existencia (Diener, 2000).

En esa línea, incluye dos componentes el cognitivo y el afectivo. El primero, representa el juicio que una persona le da a la realización personal en diversas esferas de su vida. El elemento afectivo refiere al agrado de uno mismo con sus emociones, sentimientos y estados de ánimo e incluye afectos negativos y afectos positivos que posibilitan la evaluación de estados emocionales a largo plazo en lugar de emociones momentáneas (Diener et al., 1999). Ambos tipos de afectos y la satisfacción con la vida muestran cierto grado de independencia, por lo que deben medirse individualmente. (Andrews y Withey 1976; Lucas et al., 1996 como se citó en Diener et al., 1999).

Diener (1984), propone que el bienestar subjetivo tiene tres elementos principales, el primero, su carácter subjetivo, pues reside en la propia experiencia del individuo. El segundo, una evaluación global porque incluye la valoración integrada de todos los ámbitos de la vida de una persona. Y, el tercero, la indispensable incorporación de medidas positivas, debido a que un alto bienestar no se alcanza con la mera ausencia de factores negativos.

Respecto al bienestar en contexto de diabetes en un estudio de la India, se halló que los cuidadores de niños con DM1 tienen un peor bienestar físico y mental en comparación con la población control, así, estos cuidadores presentan una alta probabilidad de tener síntomas depresivos elevados. Las distintas responsabilidades consumen tiempo y agregan una carga a la vida diaria, dejando menor tiempo para el autocuidado, lo que puede influir en el estado de

salud de los responsables (Capistrant et al., 2017). Los hallazgos coinciden con los estudios de Luo et al. (2021) y Thorsteinsson et al. (2017) donde se revela que los padres con DM1 presentan una menor calidad de vida en comparación a la población general, específicamente en la salud mental y física. En una reciente revisión sistemática, se halló que una mayor gravedad y frecuencia de hipoglucemias están vinculadas con la reducción del bienestar psicológico de los padres (Jensen et al., 2022). Cabe resaltar que a pesar de que existen estudios acerca del bienestar de los padres con hijos con DM1 (Capistrant et al., 2017; Thorsteinsson et al., 2017), estos son escasos a comparación de la literatura sobre el bienestar de los pacientes con DM1 la cual es abundante (Luo et al., 2021).

Así, se aprecian otros estudios que trabajan variables relacionadas al bienestar subjetivo, pero no es propiamente el mismo. Por ejemplo, en un estudio canadiense, con padres con hijos con cáncer, se encontró que presentan una baja calidad de vida a nivel psicosocial, y en diversos dominios físicos (Klassen et al., 2008). En adición, se halló que madres con hijos con enfermedades crónicas tienen una peor calidad de sueño y mayor fatiga y depresión comparado a la población control (Meltzer y Mindler, 2006). Y, en un estudio en China, con familias con un hijo con autismo, se encontró que presentan una menor calidad de vida familiar por el estrés parental presente (Wang et al., 2020). En contraposición, en un estudio transversal donde se trabajó con padres con hijos con enfermedades crónicas, se halló que la calidad de vida de los progenitores se encontraba bien en general y que mostraban niveles bajos de estrés y depresión (Toledano-Toledano et al., 2020).

Con respecto a la edad y al sexo de los padres, en un estudio del bienestar de padres con hijos con autismo, se encontró que madres muestran niveles significativamente mayores de depresión y ansiedad a comparación de los padres. Esto puede ser explicado porque al igual que en la DM1, las madres tienden a asumir una mayor carga de responsabilidades relacionadas con la enfermedad (Gray y Holden, 1992). Se identificó en algunas madres depresión, problemas de peso y migrañas relacionadas con el cuidado de la condición de sus hijos (Kimbell et al., 2021). En el estudio de Brien-Bérard y des Rivières-Pigeon (2023), se halló que las madres cuyos hijos tienen autismo tenían más probabilidad de sentir que no recibían suficiente apoyo en comparación con los padres, especialmente en la crianza y las tareas domésticas. Además, sentían que sus parejas no brindaban suficiente apoyo en estos ámbitos. En esa línea, el estudio afirma que las parejas que se apoyan mutuamente tienden a reportar menos agotamiento, estrés y problemas de pareja. Sin embargo, en un estudio con padres con hijos con enfermedades crónicas, se concluye que el sexo de los padres no está relacionado con

la calidad de vida que presentan. También, se encontró que mientras los padres son mayores, tienen calidad de vida mejor (Toledano-Toledano et al., 2020).

Se han probado correlaciones indirectas entre las variables de estudio. Específicamente, en el caso de la DM1, en el estudio de Streisand et al., (2010) con madres con hijos con DM1, se halló que tanto las estrategias de afrontamiento como los niveles de estrés se relacionaban con el bienestar físico y psicológico. También se encontró, que aquellas madres con altos niveles de estrés, experimentan síntomas físicos como dolores de cabeza, fluctuación de peso y/o síntomas depresivos. Adicionalmente, se ha hallado que la calidad de vida en padres con hijos con enfermedades crónicas es peor cuando presentan un grado de estrés parental clínicamente significativo (Durán et al., 2016; Keklik et al., 2020; Pérez de Velasco, 2017). Además, en un reciente estudio acerca del estrés parental y la calidad de vida de padres con hijos que presentan autismo, se halló una correlación negativa entre la calidad de vida física y mental y el estrés parental. Asimismo, se mostró que el impacto del estrés en la calidad de vida es más fuerte en el de las madres en comparación a los padres (Vahedparast et al., 2022).

En adición, la calidad de vida en el dominio psicológico es mejor en los participantes que emplean estrategias de afrontamiento más adaptativas, es decir las que permiten tener un ajuste positivo y activo a las situaciones estresantes. En contraste, el empleo de estrategias del tipo reacción agresiva, dificultades de afrontamiento o evitación emocional se vincula con una peor calidad de vida en los dominios social, psicológico y ambiental. Así, el estrés parental y el afrontamiento pueden relacionarse con el bienestar de la persona (Ayala et al., 2014; Durán et al., 2016; González et al., 2002).

En una revisión sistemática sobre la asociación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida de cuidadores de niños con enfermedades crónicas o discapacidad (Fairfax et al., 2019), se afirma una correlación entre los dos constructos. Específicamente, estrategias de afrontamiento adaptativas (como planificación o mantener conexiones sociales) se correlacionan positivamente con aspectos psicológicos de la calidad de vida. En cambio, las estrategias de afrontamiento maladaptativas (como evitación o uso de sustancias), refiriendo a aquellas que resultan ineficaces o perjudiciales a largo plazo, se asocian negativamente con aspectos psicológicos de la calidad de vida. Así, cuando se utilizan estrategias de afrontamiento pasivas, el estrés presente persiste y esto puede traer sentimientos de aislamiento y depresión que generan una peor calidad de vida (Pisula y Kossakowsk, 2010 como se citó en Durán et al., 2016). Asimismo, en el estudio de Manfredi et al. (2023), acerca del bienestar, sentido de coherencia y afrontamiento en madres con hijos con DM1, se encontró que la habilidad de utilizar estrategias de afrontamiento es un elemento central para lidiar con situaciones



estresantes y adaptarse a los cambios; se descubrió una correlación entre las estrategias de afrontamiento orientadas a la tarea, consideradas adaptativas, y la felicidad subjetiva.

En ese sentido, el bienestar psicológico de los cuidadores está relacionado con las estrategias de afrontamiento empleadas, pues un cuidador con síntomas depresivos puede sentirse abrumado y no participar en partes críticas del manejo. Por otra parte, un cuidador que experimenta síntomas de ansiedad puede estar hipervigilante al cuidado de la diabetes y puede participar en un monitoreo constante (Cunningham et al., 2011). Asimismo, en el estudio de Cai et al. (2020), se investigó el bienestar de padres con hijos con autismo, y se halló que estrategias de afrontamiento centradas en el problema predice un mayor bienestar, mientras que el afrontamiento evitativo predice ansiedad y depresión.

La temática presentada resulta relevante porque el estrés de los padres de hijos con DM1 se ha vinculado con un ajuste psicológico desfavorable tanto en ellos mismos como en los hijos. De esa manera, las emociones negativas de los cuidadores se vinculan con un peor control glicémico de los pacientes causando complicaciones físicas y psicológicas (Cunningham et al., 2011; Joyce et al., 2021; Lacomba et al., 2017; Whittemore et al., 2012). Asistir a los progenitores a enfrentar más efectivamente el estrés genera el potencial de obtener mejores resultados en la salud de sus hijos con diabetes y en ellos mismos (Cunningham et al., 2011; Jaser et al., 2019).

Adicionalmente, a pesar de que existen estudios acerca del bienestar de los padres con hijos con DM1, estos son escasos y no se desarrollan en contexto peruano o en la región a comparación de la literatura sobre el bienestar de los pacientes con DM1 la cual es mayor (Lohan et al., 2015; Luo et al., 2021; Rifshana et al., 2017). Adicionalmente, se recomienda realizar intervenciones hacia los padres de hijos con DM1, donde se les eduque sobre el tema para alcanzar un control de la glucemia más satisfactoria (Campbell et al., 2019; Wysocki et al., 2006). Los autores mencionan que muchas veces los padres le tienen miedo a la hipoglucemia, y esto puede causar un mayor riesgo de depresión y ansiedad. Además, este miedo puede llevarlos a mantener altos niveles de glucosa en sus hijos, lo que podría ser nocivo para su salud (Bassi et al., 2021; Berget et al., 2019; Jaser et al., 2014; Kichler y Kaugars, 2021; Zhang et al., 2022). A pesar de los diversos retos del control de la DM1 actualmente no existen suficientes intervenciones o reportes de estas para promover la salud psicológica dirigidas a las familias con hijos con DM1, quienes se encuentran en una posición de vulnerabilidad (Rodrigues et al., 2021; Tully et al., 2021, Zhang et al., 2022).

Es por todo lo mencionado anteriormente, que la presente investigación busca analizar las posibles relaciones entre el estrés parental, el afrontamiento y el bienestar subjetivo de

padres con hijos con DM1. Además, como primer objetivo específico se analizarán las posibles diferencias en las tres variables acorde al sexo y edad de los padres e hijos. Como segundo objetivo específico, se explorarán las posibles diferencias en las variables de estudio según las características sociodemográficas. Con el fin de lograr estos objetivos, se realizará un diseño cuantitativo, para el cual la información se recoja en un mismo momento.



## MÉTODO

### Participantes

El grupo de participantes fueron 74 padres con hijos con diagnóstico de diabetes tipo 1. De ellos, 54 fueron madres y 20 padres. Las edades de los participantes oscilaban entre 24 y 59 años ( $M= 43.84$ ;  $DE= 7.30$ ). Además, 67 de los participantes mantenían una relación de pareja (90.5%). Acerca de su estado civil, 58 estaban casados (78.4%) y 13 solteros (17.6%). En relación al número de hijos, la mayor parte tenían 2.

En relación a los hijos de los participantes, el 50% eran mujeres y el 50% hombres. Sus edades oscilaban entre 3 y 18 años ( $M= 13.53$ ;  $DE= 3.68$ ). La mayor parte se encontraba en educación secundaria. En cuanto al tiempo de diagnóstico de la DM1, la mayoría fueron diagnosticados hace más de 3 años de aplicada la encuesta. En cuanto al último control médico, se identificó que el más reciente fue un día anterior a la aplicación de la encuesta y el más lejano 2 años antes de aplicada la encuesta ( $M= 2.32$  meses,  $Me= 2.00$  meses,  $Mo= 1.00$  meses,  $DE= 3.17$  meses). En relación al manejo de la condición, para regular los niveles de glucosa los hijos de los participantes hacían a través de bombas de insulina o inyecciones y para conocer sus valores a través de glucómetros y/o sensores. Finalmente, 70.3% de los padres pensaban que la DM1 de sus hijos estaba controlada (información detallada en Apéndice A).

Los criterios de inclusión fueron aquellos los padres de hijos con DM1, que contaban con nacionalidad peruana, que tenían entre 20 y 65 años, y que mantenían relación con su hijo. Se excluyeron los progenitores que contaban con algún trastorno psiquiátrico, psicológico o neurológico diagnosticado o quienes contaban con otro hijo con alguna condición médica crónica diagnosticada. En cuanto a los hijos, se incluyeron aquellos padres cuyos hijos con DM1 tenían entre 3 a 18 años y debió haber pasado al menos un año a partir del diagnóstico de la condición. Se excluyeron los padres con hijos que presentaban otra condición médica crónica y/o sería adicional a la DM1. Es importante mencionar que participaron quienes aceptaron las condiciones de la investigación estipuladas en el consentimiento informado presentado en la encuesta.

### Medición

El estrés parental se evaluó utilizando la Escala de Estrés Parental - Versión Corta (PSI/SF) de Abidin (1995), versión al español de Díaz-Herrero et al. (2010). Esta prueba tiene como objetivo evaluar el estrés que se experimenta en el ejercicio de la paternidad/maternidad, asumiendo que éste puede producirse por las características de los padres, por ciertos rasgos

conductuales del niño y/o por variables situacionales que se relacionan directamente con el rol parental (Abidin, 1995).

