



**ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

**AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS, ACTITUDES DISFUNCIONALES Y DEPRESIÓN  
EN PADRES DE FAMILIA EN UN C.E.B.E. DEL DISTRITO DE COMAS, 2022**

**Línea de investigación:**

**Salud mental**

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Psicología Clínica y de la Salud

**Autora:**

Aguilar Lagos Magda

**Asesor:**

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero  
(ORCID: 0000-0001-5748-6126)

**Jurado:**

Salcedo Angulo, Elena  
Valdez Sena, Lucía Emperatriz  
Zegarra Martínez, Vilma Bartola

**Lima - Perú**

**2023**



## Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:

[1A\\_AGUILAR\\_LAGOS\\_MAGDA\\_MAESTRÍA\\_2023.docx](#)

Fecha del Análisis:

30/05/2023

Analizado por:

Astete Llerena, Johnny Tomas

Correo del analista:

[jastete@unfv.edu.pe](mailto:jastete@unfv.edu.pe)

Porcentaje:

3 %

Título:

AFRONTAMIENTO AL ESTRES, ACTITUDES DISFUNCIONALES Y DEPRESIÓN EN PADRES DE FAMILIA EN UN C.E.B.E. DEL DISTRITO DE COMAS, 2022

Enlace:

<https://secure.arkund.com/old/view/161536023-695514-996113#DclxDoAgEATAv1BvDLuAHH7FWBiihklaSuPfdTKPu4dbVoj/gQGMYAjn0CDIQ4SEgliEvMGNdvV2trr3erjFT15JtCAXWSnRcnw/>





## **ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

### **AFRONTAMIENTO AL ESTRES, ACTITUDES DISFUNCIONALES Y DEPRESIÓN EN PADRES DE FAMILIA EN UN C.E.B.E. DEL DISTRITO DE COMAS, 2022**

Línea de Investigación: Salud Mental

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Psicología Clínica y  
de la Salud

**Autora:**

Aguilar Lagos Magda

**Asesor:**

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

(ORCID: 0000-0001-5748-6126)

**Jurado:**

Salcedo Angulo, Elena  
Valdez Sena, Lucía Emperatriz  
Zegarra Martínez, Vilma Bartola

**Lima – Perú**

**2023**

**Dedicatoria:**

A mi hija Wendy, mi motor y motivo y fuente de inspiración de esta investigación. Su presencia marcó mi vida con retos y desafíos que hicieron de mí una mejor persona.

A Viviana mi princesa menor por todo su apoyo, cariño y aliento para seguir estudiando a pesar de las dificultades.

A mi esposo Percy por su amor y respaldo para seguir superándome.

**Agradecimientos:**

Mg. Guisela Mendoza Chávez

Mg. Orlando Del Rosario Pacherras

Mi gratitud a ustedes por todo su apoyo

y aliento en esta investigación

## ÍNDICE

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Lista de tablas	vi
Lista de figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	2
1.2 Descripción del problema	5
1.3 Formulación del problema	8
1.4 Antecedentes	9
1.4.1 Antecedentes Nacionales	9
1.4.2 Antecedentes Internacionales	12
1.5 Justificación de la investigación	14
1.6 Limitaciones de la investigación	15
1.7 Objetivos de la investigación	16
1.7.1 Objetivo General	16
1.7.2Objetivos Específicos	16
1.8 Hipótesis	17
1.8.1Hipótesis general	17

1.8.2 Hipótesis específicas	17
II. Marco Teórico	18
2.1 Marco conceptual	18
2.1.1 Afrontamiento al estrés	18
2.1.2 Actitudes disfuncionales	26
2.1.3 Depresión	33
III. Método	39
3.1 Tipo de Investigación	39
3.2 Población y muestra	39
3.3 Operacionalización de variables	41
3.4 Instrumentos	42
3.5 Procedimientos	47
3.6 Análisis de datos	48
3.7 Consideraciones éticas	50
IV. Resultados	51
V. Discusión de resultados	77
VI. Conclusiones	81
VII. Recomendación	85
VIII. Referencias	86
IX. Anexos	

### Lista de Tablas

<b>N°</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
Tabla 1	Operacionalización de la variable Afrontamiento	41
Tabla 2	Operacionalización de la variable Actitudes disfuncionales	41
Tabla 3	Operacionalización de la variable Depresión	42
Tabla 4	Índices de ajuste relativos y absolutos del modelo de tres	51
Tabla 5	Solución de cargas factoriales estandarizadas a partir del análisis factorial confirmatorio	51
Tabla 6	Fiabilidad por consistencia interna del Inventario Breve de afrontamiento	53
Tabla 7	Índices de ajuste relativos y absolutos del modelo de tres factores	54
Tabla 8	Solución de cargas factoriales estandarizadas a partir del análisis factorial confirmatorio.	55
Tabla 9	Fiabilidad por consistencia interna de la Escala de Actitudes Disfuncionales	57
Tabla 10	Índices de ajuste relativos y absolutos del modelo de dos factores	57
Tabla 11	Solución de cargas factoriales estandarizadas a partir del análisis factorial confirmatorio	58
Tabla 12	Fiabilidad por consistencia interna del Inventario de Depresión de Beck	60
Tabla 13	Análisis descriptivo de la variable estilos de afrontamiento según sexo (%)	61
Tabla 14	Análisis descriptivo de la variable estilos de afrontamiento según estado civil (%)	61
Tabla 15	Análisis descriptivo de la variable estilos de afrontamiento según tipo de diagnóstico (%)	62
Tabla 16	Análisis descriptivo de la variable estilos de afrontamiento según residencia (%)	63



Tabla 17	Análisis descriptivo de la variable actitudes disfuncionales según sexo (%)	64
Tabla 18	Análisis descriptivo de la variable actitudes disfuncionales según estado civil (%)	64
Tabla 19	Análisis descriptivo de la variable actitudes disfuncionales según tipo de diagnóstico (%)	65
Tabla 20	Análisis descriptivo de la variable actitudes disfuncionales según residencia (%)	66
Tabla 21	Análisis descriptivo de la variable depresión según sexo	67
Tabla 22	Análisis descriptivo de la variable depresión según estado civil	68
Tabla 23	Análisis descriptivo de la variable depresión según diagnóstico	69
Tabla 24	Análisis descriptivo de la variable depresión según residencia.	70
Tabla 25	Coefficiente de correlación múltiple de los estilos de afrontamiento, actitudes disfuncionales y depresión en padres de familia en un-CEBE del distrito de Comas	71
Tabla 26	Relación entre el estilo de afrontamiento dirigido hacia el problema y actitudes disfuncionales	72
Tabla 27	Relación entre el estilo de afrontamiento dirigido hacia la emoción y actitudes disfuncionales	73
Tabla 28	Relación entre los otros modos adicionales de afrontamiento y actitudes disfuncionales	74
Tabla 29	Relación entre las dimensiones de estilos de afrontamiento y depresión.	75

## Lista de Figuras

<b>N°</b>	<b>Título</b>	<b>Pg.</b>
Figura 1	Diagrama de senderos de la estructura factorial del COPE	53
Figura 2	Diagrama de senderos de la estructura trifactorial de los datos de actitudes disfuncionales	56
Figura 3	Diagrama de senderos de la estructura bifactorial de los datos del inventario de Beck	59

## Resumen

El presente estudio pretendió determinar la relación entre el afrontamiento, las actitudes disfuncionales y la depresión, en padres de familia de un Centro de Educación Básica Especial del distrito de Comas. El enfoque fue cuantitativo, de tipo descriptivo – correlacional multivariable, ya que se analizaron tres variables, con diseño no experimental y corte transversal. La muestra fue de tipo censal, conformada por 120 padres de familia, de ambos sexos, cuyos hijos presentan diversos diagnósticos y estudian en el colegio especializado en mención. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Afrontamiento Brief COPE (Carver, 1989), la Escala de Actitudes Disfuncionales-DAS (Weissman y Beck) y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Para el análisis de relación de las tres variables, se empleó análisis de regresión múltiple donde se estableció como variables dependientes a cada dimensión de los estilos de afrontamiento, e independientes a las puntuaciones totales de las actitudes disfuncionales y depresión. Se encontró que el estilo de afrontamiento enfocado en el problema correlaciona ( $p < .001$ ) de manera positiva y media ( $R=0.496$ ) con las actitudes disfuncionales y la depresión, indicando que, a mayores puntuaciones en dicha dimensión, mayores puntuaciones en las otras dos variables. Similar resultado aparece entre los otros modos de afrontamiento con las actitudes disfuncionales y la depresión ( $p < .001$ ;  $R=0.575$ ), observándose una correlación positiva y media, con un tamaño de efecto moderado del 33% ( $r^2=0.331$ ). No se halló correlación estadísticamente significativa, entre el estilo enfocado en la emoción, con ambas variables de estudio.

*Palabras clave:* afrontamiento, actitudes disfuncionales, depresión, padres de familia, niños excepcionales.

### **Abstract**

The current study aimed to determine the relationship between coping, dysfunctional attitudes and depression, in parents of a Special Basic Education Center in the district of Comas. The approach was quantitative, of a descriptive type - multivariable correlational, since three variables were analyzed, with a non-experimental design and cross-section. The sample was of the census type, made up of 120 parents of both sexes, whose children have various diagnoses and study at the mentioned specialized school. The instruments used were the Brief COPE Coping Inventory (Carver, 1989), the Dysfunctional Attitudes Scale-DAS (Weissman and Beck) and the Beck Depression Inventory II (BDI-II). For the relationship analysis of the three variables, multiple regression analysis was used where each dimension of coping styles was established as dependent variables, and independent of the total scores of dysfunctional attitudes and depression. It was concluded that the problem-focused coping style correlates ( $p < .001$ ) in a positive and average way ( $R=0.496$ ) with dysfunctional attitudes and depression, indicating that the higher the scores in said dimension, the higher the scores in the other two variables. Similar results appear between the other coping ways with dysfunctional attitudes and depression ( $p < .001$ ;  $R=0.575$ ), observing a positive and medium correlation, with a moderate effect size of 33% ( $r^2=0.331$ ). No statistically significant correlation was found between the style focused on emotion, with both study variables.

*Keywords:* coping, dysfunctional attitudes, depression, parents, exceptional children.

## I. INTRODUCCIÓN

La noticia de ser padres, por lo general, se ve rodeada de infinidad de emociones anhelos, sueños, pero nadie espera o imagina tener un hijo con discapacidad. No se tiene la preparación para poder enfrentar esta situación, ya sea que se trate de una discapacidad congénita o adquirida, al conocerse el diagnóstico, todo se viene abajo; los padres en ese momento afrontan una situación inesperada ante lo cual no saben qué hacer. Esta nueva realidad ocasiona un desajuste familiar que viene cargado de estrés, temores y actitudes disfuncionales que pueden ocasionar depresión.

La presente investigación lleva como título: Afrontamiento al estrés, actitudes disfuncionales y depresión en padres en un CEBE de Comas. El objetivo principal de esta investigación es poder determinar la asociación entre el afrontamiento, las actitudes disfuncionales y la depresión en padres de familia.

La investigación está diseñada de la siguiente manera: en el primer capítulo se plantea, describe y formula el problema, las limitaciones y objetivos de la investigación, así como las investigaciones previas sobre el tema en mención. El segundo capítulo contiene el marco teórico y la conceptualización de las variables, las definiciones operacionales consideradas para el estudio. En el tercer capítulo se presenta la metodología empleada en la investigación, señalando el nivel, tipo y diseño de la misma, las características de la muestra, así como los instrumentos utilizados, el procedimiento, las consideraciones éticas y el análisis de datos realizado. Luego, se presentan los resultados obtenidos en la investigación, el análisis de los mismos a través de la discusión, así como las conclusiones y recomendaciones del estudio. Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

## 1.1. Planteamiento del Problema

Se sabe que el nacimiento de un hijo es un cambio dentro de la historia personal de un ser humano que va acorde a la evolución personal, de pareja y familiar, los padres se crean expectativas hermosas como la de tener un hijo sano, que los llene de alegrías y los haga sentirse realizados, sin embargo, el nacimiento de un hijo con discapacidad se percibe por los progenitores como un hecho desde inesperado hasta incomprensible, lo cual influye en su posterior desempeño como padres. Para algunos padres es una enorme decepción enterarse que tienen un hijo con necesidades especiales y que estos van a traer consigo retrasos y dificultades en su desarrollo posterior como: problemas de aprendizaje, motor, de lenguaje, ausencia de conductas básicas (atención, seguimiento de instrucciones, discriminación etc.), de autocuidado, pre académicas, hiperactividad, etc.

En el Perú el Registro de Personas con Discapacidad del Registro Nacional de la Persona con Discapacidad (RNPCD, 2020), señalan que se ha incorporado a 292,580 personas con discapacidad al 31 de enero del 2020, de los cuales según su nivel de gravedad de la limitación son: “128,848 (46.2%) personas con discapacidad presentan el nivel de gravedad severo; 106,621 (38.3%) tienen discapacidad moderada; 41,765 (15.0%) tienen discapacidad leve y 1,474 registros no especifican el nivel de gravedad”. Asimismo, según el diario El Peruano, el Ministerio de Educación precisa que, en el 2017 el sector trabajó con 90,000 menores que demandan una educación especial, por las características que presentan, y que para el 2021 esa cifra debería subir a 160,000 alumnos. Como se observa el número de niños con habilidades diferentes ahora conocido como niños con discapacidad es alto y son los cuidadores (padres) quienes asumen esa gran responsabilidad.

En ese sentido aceptar y comprender que un hijo tiene una discapacidad, es un proceso que va más allá del conocimiento del hecho. Núñez (2005) lo describe como el momento más intenso de crisis que viven los padres “la confirmación del diagnóstico de discapacidad hace añicos fantasías, ideales, proyectos, deseos y expectativas depositadas en el hijo soñado”. Como cualquier suceso doloroso, la asimilación de esta situación continua, por un tiempo e incluso no llega a completarse nunca. Los padres suelen atravesar por un proceso que implica: estrés, hipersensibilidad, labilidad emocional, incertidumbre respecto a la situación familiar.

La discapacidad por su connotación emocional afecta a todos los miembros del entorno familiar demandando el empleo de recursos y estrategias de afrontamiento tales como: físicos (salud, energía y empuje); financieros (económicos, vivienda, empleo); sociales (redes de apoyo y sociales); psicológicos, (creencias, resolución de problemas, personalidad) (Cunningham, 2000).

Las respuestas afectivas y actitudes que acompañan a los padres al conocer el diagnóstico de la discapacidad de un hijo es un proceso que describe rasgos que viven los padres de un niño con discapacidad, más el recorrido que realiza cada padre y cada madre es totalmente particular. Es importante entender que no todos los padres pasan por las mismas reacciones, ni éstas tienen la misma duración. Pueden pasarlas con ritmos desiguales en la pareja o en el núcleo familiar. Tampoco ocurre como un proceso continuo, a veces se retrocede, y se retrasa en exceso la aceptación del diagnóstico o que uno de los padres no termina de admitirlo, con la sobrecarga que ello supone para el otro progenitor.

Las etapas de duelo: La llegada de un hijo discapacitado implica una crisis inesperada, obligando así a los padres a adaptarse con rapidez a una nueva situación. Ante esta situación, poca es la ayuda que reciben los padres para hacer frente a esta dificultad. Muchos son los

estudios los que se centran en las personas con discapacidades, pero poco se ha hecho respecto a los padres y madres, y cómo estos viven y hacen frente a esta situación tan estresante (Soto, 2008). Los padres de niños con discapacidades necesitan mucha fuerza interior para gestionar las dificultades que surgen a raíz de los cuidados especiales de su hijo/a. Para enfrentarse a esos retos los padres deben desarrollar varias habilidades, como la capacidad de resiliencia. Según Martínez (2012) todas esas descompensaciones a las que se ve envuelta la familia son consideradas como “otros duelos” que deben elaborar los padres. Hay una necesidad en el núcleo familiar de redistribuir los roles y las funciones de los miembros de esta, obligando a adoptar un nuevo estilo de vida, estableciendo nuevas metas y proyectos de vida.

Sin embargo, se dan casos en que los padres logran despertar poco a poco de esta situación y pueden afrontar el estrés que le produce esta nueva realidad asumiendo actitudes positivas que les permita adaptarse, reorganizarse y ayudar apropiadamente a sus hijos, lo cual no supone estar conforme con la discapacidad. Muchas familias acogerán a sus hijos con estas deficiencias, más toda la vida lamentan que sufra limitaciones y que tengan menos oportunidades de percepción, movilidad, comunicación o de autonomía. Experimentarán cariño y disfrute con sus hijos, mas no olvidarán la discapacidad que presentan. Cuando dichos padres tienen pobres estrategias para afrontar la condición de sus hijos, sus actitudes son cada vez más negativas haciéndose disfuncional, pero las actitudes y el pobre afrontamiento está más recurrente en personas con depresión.

Por otro lado, cuando los padres, no han elaborado correctamente el duelo, se pueden observar signos que pueden ser: excesivo apego, sobreprotección, trato negligente o de abandono, pobre o nula participación en el proceso de rehabilitación del menor, desánimo frente a sí misma, actitud sacrificada, sobre exigencia, actitudes de huida, actitud desafiante,



agresiva y de desautorización respecto al profesional o equipo, altos niveles de ansiedad, cuadros de depresión crónica (Grau, 2013). En este sentido, al presentarse una mala elaboración del duelo, la mayor consecuencia recaería en el niño con discapacidad, pues, la familia se desestructura y no se organiza adecuadamente para atender sus necesidades.

Por todo lo anteriormente expuesto podemos afirmar que los padres con niños con alguna discapacidad tienen una sobre carga de estrés dado a la situación que viven cotidianamente con sus hijos y cuando los padres no cuentan con recursos ni estrategias de afrontamiento a su realidad pueden presentar actitudes negativas como la tristeza, la ira, la culpa y la negación que los pueden hacer vulnerables a la depresión.

## **1.2. Descripción del problema**

La discapacidad en general es un tema bastante complejo por las implicancias sociales, educativas, de pobreza, de discriminación, cuestiones académicas y de inclusión, el Perú no es ajeno a ello más aún cuando se conoce que es un país donde la discapacidad aún está llena de prejuicios y desconocimiento.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019) del total de la población en el año 2017 (29 381 884), el 10.4% (3 051 612) presentó alguna discapacidad y dentro de esta el 57% son mujeres y el restante 43% son hombres; es decir por cada 10 pobladores del Perú existe 1 (un) poblador que presenta alguna discapacidad; siendo en cierta forma favorable si lo comparamos con el ratio mundial de “7 pobladores” (que indica que 1 de cada 7 personas en mundo presenta alguna discapacidad) (Valencia, 2018).

La mayor parte de la población inscrita en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad se encuentra en la región Lima, específicamente en Lima Metropolitana con un

32.23%, seguida de Piura con un 7.29% y Arequipa con un 4.65%; las regiones que tienen menor cantidad de personas registradas son Moquegua con 0.84% seguida de Ucayali con 0.61% y Madre de Dios con 0.4%.

En nuestro país existe una base legal que aborda el tema de discapacidad, esta se encuentra contenida en la Ley general de la persona con discapacidad Ley N.º 29973 (2012: 1), que en su Artículo 1 indica que su Finalidad es: “Establecer el marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida política, económica, social, cultural y tecnológica”. Igualmente, en su Artículo 2 indica que: “La persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás”.

El tener un hijo con alguna discapacidad puede ser percibido como una fractura en el desarrollo "normal" de la relación familiar. La tristeza, el estrés la ansiedad junto a otros sentimientos pueden generarse mientras se busca la asimilación de esta situación y por ello el apoyo, la aceptación y el modo de afrontamiento de la familia es importante para sobrellevar este tipo de circunstancia.

En algunos casos, la aparición de un hijo discapacitado en la familia puede provocar fracturas o rupturas en las relaciones entre los padres, sobre todo cuando dichas relaciones ya padecían problemas previos, pero también puede funcionar como elemento de cohesión y fortalecimiento del matrimonio, pues sumarán esfuerzos aparte de buscar especialistas y sacar adelante a sus hijos. Mientras existen otras familias que al no tener la suficiente información

ni la aceptación de la discapacidad desarrollan una actitud negativa ante la situación de sus hijos incrementando sus niveles de estrés pudiendo ser vulnerables a la depresión.