La escala cuenta con 36 ítems y se responde mediante una escala Likert de 5 puntos, donde 1 significa “muy en desacuerdo” y 5 “muy de acuerdo”. Además, el instrumento presenta tres subescalas, la primera, malestar paterno, la que refiere al malestar paterno en su rol como cuidador, tomando en cuenta su sentido de competencia, las restricciones en las otras áreas de la vida, las dificultades con su pareja y la percepción de falta de apoyo social. La segunda subescala, denominada relaciones difíciles padre-hijo, valora las expectativas de los padres acerca de los logros de sus hijos y retroalimentación que reciben por parte de los hijos. Por último, la subescala llamada características difíciles del niño, comprende la percepción de los padres sobre el control que tienen sobre la conducta del niño (Abidin, 1995). Cabe señalar que el PSI fue desarrollado para padres de niños preadolescentes, sin embargo, ha sido utilizado exitosamente en padres de adolescentes con distintas condiciones (Eccleston et al., 2003; Eccleston et al., 2004; Ferrito et al., 2019; Gauntlett-Gilbert y Eccleston, 2007; González y Guevara, 2012; Streisand, 2001; Thienemann et al., 2001).

La versión corta original ha evidenciado un buen grado de confiabilidad, pues presenta alfas de Cronbach que oscilan entre .80 y .91. Asimismo, presenta buena validez concurrente ya que se han hallado correlaciones significativas con el Inventario Pediátrico para Padres (Streisand et al., 2001) y el Inventario de Ansiedad de Estado – Rasgo (Spielberger, 1983). Esta escala ha sido utilizada en diversos países del mundo, por ejemplo, en Francia, España, Chile, Italia, China, entre otros, mostrando ser válida y confiable (Aracena et al., 2016; Derguy et al., 2020; Díaz-Herrero et al., 2010). Además, la escala ha sido validada y es confiable para el uso con padres de niños diagnosticados con enfermedades crónicas, como lo es la DM1 (Zelman y Ferro, 2018).

En cuanto a la validez de la prueba, a través de un análisis factorial exploratorio, se halló que los tres factores explican el 47.48% (Díaz-Herrero et al., 2010). Por otro lado, se obtuvo buena consistencia interna con alfas entre .82 y .90 en población española y chilena (Aracena et al., 2016; Díaz-Herrero et al., 2011). En el presente estudio, en relación a la consistencia interna, se encontró un puntaje de alfa de .96 para la escala global. Respecto a las subescalas, los puntajes fueron de .91 a .93 (Apéndice B).

El afrontamiento se midió con la escala COPE (Carver et al., 1989), versión en español de Cassaretto y Chau (2016). La prueba tiene como objetivo conocer la forma de reacción de una persona, ya sea cognitiva, emocional o conductual ante eventos estresantes de sus vidas.

La prueba cuenta con 60 ítems y 15 escalas y se responde con una escala Likert que va del 1 (Casi nunca hago esto) al 4 (Hago esto con mucha frecuencia).

En cuanto a la versión original, la escala se aplicó a 978 estudiantes en una universidad en Estados Unidos. Mostró ser confiable pues se hallaron alfas entre .45 y .92. En cuanto a la validez, en la primera versión de la prueba con 52 ítems agrupados en 13 subescalas, se realizó un análisis factorial exploratorio con rotación oblicua, el cual arrojó una estructura de 11 escalas con valores eigen mayores a 1. Luego se realizaron 2 versiones más de la prueba. Una de 53 ítems y 14 subescalas, y finalmente una de 60 ítems y 15 subescalas (Carver et al., 1989).

El análisis psicométrico de la versión de la prueba de Cassaretto y Chau (2016), en el cual participaron 300 estudiantes con edades entre 16 y 25, probó confiabilidad con alfas entre .53 y .91. También se halló la validez de la prueba a través de un análisis factorial exploratorio con rotación oblicua que arrojó valores adecuados ( $KMO = 0.798$ ,  $p = 0.01$ ). Se encontró que el 65.15% de la varianza explicaba 15 factores. Los resultados evidenciaron una sólida organización de 15 estrategias. En el presente estudio se utilizaron las estrategias que resultaron tener correlaciones significativas. En cuanto a la confiabilidad, los puntajes de las estrategias de afrontamiento oscilaron entre .55 y .88 (Apéndice C).

El componente cognitivo del bienestar subjetivo se evaluó por medio del instrumento Satisfaction with life scale - SWLS (Diener, et al., 1985); y, se utilizará la versión traducida por Atienza et al. (2000). El objetivo de la escala es evaluar el componente cognitivo del bienestar subjetivo que implica la valoración y satisfacción global de la persona en cuanto a su vida. La prueba cuenta con 5 ítems agrupados en un solo factor. El modo de respuesta es de tipo Likert y va del 1 al 7, donde 1 representa “totalmente desacuerdo” y 7, “totalmente de acuerdo” (Diener et al., 1985). Atienza et al., (2000) optaron por reducir los valores de respuesta del 1 al 5, donde 1 corresponde a totalmente en desacuerdo y 5 a totalmente de acuerdo.

La escala original mostró tener validez cuando se analizaron las propiedades psicométricas en un estudio con 176 estudiantes estadounidenses. Para esto, se realizó un análisis factorial exploratorio el que arrojó un factor que explicaba el 66% de la varianza. Además, la prueba evidenció ser confiable con un alfa de .87 (Diener et al., 1985). Es relevante mencionar que la escala ha sido utilizada en distintos países como México, Puerto Rico, Lituania, España, Alemania, entre otros (Cerezo et al., 2021; Dirzyte et al., 2021; Hinz et al., 2018; López-Ortega et al., 2016; Rivera y Rodríguez, 2020).

Otras investigaciones han seguido el modelo de Atienza (2000) propuesto, presentando buenas propiedades psicométricas, como Blazquez et al. (2015) en México y Requena et al.

(2009) en España. En Perú, Martínez (2004) desarrolló un estudio con 570 personas, el cual evidenció la confiabilidad de la prueba con un alfa de .81. Además, se afirmó la validez mediante un análisis factorial exploratorio que reveló que un factor explica el 57.63% de la varianza total. La consistencia interna del componente cognitivo del bienestar subjetivo del presente estudio fue de .88 (Apéndice D).

El componente afectivo se midió utilizando la Escala de afecto positivo y negativo, Spanas, creado por Watson et al. (1988). Para la presente investigación se utilizará la adaptación peruana de la escala realizada por Gargurevich y Matos (2012). El Panas tiene como objetivo evaluar el balance entre los afectos positivos y negativos de las personas.

El instrumento presenta 20 ítems y dos subescalas, de las cuales una evalúa el afecto positivo y la otra el afecto negativo. Se responde mediante una escala Likert de 5 puntos que oscilan entre “nunca” y “siempre”.

A través de una muestra de 217 hombres y 190 mujeres de 38 países distintos, la escala original evidenció confiabilidad con alfas entre .73 a .78. En cuanto a la validez, se encontró que dos subescalas explican el 62.8% de la varianza (Watson et al., 1988). Además, se demuestra la validez externa al encontrar correlaciones significativas apropiadas, es decir, cuando el AO correlaciona de manera positiva, el AP, de manera negativa, con las escalas de síntomas de Hopkins (HSCL) y el inventario de estado-tratamiento de ansiedad (A-State).

En el Perú, Grimaldo (2003) fue el primer autor en estudiar las propiedades psicométricas de la versión traducida del instrumento, quien reportó validez y confiabilidad. La prueba fue aplicada a 589 estudiantes de cuarto y quinto de secundaria, donde se halló una estructura factorial de dos factores, una de afecto positivo y otra de afecto negativo que explicaron el 36% de la varianza total. Más adelante, Gargurevich y Matos (2012) a través de un análisis factorial confirmatorio, reafirmaron que el modelo de 2 factores es adecuado. Además, mostraron confiabilidades con alfas de .86 y .90. En el presente estudio, se encontró un puntaje de confiabilidad de .89 para el afecto positivo y de .83 para el afecto negativo (Apéndice E).

## **Procedimiento**

En relación al procedimiento del estudio, en primer lugar, se contactó con los posibles participantes a través del método “bola de nieve”. Para ello, se les contactó a través de un mensaje de texto mediante una red social, para conocer su disponibilidad y voluntad de participación. Después, se procedió a enviar el enlace de la encuesta que se encontraba en la plataforma “Google Forms”.

Los participantes debieron leer y responder un consentimiento informado (Apéndice F), donde se estipulaban puntos importantes de la investigación (objetivo de la investigación, participación voluntaria, información anónima, devolución de resultados generales de la investigación en caso sea requerido vía correo electrónico). Quienes aceptaron participar, llenaron una Ficha de datos (Apéndice G). Cabe resaltar que en todo momento se mantuvo una comunicación eficaz y disposición de responder las dudas de los participantes, donde se les explicó el propósito de la investigación en diversas ocasiones. Algunos padres se mostraron agradecidos por la realización de esta investigación, y solicitaron que se les envíe los resultados.

### **Análisis de datos**

En cuanto al procesamiento de los datos y los análisis estadísticos, se utilizará el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 28. En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos, para comprender mejor la muestra de participantes. En segundo lugar, se analizó la confiabilidad por consistencia interna a través del estadístico de alfa; cabe señalar que se trabajará con la escala estrés parental de manera global, pues las subescalas presentan correlaciones bastante altas entre sí y trabajarlas por separado no genera aporte alguno. Únicamente se trabajará con las subescalas de estrés parental con la variable estado civil de los progenitores, donde sí se encontraron diferencias.

En tercer lugar, se realizaron los análisis de normalidad utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov, donde se hallaron distribuciones no normales en su mayoría. Luego, se evaluaron los valores de asimetría y curtosis, lo que permitió el empleo de contrastes paramétricos, pues los valores no resultaron extremos, asimetría ( $< 3$ ) y curtosis ( $< 10$ ) (Kline, 2010), excepto para una de las subescalas del COPE: uso de sustancias (Apéndice H), que se trabajaría con estadísticos no paramétricos.

Seguidamente, se analizaron las correlaciones entre el estrés parental, el afrontamiento y el bienestar subjetivo. Para ello, se utilizaron contrastes paramétricos (únicamente para la estrategia de afrontamiento consumo de sustancias se realizaron contrastes no paramétricos). Se empleó el coeficiente  $r$  de Pearson. Finalmente, para identificar los contrastes entre grupos se utilizó Anova.

## RESULTADOS

En la siguiente sección se presentan los resultados principales de acuerdo a los objetivos de la investigación. Primero, respondiendo al objetivo general, se presentan las correlaciones entre el estrés parental, el afrontamiento y el bienestar subjetivo. Luego, como parte de los objetivos específicos se muestran las diferencias encontradas en las variables de estudio en función al sexo y edad del progenitor y del hijo. Por último, se presentan diferencias halladas de acuerdo al estado civil del progenitor, así como al control de la condición del hijo.

Se puede observar en la tabla 1 las correlaciones entre las principales variables de estudio. Dentro de las correlaciones estadísticamente significativas, se evidencia que el estrés parental tiene relaciones inversas y de tamaño fuerte con la satisfacción con la vida, y relaciones directas de tamaño fuerte con el afecto negativo. Llama la atención que no existan relaciones significativas entre ninguna de las escalas de bienestar subjetivo.

Tabla 1  
*Correlaciones entre las escalas SWL, PANAS, PSI/SF y COPE*

Variables	Satisfacción con la vida	Afecto positivo	Afecto negativo	Estrés parental
Afecto positivo	.16			
Afecto negativo	-.23	-.05		
Estrés parental	-.51***	-.10	.60***	
Afrontamiento activo	.38***	.21	-.13	-.28*
Planificación	.48***	.36**	-.26*	-.43***
Contención	.10	.08	-.10	-.08
Supresión de actividades	.35**	.11	-.02	-.25*
Reinterpretación positiva	.40***	.38***	-.25*	-.39***
Aceptación	.22	.18	-.07	-.22
Enfocar y liberar emociones	.09	.09	.38***	.28*
Búsqueda SS razones instrumentales	.29*	.20	-.07	-.23
Búsqueda SS razones emocionales	.33**	.07	.00	-.18
Desentendimiento mental	-.19	-.15	.49***	.54***
Desentendimiento conductual	-.12	-.10	.37**	.42***
Negación	-.17	-.02	.35**	.46***
Religión	-.16	.13	.00	.21
Uso humor	.11	.31**	.02	-.06
Uso sustancias	.12	-.06	.00	.05

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ , SS=soporte social, Uso sustancias realizado con Rho de Spearman

Además, las estrategias de afrontamiento planificación y reinterpretación positiva tienen una relación positiva con bienestar subjetivo dado que, se relacionaron de forma directa con la satisfacción con la vida y con el afecto positivo (medianas), así como una correlación inversa pequeña con afecto negativo. Se encuentran correlaciones consistentes, directas y medianas entre el afecto negativo con las estrategias usualmente consideradas más evitativas,



en el sentido que no se buscan recursos ni se realizan esfuerzos por resolver un estresor (enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual, desentendimiento mental y negación). En adición, se encontraron correlaciones directas entre ciertas estrategias y la satisfacción con la vida y relaciones directas entre otras estrategias con el afecto positivo. También, se hallaron correlaciones directas e indirectas entre ciertas estrategias de afrontamiento y el estrés parental (tabla de correlación completa entre todas las escalas, incluyendo las áreas de estrés parental en el apéndice I).

Respecto al primer objetivo específico de estudio, se hallaron relaciones entre la edad y el sexo de los padres con las variables psicológicas. Así, se encuentra que la edad de los padres tiene una correlación inversa con la estrategia de afrontamiento supresión de actividades ( $r=-.30$ ,  $p<.05$ ). Además, en relación al sexo de los padres, se encontró que las madres presentan mayor estrés parental que los padres, además, ellas utilizan de manera más frecuente las estrategias de afrontamiento enfocar y liberar emociones, desentendimiento mental, desentendimiento conductual, negación y afrontamiento religioso en comparación con los padres. Lo contrario sucede con el uso del humor (tabla 2).

Tabla 2  
*Diferencias en variables psicológicas según sexo de los progenitores*

Sexo	Femenino (n=54)		Masculino (n=20)		<i>t</i> ( <i>gl</i> )	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Estrés parental	76.03	27.85	56.75	16.51	3.65(57.33) <sup>***</sup>	0.84
Enfocar y liberar emociones	8.44	2.63	6.10	1.41	4.91(62.41) <sup>***</sup>	1.11
Desentendimiento mental	7.54	2.48	5.90	1.71	2.72(72) <sup>**</sup>	0.77
Desentendimiento conductual	5.98	2.06	4.75	1.29	3.06(54.33) <sup>**</sup>	0.72
Negación	6.07	2.59	4.95	1.64	1.81(72) <sup>*</sup>	0.52
Afrontamiento religioso	10.83	3.27	9.25	3.48	1.82(72) <sup>*</sup>	0.47
Uso del humor	6.35	2.67	8.20	3.61	-2.40(72) <sup>*</sup>	-0.58

$N=74$ , <sup>\*</sup> $p < .05$ , <sup>\*\*</sup> $p < .01$ , <sup>\*\*\*</sup> $p < .001$

En cuanto a la edad de los hijos, se encontró una relación significativa inversa mediana con la estrategia de afrontamiento supresión de actividades ( $r=-.32$ ,  $p<.01$ ) y con búsqueda de soporte social por razones instrumentales ( $r=-.34$ ,  $p<.01$ ). En relación al sexo de los hijos, no se encontraron diferencias significativas con las variables de estudio.

Se realizaron análisis complementarios tomando en cuenta ciertas variables sociodemográficas. Se encontraron diferencias significativas basadas en el estado civil de los padres y en función a la percepción del control de la enfermedad de los hijos (Tabla 3). Así, se halló que los padres casados tienen una mayor satisfacción con la vida que los solteros.

Además, los padres solteros utilizan más las estrategias de afrontamiento enfocar y liberar emociones, desentendimiento mental, así como afrontamiento religioso, en relación a los padres casados. También, se halló que los padres solteros puntúan más en la dimensión niño difícil del estrés parental. Algunas de las diferencias mencionadas se corroboran de acuerdo a si el padre tiene o no tiene pareja (Apéndice J).

Tabla 3

*Diferencias en variables psicológicas según estado civil de los progenitores*

Estado civil	Casado (n=58)		Soltero (n=13)		<i>t</i> ( <i>gl</i> )	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Satisfacción con la vida	19.60	3.91	16.69	5.48	2.25(69)*	0.61
Niño difícil	24.57	8.85	31.77	13.48	-1.84(14.40)*	-0.63
Enfocar y liberar emociones	7.53	2.27	9.38	3.43	-1.86(14.43)*	-0.64
Desentendimiento mental	6.83	2.09	8.38	3.33	-2.16(69)*	-0.56
Afrontamiento religioso	9.97	3.37	12.77	2.05	-3.94(27.69)***	-1.00

*N*=71, \**p* < .05, \*\*\**p* < .001

Respecto a la percepción de los padres del control de la diabetes tipo 1 de sus hijos, se encontró que aquellos padres que consideran que la condición de sus hijos está controlada presentan menor estrés parental. También, se halló que los padres que consideran que la condición de sus hijos está más o menos controlada utilizan más las estrategias de afrontamiento enfocar y liberar emociones, desentendimiento mental, desentendimiento conductual, negación y afrontamiento religioso (tabla 4).

Tabla 4

*Diferencias en variables psicológicas según percepción de la condición de sus hijos*

Condición controlada	Sí (n=52)		Más o menos (n=21)		<i>t</i> ( <i>gl</i> )	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Estrés parental	63.94	22.30	87.86	29.84	-3.75(71)***	-0.91
Enfocar y liberar emociones	7.29	2.36	9.00	2.76	-2.67(71)**	-0.67
Desentendimiento mental	6.54	1.98	8.52	2.82	-3.41(71)***	-0.81
Desentendimiento conductual	5.27	1.79	6.43	2.04	-2.40(71)**	-0.60
Negación	5.27	2.10	7.10	2.72	-3.09(71)**	-0.75
Afrontamiento religioso	9.75	3.41	12.10	2.79	-2.79(71)**	-0.75

*N*=73, \*\**p* < .01, \*\*\**p* < .001

## DISCUSIÓN

La DM1 es una condición crónica y autoinmune que comúnmente se diagnóstica en la niñez o adolescencia. Dado sus riesgos, los pacientes y miembros de la familia deben enfrentar nuevas rutinas y retos diarios para lograr un nivel glucémico óptimo y evitar los riesgos de lo que un mal control de la condición supone. Así, la complejidad del tratamiento de la DM1 genera efectos no solamente en el propio paciente, sino también en los progenitores, quienes pueden llegar a presentar estrés, ansiedad, preocupación, angustia o un aumento de la sobrecarga por el cuidado (Carducci et al., 2021; Commissariat et al., 2020; Haegele et al., 2022; Kimbell et al., 2021; Streisand et al., 2005; Tully et al., 2021; Van Gampelaere et al., 2019).

Frecuentemente se le da atención al bienestar de los hijos diagnosticados y los padres quedan en un segundo plano. Así, existen pocas investigaciones e intervenciones acerca del bienestar parental (Lohan et al., 2015; Luo et al., 2021; Rifshana et al., 2017). Por ello, el propósito principal de la presente investigación fue analizar las posibles relaciones entre el estrés parental, el afrontamiento y el bienestar subjetivo de padres con hijos con DM1. Este estudio encuentra diversas relaciones, las cuales se pueden organizar en cinco grandes hallazgos.

En primer lugar, se halló que el estrés parental se relaciona inversamente con la satisfacción con la vida y de manera directa con el afecto negativo. Este hallazgo coincide con la literatura revisada previamente, pues como se evidencia en las investigaciones de Durán et al. (2016), Keklik et al. (2020) y Pérez de Velasco (2017), cuando los padres con hijos con enfermedades crónicas presentan niveles de estrés significativos, suelen tener una peor calidad de vida. Adicionalmente, un mayor grado de bienestar personal permite una mejor adaptación al estrés (Berry, 2005; García-Viniegra y Gonzales, 2000).

Es importante mencionar que, uno de los dominios que conduce a la felicidad es el de la salud (Lyubomirsky et al., 2005), así, es natural y comprensible, que al verse esta o la de los seres queridos afectada, exista una disminución del bienestar personal. Algunas consecuencias frente al diagnóstico de una enfermedad crónica, relacionadas con el estrés son los cambios en las rutinas diarias, teniendo que acudir a citas médicas, las que a su vez tienen un impacto financiero. La economía familiar también se ve afectada por el nuevo tratamiento indispensable para los hijos. Asimismo, se puede llegar a generar un estrés en los matrimonios o relaciones de pareja al tener que adecuarse a las nuevas responsabilidades (Fornasini et al., 2020; Tsiouli et al., 2014). Sumado a esto, se adquiere la responsabilidad de mantener diariamente los niveles

de glucosa en rango, para evitar complicaciones inmediatas como altos o bajos niveles de glucosa, y también, complicaciones a largo plazo (DiMeglio, 2018; OMS, 2023). Considerando lo señalado, el estrés parental y todo lo que conlleva puede generar que el afecto negativo incremente y la satisfacción con la vida disminuya. Otro punto es, que los padres con menores niveles de bienestar se estresarían más fácilmente cuando se enfrentan a las complicaciones del cuidado de un hijo con DM1.

En segundo lugar, se encontró que las estrategias de afrontamiento planificación y reinterpretación positiva se relacionaron directamente con la satisfacción con la vida y con el afecto positivo, así como una relación inversa con el afecto negativo. Es decir, la planificación y reinterpretación positiva se relacionan de manera directa con el bienestar subjetivo. Esto coincide con lo expuesto previamente, pues como afirman Blalock y Joiner (2000), Contini et al. (2003) y Pelters (2021), la forma en la que se afrontan las situaciones tendrá un efecto en el estado de salud mental y físico de las personas.

Como lo constata la revisión sistemática de Fairfax et al. (2019), las estrategias de afrontamiento activas, entendidas como la realización de esfuerzos dirigidos a resolver un estresor, como lo son la planificación y la reinterpretación positiva (estrategias de afrontamiento consideradas aproximativas a nivel cognitivo y conductual) predicen un mayor bienestar de la persona. Lo hallado, también se asemeja con la investigación de Cai et al. (2020), realizada con padres con hijos con autismo, pues se halló que las estrategias más aproximativas predicen un mayor bienestar. Cuando una persona es capaz de organizar sus tareas y darle un sentido, incluso a las experiencias adversas; su compromiso con el cuidado del hijo se mantendrá. Así, los padres tendrán un mayor sentido de control y una percepción de la situación como más manejable. Cuando existen creencias positivas y optimismo también existirá un mayor bienestar personal (Berry, 2005; García-Viniegra y Gonzales, 2000). Por otro lado, cuando un progenitor se encuentra abrumado probablemente utilizará estrategias distintas a una persona con un mayor bienestar personal (Cunningham et al., 2011), pues variados estudios han afirmado que las personas más satisfechas y que presentan un menor malestar, cuentan con evaluaciones personales más positivas, así como una mejor relación con su entorno y un manejo más efectivo de vínculos interpersonales (Argyle y Martín, 1987; Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995).

En ese sentido, el bienestar de los individuos puede promover la utilización de estrategias de afrontamiento más adecuadas (Freire, 2015). Por ejemplo, en la investigación de González et al. (2002) se identificó que un alto bienestar promueve las estrategias centradas en

la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social. En cambio, quienes presentan un nivel más bajo de bienestar tienden a utilizar estrategias más evasivas o poco productivas.

En cuanto al tercer hallazgo, se hallaron correlaciones directas entre el afecto negativo y estrategias de afrontamiento consideradas evitativas, entre ellas: negación, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual y desentendimiento mental. Este hallazgo tiene una relación estrecha con el hallazgo explicado anteriormente y coincide con la literatura revisada (Cai et al., 2020; Cunningham et al., 2011; Pelters, 2021). Emplear estrategias evitativas está asociado con un deterioro en la calidad de vida en los aspectos psicológicos, sociales y ambientales (Ayala et al., 2014; Durán et al., 2016; González et al., 2002). Fairfax et al. (2019), sostienen que las estrategias de afrontamiento evitativas se asocian negativamente con aspectos psicológicos de la calidad de vida, así, puede generarse un estrés persistente, sentimientos de aislamiento o depresión, lo que podría explicar el incremento del afecto negativo en los progenitores de los pacientes con DM1 (Pisula y Kossakowsk, 2010 como se citó en Durán et al., 2016).

En adición, como afirman Kimbell et al. (2021) en su revisión sistemática, muchos padres de hijos con DM1 manifiestan una preocupación en relación a que sus hijos perciban sus emociones y preocupaciones acerca de la DM1 y que esto los impacte negativamente. De esta manera se esfuerzan por ocultar sus miedos y preocupaciones, generando un agotamiento. Este punto puede explicar el porqué de la utilización de las estrategias desentendimiento conductual, desentendimiento mental y negación; pues los padres podrían estar intentando mostrarse despreocupados ante sus hijos. Por ejemplo, los padres pueden evitar hablar de los posibles riesgos de la condición, saltarse las citas médicas, no comunicar el diagnóstico a la escuela, no medir las glucosas diariamente, no comunicarse con otros padres o familiares acerca de la enfermedad, entre otros. Así, se estaría produciendo un agotamiento que no les permite afrontar adaptativamente las situaciones e incrementa el afecto negativo de los progenitores, pues los riesgos y responsabilidades siguen existiendo, pero no son enfrentadas.

En cuarto lugar, se encontraron correlaciones directas entre ciertas estrategias y la satisfacción con la vida y otras con el afecto positivo. En cuanto a la satisfacción con la vida, las estrategias que correlacionaron fueron la supresión de actividades, el afrontamiento activo, la búsqueda de soporte social por razones instrumentales y la búsqueda de soporte social por razones emocionales. Nuevamente, este hallazgo coincide con la información previamente revisada, pues, como se ha postulado, las estrategias activas tienden a funcionar de manera adaptativa en este contexto, incrementando el bienestar personal (Berry, 2005; García-Viniegra y Gonzales, 2000; Fairfax et al., 2019; Manfredi et al., 2023).

La búsqueda de apoyo social es una de las estrategias más útiles para los padres con hijos diagnosticados con alguna condición. En cuanto a los padres con hijos con DM1, el comunicarse con otros padres con hijos con la misma condición puede brindarles valiosa información como consejos sobre el manejo, productos más efectivos, cómo actuar y cómo prepararse para distintos escenarios como viajes, actividades deportivas, entre otros. Además, pueden valer como soporte emocional, pues están en una posición que les permite identificarse y empatizar (Brien-Bérard y des Rivières-Pigeon, 2023; Cano et al., 2007; Karaman et al., 2023; Nichols, 2018; Seppänen et al., 1999; Teasdale y Limbers, 2018). Asimismo, el personal de salud brindará este soporte informativo y a la vez social para los padres. Tener la posibilidad de contar con alguien que sea capaz de explicar el funcionamiento de la condición en sus diversos matices, les brinda a los padres personas a quien acudir ante cualquier duda, acercándose a un mayor control de la condición. Así, se evidencia el por qué la búsqueda de soporte social por razones instrumentales y la búsqueda de soporte social por razones emocionales se correlacionan directamente con la satisfacción con la vida (Cano, et al., 2007; Nichols, 2018; Seppänen et al., 1999; Teasdale y Limbers, 2018).