Frente a lo señalado, se debe puntualizar que no solamente los niños, niñas y jóvenes con discapacidades son los afectados sino también los cuidadores que, en general son los padres de familia u otros familiares cercanos. Al respecto, en España Real et al. (2012) en un estudio realizado 45 familias encontraron que casi dos terceras partes de las familias presentan un trastorno de ansiedad y/o depresión, a pesar de que estas no consideran tener una sobre carga en sus actividades. En el Perú un estudio realizado por Ruiz (2017) en 37 cuidadores entre madres y padres de niños con discapacidad que se encargan de atender a sus hijos con discapacidad reportó que los padres tienen una sobre carga intensa en el cuidado de su familiar y está representado con el 51.4%, asimismo el porcentaje más alto está referido al cansancio físico de los encuestados dedicados al cuidado del familiar en 37.8%.

Describiendo la realidad local, cabe mencionar que el colegio especial en donde se realizará la investigación es un colegio que tiene 24 años de existencia y está ubicado en Trapiche del distrito de Comas, cuenta con una población de 65 alumnos con discapacidad, entre éstos se encuentran niños con autismo, discapacidad intelectual, parálisis cerebral Síndrome de Down y Trastorno del espectro Autista y otros trastornos genéticos. Este Centro Educativo Básico Especial presenta un gran número de padres de familia, quienes se encargan de buscar la estabilidad económica de sus familias, mientras que algunas madres se dedican más tiempo al cuidado sus hijos en el colegio sobre todo cuando el diagnóstico es moderado o severo, pero es innegable que ambos padres buscan lograr un adecuado desarrollo integral de sus hijos. Asimismo, se evidencia que las demandas de los hijos según el tipo de discapacidad que presentan son diferentes y particulares, por ende, los padres deben aceptar y adaptarse a la

condición de sus hijos además de proveerles no solamente dedicación sino buscar medios económicos suficientes para atender las necesidades propias del diagnóstico de sus hijos. Estos niños y jóvenes con habilidades diferentes van a crecer dentro de una familia que, en muchas ocasiones, no se encuentran preparadas para afrontar una situación de discapacidad, es decir, no tiene los suficientes conocimientos sobre la discapacidad que tienen que enfrentar, esta información la va a ir adquiriendo cada integrante de la familia, según la situación y el rol que a cada uno le toca vivir.

Finalmente, frente a todo lo señalado de no atender esta problemática los padres de familia podrían terminar desencadenando problemas emocionales que se podrían convertir en trastornos del estado de ánimo y ya no podrían continuar al frente del cuidado de sus menores hijos.

### **1.3. Formulación del problema**

#### **Pregunta general:**

¿Cuál es la asociación entre el afrontamiento, las actitudes disfuncionales y la depresión en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022?

#### **Preguntas específicas:**

- ¿Cuál es el estilo de afrontamiento que predomina en padres de familia de acuerdo al sexo, estado civil, tipo de diagnóstico y lugar de residencia en un CEBE de Comas, 2022?
- ¿Cuáles son las actitudes disfuncionales predominantes que presentan los padres de familia de acuerdo al sexo, estado civil, tipo de diagnóstico y lugar de residencia en un CEBE de Comas, 2022?
- ¿Cuál es el nivel de depresión que presentan los padres de familia, considerando el sexo, estado civil, tipo de diagnóstico y lugar de residencia en un CEBE de Comas, 2022?

- ¿Cuál es la asociación entre el afrontamiento dirigido hacia el problema y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022?
- ¿Cuál es la correlación entre el afrontamiento dirigido hacia la emoción y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022?
- ¿Cuál es la asociación entre los otros modos adicionales de afrontamientos y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022?
- ¿Cuál es la asociación entre los estilos de afrontamiento (hacia el problema, hacia la emoción y otros modos adicionales de afrontamiento) con la depresión en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022?

#### **1.4. Antecedentes**

##### ***1.4.1. Antecedentes Nacionales***

En nuestro país Torres (2018) realizó una investigación que tuvo como objetivo principal determinar la relación entre el estrés parental y las estrategias de afrontamiento en padres de hijos con habilidades diferentes de un CEBE ubicado en Los Olivos. La muestra estuvo compuesta por 189 padres de familia. Se empleó un diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional. Los instrumentos empleados para la recolección de datos fueron el cuestionario de estrés parental – nueva versión peruana (2015) y el cuestionario de estrategias de afrontamiento COPE-28. En base a los resultados obtenidos, se concluye que existe correlación significativa inversa de intensidad entre el estrés parental y la estrategia de afrontamiento enfocado en la emoción, de igual manera entre el estrés parental y la estrategia de afrontamiento evitativo. Sin embargo, no existe correlación significativa entre el estrés parental y la estrategia de afrontamiento enfocado al problema. De estos resultados podemos

decir que a mayor estrés menos son las estrategias de afrontamiento que emplean los padres con hijos con discapacidad.

De otro lado Soralez (2018) realizó la investigación. “Estrés parental y estilos de afrontamiento en madres de hijos con discapacidad auditiva en una institución especializada”. Los resultados indican que, al evaluar los niveles de estrés parental, así como los estilos de afrontamiento al estrés, la mayor frecuencia se encontró en un nivel promedio. Al comparar las estrategias de afrontamiento al estrés se encontró un mayor puntaje promedio en la estrategia de negación en la niñez temprana. Asimismo, se encontró relación entre el nivel de estrés total y las estrategias de negación, desentendimiento conductual y autculpa además se mantiene la relación de estas estrategias con los factores de malestar paterno (MP), interacción disfuncional padres hijos (ID- PH) y niño difícil (ND). De la misma forma, se halló que existe relación estadísticamente significativa entre el estrés parental y sus factores MP, ID-PH, ND con el estilo de afrontamiento al estrés de tipo evitativo.

Ninapaitan (2017) en su investigación titulada “Estrategias de afrontamiento al estrés y tipos de discapacidad en padres de Familia del CEBE Manuel Duato”, tuvo como objetivo determinar diferencias significativas del nivel de las estrategias de afrontamiento al estrés en padres de familia con hijos con discapacidad del CEBE Manuel Duato. La metodología siguió el enfoque cuantitativo, el diseño de investigación fue corte transversal de alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 150 padres de familia con hijos con discapacidad auditiva, autismo y síndrome de Down. En dicho estudio se utilizaron los instrumentos: el inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin D., 1989); adaptado al contexto y una Ficha Sociodemográfica. Los resultados revelaron diferencias significativas en los niveles de las estrategias de afrontamiento al estrés en la muestra total de padres, evidenciando altos niveles en las estrategias de retirada social ( $M = 11,07$ ), seguido de la

autocrítica ( $M = 10,28$ ). Además, se obtuvo las siguientes conclusiones: El grupo de padres que tienen hijos con discapacidad auditiva son propensos a presentar bajos niveles de estrés debido a un adecuado uso de estrategias de afrontamiento. Por el contrario, el grupo de padres que tienen hijos con trastorno del espectro autista son vulnerables a presentar altos niveles de estrés debido a un inadecuado uso de estrategias de afrontamiento. La estrategia autocrítica, orientada a responsabilizar a alguien por lo sucedido, se destaca en los padres que tienen hijos con trastorno del espectro autista y síndrome de Down.

Ese mismo año Arphi et al. (2017) en su investigación “Uso de las estrategias de afrontamiento y nivel de estrés en padres con hijos autistas” realizado en la institución ASPAU. Dicha investigación fue cuantitativo descriptivo correlacional y la muestra estuvo conformada de 50 padres, los resultados fueron que el 72% de padres con hijos con autismo presentaron un nivel de estrés moderado y el 66% utilizaron otros estilos de afrontamiento (evitativos). Además, no se encontró relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y nivel de estrés. La crianza de los hijos con diagnósticos de autismo presenta limitaciones en donde se evidencian diversos problemas familiares ya que existe una mayor tensión que se observa a diario y que ello puede propiciar estrés en los miembros de la familia principalmente a los padres, Macías (2014)

Sáenz (2017) en una muestra de 109 madres con edades entre 20 a 66 años. Tuvo como objetivo analizar la predominancia del estilo de afrontamiento al estrés que ponen en práctica las madres de hijos con discapacidad del Centro Educativo Básico Especial de San Martín de Porres de Lima, utilizó el instrumento: Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) creada por Carver et al. (1989) adaptada al Perú por Casuso (1996). Los resultados indicaron que el estilo de afrontamiento predominante fue el estilo enfocado en el problema

con un 63.3%; con respecto a las estrategias más empleadas, fueron la reinterpretación positiva y desarrollo personal con un 72.5% y la búsqueda de apoyo social con un 57.8%. Asimismo, se evidenció que las madres adultas se caracterizan por utilizar los estilos de afrontamiento al estrés enfocado en el problema seguido por el estilo centrado en la emoción y en última instancia los otros estilos de afrontamiento.

#### ***1.4.2. Antecedentes Internacionales***

A nivel internacional tenemos los estudios realizados en Jordania por Husni (2018) quien realizó un estudio que evaluó los niveles de estrés entre padres e hijos con síndrome de Down y autismo para identificar las estrategias de afrontamiento usadas y comparar sus niveles de estrés con padres que tienen hijos con un desarrollo normal. Los resultados arrojaron diferencias en los tres grupos; los padres que mostraban el nivel más alto de estrés fueron los padres de hijos con autismo mientras que los de menor estrés fueron los padres de hijos con síndrome de Down. Todos los padres de la muestra usaron mayormente la religión como estrategia de afrontamiento. La religión en muchas ocasiones sirve como una fuente de paz que ayuda a los padres o a cualquier persona a sobrellevar los problemas de la vida.

De igual modo en Estados Unidos se realizó una investigación para explorar las estrategias de afrontamiento (apoyo social, replanteamiento, búsqueda de apoyo espiritual, adquirir y aceptar ayuda y evaluación pasiva) en padres de hijos con síndrome de Down durante las diferentes etapas de vida de los niños. Se encontró que los padres reportaron más altas estrategias de afrontamiento durante la niñez media (menores de 5 años) y los primeros años de la adolescencia (12 -18 años) que la niñez temprana y adultez (Nelson, Kale, Malone, Staats, Tanner&Springer, 2016). Esto nos puede llevar a pensar que es en los primeros años de



convivir el diagnóstico, los padres que presentan una adecuada actitud frente al problema también tienen altas estrategias de afrontamiento.

Por otro lado, Esteban (2015) en su investigación que fue titulada “Estrategias de afrontamiento del estrés de los padres con hijos con discapacidad intelectual”, tuvo como objetivo identificar las diferentes fases de estrés que vive una familia con un miembro con discapacidad. Para esta investigación utilizó el tipo de metodología mixta. La muestra fue de 20 unidades familiares que han mostrado disposición e interés en el estudio de las diferentes estrategias de afrontamiento que se presentan en una situación de estrés. El instrumento utilizado para analizar las diferentes estrategias de afrontamiento del estrés ha sido el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) en el cual se analizan las 8 estrategias de afrontamiento del estrés: resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social. Se concluyó que: Las madres son susceptibles de caer en situaciones depresivas ya que son muchas las dificultades que se encuentran en el camino y en ocasiones la soledad les provoca estrés. Por lo tanto, las madres que han participado en el Inventario (CSI), se encuentran en la fase de adaptación o resistencia ante la situación de estrés alcanzando la última fase, el agotamiento. Podemos afirmar que en la mayoría de los casos son las madres las más vulnerables a la depresión ya que también son las que asumen toda la carga y responsabilidad de la atención de los hijos con discapacidad, pues en muchas ocasiones los padres abandonan el hogar.

Ureta (2014) realizó un estudio en España y se planteó como objetivo conocer las diferencias entre el afrontamiento y estilos de crianza en padres de familia de niños con discapacidad. Se realizó con un grupo de 60 madres y padres de familia con hijos con

discapacidad (psíquica, física, sensorial, física y sensorial, y física y psíquica). Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron el Cuestionario sociodemográfico, el Cuestionario de prácticas parentales y el Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI). Los resultados demostraron que no se encuentran diferencias significativas en el nivel de afrontamiento y los estilos de crianza de los padres según el tipo de necesidad educativa especial de sus hijos.

De todas las investigaciones anteriormente mencionadas en las cuales asocian por lo general los estilos de afrontamiento con estrés parental, desesperanza, optimismo, entre otros con un diagnóstico, en cambio son pocas las investigaciones que analizan las tres variables de este estudio juntas, por lo que la investigación que se realizará pretende ser más ambiciosa y se trabajará con tres variables (estilos de afrontamiento, actitudes disfuncionales y depresión) en un grupo de padres de familia con hijos que presentan multidiscapacidad (autismo, retardo mental, síndrome de Down y parálisis cerebral).

### **1.5. Justificación de la investigación**

Esta investigación es importante en la medida que abordará una condición particular que son padres de familia con hijos que presentan multidiscapacidad, lo que contribuye a su relevancia debido a que a partir de los resultados se conocerán los estilos de afrontamiento predominantes, así como las actitudes disfuncionales y el nivel de depresión en este grupo lo que permitirá proponer una serie de acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los padres de familia.

En cuanto a la originalidad, es una investigación que asociará tres variables en un grupo específico y en una coyuntura sanitaria no vista en los últimos años.

Se justifica de manera teórica porque incrementa los conocimientos que se tienen sobre cada una de las variables, así como de sus correlaciones, adicionalmente llenará el vacío de conocimiento sobre la relación de las tres variables juntas con lo que se convertirá en antecedente para futuras investigaciones. Además, permitirán establecer comparaciones con estudios similares y acrecentar el conocimiento teórico-práctico sobre la familia y el impacto de la discapacidad en los distintos profesionales interesados en dicha población y centros de estudio, lo que constituye una justificación práctica.

Se justifica metodológicamente, porque hace uso de instrumentos válidos y confiables, de esta manera la presente investigación será una fuente confiable de información para futuros estudios en el Perú.

Así mismo se justifica a nivel práctico, debido a que, a partir de los resultados obtenidos, de acuerdo con las necesidades, podrán proponerse la elaboración y ejecución de programas o talleres de orientación dirigidos a padres con la finalidad que comprendan las posibilidades y limitaciones de sus hijos.

#### **1.6. Limitaciones de la investigación**

- La limitación principal radica en que los resultados de esta investigación no podrán ser generalizados debido a que se trabajará con una muestra pequeña y no probabilística.
- Otra limitación es que, por el diseño y tipo solo podrá evidenciar la relación entre las variables, más no si alguna de ellas explica en mayor o menor medida a otra.
- El diseño de investigación no permite profundizar sobre el estado en que los padres se encontraban al inicio o conocimiento del diagnóstico de sus hijos.
- Se carece de información nacional sobre la población de padres de hijos con discapacidad ya que muchos de los niños no son registrados en el CONADIS lo que ha

impedido describir el dato preciso en el trabajo.

## **1.7. Objetivos de la investigación**

### **1.7.1. *Objetivo general***

Determinar la asociación entre el afrontamiento, las actitudes disfuncionales y la depresión en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.

### **1.7.2. *Objetivos específicos***

- Identificar el estilo de afrontamiento que predomina en los padres de familia de acuerdo al sexo, estado civil, tipo de diagnóstico y lugar de residencia en un CEBE de Comas, 2022.
- Describir las actitudes disfuncionales predominantes que presentan los padres de familia de acuerdo al sexo, estado civil, tipo de diagnóstico y lugar de residencia en un CEBE de Comas, 2022.
- Describir el nivel de depresión que presentan los padres de familia, considerando el sexo, estado civil, tipo de diagnóstico y lugar de residencia en un CEBE de Comas, 2022.
- Analizar la asociación entre el afrontamiento dirigido hacia el problema y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.
- Identificar la asociación entre el afrontamiento dirigido hacia la emoción y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.
- Establecer la asociación entre los otros modos adicionales de afrontamiento y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.
- Determinar la asociación entre los estilos de afrontamiento (dirigido hacia el problema,

a la emoción y los otros modos adicionales de afrontamiento) con la depresión en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.

## **1.8. Hipótesis**

### ***1.8.1. Hipótesis general***

Existe asociación entre el afrontamiento, las actitudes disfuncionales y la depresión en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022

### ***1.8.2. Hipótesis específicas***

- Existe asociación entre el afrontamiento dirigido hacia el problema y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.
- Existe asociación entre el afrontamiento dirigido hacia la emoción y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.
- Existe asociación entre los otros afrontamientos y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.
- Existe asociación entre los estilos de afrontamiento (dirigido hacia el problema, a la emoción y los otros modos adicionales de afrontamiento) con la depresión en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Marco conceptual

#### 2.1.1. *Afrontamiento al Estrés*

Antes de poder definir el afrontamiento es de suma importancia, comprender la definición del estrés y sus modalidades. Subsiguientemente, solo se proseguirá en lo que se requiere el estudio sobre el afrontamiento al estrés.

##### **A. Definición de estrés**

El estrés se puede manifestar como un estado y/o reacción del organismo, que se produce por situaciones muy frecuentes, siendo excesivamente amenazantes para la integridad de toda persona. Por lo tanto, se presenta cuando el sujeto se va enfrentar a una circunstancia que va exceder la capacidad de ser manejado (Carver y Connor-Smith, 2010).

##### **B. Valoración del estrés**

Falcón (2017) identificó dos maneras de valorar el estrés:

*Valoración primaria:* Se da origen a una respuesta inicial. Por lo tanto, la persona evaluará las situaciones, mediante cuatro modalidades como: apreciación de amenaza, apreciación de desafío, apreciación de pérdida o daño y apreciación de beneficio.

*Valoración secundaria:* Esta se basa en establecer las acciones para la realización de afrontamiento contra el estrés contando con la percepción de los recursos o habilidades de afrente.

##### **C. Reacciones del estrés**

Existen tres reacciones del estrés: fisiológica, emocionales y cognitivas. (Falcón 2017)

*Fisiológicas:* Se presentan por respuestas que están asociadas al sistema nervioso autónomo y las neuroendocrinas. Por lo cual, dan origen al desarrollo de los signos y síntomas que afectan el estado físico.

*Emocionales:* Se enfocan en las sensaciones subjetivas que provocan malestares siendo emocionales. A través de presentar como: ansiedad, cólera, temor, depresión, excitación, ira y miedo.

*Cognitivas:* Estas se originan por tres tipos de respuestas como: preocupación, pérdida de control y negación. Por lo tanto, se manifiestan por bloqueos mentales, sensación de irrealidad, pérdida de memoria, procesos disociativos de la mente, etc. Asimismo, el malestar psicológico a causa del estrés si dan origen a situaciones que son percibidas como sobreabundantes para su afrontamiento.

#### **D. Afrontamiento al estrés**

Carver (1989) denomina al afrontamiento como la respuesta a una circunstancia estresante que subyace de la apreciación de uno mismo, de sus capacidades prevalentes y motivaciones influyentes en este suceso de adaptabilidad (como se citó en Cassaretto et al., 2003).

Lazarus y Folkman (1986) puntualizan el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales, que cambian y se efectúan para el manejo de circunstancias externas o internas, estimadas en el contexto de superar los recursos de la persona (como se citó en Felipe y León, 2010).

Frydenberg (como se citó en Martínez et al., 2016) menciona que son las acciones que tomamos frente al estrés y las cualidades que tenemos para manejarlos, estas van a decretan el

proceso de aprender y crecer o desarrollarse como individuo, así como también su calidad de vida, apunta la presencia de modos o estilos de afrontamiento frente a momentos de estrés.

García et al. (2017) hacen referencia a que las estrategias de afrontamiento serían procedimientos determinados que se dan y cambian según situaciones desencadenantes. Centrándose en esto, los estilos de afrontamiento son condiciones que empujan a la persona al pensamiento y actuación estable ante diversos momentos, mientras que las estrategias de afrontamiento son cambiantes por los momentos.