Además, se ha hallado que la comunicación con médicos y la lectura sobre la condición son estrategias útiles, actividades que representan un afrontamiento activo y supresión de otras actividades, pues centrarse directamente en el tratamiento de la condición y conocerla a profundidad fomenta una sensación de control y dominio, lo que tiene una relación con la satisfacción con la vida de los padres (Cunningham et al., 2011; Khemakhem et al., 2020; Teasdale y Limbers, 2018).

En relación al afecto positivo, además de las correlaciones con estrategias previamente mencionadas, se encontró una correlación directa con el uso de humor. El humor y su consecuencia, la risa, son competencias emocionales en el sentido de capacidad y habilidad. El humor conlleva cierto nivel de consciencia ante las situaciones de la vida misma (Marquier, 2010 como se citó en Fernandez-Poncela, 2019). En el estudio de Fernández et al. (2017) en el cual se trabaja con Terapiclowns, se afirma que el uso del humor ante enfermedades es recomendable y positiva, proporciona una zona segura y aumenta el estado del ánimo.

Es sorprendente que el afecto negativo y positivo no correlacionaron significativamente en este estudio. También que a diferencia de las estrategias de afrontamiento planificación y reinterpretación positiva las que correlacionaron significativamente tanto con el afecto positivo como negativo, otras estrategias no hayan correlacionado significativamente con ambos afectos. Esto puede ser explicado por estudios que muestran que presentar un estado afectivo no elimina, la presencia de otro afecto, es decir, han probado que los afectos no son ortogonales

(Crawford y Henry, 2004; DePaoli y Sweeney, 2000). Los afectos son dimensiones independientes que pueden coexistir. A pesar que usualmente correlacionan, en este estudio no han mostrado una relación significativa. En adición, el afecto positivo, negativo y la satisfacción con la vida no mostraron correlaciones significativas. Una posible explicación a esto, es que las dimensiones del bienestar subjetivo muestran cierto grado de independencia, por lo que deben medirse individualmente (Andrews y Withey 1976; Lucas et al., 1996 como se citó en Diener et al., 1999).

En quinto lugar, se hallaron correlaciones positivas y negativas entre ciertas estrategias de afrontamiento y el estrés parental. El estrés parental correlacionó de manera inversa con el afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades y reinterpretación positiva. Además, correlacionó de manera directa con enfocar y liberar emociones, desentendimiento mental, desentendimiento conductual y la negación. Estos resultados permiten ver la consistencia y coherencia de los hallazgos previos, pues como se aprecia, el estrés parental correlacionó de manera inversa con las mismas estrategias que correlacionaron de manera directa con la satisfacción con la vida y/o el afecto positivo (afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades y reinterpretación positiva), y de manera directa con las que también lo hicieron con el afecto negativo (enfocar y liberar emociones, el desentendimiento mental, desentendimiento conductual y la negación).

De este modo, se puede apreciar como la forma en que los padres afrontan las situaciones y sus problemas podría tener efecto en los niveles de estrés parental que presentan. Los niveles de estrés suelen ser menores cuando se utilizan estrategias activas en comparación a cuando se usan estrategias evasivas, pues el estrés suele incrementar, generándose así, una mayor o menor adaptación a largo plazo. A su vez, el estrés parental puede tener un efecto en el bienestar subjetivo pues mientras mayor estrés se experimenta, la satisfacción con la vida y el afecto positivo disminuye y, el afecto negativo incrementa. En cambio, cuando se experimentan niveles de estrés moderados o bajos, se suele tener un mayor afecto positivo y satisfacción con la vida y menos afectos negativos.

En cuanto a los objetivos específicos, se halló que, a mayor edad de los progenitores, menor uso de la estrategia de afrontamiento supresión de actividades. Esto coincide con la investigación de Zhang et al. (2016) quienes encontraron que, a mayor edad de los progenitores, menor involucramiento en el monitoreo de la DM1 de sus hijos. Podría suceder que los padres mayores tienen hijos mayores que tienen mayor experiencia y han aprendido a controlar su glucosa. Durante la adolescencia se empieza la búsqueda de la identidad propia, así como la búsqueda de independencia. Por eso, se generan cambios en las relaciones

familiares y los padres comienzan a dar mayor independencia en el tratamiento de la DM1. Esto podría ser un factor que lleva a los padres a centrarse en otras actividades, pues tienen menos responsabilidades en torno a la DM1. Pueden brindarle una mayor independencia a sus hijos quienes probablemente ya saben medir su glucosa, contar los carbohidratos, aplicarse insulina sin necesidad de otro, ir a sus citas médicas, entre otros, lo que permite a los padres tener tiempo propio para dedicarlo a otras actividades.

En relación al sexo, se halló que las madres presentan más estrés parental diferencia de los padres. Esto era algo esperado, pues lo respalda la literatura previa del tema (Haugstvedt et al., 2011; Landolt et al., 2005; Sparud-Lundin et al., 2013). Esto podría darse porque las madres asumen una mayor carga de responsabilidades frente al manejo de la DM1 de sus hijos. Otra posible explicación es por los roles de género instaurados socialmente, donde se espera que las mujeres dediquen un mayor cuidado a sus hijos mientras que las expectativas de padres es que sean el sustento económico del hogar, dejándoles menos tiempo para las tareas del hogar pues, vivimos en un contexto donde, por muchos esfuerzos existentes orientados a combatir la desigualdad de género, esta sigue estando latente en la sociedad (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2017). De esa manera, existe una idealización del rol femenino en relación a sus labores dentro del hogar familiar (Valdés, 2007). Se espera que sean madres sensibles, sacrificadas y con capacidades, producto de un instinto de la naturaleza femenina (Rivera, 2016).

Específicamente, se ha investigado ampliamente la desigualdad de género en el contexto de la pandemia del COVID-19, la cual ha ocasionado una recesión económica global y una significativa crisis de salud mental. Los estudios han revelado que existe una mayor probabilidad de que las mujeres experimenten síntomas más pronunciados de depresión, ansiedad, estrés y un menor nivel de bienestar comparado con los hombres. La pandemia y el confinamiento ha exacerbado las responsabilidades del trabajo doméstico, principalmente, asumidas por las madres. Estas responsabilidades incluyen ayudar a los hijos con sus tareas escolares y tomar medidas para salvaguardar la salud de la familia, todo ello mientras continúan trabajando o enfrentan la posibilidad de desempleo debido a la crisis económica (Borrescio-Higa y Valenzuela, 2021; Hiekel y Kühn 2022; Organización de las Naciones Unidas [ONU] Mujeres México, 2020; O'Sullivan et al., 2022). Se ha evidenciado que la participación de los padres es crucial para reducir el estrés de las madres y favorecer la dinámica familiar, por lo que se sugiere un mayor involucramiento (Brien-Bérard y des Rivières-Pigeon, 2023; Fornasini et al., 2020; O'Sullivan et al., 2022; Sullivan-Bolyai et al., 2006).



También se encontró que las madres utilizan más las estrategias de afrontamiento enfocar y liberar emociones, desentendimiento mental, desentendimiento conductual, negación y afrontamiento religioso en comparación con los padres. En relación al desentendimiento mental, desentendimiento conductual y negación, se halla una disyuntiva con la literatura, por ejemplo, con el estudio de Dashiff (1993), donde se identificó que los padres suelen distanciarse de los estresores relacionados a la DM1, mientras que las madres suelen centrarse en el manejo de la condición. Sin embargo, estas estrategias se relacionan con los altos niveles de estrés presentados por las madres y la posible dificultad que tienen para manejarlo, por lo que finalmente podrían desentenderse defensivamente de la situación. Cuando una persona utiliza estrategias evasivas a largo plazo, se promueve el estrés, tal como se halla en la muestra.

En relación al afrontamiento religioso, se ha evidenciado que este tiene un rol en el bienestar de los individuos. Los esfuerzos de los padres por comprender la adversidad relacionándolo con lo sagrado, abarca comportamientos, emociones y pensamientos que funcionaría como una forma de soporte y sentido (Dolan et al., 2021). Los hallazgos, coinciden con otros estudios, donde se encontró que las madres también utilizan esta forma de afrontamiento en mayor medida que los padres (De la Rubia y Rodríguez, 2009; Lee, 2009).

En cuanto a la estrategia enfocar y liberar emociones, se identifica similitudes con la literatura, como menciona Jaser et al. (2019), las madres frecuentemente se preocupan por cuestiones emocionales y buscan mayor apoyo social. En el caso de la estrategia uso del humor, se halló que los padres la utilizan en mayor medida, esto sucede probablemente porque los progenitores hombres no suelen hablar ni pensar su estado emocional si este es negativo, pero muestran mayor apertura a usar el humor con el fin de promover afectos positivos. Esto podría estar relacionado con los roles de género esperados socialmente y explicados anteriormente (MIMP, 2017; Valdés, 2007).

Respecto a los hijos, se encontró que mientras mayores son, los padres utilizan con menor frecuencia las estrategias de afrontamiento supresión de actividades y búsqueda de soporte social por razones instrumentales. Esto coincide con los hallazgos previos en relación a la edad de los progenitores, pues comúnmente mientras el padre es mayor, el hijo tiene más edad. De esa manera, como posiblemente existe más conocimiento y más experiencia de la enfermedad por parte de los hijos, los padres pueden centrarse en otras actividades (Hilliard et al., 2011).

La literatura sugiere que, durante la adolescencia de los hijos, los padres utilicen el pensamiento positivo y la aceptación como estrategias de afrontamiento (Cunningham et al., 2011; Khemakhem et al., 2020; Neylon et al., 2013; Teasdale y Limbers, 2018). Y, como

durante la niñez los padres suelen tener bastante control del tratamiento, se recomienda que los padres lean bastante y se informen sobre la condición, también que tengan altas esperanzas para reducir el estrés (Saßmann et al., 2022; Seppänen et al., 1999). En esa línea, es sorprendente que no se encontraron diferencias en el estrés parental según la edad de los hijos, pues hay autores que plantean que, durante la adolescencia, los niveles de estrés parental son mayores (Almeida et al., 2019; Álvarez et al., 2021; Mello et al., 2020). En relación al sexo de los hijos, no se hallaron diferencias significativas con las variables de estudio, pero como se mencionó si se hallaron diferencias en el estrés y estilos de afrontamiento en función del sexo del progenitor, lo que puede tomarse en cuenta como una característica importante en el abordaje de la DM1.

Respecto al segundo objetivo específico, que buscaba analizar las posibles diferencias de las variables de estudio según las características sociodemográficas, se halló que los padres casados tienen una mayor satisfacción con la vida que los solteros. Esto podría ser explicado por el apoyo que se encuentra en la pareja. En lo que respecta a las parejas que tienen un hijo con DM1, se podrían dividir los gastos, las citas médicas, los controles diarios, entre otros (Streisand et al., 2010). Además, los padres solteros utilizan más las estrategias de afrontamiento enfocar y liberar emociones, desentendimiento mental, así como afrontamiento religioso, esto coincide con que tengan un nivel más bajo de satisfacción con la vida, pues el enfocar y liberar emociones y el desentendimiento mental son estrategias evasivas que no contribuyen a manejar los niveles de estrés, por lo que se podría tener una menor satisfacción con la vida (Ayala et al., 2014; Durán et al., 2016; Fairfax et al., 2019). En el caso de la religión, los padres solteros podrían utilizar esta estrategia como una forma de soporte y sentido. Algunas parejas podrían encontrar un soporte en su compañero, por lo que prescinden de esta estrategia.

También, se encontró que los padres solteros puntúan más en la dimensión niño difícil del estrés parental, es decir, los padres solteros perciben que tienen menos control sobre la conducta de su hijo a diferencia de los padres casados (Abidin, 1995). Este hallazgo coincide con la investigación de Thompson et al. (2001), en la que se descubrió que los padres solteros tienen menos recursos en relación al tratamiento de la DM1 de sus hijos. Pues, podrían tener menos tiempo para asistir a las citas médicas, menor estabilidad económica, no contar con un soporte, entre otros. Esto podría influir en los niveles de estrés del padre, específicamente en la dimensión niño difícil.

Los padres que piensan que la condición de sus hijos está controlada presentan menor estrés parental. En estos casos, el control puede dar una sensación de seguridad, compromiso,

crecimiento que genera conformidad en los padres pudiendo apaciguar las preocupaciones que conlleva la condición de sus hijos. En comparación, un padre que sabe que la glucosa de su hijo puede subir y bajar constantemente se encuentra ante la amenaza de que se experimenten problemas relacionados con la salud, lo que aumenta los niveles de estrés (Hilliard et al., 2011; Jensen et al., 2022).

Además, se halló que los padres que perciben menor control utilizan más las estrategias de afrontamiento enfocar y liberar emociones, desentendimiento mental, desentendimiento conductual, negación y afrontamiento religioso. La mayoría de las estrategias son evasivas, así, quizás se estaría generando una cadena, donde los padres tienen mayor estrés y menor bienestar, lo que podría estar repercutiendo negativamente en el control de sus hijos.

Esta investigación no está exenta de ciertas limitaciones. En relación a la aplicación de las encuestas, la suma de los ítems de las escalas aplicadas fue de 121, esto puede haber generado cansancio y quizás apuro en ciertos participantes por terminar la encuesta. En esa línea, la aplicación de las encuestas se realizó de manera virtual por la actual pandemia del COVID-19, lo que no permitió un contacto presencial con los padres, obstruyendo la posibilidad de dar lineamientos y responder dudas directas. En adición, es importante tener en cuenta que el número de participantes fue de 74. Pese a esta cifra, las pruebas mostraron adecuados índices de confiabilidad y permitió analizar la información. Sin embargo, este número no permite realizar análisis de regresión robustos para poder discriminar cuales son las variables que tienen un mayor efecto en el bienestar subjetivo de los progenitores de niños con DM1.

En relación a las recomendaciones, a pesar que existe abundante literatura sobre el bienestar de los pacientes con DM1, la que se centra en la de los padres con hijos con esta condición es escasa (Luo et al., 2021). En ese sentido, se invita a futuras investigaciones a incluir esta variable. Así, mientras más se conozca sobre el mismo, será posible concientizar y realizar un mayor número de intervenciones dirigidas a los progenitores, a quienes no se les toma en cuenta ante el diagnóstico de sus hijos. Esto se evidencia con la respuesta de bastantes padres frente al envío de la encuesta, quienes se mostraron entusiasmados por responder y agradecidos porque alguien estudie el tema.

También, se invita a investigar asociaciones del bienestar de padres con hijos con DM1 con otras variables, como el soporte social, compromiso, control de enfermedad, estilo parental, entre otros. En esa línea, también se sugiere analizar ciertas diferencias entre grupos que la presente investigación no realizó. Entre ellas se encuentran el nivel socioeconómico del padre, grado de instrucción, manejo de la condición, entre otras. Este análisis brinda

información valiosa que puede ser explicativa y recomendada para promover una mayor calidad de vida. El estudio de los progenitores con hijos con DM1 no solo favorece la salud de los padres, sino también la de los hijos, pues sus niveles glucémicos se pueden ver afectados por ciertos factores propios de los padres.



## Referencias

- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of clinical child psychology*, 21(4), 407-412.
- Abidin, R. R. (1995). Parenting Stress Index, Third Edition: Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc. <https://www.nctsn.org/measures/parenting-stress-index-short-form>
- Alcover, J. S., Lafuente, N., y Vallejo, M. (2018). *El papel y la influencia de las familias durante el desarrollo vital de los pacientes con diabetes tipo 1*. [Tesis de Bachiller, Universidad Zaragoza]. Repositorio Institucional de Documentos. <https://zaguan.unizar.es/record/86040>
- Aldwin, C. M., y Yancura, L. (2011). Stress, coping, and adult development. In R. J. Contrada y A. Baum (Eds.), *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health* (pp. 263–274). Springer Publishing Company.
- Almeida, A. C., Leandro, M. E., y Pereira, M. G. (2019). Adherence and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes: The moderating role of age, gender, and family support. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 27(2), 247-255. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09662-y>
- Álvarez, N. M., y Rodríguez-Orozco, A. R. (2021). Percepción del funcionamiento familiar, estado nutricional y control metabólico en adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. *Atención Primaria*, 53(4). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.101974>
- Aracena, M., Gómez, E., Undurraga, C., Leiva, L., Marinkovic, K., y Molina, Y. (2016). Validity and reliability of the Parenting Stress Index Short Form (PSI-SF) applied to a Chilean sample. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3554-3564. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0520-8>
- Argyle, M., y Martin, M. (1991). The psychological causes of happiness. In F. Strack, M. Argyle, y N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 77–100). Pergamon Press.
- Astone, N. M., y McLanahan, S. S. (1991). Family structure, parental practices and high school completion. *American Sociological Review*, 56(3), 309–320. <https://doi.org/10.2307/2096106>
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 314-319.

- Ayala-Nunes, L., Lemos, I., y Nunes, C. (2014). Predictores del estrés parental en madres de familias en riesgo psicosocial. *Universitas Psychologica*, 13(2), 529-539. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-2.pepm>
- Bailey, A. B., y Smith, S. W. (2000). Current topics in review: Providing effective coping strategies and supports for families with children with disabilities. *Intervention in School and Clinic*, 35(5), 294-296. <https://doi.org/10.1177/105345120003500507>
- Bassi, G., Mancinelli, E., Di Riso, D., y Salcuni, S. (2021). Parental Stress, Anxiety and Depression Symptoms Associated with Self-Efficacy in Paediatric Type 1 Diabetes: A Literature Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 152. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010152>
- Beléndez Vázquez, M., Hidalgo Montesinos, M. D., Bermejo Alegría, R. M., Ros López, M. C., y Méndez Carrillo, F. J. (2001). Propiedades psicométricas del inventario de estrés percibido en el cuidado de la diabetes: Estudio piloto con una muestra de padres de niños con diabetes insulino-dependiente. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*.
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development*, 55(1), 83-96. <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Berget, C., Driscoll, K. A., Lagges, A., Lange, S., DiMeglio, L. A., Hannon, T. S., y Toddler Diabetes Technology Study Group. (2019). Optimizing the use of continuous glucose monitoring in young children with type 1 diabetes with an adaptive study design and multiple randomizations. *Contemporary clinical trials*, 82, 60-65. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2019.05.008>
- Berry, J. (2005) Acculturation: living successfully in two cultures. *International Journal of intercultural relations*, 29(6), 697-712. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013>
- Bhattacharya, M., Chakraborty, R., Basu, I., y De, M. (2019). Assessment of parental stress among mothers and fathers of children with autism. *Harvest Journal*, 4(1), 9-18.
- Blalock, J. y Joiner, T. (2000). Interaction of Cognitive Avoidance Coping and Stress in Predicting Depression/Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 47-65. <https://doi.org/10.1023/A:1005450908245>
- Blazquez, F. P., Hernandez, C. Y. G., y Calvillo, M. A. M. (2015). Psychometric properties of Diener's scale of satisfaction with life (SWLS) in a Mexican population/Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México)/Propiedades psicométricas da escala de satisfacao com a vida

- (SWLS) de Diener na populacao de Michoacan (Mexico). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 223-233. <https://doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04>
- Borrescio-Higa, F., y Valenzuela, P. (2021). Gender inequality and mental health during the COVID-19 pandemic. *International journal of public health*, 66, 1604220. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604220>
- Brien-Bérard, M., y des Rivières-Pigeon, C. (2023). Coping strategies and the marital relationship among parents raising children with ASD. *Journal of Child and Family Studies*, 32(3), 908-925. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02332-y>
- Cai, R. Y., Uljarević, M., y Leekam, S. R. (2020). Predicting mental health and psychological wellbeing in mothers of children with autism spectrum disorder: Roles of intolerance of uncertainty and coping. *Autism Research*, 13(10), 1797-1801. <https://doi.org/10.1002/aur.2341>
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American psychologist*, 31(2), 117.
- Campbell, M. S., Berg, C. A., y Wiebe, D. J. (2019). Parental self-control as a moderator of the association between family conflict and type 1 diabetes management. *Journal of pediatric psychology*, 44(8), 999-1008. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz040>
- Campos, N. S., Ovares, N. S., y Arens, C. M. (2020). Diabetes mellitus tipo I: retos para alcanzar un óptimo control glicémico. *Revista Médica Sinergia*, 5(09), 1-13. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.452>
- Cano, F., Rodriguez, L. y Garcia, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.
- Cao, V. T., Anderson, B. J., Eshtehardi, S. S., McKinney, B. M., Thompson, D. I., Marrero, D. G., y Hilliard, M. E. (2021). “We are a family with diabetes”: Parent perspectives on siblings of youth with type 1 diabetes. *Families, Systems, & Health*, 39(2), 306–315. <https://doi.org/10.1037/fsh0000612>
- Capistrant, B. D., Friedemann-Sánchez, G., Novak, L. K., Zuijdwijk, C., Ogle, G. D., y Pendsey, S. (2017). Mental health and well-being among type 1 diabetes caregivers in India: Evidence from the IDREAM study. *Diabetes research and clinical practice*, 134, 168-177. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.10.009>
- Carducci, C., Rapini, N., Deodati, A., Pampanini, V., Cianfarani, S., y Schiaffini, R. (2021). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in parents of children with type 1 diabetes during Covid-19 pandemic. *Italian journal of pediatrics*, 47(1), 1-4. <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01126-0>

- Carver, C. S., Scheier, M. F., y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cassaretto, M. y Chau, C. (2016). Afrontamiento al estrés: adaptación del Cuestionario COPE en universitarios de Lima. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cerezo, M. V., Soria-Reyes, L. M., Alarcón, R., y Blanca, M. J. (2021). The Satisfaction with Life Scale in breast cancer patients: Psychometric properties. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(1), 100274. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100274>
- Cigdem, Z., Guler, S., y Celik, M. Y. (2023). Examining the caregiver burden of parents whose children have type 1 diabetes. *Journal of Public Health*, 31(9), 1523-1531. <https://doi.org/10.1007/s10389-022-01698-z>
- Cohen, F., Reese, L., Kaplan, G., y Riggio, R. (1985). Coping with the stresses of arthritis. Springer.
- Cohn, L. N., Pechlivanoglou, P., Lee, Y., Mahant, S., Orkin, J., Marson, A., y Cohen, E. (2020). Health outcomes of parents of children with chronic illness: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of pediatrics*, 218, 166-177. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.10.068>
- Commissariat, P. V., Harrington, K. R., Whitehouse, A. L., Miller, K. M., Hilliard, M. E., Van Name, M., y Laffel, L. M. (2020). "I'm essentially his pancreas": Parent perceptions of diabetes burden and opportunities to reduce burden in the care of children < 8 years old with type 1 diabetes. *Pediatric diabetes*, 21(2), 377-383. <https://doi.org/10.1111/pedi.12956>
- Contini, N., Coronel, P., Levin, M. y Estevez, A. (2003). Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes escolarizados de Tucumán. *Revista De Psicología PUCP*, 21(1), 179-200. <https://doi.org/10.18800/psico.200301.007>
- Coyne, J. C., y Holroyd, K. (1982). Stress, coping, and illness. In *Handbook of clinical health psychology* (pp. 103-127). Springer, Boston, MA.
- Crawford, J. R., y Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 43(3), 245-265. <https://doi.org/10.1348/0144665031752934>



- Cunningham, N. R., Vesco, A. T., Dolan, L. M., y Hood, K. K. (2011). From caregiver psychological distress to adolescent glycemic control: the mediating role of perceived burden around diabetes management. *Journal of pediatric psychology*, *36*(2), 196-205. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq071>
- Cheon, C. K. (2018). Understanding of type 1 diabetes mellitus: what we know and where we go. *Korean journal of pediatrics*, *61*(10), 307. <https://doi.org/10.3345/kjp.2018.06870>
- Chiang, J. L., Maahs, D. M., Garvey, K. C., Hood, K. K., Laffel, L. M., Weinzimer, S. A., y Schatz, D. (2018). Type 1 diabetes in children and adolescents: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, *41*(9), 2026-2044. <https://doi.org/10.2337/dci18-0023>
- D'Angelo, C. M., Mrug, S., Grossoehme, D., Schwebel, D. C., Reynolds, N., y Reynolds, K. G. (2019). Coping, attributions, and health functioning among adolescents with chronic illness and their parents: Reciprocal relations over time. *Journal of clinical psychology in medical settings*, *26*(4), 495-506. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9597-0>
- Dashiff, C. (1993). Parents's perceptions of diabetes in adolescent daughters and its impact on the family. *Journal of Pediatric Nursing*, *8*(6), 361-369.
- De la Rubia, J. M., y Rodríguez, J. M. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y salud*, *19*(2), 189-196.
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of happiness studies*, *9*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>
- Delamater, A. M., Albrecht, D. R., Postellon, D. C., y Gutai, J. P. (1991). Racial differences in metabolic control of children and adolescents with type I diabetes mellitus. *Diabetes Care*, *14*(1), 20-25.
- DePaoli, L. C., y Sweeney, D. C. (2000). Further validation of the positive and negative affect schedule. *Journal of Social Behavior and Personality*, *15*(4), 561-568.
- Derguy, C., Loyal, D., Devouche, E., y Cappe, E. (2020). Should we use the Parental Stress Index—Short Form in parents of children with ASD? A French validation study. *Research in Developmental Disabilities*, *104*, 103716. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103716>
- Díaz-Herrero, Á., de la Nuez, A. G. B., Pina, J. A. L., Pérez-López, J., y Martínez-Fuentes, M. T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, *22*(4), 1033-1038.
- Díaz-Herrero, Á., López-Pina, J. A., Pérez-López, J., de la Nuez, A. G. B., y Martínez-Fuentes, M. T. (2011). Validity of the Parenting Stress Index-Short Form in a sample of Spanish

- fathers. *The Spanish journal of psychology*, 14(2), 990-997. [https://doi.org/10.5209/rev\\_SJOP.2011.v14.n2.44](https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.44)
- Diener E. (1984). Subjective well-being. *Psychol. Bull.* 95:542–75.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34-43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Diener, E., Oishi, S., y Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54(1), 403-425. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- DiMeglio, L. A., Evans-Molina, C., y Oram, R. A. (2018). Type 1 diabetes. *The Lancet*, 391(10138), 2449-2462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31320-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31320-5)
- Dirzyte, A., Perminas, A., y Biliuniene, E. (2021). Psychometric Properties of Satisfaction with Life Scale (SWLS) and Psychological Capital Questionnaire (PCQ-24) in the Lithuanian Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2608. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052608>
- Dolan, J. G., Hill, D. L., Faerber, J. A., Palmer, L. E., Barakat, L. P., y Feudtner, C. (2021). Association of psychological distress and religious coping tendencies in parents of children recently diagnosed with cancer: A cross-sectional study. *Pediatric Blood & Cancer*, 68(7), e28991. <https://doi.org/10.1002/pbc.28991>
- Durán, M., García-Fernández, M., Fernández, J., y Sanjurjo, B. (2016). Afrontamiento, estrés parental y calidad de vida de los cuidadores principales de personas con TEA. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 3(1), 60-68. <https://doi.org/10.17979/reipe.2016.3.1.1749>
- Eccleston, C., Crombez, G., Scotford, A., Clinch, J., y Connell, H. (2004). Adolescent chronic pain: patterns and predictors of emotional distress in adolescents with chronic pain and their parents. *Pain*, 108(3), 221–229. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.11.008>