Por su parte, Lévano (2003) afirma que el afrontamiento no es un tema que haya sido consensuado por los autores, sin embargo, entiende a este como con un aspecto del proceso de estrés, que se evidencia cuando el sujeto se esfuerza por manejar los estresores, configurándose en respuestas generadas por la situación estresante. Y queriendo aproximar un orden del proceso de estrés, Menaghan (citado por Sánchez, 2010) considera que el proceso de afrontamiento posee tres componentes de orden superior; el primero sería los recursos físicos, personales y sociales que posee el sujeto, los cuales constituyen la línea de suministros de las estrategias; el segundo aspecto sería las estrategias, las cuales son las actuaciones directas para disminuir o eliminar el estrés; por último y como tercer aspecto, los estilos de afrontamiento son las respuestas habituales frente a una crisis.

## **E. Modelos y Teorías del afrontamiento del estrés**

*Modelo de Autorregulación Conductual de Bandura:* Bandura ha referido la autoeficacia como las diversas creencias de los individuos que los llevan a organizar y ejecutar acciones para alcanzar algún rendimiento. En consecuencia, las personas evalúan sus propias pericias y sus desarrollos de pensamiento. Los categóricos del comportamiento, como el conocimiento, la habilidad o las metas



alcanzadas anteriores revelan el comportamiento subsiguiente de acuerdo con lo que cree el individuo en cuanto a sus habilidades (Ornella, 2003).

Las autoevaluaciones de los individuos sobre los resultados de sus comportamientos dicentes cambian el ambiente y sus propias creencias y a la par los comportamientos subsiguientes, quiere decir que las personas son productos y productores de sus entornos (Pajarez, citado por Cartagena, 2018).

*Modelo de afrontamiento al estrés: coping positive:* El modelo, se representa mediante el enfoque transaccional de estrés y afrontamiento. Basado por los resultados que muestran, como las emociones positivas al estar presente durante el proceso de afrontamiento al estrés. Por lo cual, van actuando a través del efecto restaurador orientado hacia las estrategias de afrontamiento. Potencializado al estar centrado en el problema, en reducir el malestar y facilitar la eficacia del frente y las respuestas de reacción saludables (Ortega y Salanova, 2016).

*Modelo de afrontamiento de Lazarus:* Lazarus y Folkman, (como se citó en Vera, 2005) refieren que el estrés son las correspondencias que se dan entre la persona y su entorno. El estrés se ocasiona cuando el individuo le da valor al suceso como algo que sobrepasa las maneras de frente y pelagra su bienestar personal. La evaluación cognitiva que realiza el sujeto se considera, como también el aspecto emocional. Estos mecanismos de afrontamiento son prioritarios para conductas emocionales que pueden aparecer.

En cuanto a los mecanismos de afrontamiento, puede influir la energía física que tiene el individuo, como también las creencias, la religión, el control sobre sí

mismo, la motivación y las habilidades sociales para resolución de conflictos (Lazarus y Folkman, como se citó en Vera, 2005). Carver (1989) plantea que hay muchas medidas de afrontar, pero no la totalidad de todos los tipos, por eso del cuestionario de Modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman derivó tres estilos de afrontamiento con estrategias dentro que son: Estilos de afrontamiento enfocado en el problema, en la emoción y otros estilos, los mismos que se proceden a detallar.

1. *Estilos de afrontamiento enfocado en el problema.* Las personas que presentan este estilo se caracterizan por actuar o enfrentar la situación actuando desde una perspectiva racional intentando identificar el origen del evento o problema. (Díaz-Collredo et al., 2007). Dentro de este estilo encontramos las siguientes estrategias:

- **Afrontamiento activo:** cuando una persona toma acciones para dar un paso más y bajar el nivel estresor y sus efectos. Es considerada como una estrategia positiva.
- **Supresión de actividades competentes:** cuando se abandona proyectos que ya están en la vida separando todo lo que no estás involucrado en el conflicto centrándose solo en lidiarlo.
- **Postergación del afrontamiento:** cuando se espera a que llegue la oportunidad de realizarlo no actuando en el acto.
- **Búsqueda del apoyo social:** se busca apoyo o información de las otras personas. Todas y cada una de estas estrategias consideradas como positivas según Carver et al., como se citó en Falcón (2017).

2. *Estilo de afrontamiento enfocado en la emoción.* Es característico de aquellos que se centran en las estrategias de regular las emociones frente a la situación ya que

se ha evaluado y llegado a una conclusión de que no se pueden cambiar y solo queda manejar los estados emocionales (Di-Colloredo et al., 2007).

Las estrategias particulares que están involucradas y que se ponen en práctica en general son:

- Búsqueda del apoyo social por razones emocionales: se busca apoyo moral y empatía.
- Reinterpretación positiva y desarrollo personal: cuando busca el cambio de la percepción hacia el problema intentando ver lo positivo.
- Aceptación: la persona toma una posición realista y acepta la existencia del estresor y luego asimila que no puede cambiarlo y ya está siendo parte de.
- Acudir a la religión: cuando incrementa la actividad religiosa para poder reducir la molestia o incomodidad del problema.
- Negación: cuando se minimiza el dolor para afrontar de alguna manera el problema creando dificultades para la aceptación. La negación forma parte de una situación estresante, pero solo en las primeras etapas (Carver et al., citado por Falcón, 2017).

En general este grupo de estrategias contiene algunas estrategias consideradas como negativas puesto que no contribuyen con un adecuado afrontamiento pues muchas veces solamente aplazan el dolor o la situación estresante como es el caso de la negación.

3. *Otros estilos adicionales de afrontamiento.* Se caracterizan por utilizar estrategias basadas en la evitación de pensar en el problema sin estrategias cognitivas

ni afectivas para la resolución. (Di-Colloredo et al., 2007). Se hallan las siguientes estrategias.

- Liberación de emociones: cuando se centra en las consecuencias emocionales al expresarlas de manera abierta.
- Desentendimiento conductual: cuando se disminuye el esfuerzo para enfrentarse al conflicto.
- Desentendimiento mental: cuando opta por la distancia a la situación estresante para no dirigir su pensamiento hacia ella.

Cabe recalcar que la utilidad de los estilos de afrontamiento y sus estrategias dependen del tipo de situación por la que se pasa, si es modificable, la intensidad y lo crónico de esta (Lazarus y Folkman, como se citó en Di-Colloredo et al., 2007).

#### **F. Afrontamiento al estrés: La propuesta de Carver**

Carver, et al., conceptualizan su propuesta de medida del afrontamiento al estrés bajo dos directrices teóricas, una es el modelo de Lazarus de Estrés y otro es un modelo de autorregulación del comportamiento que los autores vienen utilizando en sus estudios a lo largo del tiempo junto a los resultados de estudios preexistentes en cuento a la medida del afrontamiento (Carver et al. 1989).

Ellos hicieron una revisión conceptual y también metodológica y estas revisiones han contribuido enormemente para la elaboración del inventario COPE. Este instrumento incluye escalas para medir aspectos de afrontamiento relacionados con las funciones de autorregulación, las cuales son importantes medir. Asimismo, consideran que la adaptación no es fundamentalmente diferente de otra acción

motivada, salvo que la adaptación puede reflejar mayor urgencia, por ello la intención del inventario es ver reflejada las funciones de autorregulación estudiadas en una variedad de contextos (Scheier y Carver, 1988, citado por Carver et al. 1989).

Carver señala que las estrategias de afrontamiento son las formas de actuar frente a situaciones de estrés, y que buscan manejar y tolerar ese estrés, para luego retomar el equilibrio y la reducción el malestar (Vargas et al., 2010). Los autores, para el planteamiento de una medida de afrontamiento, desarrollaron 13 escalas conceptualmente diferenciadas. Algunas escalas estaban teóricamente orientadas a características de funcionabilidad y disfuncionalidad de las estrategias de afrontamiento. Las demás escalas se incluyen debido a que estudios previos plantean que estas pueden tener un carácter valioso o bien mal adaptativo (Carver et al. 1989). Así, plantearon las siguientes escalas en esta primera estructura: Afrontamiento Activo, planificación, supresión de actividades competentes, postergación del afrontamiento, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, negación, acudir a la religión, enfocar y liberar emociones, desentendimiento mental y desentendimiento conductual. Finalmente, establecieron dimensiones generales de afrontamiento a modo de estilos globales: Estilos de Afrontamiento orientados hacia el problema, Estilos de afrontamiento orientados hacia la emoción y otros estilos de afrontamiento.

Asimismo, plantea que las estrategias de afrontamiento podrían agruparse solo en dos estilos generales, a los que denomina: funcional y problemático (Carver, 1997), este último entendido como disfuncional. Las estrategias funcionales

teóricamente tienen un valor adaptativo (Sánchez, Raich, Gutiérrez y Deus, 2003, citado por Vílchez y Vílchez, 2015) y a nivel empírico se relaciona con bajos niveles de estrés. Las estrategias disfuncionales (Problemáticas) afectan el accionar de respuestas adaptativas y se relacionan con altos niveles de estrés.

### **G. El cuidador primario y el afrontamiento al estrés**

El cuidador primario actúa con el ingreso en el hogar donde se da el momento de abarcar no solo el examen físico al enfermo, sino a la indagación de su estado psicológico para crear el problema del alargado proceso (Rizo et al., 2016).

El cuidador necesita de apoyo social, emitida directamente por la familia o las instituciones de salud, entre otros. El cuidador debe programar su atención al enfermo separando un tiempo para sí mismo al poner límites en el desarrollo de la labor emprendida, al repartir tareas en los demás integrantes de la familia o en amigos, que lo sustituyan como persona indispensable o como aquel que sabe hacer las cosas bien como nadie, teniendo presente en sí que eso no quiere decir que ame menos al paciente. El cuidador debe tener en cuenta que hay personas que desean ayudarlo, a fin de evitar agotarse emocionalmente (Barrón y Alvarado, 2009). El agotamiento en el cuidador primario se podría dar por desequilibrio del individuo que brinda apoyo, el que obtiene esa asistencia y el entorno donde esta se efectúa (Expósito, 2008) conllevando así a un nivel de estrés o presentación de síntomas de estrés que no pueda sobrellevarlos y el afrontamiento no se dé de manera correcta.

#### ***2.1.2. Actitudes disfuncionales***

Antes de pasar a describir las actitudes disfuncionales, es importante conocer algunos aspectos generales de las actitudes.

## **A. Actitudes**

Es importante precisar que existen un sin número de definiciones sobre las actitudes, sin embargo, se precisarán las más convenientes para el estudio.

Thomas y Znaniecki (1918) consideran a las actitudes como un constructo mental y subjetivo; puesto que cada persona su propia forma o manera de realizar conciencia de las diversas situaciones (conciencia individual), sin dejar de lado las influencias sociales debido a que todos los seres humanos en mayor o menor medida van asumiendo los valores definidos por la sociedad hacia un objeto social. En conclusión, para estos autores “Las actitudes son el proceso de conciencia individual que determina la actividad posible o real del individuo en el mundo social”.

Por otro lado, Allport (1935, como se citó en Cohaila y Jara) plantea que “La actitud es un estado mental y neurológico de predisposición, mediante la experiencia, que ejerce una influencia directa o dinámica en respuesta de los individuos en todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. (p.13)

Cualquiera que sea la definición que se plantee para este constructo psicológico, los diversos autores coinciden que las actitudes siguen el modelo ABC de las actitudes, el cual sugiere que una actitud posee tres componentes: afecto, comportamiento y cognición. (Rueck, 1989)

- **Componente Cognoscitivo:** Está compuesto por las creencias, conocimientos y elementos de naturaleza cognitiva que explica la forma en como las personas realizan una valoración positiva o negativa influenciadas por las creencias, los pensamientos o las ideas que en general da lugar al perfeccionamiento o a la aprobación.
- **Componente afectivo:** Este se refiere a los estados emocionales traducidos en

sentimientos sobre un determinado objeto o situación considerándolo como agradable o desagradable y frente a esta percepción expresan su respuesta emocional vinculadas al amor, independencia, autonomía y derecho sobre otros.

- **Componente Conductual:** conocido como el reactivo quien evidencia la forma en que las personas se predisponen para actuar frente a determinados eventos u objetos, se relaciona con la capacidad de ejecución y de superioridad en el hacer.

### **B. Importancia de las Actitudes**

Las actitudes son o pueden ser condiciones importantes para anticipar las conductas en los seres humanos, sobre todo en las situaciones sociales. Al respecto, Barón y Byrne (1998) consideran que las actitudes son piezas claves al momento de conformar y/o mantener un grupo, contribuyen a que se establezca una identidad y autoconocimiento, van a dirigir el pensamiento, así como las conductas y moldean las percepciones sociales.

Como se ha señalado en líneas previas, debe quedar claro que las actitudes no son innatas pues contienen una alta carga de influencia social de las experiencias personales, las expectativas y los aprendizajes en otros a los que se enfrenta cada uno, por lo que también son diversas y no siempre positivas y/o correctas.

Asimismo, de acuerdo a su importancia, es relevante verificar si las actitudes son funcionales o adaptativas o disfuncionales.

### **C. Actitudes Disfuncionales**

Las actitudes disfuncionales son pensamientos ocultos que se convierten en factores de debilidad, en la medida en que a partir de las formas erróneas de pensamiento se podrán



manifestar comportamientos inadecuados o inestables que podrían llevar incluso al desarrollo de síntomas depresivos (Weisman y Beck, 1978).

Durante los años de desarrollo especialmente durante la infancia, todas las personas aprenden reglas o fórmulas con las cuales intentan dar sentido al mundo que les rodea. Estas reglas se configuran como actitudes, suposiciones, creencias tácitas, estables, acerca de sí mismo y del mundo, que determinan el significado y valor que el individuo da a sus experiencias cotidianas. A menudo tales creencias están conectadas con recuerdos relevantes a su desarrollo y formación. Las actitudes disfuncionales se convierten en un elemento de vulnerabilidad cognitiva, y se diferencian de las adaptativas por ser rígidas, inapropiadas y excesivas. Así, en los individuos vulnerables a la depresión sus actitudes vitales son disfuncionales porque establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas para determinar su propia autovalía, que es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen sus intentos por cumplir tales contingencias.

Esta propuesta teórica se ve avalada por hallazgos clínicos que, por ejemplo, demuestran que los pacientes depresivos efectúan más afirmaciones relacionadas con temas de logro que no deprimidos y tienen un lenguaje más absolutista más exagerado (Andreasen y Pfohl, 1976).

Obviamente, como acertadamente han señalado algunos autores (e.g., Beidel Turner, 1986), uno de los mayores obstáculos conceptuales en la medida de las actitudes disfuncionales es que se trata, en teoría, de elementos latentes de difícil aprehensión. Para cuya "captura" suele hacer falta la guía del clínico (e.g., Burns, 1990). Esto es, se trata de evaluar elementos cognitivos subyacentes más abstractos.

#### **D. Teorías que explican las Actitudes Disfuncionales**

Si bien se conoce que las actitudes son parte esencial de la personalidad y que es la teoría Cognitivo Conductual la que cobra mayor importancia en la explicación de esta variable, otras corrientes psicológicas también contribuyeron en su explicación, las mismas que se procederán a detallar.

- **Psicoanálisis:** Considera que las diferentes problemáticas psicológicas como síntomas de los problemas internos y reprimidos que se tienen desde los primeros años de vida y la forma más eficaz de solucionarlos es haciendo conscientes estos conflictos atenderlos de la manera más efectiva. Aquí también se escrudina en el pasado para buscar el origen de estado emocional que lo afecta.
- **Conductismo:** Es una corriente especial de la psicología como disciplina científica de la conducta, pretende explicar el comportamiento humano a partir de la interacción de este con su entorno social, biológico y físico.
- **Humanista:** Pretende rescatar lo mejor del individuo para lograr su calma interior. Es guiado para que por sí solo pueda identificar la causa de sus afecciones y logre conectarse consigo mismo para vivir una vida plena y feliz.
- **Gestalt:** En esta corriente las personas deben aprender a confirmar sus emociones es decir a ser conscientes de estas. Por lo que, los sentimientos juegan un papel muy importante en su proceso de autoconocimiento emocional y primordialmente cognitivo.
- **Cognitivo conductual:** Corriente moderna que se centra en modificar la forma en cómo las personas piensan y, en consecuencia, también se modificarán la forma de sentir y

por tanto actuar. Es decir, en la medida en que se racionalizan los pensamientos, los sentimientos del individuo también podrán verse modificados. (McDuglas, 2013).

### **E. Clasificación de las Actitudes disfuncionales**

Weissman y Beck (1978) proponen 7 actitudes disfuncionales las mismas que son consideradas en el instrumento que se utilizará en el presente trabajo de investigación.

1. *Necesidad de aprobación:* Pretenden evaluar la tendencia de la persona a juzgar su autoestima en función de cómo la gente reacciona ante ella o de lo que piensan de ella. Algunas características propias de esta actitud disfuncional es que desarrollan conductas obsesivas y dependientes conllevando a emociones insanas, normalmente también se acompaña de otras actitudes disfuncionales como el perfeccionismo y la omnipotencia. Es característico de las personas con baja autoestima, inseguridad y pobre asertividad.
2. *Necesidad de amor:* Actitudes que tienen que ver con la tendencia del individuo a medir su valía y su felicidad en función de si es amado o no. Las personas con esta actitud disfuncional desarrollan comportamientos inadecuados que atentan contra su estima personal tales como: postergan o niegan sus propios derechos e intereses, utilizan formas exageradas para llamar la atención incluso haciéndose daño, llamar la atención de manera exagerada, buscan gestos de amor de manera constante, etc. Todo esto puede desarrollar dependencia emocional.
3. *Ejecución o Motivación de Logro:* Indican si el individuo tiene un sentido constreñido de su autovalía centrado en el trabajo y en la productividad. Contiene elementos de perfeccionismo patológico que conduce a la persona preocuparse exageradamente por su trabajo con la finalidad de no fracasar y alcanzar el éxito, aunque ello implique

abandonar tiempo en familia y renunciar a las actividades de ocio o diversión, conllevándolo a tener sentimientos de inferioridad e insatisfacción e incluso culpa cuando no se logra el cometido.

4. *Perfeccionismo*: Trata de medir la tendencia de la persona hacia el perfeccionismo, al establecimiento de criterios de rendimiento inflexibles y excesivamente altos, se centra en no cometer errores y tratar de hacer todo tal cual se lo indican o dice la norma y cuando este normal desarrollo es alterada ocasiona críticas destructivas sobre sí mismo y de aquellos que no cumplen con lo establecido.
5. *Derecho sobre otros*: Destinados a medir hasta qué punto cree el individuo que tiene "derecho" a ciertas cosas como éxito, amor, felicidad, etc., que existe alguna razón inherente para que las cosas funcionen siempre como quiere, es característica de las personas egocentristas y autoritarias.
6. *Omnipotencia*: Indican si la persona focaliza su atención en su universo personal y se considera responsable de casi todo lo que ocurre a su alrededor. Desde el punto de vista disfuncional se da cuando establece las relaciones de poder (él/ella) y sumisión (los otros).
7. *Autonomía*: Se refieren a la habilidad de una persona para encontrar la felicidad dentro de sí misma, para darse cuenta de que su potencial para la felicidad y para la autoestima no viene de fuera, sino de uno mismo y se convierte en disfuncional cuando la persona percibe que ha perdido el control de su vida al considerar que no puede modificar las ideas distorsionadas o inadecuadas con lo que es imposible modificar sus conductas.

### **2.1.3. Depresión**

#### **A. Definiciones:**

Novoa (2002) define la depresión como un estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y de culpa. La misma que lleva a sentir soledad, pérdida de motivación, retraso motor y fatiga. Ello puede convertirse en trastorno psicótico donde el individuo se queda incapacitado para actuar normalmente. Así mismo, considera que la depresión es una de las enfermedades más comunes a la que están sujetas las personas. La depresión puede ser un signo, síndrome o trastorno. Como signo la depresión se desarrolla en forma de aspecto triste (disforia) mientras que la depresión como síntoma es más intensa y prolongada e interfiere en la adaptación del individuo y algunos síntomas son el exceso en el dormir, el cambio en los hábitos alimenticios, incluso la conducta delictiva (como el hurto) pueden ser signos de depresión. Otro síntoma común de la depresión es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, CIE-10 (1992) en donde se explica que, la depresión es un estado emocional que se caracteriza por la aparición de humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, la disminución de la vitalidad y por ende la reducción de actividad, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad, ideas de culpa o sentimiento de inutilidad, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas, trastornos del sueño y pérdida de apetito. Así mismo indica que existen tres formas de depresión: Leve, moderada y grave; y la presentación clínica puede ser distinta en cada tipo y en cada individuo pues existen síntomas enmascarados a través

de la irritabilidad, comportamiento histriónico, consumo excesivo de alcohol y síntomas obsesivos preexistentes.

Cabanes y Monge (2017), consideran que la depresión es un trastorno que se caracteriza por perder el placer por vivir, la vitalidad y la esperanza, se pierde el gusto de vivir, la fuerza de acción, y la expectativa de reconquistar el bienestar. Agregaron que el trastorno depresivo se asocia de manifestaciones clínicas con cambios en el estado de ánimo, en el pensamiento, en la actividad psicomotriz, con manifestaciones somáticas y síntomas vegetativos.

## **B. Causas de la depresión**

La depresión es pluricausal, es decir no existe una causa única que la determine, por el contrario, parece ser producto de la presencia de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, s.f) la depresión está ligada a algún trastorno del cerebro. Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro como resonancias magnéticas, has logrado evidencias que los cerebros son diferentes de aquellos que no padecen depresión ya que “las áreas responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad”. También señala que la depresión puede ser genética en la medida en que algunos tipos de depresión de repiten de generación en generación, sin embargo, también hay casos en donde las personas que la padecen no tienen antecedentes familiares con esta patología.

Finalmente, la definición asumida para la presente investigación es la propuesta por Beck en 1967 desde una perspectiva cognitiva en la que se considera a la depresión como un

esquema cognitivo que implica la visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, conformando así la famosa triada cognitiva que se desarrollará posteriormente.

### **C. Tipos de depresión**

El Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, s.f), propone la siguiente clasificación:

- *El trastorno depresivo grave:* es conocido también como depresión grave, se caracteriza por presentar síntomas que afectan la capacidad para desenvolverse en el trabajo, conciliar el sueño, atender las clases, comer e incluso disfrutar de las actividades que inicialmente eran placenteras. Es decir, se caracteriza por incapacitar a la persona que la padece.
- *El trastorno distímico:* o simplemente distimia, caracterizado por tener una presencia prolongada de los síntomas (aproximadamente 2 años) es menos grave que la primera y no siempre incapacita a las personas que la padecen, pero si afectan sus actividades cotidianas. Las personas con distimia suelen experimentar uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.
- *Depresión psicótica:* Se da cuando existe la presencia de depresión grave acompañada por alguna manifestación psicótica como alucinaciones, delirios entre otras.
- *Depresión posparto:* la cual es exclusiva en las mujeres sobre todo en aquellas que recientemente han tenido un hijo. Puede aparecer como una depresión grave durante el primer mes posterior al parto. Afecta entre el 10 y 15% de madres.
- *El trastorno afectivo estacional:* Alteración del estado de ánimo que se presenta generalmente en el invierno cuando disminuye la presencia de luz solar y desaparece

por lo general en primavera.

#### **D. Modelos o teorías que explican la depresión**

A lo largo de la historia se han desarrollado tres modelos claves para explicar la depresión: Modelo psicodinámico, modelo cognitivo y modelo del procesamiento de información. A continuación, se describen brevemente estos modelos:

- *Modelo psicodinámico.* Los estudios sobre la depresión inician desde la antigua Grecia donde Hipócrates resaltó el concepto de melancolía y lo asoció con el individuo reprimido, años más tarde (1915) Freud plantearía en la publicación *Duelo y Melancolía* las diferencias entre la pérdida consciente que es real y evidencia duelo y la pérdida inconsciente relacionada con la melancolía. Estos conceptos básicos permiten saber en qué momento se está frente a un estado de depresión por una pérdida evidente y la persona entra en duelo natural, y en qué momento los signos de tristeza entre otros se basan en una disminución de amor propio que se transforma en melancolía (Ávila, 1990 y Pelayo, 2009). Ávila (1990) comenta que Freud esbozó los siguientes conceptos para explicar la dinámica de la Melancolía: Ambivalencia, la pérdida supone sentimientos de amor (desea continuar con la unión Libido Objeto) y odio (desea la pérdida del Objeto, e incluso puede ser el causante de la pérdida, desligando Libido de Objeto). El Odio recae sobre su Yo (como sustitución de Objeto) "calumniándolo, humillándolo, haciéndolo sufrir". Identificación del YO con el objeto: "... El amor por el objeto es sustituido por la Identificación, la predisposición a la melancolía dependerá en parte del predominio de una elección de objeto de tipo narcisista. Siendo así e daría la regresión de la carga de objeto a la fase oral de la libido. En conclusión, la melancolía resulta del cruce entre el proceso del duelo y el proceso de la regresión de la elección de objeto



narcisista al narcisismo...” Retroceso a la fase sádica: “...Por influjo de la ambivalencia expresada el odio recae sobre el objeto sustitutivo (el Yo) haciéndolo sufrir y cifrando en ello el goce, goce referido a la venganza hacia el objeto amado, por el cual la melancolía se ofrece como refugio para que el paciente no tenga que exteriorizar su hostilidad. El intento de suicidio es en consecuencia explicable para Freud en el contexto del sadismo, como un retorno de la carga de objeto hacia sí, lo que le hace posible tratarse a sí mismo como objeto. El Yo queda entonces bajo el dominio del Objeto...” Los propuesto por Freud fue utilizado por los psicoanalistas modernos y ellos planean hipótesis sobre la patología oral, patología del Súper- Yo, patología del narcisismo y baja autoestima como base de la depresión (Ávila, 1990).

- *Modelo cognitivo de depresión de Beck:* Para Beck, los trastornos psicológicos derivan de distorsiones cognitivas (errores en los procesos cognitivos), que son maneras equivocadas de pensar que aparecen en forma de pensamientos automáticos (productos cognitivos) ante determinadas situaciones, y que provocan estados emocionales negativos y conductas inadecuadas. Por tanto, estas distorsiones cognitivas son provocadas por creencias irracionales o supuestos personales aprendidos en el pasado, que condicionan inconscientemente la percepción e interpretación del pasado, presente y es importante entender que en esta teoría no se plantea que las cogniciones sean la causa de la depresión o de otro trastorno emocional, lo que realmente se postula es la primacía de los síntomas: la activación de esquemas negativos y las distorsiones cognitivas consiguientes, serían el primer eslabón de la cadena de síntomas depresivos.

Cuando una persona se enfrenta a una determinada situación, el esquema es la base para pasar a transformar los datos en cogniciones. Puesto que los esquemas que se

activan en una determinada situación van a determinar la manera en cómo responde esa persona, por otro lado, en las personas que padecen un trastorno depresivo se activarán esquemas inadecuados. Por tanto, el primer síntoma depresivo es la activación de esquemas cognitivos relacionados con la visión de uno mismo, el mundo y el futuro. Las personas con esquemas negativos o tendencia a cometer errores de procesamiento serán más proclives a padecer trastornos depresivos.

La tríada cognitiva se refiere a tres esquemas característicos que inducen al individuo depresivo a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo. De estos tres patrones cognitivos se derivan el resto de síntomas depresivos que sufre. El esquema característico que sufren las personas deprimidas, y que Beck denomina la tríada depresiva, consiste en una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro:

- De sí mismo: las personas que padecen depresión suelen considerarse deficientes e inútiles. Atribuyen los errores que cometen a un defecto físico, mental o moral suya, y piensan que los demás les rechazarán.
- Del mundo: Se sienten como derrotados socialmente y no están a la altura de las exigencias, ni tienen la capacidad de superar los obstáculos.
- Del futuro: La persona que padece depresión piensa que esta situación no se puede modificar, por lo que seguirá así siempre.

### III. MÉTODO

#### 3.1. Tipo de investigación

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo – correlacional, ya que se busca identificar la posible relación que existe entre las variables (Hernández et al. 2014). La investigación presenta un diseño no experimental de corte transversal, ya que no se llevará a cabo la manipulación de las variables, pero sí la observación de los fenómenos en su ambiente natural para ser analizados en un tiempo específico, debido a que la recolección de los datos se realizará en un único momento. (Hernández et al. 2014). En este caso en particular se va a observar el grado de relación que existe entre el afrontamiento al estrés, las actitudes disfuncionales y la depresión en padres de familia de un CEBE de Comas.

#### 3.2. Población y muestra

La población del estudio está constituida por 120 padres que pertenecen al colegio especializado que está ubicado en Comas.

Para efectos prácticos de esta investigación la muestra será la misma que la población, lo que significa que es una muestra censal, tal como lo señala Ramírez (1997), la muestra es censal porque la conformación de la muestra estará previamente determinada a la investigación a realizar, es decir, no se influirá en su conformación, asimismo la muestra se considera censal porque se selecciona al 100% de la población al considerarla un número manejable de sujetos. En este sentido Ramírez establece que la muestra censal es aquella donde todas las unidades de investigación son consideradas como muestra.

Algunas características sociodemográficas de los participantes es que en su gran mayoría provienen de los distritos del Cono Norte, de ambos sexos, sin embargo, para conocer

con precisión más detalles que permita filtrar los aspectos característicos de la muestra y contar con los datos más relevantes de las madres y padres de los niños se solicitarán en la dicha Sociodemográfica que acompañará a los instrumentos tales como: la edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, ocupación y qué hizo al conocer el tipo de diagnóstico y de qué forma apoyo a su hijo .

A pesar de que la muestra es censal, se ha creído conveniente puntualizar algunos criterios de inclusión y exclusión.

**Criterio de inclusión:**

- Ser padres de familia del CEBE considerado para el estudio.
- Tener hijos matriculados el presente año.
- Aceptar participar voluntariamente en la investigación.

**Criterio de exclusión:**

- Padres pertenecientes al servicio de asesoramiento y atención a las necesidades educativas especiales que asisten a otra institución educativa inclusiva.
- Padres de familia, que retiraron a sus hijos durante el periodo escolar.
- Padres que sean analfabetos (no saber escribir ni leer).
- Padres con discapacidades físicas (invidente, sordos, mudos).

### 3.3. Operacionalización de variables

#### Variable 1: Afrontamiento

**Tabla 1**

*Operacionalización de la variable Afrontamiento*

<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Ítems</i>	<i>Escala de medición</i>			
Conjunto de acciones destinadas a reducir los efectos del estrés, de manera que se resuelvan adecuadamente las demandas del medio y se recupere el equilibrio emocional momentáneamente perdido. (Carver et al., 1989)	Se medirá a través del Inventario Breve de Afrontamiento COPE-28. Está integrado por 28 ítems y su nivel de medición es ordinal.	Afrontamiento enfocado en el problema	Afrontamiento activo	2y10	Ordinal			
			Planificación	6y26				
			Búsqueda de apoyo social	1y 28				
			Autoinculpación	8y27				
		Afrontamiento enfocado en la emoción	Afrontamiento activo	2 y 10		Reinterpretación positiva	11 y 25	
							Aceptación	15 y 24
							Negación	4 y 22
							Religión	9 y 17
		Otros modos adicionales de afrontamiento				Humor	14 y18	
						Desahogo de las emociones	3 y 21	
						Desconexión conductual	5 y 13	
						Uso de sustancias	16 y 20	
			Auto distracción	7 y 19				

#### Variable 2: Actitudes Disfuncionales

**Tabla 2**

*Operacionalización de la variable Actitudes disfuncionales*

<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Ítems</i>	<i>Escala de medición</i>
Son pensamientos ocultos que se convierten en factores de debilidad, en la medida en que a partir de las formas erróneas de pensamiento se podrán manifestar comportamientos inadecuados o inestables que podrían llevar incluso al desarrollo de síntomas depresivo. (Weisman y Beck, 1978)	Se medirá a través de Escala de Actitudes Disfuncionales de Weisman y Beck (1978) Está integrado por 35 ítems y su nivel de medición es ordinal.	Cognitivo	Aprobación	1 al 5	Ordinal
			Perfeccionismo	16 al 20	
		Afectivo	N. Amor	6 al 10	
			Derechos sobre otros	21 al 25	
			Autonomía	31 al 35	
		Conductual	Ejecución	11 al 15	
Omnipotencia	26 al 35				

### Variable 3: Depresión

**Tabla 3**

*Operacionalización de la variable Depresión*

<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Ítems</i>	<i>Escala de medición</i>
Es un como un esquema cognitivo que implica la visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro (Beck, 1967)	Se medirá a través del Inventario de Depresión de Beck (1967) Está integrado por 21 ítems y su nivel de medición es ordinal.	Cognitivo Afectivo	Tristeza	1	Ordinal
			Pesimismo	2	
			Sentimiento de culpa	3	
			Autocrítica	4	
			Pensamientos suicidas	5	
			Llanto	8	
			Sentimientos de culpa	9	
			Autocrítica	10	
			Sentimiento de castigo	6	
		Disconformidad con uno mismo	7		
		Agitación	11		
		Pérdida de interés	12		
		Indecisión	13		
		Desvalorización	14		
		Pérdida de energía	15		
		Hábitos de sueño	16		
		Irritabilidad	17		
		Cambios de apetito	18		
		Dificultad en la concentración	19		
		Cansancio o fatiga	20		
		Pérdida de interés por el sexo	21		
		Somático motivacional			

### 3.4. Instrumentos

#### 3.4.1. Inventario de Afrontamiento Brief COPE

##### Ficha técnica

**Nombre:** Brief

COPE de Carver

**Autores:** Charles Carver (1997)

**Adaptación:** COPE – 28 de Morán, Landero y Gonzales, 2010 - España

**Procedencia:** Estados Unidos

**Administración:** Individual o colectivo

**Tiempo:** 15 min

**Estructuración:** 14 factores - 28 ítems

**Aplicación:** Adultos

### **Descripción del instrumento**

Este instrumento consta de 28 ítems divididos en 14 estrategias: Afrontamiento activo (2 ítems), Planificación (2 ítems), Apoyo instrumental (2 ítems), Uso de apoyo emocional (2 ítems), Auto distracción (2 ítems), Desahogo (2 ítems), Desconexión conductual (2 ítems), Reinterpretación positiva (2 ítems), Negación (2 ítems), Aceptación (2 ítems), Religión (2 ítems), Uso de sustancias, Humor (2 ítems) y Autoinculpación (2 ítems), con un total de 28 ítems, que proporcionarían una evaluación importante sobre las estrategias de afrontamiento que los padres suelen usar ante un suceso o evento estresor.

### **Calificación e interpretación**

Los puntajes para el instrumento se obtienen mediante una escala tipo Likert de 4 opciones de respuesta: No, en absoluto tiene un puntaje de “0”, Un poco “1”, bastante “2” y mucho “3”. Posterior a la resolución del cuestionario, se procede a realizar la interpretación correspondiente según dimensión.

#### **3.4.2. Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)**

##### **Ficha técnica**

**Nombre:** Escala de Actitudes Disfuncionales

**Autores:** Weissman y Beck (1978)

**Adaptación:** española Sáenz, J. y Vásquez, C. (1993)

**Procedencia:** Estados Unidos

**Administración:** individual o colectiva

**Tiempo:** 15 minutos

**Estructuración:** 35 ítems

**Aplicación:** adultos

### **Descripción del instrumento**

La Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) fue originariamente desarrollada por Weissman y Beck (1978) para evaluar las actitudes disfuncionales básicas a las que se atribuye un papel causal en la génesis y mantenimiento de la depresión según el modelo de Beck. Si bien, algunos autores consideran que la DAS, más que ser un indicador de vulnerabilidad a la depresión, es un indicador de la vulnerabilidad a la patología psicológica, en general (Zimmerman, Coryell, Coren-thal y Wilson, 1986; citado por Peña, 2002). De las diferentes adaptaciones que de la DAS se han realizado yo emplearé la de Bas y Andrés (1994). En esta versión, la DAS está constituida por 35 ítems tipo Licker que evalúan 7 actitudes disfuncionales básicas (Aprobación, Amor, Ejecución, Perfeccionismo, Derechos, Omnipotencia y Autonomía). Las puntuaciones son de 0 a 4 puntos por cada ítem.

La disfuncionalidad de las creencias y actitudes evaluadas por sendos cuestionarios radica en su contenido absolutista, rígido e irracional, reflejado en expresiones dogmáticas o imperativos categóricos ("debo...", "tengo que...", etc.), falsas.

La "Escala de actitudes disfuncionales de Weismman" mide cómo valora una persona los procesos de interacción social, qué espera de ellos, qué está dispuesto a dar a cambio, etc.



determina si se es o no vulnerable al fracaso, a la frustración, a la depresión, etc. porque las interiorizaciones de los conceptos sociales son sometidas previamente a un razonamiento basado en la experiencia y en sus resultados.

### **Calificación e interpretación**

Una vez que los evaluados responden las preguntas de escala Likert con respuestas de 0 a 4, se realizan las sumatorias, en donde la puntuación total es de 0 y 140. Las puntuaciones bajas indican creencias más adaptativas.

#### **3.4.3. *Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II)***

##### **Ficha técnica**

**Nombre del Test:** Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II)

**Autor:** Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

**Autor de la adaptación española:** Jesús Sanz y Carmelo Vázquez

**Procedencia:** Estados Unidos

**Administración:** Individual o colectivo

**Tiempo:** 10 min

**Estructuración:** 21 ítems

**Aplicación:** Adultos

### **Descripción del instrumento**

El Inventario de Depresión de Beck fue creado por Aron Beck, con la colaboración de: Robert A. Steer y Gregory K. Brown. El test se publicó en el año 1961, en el 2011 fue realizada la revisión en español. La finalidad del inventario es medir los síntomas depresivos. Se basa en la teoría del modelo cognitivo de la depresión. (Beck, 1963, 1964, 1967).

La población a evaluar en esta prueba es de individuos de 13 años a más (adolescentes y adultos). Puede ser administrada individual, colectiva o autoadministrable. El tiempo estimado es de 10 a 15 minutos, siendo las áreas de aplicación, la clínica, forense y neuropsicología. La prueba está formada por 21 tipos de síntomas, existe dos alternativas de respuestas en algunas categorías de los síntomas, se fragmenta en a y b como respuesta y para mostrar que indican el mismo nivel, la puntuación va desde (0) a (3).

La prueba se basa en dos hipótesis:

- a) Si la depresión se encuentra más severa, los síntomas serían mayores, esto conforma a la depresión si es más severa, los síntomas serían mayores, esto accede a hacer diferencia entre un individuo sano y un paciente que obtenga depresión leve, moderada o severa.
- b) En cuanto el individuo resulte tener depresión severa, los síntomas serán más intensos o con mayor frecuencia por ello esta prueba incluye todos los síntomas específicos de la depresión, clasificado en 5 áreas.

### **Calificación e Interpretación**

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. Las puntuaciones son las siguientes: 0-13 depresión mínima, 14 -19 depresión leve, 20 -28 depresión moderada y 29 -63 depresión severa (Fernández, 2020). Respecto a la suma de ítems por dimensiones, se obtuvo una puntuación de 0 a 33 para la dimensión cognitivo-afectivo (ítems 1-5,8-10) y la suma de ítems de 0 a 30 para la dimensión somático-motivacional (6,7, 11-21).