- Eccleston, C., Malleon, P. N., Clinch, J., Connell, H., y Sourbut, C. (2003). Chronic pain in adolescents: evaluation of a programme of interdisciplinary cognitive behaviour therapy. *Archives of disease in childhood*, 88(10), 881-885. <https://doi.org/10.1136/adc.88.10.881>
- Fairfax, A., Brehaut, J., Colman, I., Sikora, L., Kazakova, A., y Potter, B. K. (2019). A systematic review of the association between coping strategies and quality of life among caregivers of children with chronic illness and/or disability. *BMC Pediatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1587-3>
- Fernández, M., Heras, D., Cepa, A., y Bastida, J. (2017). Uso del humor como método de intervención terapéutica: en menores afectados por procesos oncológicos. *Aula: revista de pedagogía de la Universidad de Salamanca*. <https://doi.org/10.14201/aula20172391105>
- Fernandez-Poncela, A. (2019). Educación: competencias, emociones y humor, perspectivas y estudios. *Educación y Humanismo*, 21(37), 51-66. <https://doi.org/10.17081/eduhum.21.37.3365>
- Ferrito, L., Predieri, B., Pjetraj, D., Alessandrelli, M. C., Pagnini, M., Iannilli, A., Marino, M., Tombolini, S., Pintaudi, B., Lucisano, G., Zani, F., Iughetti, L., Nicolucci, A., y Cherubini, V. (2019). Weekend-Based Parent-Group Intervention to Reduce Stress in Parents of Children and Adolescents with Type 1 Diabetes: A Pilot Study. *Journal of diabetes research*, 2019, 7935945. <https://doi.org/10.1155/2019/7935945>
- Findler, L., Jacoby, A. K., y Gabis, L. (2016). Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. *Research in developmental disabilities*, 55, 44-54. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.03.006>
- Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of abnormal psychology*, 95(2), 107.
- Forlani, G., Nuccitelli, C., Caselli, C., Moscatiello, S., Mazzotti, A., Centis, E., y Marchesini, G. (2013). A psychological support program for individuals with type 1 diabetes. *Acta diabetologica*, 50(2), 209-216. <https://doi.org/10.1007/s00592-011-0269-x>
- Fornasini, S., Miele, F., y Piras, E. M. (2020). The consequences of type 1 diabetes onset on family life. An integrative review. *Journal of Child and Family Studies*, 29(5), 1467-1483. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01544-z>

- Freire, C.R., (2015). *El bienestar psicológico en los estudiantes universitarios: operativización del constructo y análisis de su relación con las estrategias de afrontamiento*. [Tesis Doctoral, Universidade Da Coruña].
- Frey, M. A., Templin, T., Ellis, D., Gutai, J., y Podolski, C. L. (2007). Predicting metabolic control in the first 5 yr after diagnosis for youths with type 1 diabetes: The role of ethnicity and family structure. *Pediatric Diabetes*, 8(4), 220–227. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2007.00260.x>
- García-Viniegras, C., y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*, 16(6), 586-592.
- Gargurevich, R., y Matos, L. (2012). Validez y confiabilidad de escala de afecto positivo y negativo (SPANAS) en estudiantes universitarios peruanos.
- Gauntlett-Gilbert, J., y Eccleston, C. (2007). *Disability in adolescents with chronic pain: Patterns and predictors across different domains of functioning*. *Pain*, 131(1), 132–141. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.12.021>
- González, R., Montoya, I., Casullo, M.M., y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- González Bernal, M. R., y Guevara Marín, I. P. (2012). Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factores asociados a la conducta agresiva. *Universitas Psychologica*, 11(1), 241-254.
- Gray, D. E., y Holden, W. J. (1992). Psycho-social well-being among the parents of children with autism. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 18(2), 83-93.
- Grey, M., Jaser, S. S., Whittemore, R., Jeon, S., y Lindemann, E. (2011). Coping skills training for parents of children with type 1 diabetes: 12-month outcomes. *Nursing research*, 60(3), 173. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3182159c8f>
- Grimaldo, M. P. (2003). Validez y confiabilidad de la Escala de Afecto Negativo y Positivo (SPANAS). *Cultura*, 21(1), 341-363.
- Haeghele, J. A., Holland, S. K., y Hill, E. (2022). Understanding parents' experiences with children with type 1 diabetes: A qualitative inquiry. *International journal of environmental research and public health*, 19(1), 554. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010554>

- Hanas, R. (2007). *Type 1 diabetes in children, adolescents, and young adults: how to become an expert on your own diabetes*. Class Publishing Ltd.
- Haugstvedt, A., Wentzel-Larsen, T., Rokne, B., y Graue, M. (2011). Perceived family burden and emotional distress: similarities and differences between mothers and fathers of children with type 1 diabetes in a population-based study. *Pediatric Diabetes*, 12(2), 107–114. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2010.00661.x>
- Helgeson, V. S., Vaughn, A. K., Seltman, H., Orchard, T., Libman, I., Becker, D., y Mbbc, H. (2017). Trajectories of glycemic control over adolescence and emerging adulthood: An 11-year longitudinal study of youth with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(1), 8-18. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx08>
- Hiekel, N., y Kühn, M. (2022). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: The role of partnership and parenthood status in growing disparities between types of families. *Journal of Health and Social Behavior*, 63(4), 594-609. <https://doi.org/10.1177/00221465221109195>
- Hilliard, M. E., Monaghan, M., Cogen, F. R., y Streisand, R. (2011). Parent stress and child behaviour among young children with type 1 diabetes. *Child: care, health and development*, 37(2), 224-232. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01162.x>
- Hinz, A., Conrad, I., Schroeter, M. L., Glaesmer, H., Brähler, E., Zenger, M., Kocalevent, R. D., y Herzberg, P. Y. (2018). Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS), derived from a large German community sample. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(6), 1661–1670. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1844-1>
- Jakobsen, A. V., y Elklit, A. (2021). Self-control and coping responses are mediating factors between child behavior difficulties and parental stress and family impact in caregivers of children with severe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 122, 108224. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108224>
- Jaser, S. S., Hamburger, E. R., Pagoto, S., Williams, R., Meyn, A., Jones, A. C., y Simmons, J. H. (2019). Communication and coping intervention for mothers of adolescents with type 1 diabetes: Rationale and trial design. *Contemporary clinical trials*, 85, 105844. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2019.105844>
- Jaser, S. S., Linsky, R., y Grey, M. (2014). Coping and psychological distress in mothers of adolescents with type 1 diabetes. *Maternal and child health journal*, 18(1), 101-108. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1239-4>

- Jensen, M. V., Broadley, M., Speight, J., Chatwin, H., Scope, A., Cantrell, A., Heller, S., de Galan, B. E., Hendrieckx, C., Pouwer, F., y of the Hypo-RESOLVE consortium (2022). The impact of hypoglycaemia in children and adolescents with type 1 diabetes on parental quality of life and related outcomes: A systematic review. *Pediatric diabetes*, 23(3), 390–405. <https://doi.org/10.1111/pedi.13308>
- Johnson, S. B., Silverstein, J., Rosenbloom, A., Carter, R., y Cunningham, W. (1986). Assessing daily management in childhood diabetes. *Health Psychology*, 5(6), 545–564. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.5.6.545>
- Joyce, P., Senturia, K., Wright, D. R., Lind, C., y Malik, F. S. (2021). The clock is ticking: Parental stress around emerging adulthood for adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 62. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.07.012>
- Juvenile Diabetes Research Foundation [JDRF]. (2023). *Diabetes Basics*. <https://www.jdrf.org/t1d-resources/about/>
- Karaman, M. G. Y., Altınöz, A. E., Buyruk, B. A., Yorulmaz, G., Köşger, F., y Kirel, B. (2023). Comparison of anxiety, stress, and social support levels of female patients with type 1 diabetes and mothers whose children have type 1 diabetes. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 22(1), 333-340. <https://doi.org/10.1007/s40200-022-01144-7>
- Keklik, D., Bayat, M., y Başdaş, Ö. (2020). Care burden and quality of life in mothers of children with type 1 diabetes mellitus. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 40(3), 431-435. <https://doi.org/10.1007/s13410-020-00799-3>
- Khemakhem, R., Dridi, Y., Hamza, M., Hamouda, A. B., Khlayfia, Z., Ouerda, H., Halioui, S., Siala, N., Belhadj, A., y Maherzi, A. (2020). How do parents of children with type 1 diabetes mellitus cope and how does this condition affect caregivers' mental health?. *Archives de Pédiatrie*, 27(5), 265-269. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2020.05.001>
- Kichler, J. C., y Kaugars, A. S. (2021). Kicking in Diabetes Support (KIDS) intervention effects: Parent reports of diabetes management. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 9(2), 135–144. <https://doi.org/10.1037/cpp0000395>
- Kimbell, B., Lawton, J., Boughton, C., Hovorka, R., y Rankin, D. (2021). Parents' experiences of caring for a young child with type 1 diabetes: a systematic review and synthesis of qualitative evidence. *BMC pediatrics*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02569-4>
- Klassen, A. F., Klaassen, R., Dix, D., Pritchard, S., Yanofsky, R., O'Donnell, M., Scott, A., y Sung, L. (2008). Impact of caring for a child with cancer on parents' health-related

- quality of life. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 26(36), 5884–5889. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.15.2835>
- Kline, R. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3era ed.). New York; Guilford Press.
- Körner, A., Würz, J., Brosseau, D. C., Brähler, E., Kapellen, T., y Kiess, W. (2013). Parental dyadic coping in families of children and adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 26(9-10), 867-875. <https://doi.org/10.1515/jpem-2012-0410>
- Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granell, S., Pérez-Marín, M., y Montoya- Castilla, I. (2017). Estrés, Ansiedad y Depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Calidad De Vida Y Salud*, 10(1), 10-22.
- Landolt, M. A., Vollrath, M., Laimbacher, J., Gnehm, H. E., y Sennhauser, F. H. (2005). Prospective study of posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed type 1 diabetes. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 44(7), 682-689. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000161645.98022.35>
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44(1), 1-22.
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., y Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40(7), 770–779. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.7.770>
- Lee, G. K. (2009). Parents of children with high functioning autism: How well do they cope and adjust? *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 21(2), 93–114. <https://doi.org/10.1007/s10882-008-9128-2>
- Lillie, T. (1993). A harder thing than triumph: Roles of fathers of children with disabilities. *Mental Retardation*, 31(6), 438.
- Lohan, A., Morawska, A., y Mitchell, A. (2015). A systematic review of parenting interventions for parents of children with type 1 diabetes. *Child: care, health and development*, 41(6), 803-817. <https://doi.org/10.1111/cch.12278>
- López-Ortega, M., Torres-Castro, S., y Rosas-Carrasco, O. (2016). Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): secondary analysis of the Mexican Health and Aging Study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0573-9>

- Luo, D., Gu, W., Bao, Y., Cai, X., Lu, Y., Li, R., Wang, Y., y Li, M. (2021). Resilience outstrips the negative effect of caregiver burden on quality of life among parents of children with type 1 diabetes: An Application of Johnson-Neyman Analysis. *Journal of clinical nursing*, 30(13-14), 1884–1892. <https://doi.org/10.1111/jocn.15739>
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Manfredi, P., Morotti, A., y Tomasi, C. (2023). Sense of Coherence as a Resource in Promoting Well-Being and Managing Type 1 Diabetes Mellitus: A Pilot Study. *Psychiatry International*, 4(1), 48-57. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint4010008>
- Manning, A., y DiPietro, J. G. (2018). Treating adolescents with Type 1 diabetes: Psychological interventions to promote adherence. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 34(7), 1-7. <https://doi.org/10.1002/cbl.30305>
- Martínez, P. (2004). *Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- McDowell, M. E., Litchman, M. L., y Guo, J. W. (2020). The transition experiences of adolescents with type 1 diabetes from paediatric to adult care providers. *Child: Care, Health and Development*, 46(6), 692-702. <https://doi.org/10.1111/cch.12798>
- Meltzer, L. J., y Mindell, J. A. (2006). Impact of a child's chronic illness on maternal sleep and daytime functioning. *Archives of Internal Medicine*, 166(16), 1749-1755. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.16.1749>
- Mello, D., Wiebe, D., y Berg, C. (2020). Maternal shift-and-persist coping, SES, and adolescent type 1 diabetes management. *Children's Health Care*, 49(1), 100-114. <https://doi.org/10.1080/02739615.2019.1570465>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP]. (2017). La igualdad de género en las políticas y la gestión del desarrollo local. Contribuyendo a la información de las autoridades locales. <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dcteg/Brochure-Gobiernos-Locales.pdf>
- Mobasser, M., Shirmohammadi, M., Amiri, T., Vahed, N., Fard, H. H., y Ghojzadeh, M. (2020). Prevalence and incidence of type 1 diabetes in the world: a systematic review and meta-analysis. *Health promotion perspectives*, 10(2), 98. <https://doi.org/10.34172/hpp.2020.18>