### 3.5. Procedimientos

Para el desarrollo de la investigación se realizaron las siguientes acciones:

- Se solicitó verbalmente y por escrito autorización a la dirección del CEBE para realizar la investigación.
- Se coordinó con la directora del CEBE, las fechas y horarios de Escuela de Familia para informar a los padres sobre el objetivo de la investigación y solicitar firmar el consentimiento informado.
- Con los padres que aceptaron participar se formó un grupo de WhatsApp en la cual se mandaron los links de los instrumentos (tipo formulario) que iba a un drive con todas las respuestas registradas.
- Al término de la participación se agradeció a todos los participantes.
- Se corrigieron las escalas teniendo en cuenta las puntuaciones y dimensiones de cada uno de los instrumentos.
- Se codificó y digitó los datos en una base de datos en Excel.
- Se elaboró la base de datos en SPSS y una vez digitalizado las variables de estudio se trasladó los datos de la base de datos del Excel a la base de datos en el SPSS.
- Se realizó el análisis de las propiedades psicométricas de cada variable por mediante la validez y confiabilidad.
- Se efectuó el análisis descriptivo de los estilos de afrontamiento y actitudes disfuncionales, así como el nivel de depresión.
- Para el análisis de relación de las tres variables, se empleó análisis de regresión múltiple.

- Con los resultados obtenidos se elaboró tablas con su respectiva descripción.
- Se realizó la discusión de resultados de la investigación,
- Se realizaron las conclusiones de acuerdo con los objetivos propuestos.
- Se formularon las recomendaciones respectivas.
- Se elaboró el resumen y el abstract con la metodología de la investigación, el objetivo general, los instrumentos, muestra evaluada y las conclusiones alcanzadas.
- Se elaboró el informe final de la investigación para ser presentado, previa aprobación del asesor e informantes designados por la oficina de grados del Post grado de la UNFV.

### **3.6. Análisis de datos**

En primera instancia se corroboraron las propiedades psicométricas de los instrumentos de medición mediante validez y confiabilidad. Se examinaron los estadísticos descriptivos de cada ítem. A continuación, se realizó una serie de análisis factoriales confirmatorios (AFC) para poner a prueba los modelos identificados en la literatura para las tres variables de análisis.

Para estimar ajustar las variables observadas, se empleó el método de mínimos cuadrados ponderados ajustados a la media y la varianza (WLSMV) y mínimos cuadrados ponderados (ULS) recomendados para estilos de respuesta Likert ordinal con menor a cinco categorías (Brown, 2015). El ajuste fue evaluado con los índices aproximados: índice de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI), raíz de la media cuadrática del error de aproximación (RMSEA), raíz estandarizada de la media cuadrática residual (SRMR) y raíz ponderada de la media cuadrática residual (WRMR) y Chi-cuadrado normalizado por los grados de libertad (CMIN).

Se consideraron como puntos de corte los siguientes valores: ajuste adecuado: CFI > .90, TLI > .90 (Xia y Yang, 2019), SRMR < .09, RMSEA < .08 (Hair et al., 2014), en complementariedad se consideró valores de RMSEA equivalentes a 0.08 como adecuados cuando el límite superior es cercano a 0.10 y todos los valores <0.10 pueden considerarse como índices aceptables (Browne y Cudeck, 1993). Además, se estimó como valores óptimos los siguientes: CFI > .95, TLI > .95, RMSEA < .06, SRMR < .08 (Hu&Bentler, 1999), WRMR < 1 (DiStefano et al., 2018) y CMIN < 3 (Pilatti et al., 2011)

En consecuencia, para estimar la fiabilidad, se empleó el método de consistencia interna por el coeficiente  $\Omega$ , en donde se tomaron como valores aceptables aquellos por encima de .65 (Katz, 2006) e índices óptimos entre el rango de .70 a .90 (Campo-Arias y Oviedo, 2008)

En segunda instancia, para los objetivos descriptivos se analizó las frecuencias y porcentajes de los estilos de respuesta enfocados a las categorías “bastante” y “mucho” en la variable estilos de afrontamiento, y 3 a 4 como indicadores de “creencias menos adaptativas” de la variable actitudes disfuncionales; para caracterizar predominio de un estilo y/o actitud mutuamente independiente y específico en los subgrupos.

Dado que las variables se encuentran puntuadas en escala Likert y nivel de medición ordinal, en tercera instancia, se empleó estadísticos no paramétrico para la medición de los índices de relación (DiStefano y Morgan, 2014), por lo tanto, el análisis relacional se llevó a cabo mediante la prueba Rho de Spearman y se fijó una probabilidad de cometer error de tipo I de 0.05 para detectar la significancia de los índices de correlación, la interpretación de los coeficientes se basó en la intensidad y dirección con los siguientes puntos de corte:

insignificante ( $Rho < .10$ ), débil ( $Rho < .39$ ), moderada ( $Rho < .69$ ), fuerte ( $Rho < .89$ ) y muy fuerte ( $Rho < 1.00$ ) (Schober et al., 2018).

En última instancia, para el análisis de relación de las tres variables, se empleó análisis de regresión múltiple donde se estableció como variables dependientes a cada dimensión de los estilos de afrontamiento, e independientes a las puntuaciones totales de las actitudes disfuncionales y depresión, donde se especificó el coeficiente de correlación múltiple ( $R$ ) para identificar la relación que existe y se empleó la prueba de significancia de anova para detectar qué dimensión tuvo una correlación estadísticamente significativa ( $p < .05$ ).

### **3.7. Consideraciones éticas**

Siguiendo las pautas de la American Psychological Association, el presente estudio cumplirá con el principio de protección a las personas, respetando la identidad, confidencialidad y privacidad de los participantes. Asimismo, la investigación se regirá bajo el código de consentimiento informado y expreso, pues su participación será de manera voluntaria.

Esta investigación valora el respeto hacia las personas humanas por principios éticos, reconociendo aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, de manera que se promueve el deseo del bien de cada participante.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Análisis Psicométrico

#### 4.1.1. Evidencias psicométricas de Validez del Inventario Breve de afrontamiento (COPE-28)

**Tabla 4**

*Índices de ajuste relativo y absoluto del modelo de tres factores*

Modelo	$\chi^2$	CMIN	CFI	TLI	RMSEA	IC 95%	
						LI	LS
Tres factores	305.490	1.642	0.933	0.924	0.073	0.058	0.088

*Nota:*  $\chi^2$ = Chi cuadrada; CMIN: chi cuadrado normalizado por los grados de libertad; CFI: Índice de ajuste comparativo, TLI: Índice de Tucker Lewis, RMSEA: error cuadrático medio de aproximación.

Se visualizan en la tabla 4 los índices de bondad de ajuste del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para valorar la estructura interna del constructo. El CMIN, aparece por debajo del valor de 3 (Pilatti et al., 2011), el CFI y el TLI son mayores a .90 (Xia y Yang, 2019); de la misma manera el índice RMSEA es inferior a .80 (Hair et al., 2014), denotando un ajuste satisfactorio entre el modelo de tres factores y el modelo empírico. Por lo tanto, la valoración conjunta de todos los índices permite sostener que los resultados de Validez basada en la estructura interna del constructo son satisfactorios.

**Tabla 5**

*Solución de cargas factoriales estandarizadas a partir del análisis factorial confirmatorio*

	Z	p	$\lambda$
Dimensión 1			
COPE2			0.704

	<i>Z</i>	<i>p</i>	$\lambda$
COPE10	9.525	.000	0.721
COPE6	9.242	.000	0.669
COPE26	9.301	.000	0.658
COPE1	9.115	.000	0.555
COPE28	10.038	.000	0.702
COPE8	-8.925	.000	0.517*
Dimensión 2			
COPE11			0.468
COPE25	6.772	.000	0.495
COPE15	3.470	.001	0.246
COPE24	3.957	.000	0.267
COPE4	-7.531	.000	0.526*
COPE9	-7.279	.000	0.511*
COPE17	-7.538	.000	0.541*
Dimensión 3			
COPE3			0.570
COPE21	10.390	.000	0.745
COPE5	-8.475	.000	0.467*
COPE16	10.571	.000	0.612
COPE20	10.732	.000	0.761
COPE7	6.375	.000	0.320
COPE19	2.392	.017	0.120

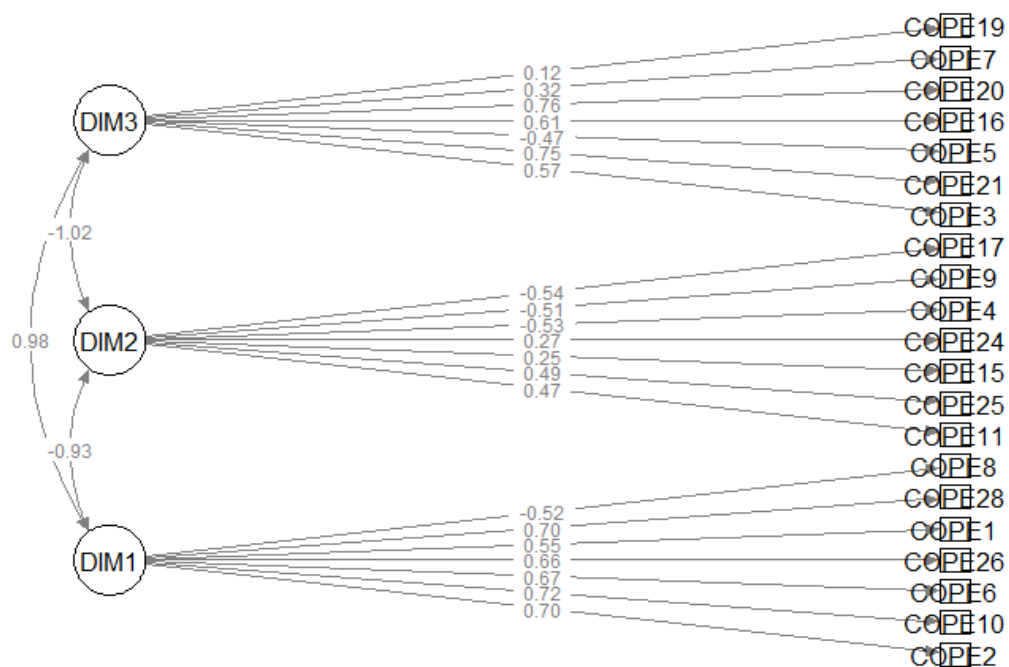
*Nota:* Dimensión 1=Afrontamiento enfocado en el problema; Dimensión 2= Afrontamiento enfocado en la emoción; Dimensión 3=Otros modos adicionales de afrontamiento

En tabla 5 se observa que los ítems que pertenecen a las tres dimensiones que componen el instrumento, presentan cargas factoriales adecuadas, sin embargo, se nota que los ítems 8,4,9,17 y 5, a pesar de tener carga negativa, aportan significativamente al modelo evaluado, determinando que el instrumento presenta un adecuado índice de ajuste al modelo propuesto.



**Figura 1**

Diagrama de senderos de la estructura factorial del COPE



Fuente: Elaboración propia

#### 4.1.2. Evidencias psicométricas de Confiabilidad del Inventario Breve de afrontamiento (COPE- 28)

**Tabla 6**

Fiabilidad por consistencia interna del Inventario Breve de afrontamiento

Dimensiones	IC 95%		
	$\Omega$	Límite inferior	Límite superior
Afrontamiento enfocado en el problema	.750	.675	.809
Afrontamiento enfocado en la emoción	.538	.426	.649
Otros modos adicionales de afrontamiento	.620	.521	.718

Dimensiones	IC 95%		
	$\Omega$	Límite inferior	Límite superior
Puntuación total	.722	.651	.792

*Nota:*  $\Omega$ =Coeficiente Omega.

Se visualizan en la tabla 6, los valores de Omega de McDonald's, los mismos que se ubican entre .649 y .809 con un intervalo de confianza al 95%, los cuales son aceptables iguales o por encima (Katz, 2006) e índices óptimos entre el rango de .70 a .90 (Campo-Arias y Oviedo, 2008), logrando una alta consistencia interna, concluyendo que el instrumento mide lo establecido de forma precisa.

#### 4.1.3. Evidencias psicométricas de Validez de la Escala de Actitudes Disfuncionales

**Tabla 7**

*Índices de ajuste relativo y absoluto del modelo de tres factores*

Modelo	$\chi^2$	CMIN	CFI	TLI	WRMR	RMSEA	IC 95%	
							LI	LS
Tres factores	692.984	1.417	.989	.988	0.997	0.059	0.049	0.069

*Nota:*  $\chi^2$ = Chi cuadrada; CMIN: chi cuadrado normalizado por los grados de libertad; CFI: Índice de ajuste comparativo, TLI: Índice de Tucker Lewis, RMSEA: error cuadrático medio de aproximación.

En la Tabla 7, se aprecian los índices de bondad de ajuste del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para valorar la estructura interna del constructo. El CMIN, aparece por debajo del valor de 3 (Pilatti et al., 2011), el CFI y el TLI son mayores a .90 (Xia y Yang, 2019); igualmente el WRMR por debajo de la unidad (DiStefano et al., 2018); de la misma

manera el índice RMSEA es inferior a .80 (Hair et al., 2014), denotando un ajuste satisfactorio entre el modelo de tres factores y el modelo empírico. Por lo tanto, la valoración conjunta de todos los índices permite sostener que los resultados de Validez basada en la estructura interna del constructo son satisfactorios.

**Tabla 8**

*Solución de cargas factoriales estandarizadas a partir del análisis factorial confirmatorio.*

	Z	p	$\lambda$
<b>Dimensión 1</b>			
AD1			0.594
AD2	6.755	.000	0.722
AD3	6.942	.000	0.672
AD4	8.417	.000	0.604
AD5	5.545	.000	0.713
AD16	7.514	.000	0.700
AD17	7.445	.000	0.593
AD18	6.049	.000	0.458
AD19	8.338	.000	0.664
AD20	6.980	.000	0.756
<b>Dimensión 2</b>			
AD6			0.505
AD7	5.079	.000	0.675
AD8	5.087	.000	0.658
AD9	5.391	.000	0.474
AD10	4.751	.000	0.594
AD21	3.251	.000	0.301
AD22	5.155	.000	0.612
AD23	5.620	.000	0.712
AD24	4.903	.000	0.582
AD25	5.303	.000	0.606
AD32	-0.136	.892	0.052*
AD34	0.724	.469	0.281
AD35	-0.001	.999	0.000*
<b>Dimensión 3</b>			
AD11			0.719
AD12	8.966	.000	0.569
AD13	9.298	.000	0.695
AD14	7.837	.000	0.715
AD15	8.552	.000	0.707
AD26	9.980	.000	0.709
AD27	8.929	.000	0.677
AD28	10.407	.000	0.703
AD29	6.138	.000	0.492
AD30	6.384	.000	0.700
AD32	1.058	.029	0.416
AD34	0.828	.408	0.335

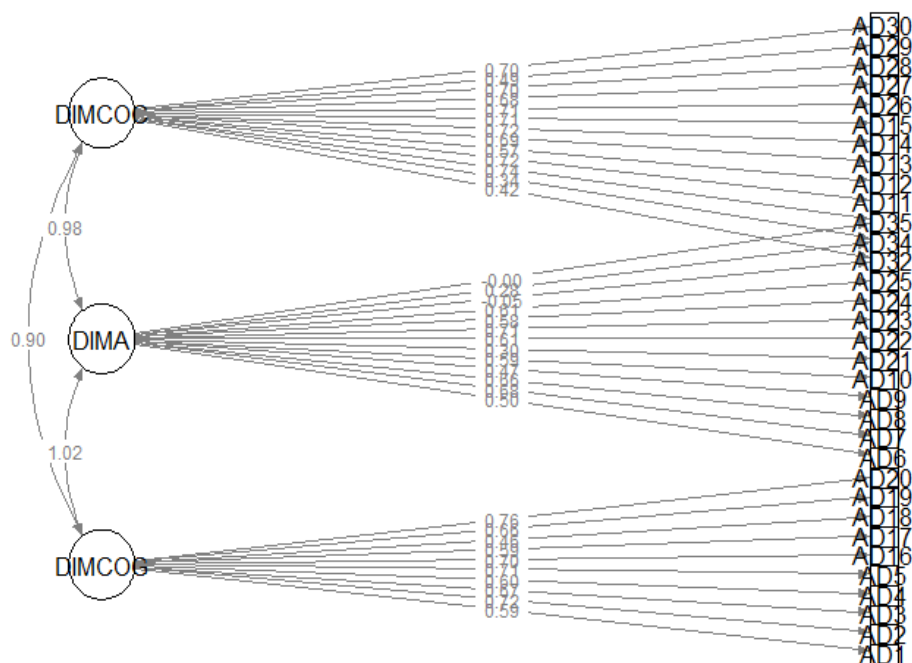
	<i>Z</i>	<i>p</i>	$\lambda$
AD35	1.876	.061	0.744

*Nota:* Dimensión 1=Cognitivo; Dimensión 2= Afectivo; Dimensión 3=Conductual

En tabla 8 se observa que los ítems que pertenecen a las tres dimensiones que componen el instrumento, presentan cargas factoriales adecuadas, sin embargo, se nota que los ítems 32 y 35, a pesar de tener carga negativa, aportan significativamente al modelo evaluado, determinando que el instrumento presenta un adecuado índice de ajuste al modelo propuesto.

## Figura 2

*Diagrama de senderos de la estructura trifactorial de los datos de actitudes disfuncionales*



#### 4.1.4. Evidencias psicométricas de Confiabilidad de la Escala de Actitudes Disfuncionales

**Tabla 9**

*Fiabilidad por consistencia internade la Escala de Actitudes Disfuncionales*

Dimensiones	IC 95%		
	$\Omega$	Límite inferior	Límite superior
Cognitivo	.869	.834	.904
Afectivo	.859	.822	.896
Conductual	.898	.871	.925
Puntuación total	.950	.937	.963

*Nota:*  $\Omega$ =Coeficiente Omega

Se visualizan en la tabla 9, los valores de Omega de McDonald's, los mismos que se ubican entre .859 y .950 con un intervalo de confianza al 95%, los cuales son aceptables iguales o por encima65 (Katz, 2006) e índices óptimos entre el rango de .70 a .90 (Campo-Arias y Oviedo, 2008), logrando una alta consistencia interna, concluyendo que el instrumento mide lo establecido de forma precisa.

#### 4.1.5. Evidencias psicométricas de Validez del Inventario de Depresión de Beck

**Tabla 10**

*Índices de ajuste relativos y absolutos del modelo de dos factores*

Modelo	$\chi^2$	CMIN	CFI	TLI	WRMR	RMSEA	IC 95%	
							LI	LS
Dos factores	16222.103*	1.417	0.979	0.977	0.892	0.066	0.050	0.081

*Nota:*  $\chi^2$ : Chi cuadrada; CMIN: chi cuadrado normalizado por los grados de libertad; CFI: Índice de ajuste comparativo, TLI: Índice de Tucker Lewis, RMSEA: error cuadrático medio de aproximación.

En la Tabla 10, se aprecian los índices de bondad de ajuste del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para valorar la estructura interna del constructo. El CMIN, aparece por debajo del valor de 3 (Pilatti et al., 2011), el CFI y el TLI son mayores a .90 (Xia y Yang, 2019); igualmente el WRMR por debajo de la unidad (DiStefano et al., 2018); de la misma manera el índice RMSEA es inferior a .80 (Hair et al., 2014), denotando un ajuste satisfactorio entre el modelo de dos factores y el modelo empírico. Por lo tanto, la valoración conjunta de todos los índices permite sostener que los resultados de Validez basada en la estructura interna del constructo son satisfactorios.

**Tabla 11**

*Solución de cargas factoriales estandarizadas a partir del análisis factorial confirmatorio*

	z	p	$\lambda$
<b>Dimensión 1</b>			
BECK1			0.876
BECK2	17.732	.000	0.857
BECK3	15.311	.000	0.744
BECK4	17.885	.000	0.777
BECK5	21.606	.000	0.882
BECK8	20.848	.000	0.853
BECK9	14.873	.000	0.819
BECK10	9.689	.000	0.632
<b>Dimensión 2</b>			
BECK6			0.871
BECK7	27.040	.000	0.920
BECK11	16.254	.000	0.749
BECK12	16.715	.000	0.777
BECK13	14.017	.000	0.713
BECK14	18.591	.000	0.802
BECK15	13.796	.000	0.732
BECK16	10.597	.000	0.639

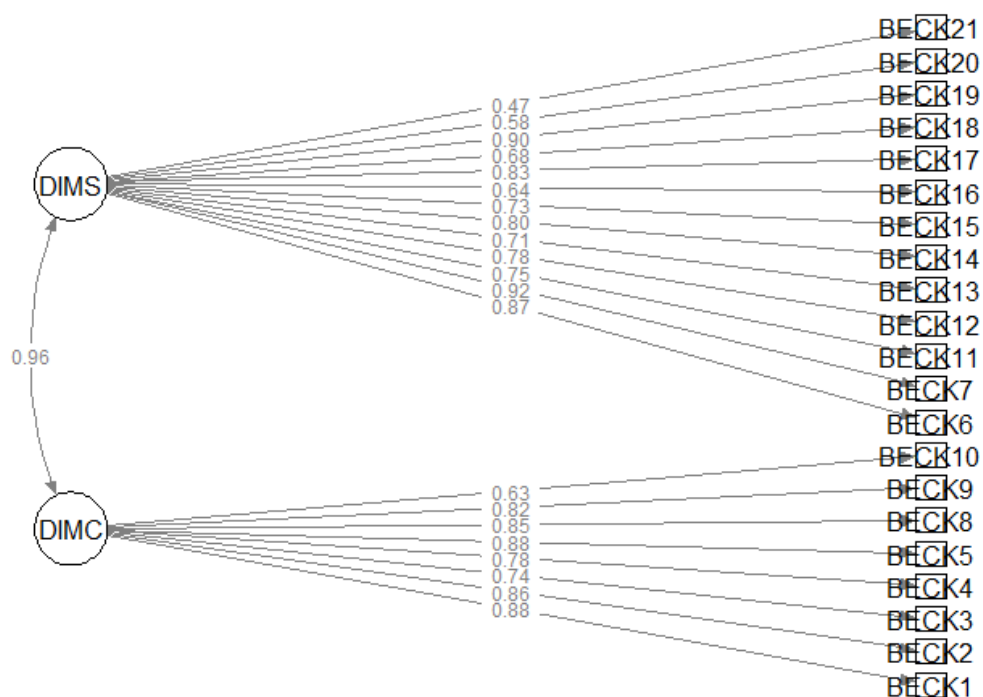
	<i>z</i>	<i>p</i>	$\lambda$
BECK17	19.834	.000	0.833
BECK18	12.072	.000	0.677
BECK19	21.710	.000	0.901
BECK20	9.391	.000	0.854
BECK21	6.160	.000	0.467

*Nota:* Dimensión 1=Cognitivo Afectivo; Dimensión 2= Somático motivacional.

En tabla 11 se observa que los ítems que pertenecen a las dos dimensiones que componen el instrumento, presentan cargas factoriales superiores a .50, considerándose adecuadas, indicando que aportan significativamente al modelo evaluado, determinando que el instrumento presenta un adecuado índice de ajuste al modelo propuesto.

### Figura 3

*Diagrama de senderos de la estructura bifactorial de los datos del inventario de Beck*



#### 4.1.6. Evidencias psicométricas de Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck

**Tabla 12**

*Fiabilidad por consistencia interna del Inventario de Depresión de Beck*

Dimensiones	IC 95%		
	$\Omega$	Límite inferior	Límite superior
Cognitivo Afectivo	.859	.817	.893
Somático motivacional	.895	.865	.920
Puntuación total	.934	.916	.950

*Nota:*  $\Omega$ =Coeficiente Omega.

En la Tabla 12 se aprecian los valores de Omega de McDonald's, los mismos que se ubican entre .859 y .934 con un intervalo de confianza al 95%, los cuales son aceptables iguales o por encima de .65 (Katz, 2006) e índices óptimos entre el rango de .70 a .90 (Campo-Arias y Oviedo, 2008), logrando una alta consistencia interna, concluyendo que el instrumento mide lo establecido de forma precisa.

#### 4.2. Resultados Descriptivos

- Identificar el estilo de afrontamiento que predomina en los padres de familia de acuerdo con el sexo, estado civil, tipo de diagnóstico del hijo y lugar de residencia en un CEBE de Comas, 2022.



**Tabla 13**

*Análisis descriptivo de la variable estilos de afrontamiento según sexo (%)*

Dimensiones	Hombres					Mujeres		
	3	1	2	3	0	1	2	3
Afrontamiento enfocado en el problema	11.43	33.93	<b>40.00</b>	<b>14.64</b>	9.11	31.07	<b>31.79</b>	<b>28.04</b>
Afrontamiento enfocado en la emoción	33.57	31.43	28.21	6.79	44.46	30.54	15.36	9.64
Otros modos adicionales de afrontamiento	19.29	29.29	37.50	13.93	28.21	28.04	19.29	24.47

Como se muestra en la tabla 13, se evidenció el número de respuestas para cada estilo de respuesta, se tomó en consideración 2= “mucho” y 3= “bastante” como categorías que establecen el predominio de una estrategia de afrontamiento. Por lo tanto, en hombres (54.64%) y mujeres (59.83%) la estrategia de afrontamiento enfocado en el problema tuvo mayor prevalencia.

**Tabla 14**

*Análisis descriptivo de la variable estilos de afrontamiento según estado civil (%)*

Estado civil	Estilo de respuesta	Afrontamiento enfocado en el problema	Afrontamiento enfocado en la emoción	Otros modos adicionales de afrontamiento
Soltero	2	<b>28.57%</b>	16.15%	15.53%
	3	<b>31.06%</b>	8.70%	23.60%
Casado	2	<b>38.85%</b>	20.05%	29.32%
	3	<b>26.32%</b>	9.77%	20.30%
Conviviente	2	<b>29.67%</b>	15.38%	18.68%
	3	<b>15.93%</b>	6.59%	21.43%
Separado	2	<b>51.43%</b>	42.86%	48.57%
	3	<b>20.00%</b>	10.00%	17.14%
Divorciado	2	<b>14.29%</b>	0.00%	<b>14.29%</b>

	3	<b>14.29%</b>	7.14%	<b>14.29%</b>
Viudo	2	<b>35.71%</b>	7.14%	14.29%
	3	<b>14.29%</b>	0.00%	21.43%

En la tabla 14, se observa que, en casi todos los padres, independientemente del estado civil que posean, existe el predominio de la estrategia de afrontamiento en el problema, a excepción de los divorciados, quienes además también utilizan otros modos adicionales de afrontamiento. Sin embargo, se nota que el grupo de los separados (71.43%) es en quienes la estrategia de afrontamiento enfocado en el problema tuvo mayor prevalencia.

**Tabla 15**

*Análisis descriptivo de la variable estilos de afrontamiento según tipo de diagnóstico (%)*

Tipo de diagnóstico	Estilo de respuesta	Afrontamiento enfocado en el problema	Afrontamiento enfocado en la emoción	Otros modos adicionales de afrontamiento
Parálisis cerebral	2	24.49	32.65	<b>40.82</b>
	3	18.37	4.08	<b>8.16</b>
Autismo	2	<b>38.89</b>	21.23	27.8
	3	<b>20.63</b>	8.33	20.8
Síndrome de Down	2	<b>29.67</b>	14.29	20.33
	3	<b>27.47</b>	10.44	20.88
Retardo Mental	2	<b>29.87</b>	14.29	16.88
	3	<b>40.26</b>	14.29	31.17
Síndrome de Asperger	2	<b>15.38</b>	17.86	10.71
	3	<b>23.08</b>	3.57	17.86

**Fuente:** Elaboración propia.

Se observa en la Tabla 15 que, en los padres cuyos hijos tienen el diagnóstico de RM (70.13%), concluyéndose que 7 de cada diez padres utilizan la estrategia de afrontamiento en el problema en la crianza de sus hijos. Por otro lado, aquellos padres cuyos hijos poseen el diagnóstico de

Parálisis cerebral (48.98%) son los que optan por utilizar otros modos adicionales de afrontamiento.

**Tabla 16**

*Análisis descriptivo de la variable estilos de afrontamiento según residencia (%)*

Residencia	Estilo de respuesta	Afrontamiento enfocado en el problema	Afrontamiento enfocado en la emoción	Otros modos adicionales de afrontamiento
Ancón	2	<b>38.1%</b>	22.75%	26.98%
	3	<b>16.93%</b>	10.58%	26.98%
Callao	2	7.14%	14.29%	<b>7.14%</b>
	3	50%	14.29%	<b>35.71%</b>
Carabayllo	2	<b>42.86%</b>	20.54%	25.89%
	3	<b>24.11%</b>	11.61%	25%
Comas	2	<b>32.54%</b>	18.28%	24.21%
	3	<b>24.6%</b>	7.54%	18.25%
Independencia	2	<b>31.43%</b>	25.71%	30%
	3	<b>21.43%</b>	4.29%	15.71%
Los Olivos	2	<b>31.43%</b>	18.1%	19.05%
	3	<b>29.52%</b>	11.43%	23.81%
Puente Piedra	2	<b>36.51%</b>	33.33%	36.51%
	3	<b>30.16%</b>	7.94%	12.7%
Rímac	2	<b>0.00%</b>	0%	0%
	3	<b>14.29%</b>	0%	0%
San Juan de Lurigancho	2	28.57%	0%	<b>21.43%</b>
	3	7.14%	7.14%	<b>14.29%</b>
Ventanilla	2	<b>14.29%</b>	21.43%	28.57%
	3	<b>21.43%</b>	0%	0%

Como se presenta en la tabla 16, los padres que proceden el distrito de Carabayllo (66.97%) es en quienes predomina la estrategia de afrontamiento enfocado en el problema; por otro lado,

los que proceden de los distritos del Callao y San Juan de Lurigancho (42.85% y 35.72%, respectivamente) optan por utilizar otros modos adicionales de afrontamiento.

- Describir las actitudes disfuncionales predominantes que presentan los padres de familia de acuerdo con el sexo, estado civil, tipo de diagnóstico del hijo y lugar de residencia.

**Tabla 17**

*Análisis descriptivo de la variable actitudes disfuncionales según sexo (%)*

Dimensiones	Hombres				Mujeres			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Cognitivo	20.37	17.23	<b>32.38</b>	<b>4.44</b>	21.18	8.04	<b>16.49</b>	<b>7.24</b>
Afectivo	21.54	17.88	28.08	4.62	21.06	8.75	14.90	7.79
Conductual	20.38	21.73	24.81	2.31	23.08	7.79	10.67	5.38

Como se observa en la Tabla 17 existe una predominancia de los hombres, en cuanto a la dimensión cognitiva de las actitudes disfuncionales, ya que aproximadamente 4 de cada 10 hombres (36.82%) presentan este tipo de comportamiento cognitivo, frente al 23.73% de las mujeres.

**Tabla 18**

*Análisis descriptivo de la variable actitudes disfuncionales según estado civil (%)*

Estado civil	Estilo de respuesta	Cognitivo	Afectivo	Conductual
Soltero	3	<b>7.51%</b>	11.71%	6.09%
	4	<b>50.00%</b>	7.69%	6.02%
Casado	3	<b>20.88%</b>	18.89%	15.79%
	4	<b>5.26%</b>	6.75%	4.72%
Conviviente	3	15.77%	<b>16.86%</b>	13.61%
	4	6.54%	<b>6.51%</b>	4.14%
	3	<b>45.00%</b>	45.38%	40.00%

Separado	4	<b>3.00%</b>	1.54%	0.77%
Divorciado	3	5.00%	<b>15.38%</b>	7.69%
	4	15.00%	<b>11.54%</b>	0.00%
Viudo	3	<b>45.00%</b>	15.38%	11.54%
	4	<b>5.00%</b>	3.85%	0.00%

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla 18 se muestra que los padres solteros (57.51%) presentan predominancia de la dimensión cognitiva de las actitudes disfuncionales, mientras que los divorciados muestran prevalencia (26.92%) en la dimensión afectiva de dicha variable.

**Tabla 19**

*Análisis descriptivo de la variable actitudes disfuncionales según tipo de diagnóstico (%)*

Tipo de diagnóstico	Estilo de respuesta	Cognitivo	Afectivo	Conductual
Parálisis cerebral	3	<b>23.33%</b>	23.08%	20.51%
	4	<b>50.00%</b>	0.00%	0.00%
Síndrome de Down	3	16.54%	<b>17.46%</b>	13.02%
	4	7.31%	<b>7.40%</b>	5.62%
Retardo Mental	3	14.55%	<b>17.48%</b>	8.39%
	4	5.45%	<b>4.20%</b>	4.90%
Parálisis cerebral	3	<b>27.50%</b>	21.15%	11.54%
	4	<b>2.50%</b>	0.00%	0.00%
Trastorno del Espectro Autista	3	<b>38.89</b>	21.23	27.8
	4	<b>20.63</b>	8.33	20.8
Síndrome de Asperger	3	10.00%	<b>13.46%</b>	9.62%
	4	2.50%	<b>1.92%</b>	1.92%

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla 19 se muestra que los padres cuyos hijos presentan el diagnóstico de Parálisis cerebral (73.33%) presentan predominancia de la dimensión cognitiva de las actitudes

disfuncionales, mientras que aquellos cuyos niños presentan diagnóstico de Síndrome de Down, muestran prevalencia (24.86%) en la dimensión afectiva de dicha variable.

**Tabla 20**

*Análisis descriptivo de la variable actitudes disfuncionales según residencia (%)*

Residencia	Estilo de respuesta	Cognitivo	Afectivo	Conductual
Ancón	3	<b>21.11%</b>	18.80%	15.95%
	4	<b>8.15%</b>	7.98%	5.70%
Callao	3	15.00%	<b>23.08%</b>	15.38%
	4	5.00%	<b>11.54%</b>	0.00%
Carabayllo	3	<b>18.13%</b>	13.94%	12.98%
	4	<b>7.50%</b>	9.13%	5.29%
Comas	3	20.00%	<b>20.30%</b>	16.03%
	4	5.83%	<b>7.48%</b>	5.56%
Independencia	3	<b>24.00%</b>	20.77%	17.69%
	4	<b>1.00%</b>	2.31%	0.77%
Los Olivos	3	<b>20.67%</b>	20.51%	15.38%
	4	<b>6.67%</b>	5.13%	2.56%
Puente Piedra	3	22.22%	24.79%	17.09%
	4	1.11%	2.56%	0.85%
Rímac	3	<b>30.00%</b>	7.69%	0.00%
	4	<b>20.00%</b>	0.00%	0.00%
San Juan de Lurigancho	3	5.00%	<b>15.38%</b>	7.69%
	4	5.00%	<b>7.69%</b>	11.54%
Ventanilla	3	<b>35.00%</b>	11.54%	3.85%
	4	<b>0.00%</b>	7.69%	0.00%

Como se observa en la Tabla 20 la mitad de los padres que proceden del distrito del Rímac presentan predominancia de la dimensión cognitiva de las actitudes disfuncionales, mientras

que aquellos que vienen del distrito del Callao, (34.62%) muestran predominancia en la dimensión afectiva de dicha variable.

- Describir el nivel de depresión que presentan los padres de familia, considerando el sexo, estado civil, tipo de diagnóstico del hijo y lugar de residencia.

**Tabla 21**

*Análisis descriptivo de la variable depresión según sexo*

Sexo	Nivel	<i>f</i>	%
Masculino	No presenta	5	12.5
	Nivel mínimo	11	27.5
	<b>Nivel leve</b>	<b>20</b>	<b>50</b>
	Nivel moderado	4	10
Femenino	No presenta	2	2.5
	<b>Nivel mínimo</b>	<b>46</b>	<b>57.5</b>
	Nivel leve	10	12.5
	Nivel moderado	14	17.5
	Nivel severo	8	10
Total		120	100

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla 21 se observa que los participantes presentan niveles mínimo y leve de depresión, en donde la mitad de la muestra de los varones, presentan nivel leve de depresión, en relación con las mujeres, en quienes se observa que más de la mitad de ellas (57.5%) presentan un nivel mínimo de depresión.

**Tabla 22***Análisis descriptivo de la variable depresión según estado civil*

Estado civil	Nivel	<i>f</i>	%
Soltero	No presenta	1	4.348
	<b>Nivel mínimo</b>	<b>9</b>	<b>39.13</b>
	Nivel leve	3	13.043
	Nivel moderado	5	21.739
	Nivel severo	5	21.739
Casado	No presenta	4	7.018
	<b>Nivel mínimo</b>	<b>28</b>	<b>49.123</b>
	Nivel leve	16	28.07
	Nivel moderado	9	15.789
Conviviente	Nivel severo	0	0
	No presenta	1	3.846
	<b>Nivel mínimo</b>	<b>16</b>	<b>61.538</b>
	Nivel leve	4	15.385
Separado	Nivel moderado	3	11.538
	Nivel severo	2	7.692
	No presenta	0	0
	Nivel mínimo	3	30
Divorciado	<b>Nivel leve</b>	<b>5</b>	<b>50</b>
	Nivel moderado	1	10
	Nivel severo	1	10
	No presenta	0	0
	<b>Nivel mínimo</b>	<b>1</b>	<b>50</b>
Viudo	<b>Nivel leve</b>	<b>1</b>	<b>50</b>
	Nivel moderado	0	0
	Nivel severo	0	0
	No presenta	0	0

En la Tabla 22 se observa que los participantes que son convivientes presentan niveles mínimos (61.53 %) de depresión, seguido de los casados con 49% también con nivel mínimo de



depresión. Mientras los separados (50%), divorciados (50%) y viudos (50%) presentan niveles leves de depresión.

**Tabla 23**

*Análisis descriptivo de la variable depresión según diagnóstico*

<b>Tipo</b>	Nivel	<i>f</i>	%
Parálisis cerebral	No presenta	1	14.285
	Nivel mínimo	1	14.285
	<b>Nivel leve</b>	<b>4</b>	<b>57.142</b>
	Nivel moderado	1	14.285
	Nivel severo	0	0
Síndrome de Down	No presenta	2	7.692
	<b>Nivel mínimo</b>	<b>18</b>	<b>69.231</b>
	Nivel leve	4	15.385
	Nivel moderado	2	7.692
	Nivel severo	0	0
Retardo Mental	No presenta	0	0
	<b>Nivel mínimo</b>	<b>5</b>	<b>45.455</b>
	Nivel leve	1	9.091
	Nivel moderado	3	27.273
	Nivel severo	2	18.182
Trastorno del Espectro Autista	No presenta	4	5.555
	<b>Nivel mínimo</b>	<b>33</b>	<b>48.98</b>
	Nivel leve	20	45.833
	Nivel moderado	12	16.666
	Nivel severo	3	4.166
Síndrome de Asperger	No presenta	0	0
	Nivel mínimo	0	0
	Nivel leve	1	25
	Nivel moderado	0	0
	<b>Nivel severo</b>	<b>3</b>	<b>75</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

Como se observa en la Tabla 23, los participantes cuyos hijos presentan diagnóstico Trastorno del Espectro Autista manifiestan niveles mínimos de depresión, en su gran mayoría (48%), secundados por los relacionados con el Síndrome de Down (69.231).