- Neris, R. R., Bolis, L. O., Leite, A. C. A. B., Alvarenga, W. D. A., Garcia-Vivar, C., y Nascimento, L. C. (2023). Functioning of structurally diverse families living with adolescents and children with chronic disease: A metasynthesis. *Journal of Nursing Scholarship*, 55(2), 413-428. <https://doi.org/10.1111/jnu.12831>
- Neylon, O. M., O'Connell, M. A., Skinner, T. C., y Cameron, F. J. (2013). Demographic and personal factors associated with metabolic control and self-care in youth with type 1 diabetes: a systematic review. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 29(4), 257–272. <https://doi.org/10.1002/dmrr.2392>
- Nichols, M. A. (2018). Fathers of Children with Autism Spectrum Disorders: Understanding Stress, Coping, and Opportunities for Growth.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). Diabetes. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres México (2020). *El impacto del COVID-19 en la salud de las mujeres*. <https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020-nuevo/julio-2020/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-de-las-mujeres>
- O'Sullivan, K., Rock, N., Burke, L., Boyle, N., Joksimovic, N., Foley, H., y Clark, S. (2022). Gender differences in the psychosocial functioning of parents during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 13, 846238. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.846238>
- Patton, S. R., Clements, M. A., Marker, A. M., y Nelson, E. L. (2020). Intervention to reduce hypoglycemia fear in parents of young kids using video-based telehealth (REDCHiP). *Pediatric diabetes*, 21(1), 112-119. <https://doi.org/10.1111/pedi.12934>
- Pelters, P. (2021). Right by your side? – the relational scope of health and wellbeing as congruence, complement and coincidence. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1927482. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1927482>
- Pérez de Velasco Geldres, A. L. (2017). *Afrontamiento y bienestar psicológico en madres de niños diagnosticados con trastorno del espectro autista*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- Pérez-Marín, M., Gómez-Rico, I., y Montoya-Castilla, I. (2015). Diabetes mellitus tipo 1: factores psicosociales y adaptación del paciente pediátrico y su familia. Revisión. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(2), 158-162. <https://doi.org/10.5546/aap.2015.158>

- Pozo, P., y Sarriá, E. (2014). A global model of stress in parents of children with autism spectrum disorders (ASD). *Anales de Psicología*, 30(1), 180-191.
- Requena Hernández, C., López Fernández, V., González Boto, R., y Ortiz Alonso, T. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en mujeres mayores activas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(3), 146–148. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.01.002>
- Rifshana, F., Breheny, M., Taylor, J. E., y Ross, K. (2017). The parental experience of caring for a child with type 1 diabetes. *Journal of Child and Family Studies*, 26(11), 3226-3236. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0806-5>
- Sánchez, M. (2016). Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. *Opción*, 32(13), 921-953.
- Rivera, J. A. G., y Rodríguez, A. R. (2020). Características Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una Muestra de Adultos Puertorriqueños. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 31(1), 128-139.
- Roberts, S. D., Kazazian, V., Ford, M. K., Marini, D., Miller, S. P., Chau, V., Sananes, R. (2021). The association between parent stress, coping and mental health, and neurodevelopmental outcomes of infants with congenital heart disease. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(5), 948–972. <https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1896>
- Rodenburg, R., Meijer, A. M., Dekovi, M., y Aldenkamp, A. P. (2007). Parents of children with enduring epilepsy: predictors of parenting stress and parenting. *Epilepsy y Behavior*, 11, 197–207. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.05.001>
- Rodrigues, M. G., Rodrigues, J. D., Pereira, A. T., Azevedo, L. F., Rodrigues, P. P., Areias, J. C., y Areias, M. E. (2022). Impact in the quality of life of parents of children with chronic diseases using psychoeducational interventions—A systematic review with meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 105(4), 869-880. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.048>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., y Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Saßmann, H., Kim-Dorner, S. J., Berndt, V., Biester, T., Dehn-Hindenberg, A., Heidtmann, B., Jorch, N., Lilienthal, E., Nellen-Hellmuth, N., Neu, A., Schaaf, K., Ziegler, R., y Lange,

- K. (2022). Understanding daily, emotional, and physical burdens and needs of parents caring for children with type 1 diabetes. *Journal of diabetes research*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/9604115>
- Seppänen, S., Kyngäs, H., y Nikkonen, M. (1999). Coping and social support of parents with a diabetic child. *Nursing & Health Sciences*, 1(1), 63-70. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.1999.00009.x>
- Sparud-Lundin, C., Hallström, I., y Erlandsson, L. K. (2013). Challenges, strategies, and gender relations among parents of children recently diagnosed with type 1 diabetes. *Journal of Family Nursing*, 19(2), 249-273. <https://doi.org/10.1177/1074840713484386>
- Spielberger, C. D. (1983). State-trait anxiety inventory for adults.
- Streisand, R. (2001). Childhood Illness-Related Parenting Stress: The Pediatric Inventory for Parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(3), 155–162. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/26.3.155>
- Streisand, R., Mackey, E. R., y Herge, W. (2010). Associations of parent coping, stress, and well-being in mothers of children with diabetes: Examination of data from a national sample. *Maternal and Child Health Journal*, 14(4), 612-617. <https://doi.org/10.1007/s10995-009-0497-7>
- Streisand, R., y Monaghan, M. (2014). Young children with type 1 diabetes: challenges, research, and future directions. *Current diabetes reports*, 14(9), 520. <https://doi.org/10.1007/s11892-014-0520-2>
- Streisand, R., Swift, E., Wickmark, T., Chen, R., y Holmes, C. S. (2005). Pediatric parenting stress among parents of children with type 1 diabetes: the role of self-efficacy, responsibility, and fear. *Journal of pediatric psychology*, 30(6), 513-521. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsi076>
- Sullivan-Bolyai, S., Rosenberg, R., y Bayard, M. (2006). Fathers' reflections on parenting young children with type 1 diabetes. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 31(1), 24-31. <https://doi.org/10.1097/00005721-200601000-00007>
- Teasdale, A., y Limbers, C. (2018). Avoidant coping moderates the relationship between paternal involvement in the child's type 1 diabetes (T1D) care and parenting stress. *Journal of Child Health Care*, 22(4), 606-618. <https://doi.org/10.1177/1367493518767068>
- Thienemann, M., Martin, J., Cregger, B., Thompson, H. B., y Dyer-Friedman, J. (2001). Manual-driven group cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-

- compulsive disorder: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1254-1260. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00004>
- Thompson, S. J., Auslander, W., y White, N. H. (2001). Comparison of single-mother and two-parent families on metabolic control of children with diabetes. *Diabetes Care*, 24, 234–238. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.2.234>
- Thorsteinsson, E. B., Loi, N. M., y Rayner, K. (2017). Self-efficacy, relationship satisfaction, and social support: the quality of life of maternal caregivers of children with type 1 diabetes. *PeerJ*, 5, e3961. <https://doi.org/10.7717/peerj.3961>
- Toledano-Toledano, F., Moral de la Rubia, J., Nabors, L. A., Domínguez-Guedea, M. T., Salinas Escudero, G., Rocha Pérez, E., Luna, D., y Leyva López, A. (2020). Predictors of Quality of Life among Parents of Children with Chronic Diseases: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(4), 456. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040456>
- Tsiouli, E., Pavlopoulos, V., Alexopoulos, E. C., Chrousos, G., y Darviri, C. (2014). Short-term impact of a stress management and health promotion program on perceived stress, parental stress, health locus of control, and cortisol levels in parents of children and adolescents with diabetes type 1: a pilot randomized controlled trial. *Explore (New York, N.Y.)*, 10(2), 88–98. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2013.12.004>
- Tully, C., Clary, L., Monaghan, M., Levy, W., Hilliard, M. E., y Streisand, R. (2021). Implementation and Preliminary Feasibility of an Individualized, Supportive Approach to Behavioral Care for Parents of Young Children Newly Diagnosed With Type 1 Diabetes. *Cognitive and behavioral practice*, 28(2), 293–308. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.06.006>
- Vahedparast, H., Khalafi, S., Jahanpour, F., y Bagherzadeh, R. (2022). The Actor-Partner Effects of Parenting Stress on Quality of Life Among Parents of Children with ASD: The Mediating Role of Mental Quality of Life. *Journal of autism and developmental disorders*, 52(1), 142–149. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04919-8>
- Valdes, X. (2007). *Futuro de las Familias y Desafíos para las Políticas Públicas*. (informe de la reunión). Reunión de Especialistas.
- Van Gampelaere, C., Luyckx, K., Goethals, E. R., Van Der Straaten, S., Laridaen, J., Casteels, K., Vanbesien, J., Depoorter, S., Klink, D., Cools, M., y Goubert, L. (2020). Parental stress, anxiety and trait mindfulness: associations with parent–child mealtime

- interactions in children with type 1 diabetes. *Journal of behavioral medicine*, 43(3), 448-459. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00144-3>
- Van Gampelaere, C., Luyckx, K., van der Straaten, S., Laridaen, J., Goethals, E. R., Casteels, K., Vanbesien, J., den Brinker, M., Depoorter, S., Klink, D., Cools, M., Goubert, L., y Ghent University (2020). Families with pediatric type 1 diabetes: A comparison with the general population on child well-being, parental distress, and parenting behavior. *Pediatric diabetes*, 21(2), 395–408. <https://doi.org/10.1111/pedi.12942>
- Wang, H., Hu, X., y Han, Z. R. (2020). Parental stress, involvement, and family quality of life in mothers and fathers of children with autism spectrum disorder in mainland China: A dyadic analysis. *Research in developmental disabilities*, 107, 103791. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103791>
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678–691. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678>
- Watson, D., Clark, L. A., Tellegen, A. (1988). Development and Validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), Junio, 1988: 1063-1070
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of clinical child psychology*, 19(4), 302-312.
- Weissberg-benchell, J., Wirtz, P., Glasgow, A. M., Turek, J., Tynan, W. D., y Ward, J. (1995). Adolescent diabetes management and mismanagement. *Diabetes Care*, 18, 77–82.
- Whittemore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M., y Grey, M. (2012). Psychological experience of parents of children with type 1 diabetes: a systematic mixed-studies review. *The Diabetes educator*, 38(4), 562–579. <https://doi.org/10.1177/0145721712445216>
- Wiebe, D. J., Chow, C. M., Palmer, D. L., Butner, J., Butler, J. M., Osborn, P., y Berg, C. A. (2014). Developmental processes associated with longitudinal declines in parental responsibility and adherence to type 1 diabetes management across adolescence. *Journal of pediatric psychology*, 39(5), 532–541. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu006>
- Wysocki, T., Harris, M. A., Buckloh, L. M., Mertlich, D., Lochrie, A. S., Taylor, A., Sadler, M., Mauras, N., y White, N. H. (2006). Effects of behavioral family systems therapy for diabetes on adolescents' family relationships, treatment adherence, and metabolic control. *Journal of pediatric psychology*, 31(9), 928–938. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj098>

- Yeh C. H. (2003). Psychological distress: testing hypotheses based on Roy's adaptation model. *Nursing science quarterly*, 16(3), 255–263. <https://doi.org/10.1177/0894318403016003017>
- Zanatta, E. A., Scaratti, M., Argenta, C., y Barichello, Â. (2020). Experiences of adolescents with type 1 diabetes. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 1–7. <https://doi.org/10.12707/RV20044>
- Zelman, J. J., y Ferro, M. A. (2018). The Parental Stress Scale: Psychometric properties in families of children with chronic health conditions. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 67(2), 240–252. <https://doi.org/10.1111/fare.12306>
- Zhang, L., Ellis, D. A., Naar-King, S., Moltz, K., Carcone, A. I., y Dekelbab, B. (2016). Effects of socio-demographic factors on parental monitoring, and regimen adherence among adolescents with type 1 diabetes: A moderation analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 176–188. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0215-6>
- Zhang, L., Xu, H., Liu, L., Bi, Y., Li, X., Kan, Y., Liu, H., Li, S., Zou, Y., Yuan, Y., Gong, W., y Zhang, Y. (2022). Related factors associated with fear of hypoglycemia in parents of children and adolescents with type 1 diabetes - A systematic review. *Journal of pediatric nursing*, 66, 125–135. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.05.022>

## Apéndices

## Apéndice A

<i>Características de los progenitores</i>					
<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo			Pareja		
Femenino	54	73	Si	67	90.5
Masculino	20	27	No	7	9.5
Número de hijos			Estado Civil		
1	13	17.6	Casado	58	78.4
2	33	44.6	Divorciado	2	2.7
3	20	27	Soltero	13	17.6
Más de 3	8	10.8	Viudo	1	1.4
<i>Características de los hijos</i>					
Sexo			Educación		
Femenino	37	50	Inicial	1	1.4
Masculino	37	50	Primaria	18	24.6
Tiempo de diagnóstico			Secundaria	39	53.4
1 año	4	5.4	Universitaria/Academia	15	20.5
2 años	11	14.9	Percepción del control de la DM1 del hijo		
3 años	14	18.9	Si está controlada	52	70.3
Más de 3 años	45	60.8	Maso menos controlada	21	28.4
Tratamiento			No está controlada	1	1.4
Bomba de insulina	24	32.4			
Inyecciones	50	62.2			
Sensor	39	52.7			
Glucómetro	2	2.7			