**Tabla 24***Análisis descriptivo de la variable depresión según residencia.*

Lugar o distrito donde vive	Nivel	<i>f</i>	%
Ancón	No presenta	2	7.407
	<b>Nivel mínimo</b>	<b>16</b>	<b>59.259</b>
	Nivel leve	4	14.815
	Nivel moderado	3	11.111
	Nivel severo	2	7.407
Callao	No presenta	0	0
	<b>Nivel mínimo</b>	<b>1</b>	<b>50</b>
	Nivel leve	0	0
	Nivel moderado	0	0
	<b>Nivel severo</b>	<b>1</b>	<b>50</b>
Carabayllo	No presenta	0	0
	<b>Nivel mínimo</b>	<b>9</b>	<b>56.25</b>
	Nivel leve	3	18.75
	Nivel moderado	4	25
	Nivel severo	0	0
Comas	No presenta	3	8.333
	<b>Nivel mínimo</b>	<b>15</b>	<b>41.667</b>
	Nivel leve	11	30.556
	Nivel moderado	4	11.111
	Nivel severo	3	8.333
Independencia	No presenta	1	10
	<b>Nivel mínimo</b>	<b>5</b>	<b>50</b>
	Nivel leve	3	30
	Nivel moderado	1	10
	Nivel severo	0	0
Los Olivos	No presenta	1	6.667
	<b>Nivel mínimo</b>	<b>6</b>	<b>40</b>
	Nivel leve	4	26.667
	Nivel moderado	4	26.667
	Nivel severo	0	0
Puente Piedra	No presenta	0	0
	Nivel mínimo	3	33.333
	<b>Nivel leve</b>	<b>4</b>	<b>44.444</b>
	Nivel moderado	0	0
	Nivel severo	2	22.222
Rímac	No presenta	0	0
	Nivel mínimo	0	0

	Nivel leve	0	0
	<b>Nivel moderado</b>	<b>1</b>	<b>100</b>
	Nivel severo	0	0
	No presenta	0	0
San Juan de Lurigancho	<b>Nivel mínimo</b>	<b>1</b>	<b>50</b>
	<b>Nivel leve</b>	<b>1</b>	<b>50</b>
	Nivel moderado	0	0
	Nivel severo	0	0
	No presenta	0	0
Ventanilla	<b>Nivel mínimo</b>	<b>1</b>	<b>50</b>
	Nivel leve	0	0
	<b>Nivel moderado</b>	<b>1</b>	<b>50</b>
	Nivel severo	0	0

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla 24 se muestran los resultados del nivel de depresión de los participantes, según lugar de procedencia, notándose que el mayor porcentaje (59.259) provenientes de Ancón presenta un nivel mínimo de depresión, junto al 41.667 procedente del distrito de Comas.

#### 4.3. Resultados: Análisis inferencial

##### Objetivo general

Determinar la asociación entre el afrontamiento, las actitudes disfuncionales y la depresión en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.

**Tabla 25**

*Coefficiente de correlación múltiple de los estilos de afrontamiento, actitudes disfuncionales y depresión en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas*

	<i>R</i>	<i>r</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
Afrontamiento enfocado en el problema	0.496	0.246	< .001
Afrontamiento enfocado en la emoción	0.280	0.078	0.317

Otros modos adicionales de afrontamiento	0.575	0.331	< .001
--	-------	-------	--------

En cuanto al objetivo general, se analizó la correlación a través del coeficiente de correlación múltiple (R), donde se asume que las actitudes disfuncionales y la depresión están incidiendo en los estilos de afrontamiento que los padres de familia utilizan en la crianza de sus hijos. Desde esta perspectiva, como se observa en la Tabla 25, se encontró que el estilo de afrontamiento enfocado en el problema correlaciona significativamente ( $p < .001$ ) de manera positiva y media ( $R=0.496$ ) con las actitudes disfuncionales y la depresión, indicando que, a mayores puntuaciones en dicha dimensión, mayores puntuaciones en las otras dos variables. Además, según el tamaño del efecto (Ferguson, 2009), se logra explicar en un 24% ( $r^2=0.246$ ) la incidencia de las dos variables mencionadas en el estilo de afrontamiento mencionado, siendo este de tamaño moderado. Similar situación se encuentra entre los otros estilos de afrontamiento con las actitudes disfuncionales y la depresión ( $p < .001$ ;  $R=0.575$ ), observándose una correlación positiva y media, con un tamaño de efecto moderado del 33% ( $r^2=0.331$ ). Con relación al estilo enfocado en la emoción, no se halló correlación estadísticamente significativa, con ambas variables de estudio.

### **Analizar la asociación entre el afrontamiento dirigido hacia el problema y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.**

**Tabla 26**

*Relación entre el estilo de afrontamiento dirigido hacia el problema y actitudes disfuncionales*

Actitudes Disfuncionales		Afrontamiento dirigido hacia el problema	LI	LS
Cognitivo (Aprobación)	<i>rho</i>	-0.249	-0.410	-0.073
	<i>p</i>	<b>0.006</b>		

Cognitivo (Perfeccionismo)	<i>rho</i>	-0.169	-0.338	0.011
	<i>p</i>	0.066		
Afectivo (N. Amor)	<i>rho</i>	-0.094	-0.269	0.086
	<i>p</i>	0.305		
Afectivo (Derechos sobre otros)	<i>rho</i>	-0.274	-0.432	-0.099
	<i>p</i>	<b>0.002</b>		
Afectivo (Autonomía)	<i>rho</i>	-0.122	-0.295	0.058
	<i>p</i>	0.186		
Conductual (Ejecución)	<i>rho</i>	-0.101	-0.275	0.080
	<i>p</i>	0.273		
Conductual (Omnipotencia)	<i>rho</i>	-0.212	-0.377	-0.034
	<i>p</i>	0.020		

Como se observa en la Tabla 26, se halló las dimensiones cognitiva y afectiva de las actitudes disfuncionales se correlacionan significativamente ( $p=.006$ ;  $p=.002$ ) de manera inversa y muy baja ( $r=-0.249$ ;  $-0.274$ ) con estilo de afrontamiento dirigido hacia el problema, indicando que, a mayores puntuaciones en dicha dimensión, mayor predominio del uso de dicho etilo de afrontamiento. Con dicho resultado se logra rechazar la hipótesis nula.

### **Identificar la asociación entre el afrontamiento dirigido hacia la emoción y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.**

**Tabla 27**

*Relación entre el estilo de afrontamiento dirigido hacia la emoción y actitudes disfuncionales*

Actitudes Disfuncionales		Afrontamiento dirigido hacia la emoción	LI	LS
Cognitivo (Aprobación)	<i>rho</i>	0.308	0.136	0.462
	<i>p</i>	<b>0.001</b>		

Cognitivo (Perfeccionismo)	<i>rho</i>	0.340	0.171	0.489
	<i>p</i>	<b>0.001</b>		
Afectivo (N. Amor)	<i>rho</i>	0.307	0.136	0.461
	<i>p</i>	<b>0.001</b>		
Afectivo (Derechos sobre otros)	<i>rho</i>	0.190	0.011	0.357
	<i>p</i>	<b>0.038</b>		
Afectivo (Autonomía)	<i>rho</i>	0.058	-0.122	0.235
	<i>p</i>	0.527		
Conductual (Ejecución)	<i>rho</i>	0.298	0.126	0.453
	<i>p</i>	<b>0.001</b>		
Conductual (Omnipotencia)	<i>rho</i>	0.234	0.057	0.397
	<i>p</i>	<b>0.010</b>		

Como se observa en la Tabla 27, se determinó que todas las dimensiones de las actitudes disfuncionales se correlacionan significativamente ( $p < .001$ ) y de manera negativa, con el estilo de Afrontamiento dirigido hacia la emoción, a excepción de la dimensión Autonomía, en donde no se observa algún tipo de correlación. Con dicho resultado se logra rechazar la hipótesis nula.

### **Establecer la asociación entre los otros modos adicionales de afrontamiento y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.**

**Tabla 28**

*Relación entre los otros modos adicionales de afrontamiento y actitudes disfuncionales*

Actitudes Disfuncionales		Otros modos adicionales de afrontamiento	LI	LS
Cognitivo (Aprobación)	<i>rho</i>	-0.174	-0.343	0.005
	<i>p</i>	0.057		
Cognitivo (Perfeccionismo)	<i>rho</i>	-0.061	-0.238	0.119

	<i>p</i>	0.508		
Afectivo (N. Amor)	<i>rho</i>	-0.024	-0.203	0.156
	<i>p</i>	0.793		
Afectivo (Derechos sobre otros)	<i>rho</i>	-0.263	-0.423	-0.088
	<i>p</i>	<b>0.004</b>		
Afectivo (Autonomía)	<i>rho</i>	-0.133	-0.305	0.047
	<i>p</i>	0.148		
Conductual (Ejecución)	<i>rho</i>	-0.029	-0.207	0.151
	<i>p</i>	0.754		
Conductual (Omnipotencia)	<i>rho</i>	-0.090	-0.265	0.091
	<i>p</i>	0.328		

En la Tabla 28 se muestra que la dimensión Derecho sobre los otros de las actitudes disfuncionales se correlacionan significativamente ( $p=.004$ ;  $\rho=-0.263$ ) y de manera negativa y muy baja, con otros modos adicionales de afrontamiento, con lo cual se logra rechazar la hipótesis nula.

**Determinar la asociación entre los estilos de afrontamiento (dirigido hacia el problema, hacia la emoción y otros modos adicionales) con la depresión en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.**

**Tabla 29**

*Relación entre las dimensiones de estilos de afrontamiento y depresión.*

Variable		Afrontamiento dirigido hacia el problema	Afrontamiento dirigido hacia la emoción	Otros modos adicionales de afrontamiento
	<i>rho</i>	-0.215	0.285	-0.170
	<i>p</i>	<b>0.018</b>	0.002	<b>0.064</b>
Depresión	<i>LS 95% CI</i>	-0.037	0.442	0.010
	<i>LI 95% CI</i>	-0.379	0.112	-0.339

De acuerdo con el coeficiente de correlación de Spearman, se observa en la Tabla 29 que se determinó una correlación significativa ( $p = .0018$ ;  $p = .064$ ) inversa y muy pequeña, entre los estilos de afrontamiento dirigido al problema y otros estilos de adicionales de afrontamiento, con la depresión, lo cual no ocurre con el estilo de afrontamiento dirigido a la emoción. Esto indica que, a mayor nivel de depresión, menor es la posibilidad de uso de determinado estilo de afrontamiento. Se rechaza la hipótesis nula.



## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio tuvo como propósito determinar la asociación entre el afrontamiento al estrés, las actitudes disfuncionales y la depresión en padres de familia de un CEBE de Comas.

Frente a este objetivo se encontró que el estilo de afrontamiento enfocado en el problema correlaciona significativamente ( $p < .001$ ) de manera positiva y media ( $R = 0.496$ ) con las actitudes disfuncionales y la depresión, indicando que, a mayores puntuaciones en dicha dimensión, mayores puntuaciones en las otras dos variables. Similar situación se encuentra entre los otros estilos de afrontamiento con las actitudes disfuncionales y la depresión ( $p < .001$ ;  $R = 0.575$ ), observándose una correlación positiva y media, con un tamaño de efecto moderado del 33% ( $r^2 = 0.331$ ). Esto significa que las personas enfrentan la situación actuando desde una perspectiva racional intentando identificar el origen del evento o problema.

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Chávez en el 2014 quien en su investigación buscó determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y desesperanza en madres de hijos con TEA de un grupo de instituciones educativas de personas con habilidades diferentes de Lima. La muestra estuvo conformada por 103 madres de cuatro de las instituciones educativas. Para ello, utilizó el Inventario de Estimación del Afrontamiento (COPE) y la Escala de Desesperanza de Beck (BHS). En los resultados obtenidos se evidenció que existe una relación significativa y negativa entre la desesperanza y el estilo de afrontamiento enfocado en el problema y una relación significativa y positiva entre la desesperanza y el estilo de afrontamiento evitativo.

Con respecto al primer objetivo específico el cual busca Identificar el estilo de afrontamiento que predomina en los padres de familia de acuerdo al sexo, estado civil, tipo de

diagnóstico y lugar de residencia. En los resultados se evidenció que en los hombres (54.64%) y mujeres (59.83%) la estrategia de afrontamiento enfocado en el problema tuvo mayor prevalencia. De acuerdo con el estado civil se evidenció que, en casi todos los padres, independientemente de su estado civil, existe el predominio de la estrategia de afrontamiento en el problema, a excepción de los divorciados, quienes además también utilizan otros modos adicionales de afrontamiento. Esto se refiere a que la persona emplea acciones directas que van dirigidas a alterar la situación problemática y minimizar las consecuencias negativas. Las estrategias psicológicas concretas utilizadas por estas personas pueden ser: buscar información sobre el problema, visualizar las diferentes opciones de solución que existen evaluando cuál puede ser la más efectiva, planificar la estrategia de acción, organizar cómo llevar a cabo los distintos pasos que conducen a la solución, buscar apoyo en otras personas para que le den información, lo aconsejen, le presten ayuda económica, etc.

No se han encontrado resultados similares a nuestra investigación en los cuales hayan considerado la variable afrontamiento al estrés considerando el sexo, estado civil y tipo de diagnóstico. Sin embargo, podemos citar a Carver et al. (1989) quien afirma que los estilos de afrontamiento centrado en el problema permiten confrontar el escenario estresante acrecentando los propios esfuerzos cuyo fin es reducir o eliminar el estímulo estresor.

Respecto al segundo objetivo específico: Describir las actitudes disfuncionales predominantes que presentan los padres de familia de acuerdo al sexo, estado civil, tipo de diagnóstico y lugar de residencia. Se halló que las actitudes disfuncionales predominantes de acuerdo al sexo, los hombres (36.82%) mujeres (23.73%) y estado civil: padres solteros (57.51%) al igual que los padres cuyos hijos presentan Parálisis cerebral (73.33%) tienen predominancia por la dimensión cognitiva, la cual se caracteriza por la tendencia de la persona

hacia el perfeccionismo, al establecimiento de criterios de rendimiento inflexibles y excesivamente altos, se centra en no cometer errores y tratar de hacer todo tal cual se lo indican. Mientras que los padres divorciados (26.92%) y cuyos niños tienen Retardo mental (29.56%) prevalece la dimensión afectiva de dicha variable. En esta dimensión las personas se caracterizan por mostrar actitudes que tienen que ver con la tendencia a medir su valía y su felicidad en función de si es amado o no. Esto ocasiona comportamientos inadecuados que atentan contra su estima personal tales como: postergar o negar sus propios derechos e intereses. También se da cuando la persona percibe que ha perdido el control de su vida al considerar que no puede modificar las ideas distorsionadas o inadecuadas con lo que es imposible modificar sus conductas.

No hemos encontrado resultados similares en otros estudios, sin embargo Guevara y González, (2012) mencionan que cuando nace un hijo con una discapacidad es percibido por los padres como un acontecimiento fuerte, inesperado, incomprensible y el trauma es tan duro, que muy a menudo los padres no quieren recordarlo o contarlo, porque no hay suficientes palabras, y el sufrimiento de estas familias, se puede ver en el silencio, y es utilizado como defensa contra el dolor. El hogar de un hijo con discapacidad se convierte en un factor potencial que llega a perturbar el núcleo de la familia. Al diagnosticar el trastorno del niño, los padres tendrán que pasar por un cambio de actitud, que es muy doloroso y habrá alto grado de estrés que se necesita asesoramiento psicológico de los profesionales (Guevara &González, 2012).

En cuanto al tercer objetivo Describir el nivel de depresión que presentan los padres de familia, considerando el sexo, estado civil, tipo de diagnóstico del hijo. Se encontró que los participantes presentan niveles mínimo y leve de depresión, en donde la mitad de la muestra de los varones, presentan nivel leve de depresión, en relación con las mujeres, en quienes se

observa que más de la mitad de ellas (57.5%) presentan un nivel mínimo de depresión. De acuerdo al estado civil los participantes convivientes (61.53%) y casados (49.12%) presentaron un nivel Mínimo de depresión. Por el tipo de Diagnóstico se halló que los participantes cuyos hijos presentan diagnóstico Trastorno del Espectro Autista manifiestan niveles mínimos de depresión, en su gran mayoría (48%), seguidos con el Síndrome de Down (69.231 %). En todos resultados descritos de este objetivo la mayoría de los padres presentó niveles mínimos o leves de depresión en el cual baja el estado de ánimo, apetito, hay alteraciones del sueño, estado de tristeza, desolación, como fatiga e irritabilidad, así como la falta de la atención o concentración. Pero no afecta sus actividades de la vida diaria. Podemos afirmar que los padres del CEBE al tener herramientas de afrontamiento al estrés orientados al problema pueden hacerle frente a la adversidad y si bien es cierto han hecho depresión LEVE, esto no les impidió trabajar y seguir asumiendo su rol de padre y sacar adelante a sus hijos.

Estos resultados difieren de la investigación realizada por León Flores (2021) quien realizó un estudio en 130 madres de niños autistas y pudo concluir que el 60% de madres evaluadas presentaron Depresión Moderada a intensa, evidenciando síntomas tales como tristeza o sentimiento de vacío persistente. Pérdida de interés en actividades que antes producían placer, siendo este último como causante de inestabilidad emocional.

## VI. CONCLUSIONES

- Se encontró que el estilo de afrontamiento enfocado en el problema correlaciona significativamente ( $p < .001$ ) de manera positiva y media ( $R=0.496$ ) con las actitudes disfuncionales y la depresión, indicando que, a mayores puntuaciones en dicha dimensión, mayores puntuaciones en las otras dos variables. Semejante situación se encontró entre los otros modos de afrontamiento con las actitudes disfuncionales y la depresión ( $p < .001$ ;  $R=0.575$ ), observándose una correlación positiva y media, con un tamaño de efecto moderado del 33% ( $r^2=0.331$ ). Con relación al estilo enfocado en la emoción, no se halló correlación estadísticamente significativa, con ambas variables de estudio
- En cuanto al estilo de afrontamiento predominante en los padres de familia de acuerdo con el sexo se halló que tanto los varones (54.64%) como en mujeres (59.83%) tuvo mayor prevalencia la estrategia de afrontamiento enfocado en el problema. De acuerdo con el estado civil se evidenció que los padres separados (71.43%) la estrategia de afrontamiento enfocado en el problema tuvo mayor prevalencia. De acuerdo con el tipo de diagnóstico se encontró en los padres cuyos hijos tienen el diagnóstico de Retardo Mental (70.13%) emplean la estrategia de afrontamiento en el problema concluyéndose que 7 de cada diez padres utiliza dicha estrategia de afrontamiento. Por otro lado, aquellos padres cuyos hijos presentan el diagnóstico de Parálisis cerebral (48.98%) son los que optan por utilizar otros modos adicionales de afrontamiento. Con respecto al lugar de residencia se evidenció que los padres que residen en el distrito de

Carabayllo (66.97%) predomina la estrategia de afrontamiento enfocado en el problema; por otro lado, los que proceden de los distritos del Callao y San Juan de Lurigancho (42.85% y 35.72%, respectivamente) emplean otros modos adicionales de afrontamiento.

- Las actitudes disfuncionales que predomina en los padres de acuerdo al sexo, los hombres (36.82%) optan por la dimensión cognitiva, ya que aproximadamente 4 de cada 10 hombres presentan este tipo de comportamiento cognitivo, frente al 23.73% de las mujeres que también emplean dichas actitudes disfuncionales. De acuerdo al estado civil se encontró que en los padres solteros (57.51%) predominan la dimensión cognitiva de las actitudes disfuncionales, mientras que los divorciados muestran prevalencia (26.92%) en la dimensión afectiva de dicha variable. Según el diagnóstico se encontró que los padres cuyos hijos presentan Parálisis cerebral (73.33%) presentan predominancia de la dimensión cognitiva de las actitudes disfuncionales, mientras que aquellos padres cuyos niños tienen Retardo Mental (29.56%) muestran prevalencia en la dimensión afectiva de dicha variable. De acuerdo al lugar de residencia se encontró que la mitad de los padres que proceden del distrito del Rímac presentan predominancia de la dimensión cognitiva de las actitudes disfuncionales, mientras que aquellos que vienen del distrito del Callao, (34.62%) muestran predominancia en la dimensión afectiva de dicha variable.
- El nivel de depresión de acuerdo al sexo evidenció que los participantes presentan niveles mínimo y leve de depresión, en donde la mitad de la muestra de los varones, presentan nivel leve de depresión, en relación con las mujeres,

en quienes se observa que más de la mitad de ellas (57.5%) presentan un nivel mínimo de depresión. De acuerdo al estado civil los participantes convivientes (61.53%) y casados (49.12%) presentaron un nivel Mínimo de depresión. Por el tipo de Diagnóstico se halló que los participantes cuyos hijos presentan diagnóstico Trastorno del Espectro Autista manifiestan niveles mínimos de depresión, en su gran mayoría (48%), secundados por los relacionados con el Síndrome de Down (69.231 %).