<i>Variable</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Edad progenitores	24	59	43.84	7.30
Edad hijos	3	18	13.53	3.66
Último control médico (meses)	0	24	2.32	3.17

## Apéndice B

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

<i>Número de ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>	<i>Número de ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
<b>PSI-SF <math>\alpha = .96</math></b>					
Item 1	.36	.97	Item 19	.76	.96
Item 2	.58	.96	Item 20	.64	.96
Item 3	.55	.96	Item 21	.71	.96
Item 4	.75	.96	Item 22	.34	.97
Item 5	.73	.96	Item 23	.47	.96
Item 6	.49	.96	Item 24	.59	.96
Item 7	.77	.96	Item 25	.56	.96
Item 8	.73	.96	Item 26	.57	.96
Item 9	.78	.96	Item 27	.67	.96
Item 10	.75	.96	Item 28	.65	.96
Item 11	.79	.96	Item 29	.74	.96
Item 12	.78	.96	Item 30	.72	.96
Item 13	.63	.96	Item 31	.69	.96
Item 14	.75	.96	Item 32	.56	.96
Item 15	.73	.96	Item 33	.38	.96
Item 16	.75	.96	Item 34	.60	.96
Item 17	.78	.96	Item 35	.79	.96
Item 18	.58	.96	Item 36	.66	.96
<b>Malestar Paterno <math>\alpha = .93</math></b>					
Item 1	.37	.93	Item 7	.71	.91
Item 2	.61	.92	Item 8	.64	.92
Item 3	.68	.92	Item 9	.76	.91
Item 4	.84	.91	Item 10	.74	.91
Item 5	.82	.91	Item 11	.80	.91
Item 6	.54	.92	Item 12	.84	.91
<b>Interacción Disfuncional Padre-Hijo <math>\alpha = .91</math></b>					
Item 13	.69	.90	Item 19	.76	.89
Item 14	.81	.89	Item 20	.62	.90
Item 15	.79	.89	Item 21	.70	.90
Item 16	.77	.89	Item 22	.33	.91
Item 17	.77	.89	Item 23	.50	.91
Item 18	.54	.90	Item 24	.47	.91
<b>Niño Difícil <math>\alpha = .91</math></b>					
Item 25	.55	.91	Item 31	.61	.91
Item 26	.63	.91	Item 32	.55	.91
Item 27	.76	.90	Item 33	.49	.91
Item 28	.71	.90	Item 34	.62	.91
Item 29	.81	.90	Item 35	.75	.90
Item 30	.79	.90	Item 36	.62	.91



## Apéndice C

<i>Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test corregida de las escalas del COPE 60</i>					
<i>Número de ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>	<i>Número de ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
Afrontamiento activo $\alpha = .55$			Planificación $\alpha = .86$		
Item 5	.26	.54	Item 19	.75	.81
Item 25	.21	.60	Item 32	.72	.82
Item 47	.56	.27	Item 39	.70	.83
Item 58	.36	.46	Item 56	.68	.84
Contención del afrontamiento (restraint) $\alpha = .71$			Supresión de actividades $\alpha = .75$		
Item 10	.53	.63	Item 15	.48	.73
Item 22	.42	.70	Item 33	.54	.70
Item 41	.46	.67	Item 42	.58	.68
Item 49	.60	.58	Item 55	.60	.67
Re-interpretación positiva y crecimiento $\alpha = .72$			Aceptación $\alpha = .83$		
Item 1	.52	.66	Item 13	.60	.81
Item 29	.49	.67	Item 21	.74	.74
Item 38	.52	.66	Item 44	.61	.80
Item 59	.52	.66	Item 54	.69	.77
Enfocar y liberar emociones $\alpha = .72$			Búsqueda de SS razones instrumentales $\alpha = .82$		
Item 3	.60	.62	Item 4	.56	.81
Item 17	.54	.63	Item 14	.79	.70
Item 28	.43	.72	Item 30	.63	.78
Item 46	.50	.65	Item 45	.60	.79
Búsqueda de SS razones emocionales $\alpha = .81$			Desentendimiento mental $\alpha = .58$		
Item 11	.60	.78	Item 2	.31	.55
Item 23	.64	.76	Item 16	.48	.41
Item 34	.64	.76	Item 31	.35	.52
Item 52	.64	.76	Item 43	.32	.54
Desentendimiento conductual $\alpha = .60$			Negación $\alpha = .71$		
Item 9	.30	.59	Item 6	.39	.70
Item 24	.30	.59	Item 27	.43	.68
Item 37	.55	.39	Item 40	.49	.62
Item 51	.40	.52	Item 57	.69	.52
Afrontamiento religioso $\alpha = .84$			Uso del humor $\alpha = .88$		
Item 7	.64	.82	Item 8	.58	.90
Item 18	.76	.76	Item 20	.74	.84
Item 48	.64	.82	Item 36	.82	.81
Item 60	.69	.80	Item 50	.82	.81

<i>Número de ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
<hr/>		
Uso de Substancias $\alpha = .86$		
Ítem 12	.74	.82
Ítem 26	.60	.90
Ítem 35	.88	.78
Ítem 53	.73	.82



### Apéndice D

*Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test corregida de las escalas del Satisfaction with life scale*

<i>Número de ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
Satisfacción con la vida $\alpha = .88$		
Ítem 1	.73	.85
Ítem 2	.75	.85
Ítem 3	.76	.85
Ítem 4	.79	.84
Ítem 5	.59	.89



## Apéndice E

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

<i>Número de ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>	<i>Número de ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
<b>Afecto positivo <math>\alpha = .89</math></b>			<b>Afecto negativo <math>\alpha = .83</math></b>		
Item 1	.57	.88	Item 2	.58	.81
Item 3	.71	.87	Item 4	.40	.83
Item 6	.56	.88	Item 5	.41	.83
Item 7	.68	.88	Item 8	.53	.81
Item 10	.59	.88	Item 9	.47	.82
Item 12	.64	.89	Item 11	.53	.81
Item 13	.54	.89	Item 15	.61	.81
Item 14	.61	.88	Item 17	.60	.81
Item 16	.73	.87	Item 18	.61	.81
Item 19	.68	.88	Item 20	.47	.82



## Apéndice F

### Consentimiento informado (padres y madres)

Estimados Padres y Madres:

El presente trabajo es dirigido por Sharon Blau, para realizar su tesis como estudiante de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, y se encuentra bajo la supervisión de la Dra. Mónica Cassaretto (correo [mcassar@puccp.edu.pe](mailto:mcassar@puccp.edu.pe)). Este tiene como objetivo estudiar aspectos psicológicos asociados al cuidado de hijos menores que presentan Diabetes Tipo 1.

Recuerde que su participación en este estudio es voluntaria. Se recogerá información que usted nos provea y se mantendrá de manera anónima. La información obtenida sólo será utilizada solamente con fines orientados a la conclusión de la investigación como parte de un proyecto de tesis. Si en algún momento de la encuesta no desea responder alguna de las preguntas por diferentes motivos o desea retirarse, tiene el derecho de hacerlo sin que ello signifique un perjuicio para usted.

Finalmente, si lo desea, se le podrá enviar los principales resultados de la investigación y para ello puede contactarse al siguiente correo [a20160176@puccp.edu.pe](mailto:a20160176@puccp.edu.pe). Si usted decide ser parte de este estudio, se le pedirá participar de una encuesta que durará aproximadamente 20 minutos. Se agradece de antemano su participación.

Luego de haber revisado estos puntos, ¿acepta participar en la entrevista?

Si - No



## Apéndice G

### Ficha de Datos (padres e hijos)

#### Ficha de datos padres

1. Edad
  - Desplegable desde 19 años o menos; hasta 66 o más
2. Tuve a mi primer hijo cuando tenía
  - Menos de 18 años
  - 18 años o más
3. Sexo
  - Femenino
  - Masculino
4. ¿Tiene usted pareja actualmente?
  - Sí
  - No
5. Estado Civil
  - Soltero
  - Casado
  - Viudo
  - Divorciado
6. Nacionalidad
  - Peruana
  - Extranjera
7. ¿Con quién vive?
  - Padres
  - Hermanos
  - Hijos
  - Otra (Especifique)
8. ¿Actualmente mantiene una relación con su hijo con Diabetes Tipo 1?
  - Sí
  - No
9. Número de hijos
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - Más de 5
10. ¿Tiene algún hijo que presente una condición médica crónica diagnosticada? (sin tomar en cuenta a su hijo con Diabetes Tipo 1)
  - Sí
  - No

11. ¿Actualmente usted cuenta con alguna condición psicológica/ psiquiátrica/ neurológica diagnosticada?

- Sí
- No

### **Ficha de datos hijos**

1. Edad

- Desplegable desde menor de 2 años; hasta 19 años o más

2. Sexo

- Femenino
- Masculino

3. ¿En qué Grado Escolar/ Año Universitario se encuentra su hijo?

4. ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron Diabetes Tipo 1 a su hijo?

- Menos de un año
- Un año
- Dos años
- Tres años
- Más de tres años

5. ¿Cuándo fue su último control médico? (Especifique meses o años)

6. ¿De qué forma su hijo maneja la DM1?

- Inyecciones
- Bomba de insulina
- Sensores
- Otra (Especifique)

7. ¿Considera que la condición de su hijo está controlada?

- Sí
- No
- Maso Menos

8. ¿Su hijo cuenta con alguna otra enfermedad crónica?

- Sí
- No

## Apéndice H

### *Prueba de normalidad*

	Kolmogrov-Smirnov			Asimetría	Curtosis
	Estadístico	gl	Sig.		
Estrés parental total	.15	74	<.00	.97	.28
Malestar Paterno	.16	74	<.00	.92	-.14
Interacción Disfuncional	.15	74	<.00	1.17	.73
Niño Dificil	.16	74	<.00	.81	-.18
Afecto Positivo	.05	74	.20*	-.28	-.19
Afecto Negativo	.11	74	.03	.90	.32
Satisfacción con la vida	.18	74	<.00	-.80	.64
Afrontamiento activo	.13	74	.00	-.26	-.28
Planificación	.13	74	.00	-.63	-.29
Contención del afrontamiento	.13	74	.00	.40	-.42
Supresión de actividades	.11	74	.02	.25	-.18
Re-interpretación positiva	.12	74	.02	-.62	.38
Aceptación	.13	74	.00	-.14	-.91
Enfocar y liberar emociones	.15	74	<.00	.61	-.07
Búsqueda de SS instrumental	.11	74	.02	-.12	-.87
Búsqueda de SS emocional	.10	74	.05	.23	-.86
Desentendimiento mental	.18	74	<.00	1.12	1.90
Desentendimiento conductual	.21	74	<.00	1.38	1.78
Negación	.23	74	<.00	2.30	7.09
Afrontamiento religioso	.12	74	.01	-.14	-.96
Uso del humor	.20	74	<.00	1.18	.66
Uso de Substancia	.50	74	<.00	6.97	53.62



### Apéndice I

*Correlaciones entre las escalas Satisfacción con la vida, PANAS, PSI/SF y COPE*

Variables	SV	AP	AN	EP	MP	ID	ND
Afecto positivo	.16						
Afecto negativo	-.23	-.05					
Estrés parental	-.51***	-.10	.60***				
Malestar parental	-.55***	-.15	.62***	.92***			
Interacción disfuncional	-.39***	-.07	.58***	.94***	.88***		
Niño difícil	-.47***	-.04	.46***	.92***	.73***	.82***	
Afrontamiento activo	.38***	.21	-.13	-.28*	-.27*	-.36**	-.18
Planificación	.48***	.36**	-.26*	-.43***	-.40***	-.47***	-.34**
Contención	.10	.08	-.10	-.08	-.07	-.16	-.02
Supresión de actividades	.35**	.11	-.02	-.25*	-.16	-.26*	-.29*
Re-interpretación positiva	.40***	.38***	-.25*	-.39***	-.38***	-.41***	-.29*
Aceptación	.22	.18	-.07	-.22	-.21	-.23*	-.18
Enfocar y liberar emociones	.09	.09	.38***	.28*	.25*	.23	.31**
Búsqueda SS razones instrumentales	.29*	.20	-.07	-.23	-.25*	-.28*	-.11
Búsqueda SS razones emocionales	.33**	.07	.00	-.18	-.20	-.19	-.10
Desentendimiento mental	-.19	-.15	.49***	.54***	.52***	.51***	.48***
Desentendimiento conductual	-.12	-.10	.37**	.42***	.35**	.44***	.39***
Negación	-.17	-.02	.35**	.46***	.48***	.45***	.35**
Religión	-.16	.13	.00	.21	.17	.13	.26*
Uso humor	.11	.31**	.02	-.06	-.06	-.08	-.03
Uso sustancias	.12	-.06	.00	.05	.06	.08	.00

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$ , SS=soporte social, SV=satisfacción con la vida, AP=afecto positivo, AN=afecto negativo, EP=estrés parental, MP=malestar parental, ID=interacción disfuncional, ND=niño difícil, Uso sustancias realizado con Rho de Spearman

### Apéndice J

#### *Diferencias en variables psicológicas según pareja*

Pareja	Sí (n=67)		No (n=7)		<i>t</i> ( <i>gl</i> ) <sup>*</sup>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Satisfacción con la vida	19.39	4.00	16.43	5.97	1.78(72) <sup>*</sup>	0.58
Niño difícil	25.15	9.31	33.00	14.24	-2.01(72) <sup>*</sup>	-0.65
Afrontamiento religioso	10.16	3.31	12.71	3.40	-1.94(72) <sup>*</sup>	-0.76

*N*=74, <sup>\*</sup>*p* < .05