- Según el lugar de residencia se obtuvo que el mayor porcentaje (59.259) provenientes de Ancón presenta un nivel mínimo de depresión, junto al 41.667 % procedente del distrito de Comas. Las dimensiones cognitiva y afectiva de las actitudes disfuncionales se correlacionan significativamente ( $p=.006$ ;  $p=.002$ ) de manera inversa y muy baja ( $r=-0.249$ ;  $-0.274$ ) con estilo de afrontamiento dirigido hacia el problema, indicando que, a mayores puntuaciones en dicha dimensión, mayor predominio del uso de dicho estilo de afrontamiento.
- Se determinó que todas las dimensiones de las actitudes disfuncionales se correlacionan significativamente ( $p<.001$ ) y de manera negativa, con el estilo de Afrontamiento dirigido hacia la emoción, a excepción de la dimensión Autonomía, en donde no se observa algún tipo de correlación.
- La dimensión Derecho sobre los otros de las actitudes disfuncionales se correlacionan significativamente ( $p=.004$ ;  $\rho=-0.263$ ) y de manera negativa y muy baja, con otros modos adicionales de afrontamiento.
- Se determinó una correlación significativa ( $p= .0018$ ;  $p= .064$ ) inversa y muy

pequeña, entre los estilos de afrontamiento dirigido al problema y otros estilos de adicionales de afrontamiento, con la depresión, lo que no ocurre con el estilo de afrontamiento dirigido a la emoción. Esto indica que, a mayor nivel de depresión, menor es la posibilidad de uso de determinado estilo de afrontamiento.



## VII. RECOMENDACIONES

- Implementar programas a nivel nacional enfocados a la atención en salud mental dirigido a los padres y familias de niños con discapacidad que contribuya a su bienestar emocional.
- Promover más investigaciones sobre temas de discapacidad y su efecto en las familias ya que no existe mucha bibliografía al respecto.
- Desarrollar Talleres con padres de familia enfocados en estrategias de afrontamiento al estrés e higiene mental a fin de reducir los niveles de ansiedad y estrés propios del desgaste emocional y/o físico que les produce la discapacidad de sus hijos.
- Emplear instrumentos que no tengan demasiados ítems, ya que algunos participantes se muestran renuentes a responder todos los cuestionarios.
- Precisar mayor información en la Ficha Sociodemográfica de los participantes como, por ejemplo.: edad del hijo, tiempo de diagnóstico del niño, tiempo de tratamiento, si cuenta o no con apoyo para su cuidado, etc. Esta información permitiría tener un mejor análisis de la población evaluada.
- Sugerir al CEBE que los padres asistan a Talleres de Técnicas de Relajación y respiración, así como acompañamiento profesional psicológico ya que en su gran mayoría presentó niveles leves de depresión.

## VIII. REFERENCIAS

Andreasen, N.J. y Mol, B. (1976). Linguistic analysis of speech in affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 33(11), 1361-1367.

[DOI: 10.1001/archpsyc.1976.01770110089009](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770110089009)

Arphi, Y. Sánchez, C. y Vásquez, K. (2017) *Relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y nivel de estrés en padres con hijos autistas* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia] Repositorio institucional. [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/886/Relacion\\_Arphi%20Limo%2c%20Yosselyn.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/886/Relacion_Arphi%20Limo%2c%20Yosselyn.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ávila, A (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales of Psychology*, 6, (1), 37-58. [https://www.um.es/analesps/v06/v06\\_1/04-06\\_1.pdf](https://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf)

Barrientos, P. (2014). La participación familia escuela en México desde un enfoque inclusivo: reflexiones sobre familia y discapacidad. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 7(2), 175-193. <http://www.rinace.net/rlei/numeros/vol7-num2/art10.pdf>

Burns, D. (2010). *Sentirse bien*. (1ra ed.) Paidós. (Orig. 1980).

Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J. (1989) Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267 – 283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

Carver, Ch. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Considerer the brief COPE. *International Journal of behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)

- Cassaretto, M. & Chau, C. (2016). Afrontamiento al Estrés: Adaptación del Cuestionario COPE en universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(42), 95-109. <https://www.redalyc.org/journal/4596/459653216010/movil/>
- Cassaretto, M.; Chau, C.; Oblitas, II. & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(2), 363-392. <https://doi.org/10.18800/psico.200302.006>
- Chávez, S. C. (2014). Estilos de afrontamiento y desesperanza en madres de hijos con autismo de un grupo de instituciones educativas de personas con habilidades diferentes de Lima, 2014. *PsiqueMag*, 5(1), 160-169. <https://doi.org/10.18050/psiquemag.v5i1.140>
- CONADIS (13 de marzo de 2020). *Inscripciones en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad*. <https://conadisperu.gob.pe/observatorio/estadisticas/inscripciones-en-el-registro-nacional-de-la-persona-con-discapacidad-enero-2020/>
- Cunningham, C. (2000). Familias de niños con síndrome de Down. En, M. Verdugo, *Familia y discapacidad intelectual*. FEAPS. [http://www.feapsorg/biblioteca/familias\\_ydi/capitulo2.pdf](http://www.feapsorg/biblioteca/familias_ydi/capitulo2.pdf)
- Dobson, K. S., & Breiter, H. J. (1983). Cognitive assessment of depression: Reliability and validity of three measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(1), 107–109. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.92.1.107>
- Esteban, M. (2016). *Estrategias de afrontamiento del estrés de los padres con hijos con discapacidad intelectual* [Tesis de pregrado, Universidad de Valladolid]. Repositorio institucional. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/20524/TFG-G%202037.pdf;jsessionid=B91F937CC675D2B4C5B0FA01C9DA298C?sequence=1>

- Falcón, M. (2017). *Relación entre los estilos de afrontamiento al estrés y rasgos de personalidad en padres de niños con trastorno del espectro autista*[Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional. [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1437/Relacion\\_Falcon\\_Bordo\\_Medalith.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1437/Relacion_Falcon_Bordo_Medalith.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Fernández-Abascal, E. y Jiménez, M. (2013) *Psicología de la emoción*. Editorial del Centro de estudios Ramón Areces. <https://books.google.com.co/books?id=-2-UDAAAQBAJ&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>
- Guevara, Y., & González, E. (2012). Las Familias ante la Discapacidad the Families Face Up To Disability Cómo Se Afecta La Vida Familiar Ante La Discapacidad. *Revista Electronica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1023–1050 [www.revistas.unam.mx/index.php/repis](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repis) [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)
- Grau, C. (2013). Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. *Revista Española de Discapacidad*, 1(1), 195-212. <https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/42/34>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw Hill.
- Husni, M. (2018). Stress Levels and Coping Strategies among Parents of Children with Autism and Down Syndrome: The Effect of Demographic Variables on Levels of Stress. *Child Care in Practice*, 25(2), 146-156. [10.1055/s-0041-1727559](https://doi.org/10.1055/s-0041-1727559)
- Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, s.f), *Depression* <https://www.academia.edu/6861931/depresi%C3%B3n>
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- León (2021). *Nivel de ansiedad y depresión en madres con niños autistas en una clínica privada en San Juan Bautista, 2020.TSP* [Tesis de Pregrado Universidad Científica del Perú]
- Lévano, J. (2003). *El patrón de conducta tipo A y tipo B y los estilos de afrontamiento al estrés en una muestra de personal militar*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú]. Cybertesis. [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2729/levano\\_mj.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2729/levano_mj.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Macias M. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Revista. Psicología del Caribe*. 30(1), 123-145. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
- Mate, A., Andreu, J. & Peña, M. (2016). Propiedades Psicométricas de la versión española del “Inventario breve de Afrontamiento” (COPE-28) en una muestra de adolescentes. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 24(2), 305-318. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/propiedades-psicometricas-de-la-version-espanola-del-inventario-breve-de-afrontamiento-cope-28-en-una-muestra-de-adolescentes/>
- Mc Crae, R. & Costa, P. (1986) Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54(2), 385-405. <https://www.researchgate.net/publication/229463172>
- Merino, M., Martínez, M.A. Cuesta, J.L., García, I. y Pérez, L. (2012). *Estrés y familias de personas con autismo*. Burgos: Fundación ONCE y Federación Autismo Castilla y León.

- Morán, C, Landero, R. & Gonzales, M. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a20.pdf>
- Movallali, G., Dousti, M., & Shapourabadi, S. (2015). The effectiveness of positive parenting program (triple P) on mental health of parents of hearing impaired children. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 5(5), 286-290.<https://doi.org/10.1177/1744629518824899>
- Nelson Goff, B. S., Monk, J. K., Malone, J., Staats, N., Tanner, A., & Springer, N. P. (2016). Comparing parents of children with Down syndrome at different life span stages. *Journal of Marriage and Family*, 78(4), 1131–1148.  
<https://doi.org/10.1111/jomf.12312>
- Ninapaitan M. (2017). *Estrategias de afrontamiento al estrés y tipos de discapacidad en padres de Familia del CEBE Manuel Duato* [Tesis de pregrado, Universidad Católica Sedes Sapientiae] Repositorio institucional.  
[http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/504/Ninapaitan Mayra tesis ba chiller\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/504/Ninapaitan_Mayra_tesis_ba_chiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Novoa, P. (2002). Estudio exploratorio de nivel de depresión en niños y adolescentes de 8 a 16 años con maltrato infantil en Lima Sur. *Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón*, 7, 115-144.[http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/avance\\_psico\\_depresion.html](http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/avance_psico_depresion.html)
- Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 101(2), 133-142.<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-349602>

- Ocampo, T. (2011). *Habilidades sociales y Afrontamiento al estrés en pacientes con anorexia y bulimia de un centro terapéutico de Lima* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú]. Repositorio institucional. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1231>
- Ortiz, M. (2015). *Dimensiones de la personalidad y estilos de afrontamiento al estrés en madres sociales de Lima Metropolitana* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú] Repositorio institucional. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1159>
- Peña, D. (2002). Estructura de los supuestos básicos: Una propuesta de evaluación. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 1(1), 9-10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3696348>
- Ramírez, T. (1997). *Como hacer un proyecto de investigación*. Editorial: Panapo.
- Real, S., Liébana, J., Salcedo, R. y Pareja, J. (2012). Las consecuencias de la discapacidad en familias de la ciudad de Ceuta. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 23(2), 139-153. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338230791010>
- Rodríguez, G. (2018). *Estrés parental y afrontamiento en padres de niños con síndrome de Down* [Tesis de pregrado, PUCP]. Repositorio institucional. [https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/13195/RODRIGUEZ DE CASTILLEJO ARANA ESTRES PARENTAL Y AFRONTAMIENTO EN PADRES DE NI%C3%91OS CON SINDROME DE DOWN.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/13195/RODRIGUEZ_DE_CASTILLEJO_ARANA_ESTRES_PARENTAL_Y_AFRONTAMIENTO_EN_PADRES_DE_NI%C3%91OS_CON_SINDROME_DE_DOWN.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ruiz, A. (2017). *Sobrecarga del cuidador y la aceptación de los padres frente a la discapacidad de sus hijos* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional de San Agustín]

Repositorio institucional.

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5345/PSMluruaf.pdf?sequence>

Sáenz (2017). *Afrontamiento al estrés en madres de niños con discapacidad del centro educativo básico especial de San Martín de Porres 2017* [Tesis de Pregrado, Universidad Alas Peruanas]. Repositorio institucional.

[https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/2567/Tesis\\_Afrontamiento\\_Estres.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/2567/Tesis_Afrontamiento_Estres.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sahin, N.H. y Sahin, N. (1992). How dysfunctional are the dysfunctional attitudes in another culture?. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 17-26 <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1992.tb01680.x>

Sandín, B. (2009). El Estrés. En Belloch, A. Sandin, B. y Ramos F (Eds.), *Manual de Psicopatología*. <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1248.%20Manual%20de%20psicopatolog%C3%ADa.%20Vol.%202.pdf>

Sánchez, S. (2010). *Ambiente familiar y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos internos en el hospital Nacional Luis N. Sáenz* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú.]. Repositorio institucional. Http

Soraluz, M. (2018). *Estrés parental y estilos de afrontamiento en madres de hijos con pérdida auditiva de 1 a 10 años de una institución educativa especializada* [Tesis doctoral, Universidad Particular San Martín de Porres, Perú]. Repositorio institucional. [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3581/soraluz\\_mmj.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3581/soraluz_mmj.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Sousa, M. (2014). *Personalidad, estrés percibido y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios* [Tesis doctoral, Universidad de León, España]. Docplayer.



<https://docplayer.com.br/84379456-Tesis-doctoral-personalidad-estres-percibido-y-estrategias-de-afrontamiento-en-estudiantes-universitarios.html>

Torres, N. (2018). *Estrés parental y estrategias de afrontamiento en padres de hijos con habilidades diferentes de un CEBE ubicado en Los Olivos, 2018*[Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo, Lima] Repositorio [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29835/Torres\\_ENS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29835/Torres_ENS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Valencia, L. (2018). *Discapacidad*. Organización de las Naciones Unidas. <https://doi.org/10.37960/revista.v24i85.23838>

Valleja D. (2001). Duelo de los padres ante el nacimiento de un niño con discapacidad. *Revista médica Universidad de Antioquia*, 14,(2), 1-9.<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/3805>

Vargas, S., Herrera, G., Rodríguez, L. & Sepúlveda, J. (2010). Confiabilidades del cuestionario Brief COPE inventor y en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 12(1), 7-24.<https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=145216903002>

Vilchez, K. y Vilchez, R. (2015). *Estrategias de Afrontamiento al estrés en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que asisten a un hospital de Ferreñafe*[Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú]. Repositorio institucional. [https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/339/1/TL\\_VilchezFloresKarla\\_VilchezManzanaresRossella.pdf](https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/339/1/TL_VilchezFloresKarla_VilchezManzanaresRossella.pdf)

Weissman, A. N. (1979). The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study. *Dissertation Abstracts International*, 1(40), 51-

61.[https://www.researchgate.net/publication/301589067\\_Assessment\\_of\\_dysfunctional\\_attitudes\\_and\\_beliefs\\_in\\_the\\_ellis\\_and\\_beck\\_models\\_Similarities\\_and\\_differences](https://www.researchgate.net/publication/301589067_Assessment_of_dysfunctional_attitudes_and_beliefs_in_the_ellis_and_beck_models_Similarities_and_differences)

Weissman, A. N. (1980, April). *Assessing depressogenic attitudes: A validation study. Comunicación.* Presentada en la 51ª Reunión Anual de la Eastern Psychological Association, Hartford, Connecticut.[https://www.researchgate.net/publication/301589067\\_Assessment\\_of\\_dysfunctional\\_attitudes\\_and\\_beliefs\\_in\\_the\\_ellis\\_and\\_beck\\_models\\_Similarities\\_and\\_differences](https://www.researchgate.net/publication/301589067_Assessment_of_dysfunctional_attitudes_and_beliefs_in_the_ellis_and_beck_models_Similarities_and_differences)

Zuroff, D. C., Igreja, I., & Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, dependency, and self-criticism as predictors of depressive mood states: A 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 14(3), 315–326.  
<https://doi.org/10.1007/BF01183999>

## IX ANEXOS

### Anexo A

### Matriz de operacionalización de las variables

<b>Título de la investigación</b>					
<b>AFRONTAMIENTO, ACTITUDES DISFUNCIONALES Y DEPRESIÓN EN PADRES DE FAMILIA EN UN CEBE DEL DISTRITO DE COMAS, 2022</b>					
<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES E ÍTEMS</b>		<b>MÉTODO</b>
<b>General</b>	<b>General</b>	<b>General</b>	<b>Variable 1: Afrontamiento</b>		
			<b>Dimensiones</b>	<b>Ítems</b>	
¿Cuál es la asociación entre el afrontamiento, las actitudes disfuncionales y la depresión en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022?	Determinar la asociación entre el afrontamiento, las actitudes disfuncionales y la depresión en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.	Existe asociación entre el afrontamiento, las actitudes disfuncionales y la depresión en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022	1. Hacia el problema 2. Hacia la emoción 3. Otros estilos de afrontamiento	1 al 28	Diseño: No experimental y transversal Tipo: Descriptivo-correlacional.
<b>Específicos</b>	<b>Específicos</b>	<b>Específicas</b>	<b>Variable 2: Actitudes disfuncionales</b>		<b>POBLACIÓN-MUESTRA</b>
			<b>Dimensiones</b>	<b>Ítems</b>	
1. ¿Cuál es el estilo de afrontamiento que predomina en padres de familia de acuerdo al tipo de discapacidad, género, estado civil y procedencia en un CEBE de Comas, 2022?	1. Identificar el estilo de afrontamiento que predomina en los padres de familia de acuerdo al tipo de discapacidad, género, estado civil y procedencia en un CEBE de Comas, 2022.	1. No se considerará hipótesis por ser una pregunta descriptiva.	1. Cognitivo 2. Afectivo 3. Conductual	1 al 35	N= 120 n= 120 Muestreo: Censal
2. ¿Cuáles son las actitudes disfuncionales predominantes que presentan los padres de familia de acuerdo tipo de discapacidad género, estado civil y procedencia en un CEBE de Comas, 2022?	2. Describir las actitudes disfuncionales predominantes que presentan los padres de familia de acuerdo tipo de discapacidad género, estado civil y procedencia en un CEBE de Comas, 2022.	2. No se considerará hipótesis por ser una pregunta descriptiva.	<b>Variable 3: Depresión</b>		
3. ¿Cuál es el nivel de depresión que presentan los padres de familia, considerando el tipo de discapacidad género, estado civil y procedencia en un CEBE de Comas, 2022?	3. Describir el nivel de depresión que presentan los padres de familia, considerando el tipo de discapacidad género, estado civil y procedencia en un CEBE de Comas, 2022	3. No se considerará hipótesis por ser una pregunta descriptiva.	<b>Dimensiones</b>	<b>Ítems</b>	
			1. Cognitivo- Afectivo 2. Somático -Motivacional	1 al 21	

<p>4. ¿Cuál es la asociación entre el afrontamiento dirigido hacia el problema y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022?</p> <p>5. ¿Cuál es la correlación entre el afrontamiento dirigido hacia la emoción y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022?</p> <p>6. ¿Cuál es la asociación entre los otros afrontamientos y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022?</p> <p>7. ¿Cuál es la asociación entre los estilos de afrontamiento (hacia el problema, hacia la emoción y otros estilos) con la depresión en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022?</p>	<p>4. Analizar la asociación entre el afrontamiento dirigido hacia el problema y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.</p> <p>5. Identificar la asociación entre el afrontamiento dirigido hacia la emoción y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.</p> <p>6. Establecer la asociación entre los otros afrontamientos y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.</p> <p>7. Determinar la asociación entre los estilos de afrontamiento (dirigido hacia el problema, a la emoción y los otros estilos) con la depresión en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas.</p>	<p>4. Existe asociación entre el afrontamiento dirigido hacia el problema y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.</p> <p>5. Existe asociación entre el afrontamiento dirigido hacia la emoción y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.</p> <p>6. Existe asociación entre los otros afrontamientos y las actitudes disfuncionales en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.</p> <p>7. Existe asociación entre los estilos de afrontamiento (dirigido hacia el problema, a la emoción y los otros estilos) con la depresión en padres de familia en un CEBE del distrito de Comas, 2022.</p>			
---	--	---	--	--	--

**INSTRUMENTO 1: Inventario de Afrontamiento Brief COPE**

**INSTRUMENTO 2: Escala de Actitudes Disfuncionales de Weisman y Beck)**

**INSTRUMENTO 3: Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II)**

## Anexo B

### Inventario Brief COPE (Carver, 1989)

#### Adaptación de Moran, Landero y Gonzales, 2010

Los siguientes enunciados están relacionados a su experiencia en su centro de trabajo. Por favor, lea con atención y marque la alternativa que refleje mejor su pensamiento a cerca de cada una de las situaciones planteadas. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

Nunca = 0

A veces = 1

Casi siempre = 2

Siempre = 3

	0	1	2	3
1. Intento conseguir que alguien me ayude, aconseje sobre qué hacer				
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy				
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido				
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente				
5. Me digo a mí mismo "esto no es real"				
6. Intento proponer estrategias sobre qué hacer				
7. Hago bromas sobre ello				
8. Me critico a mí mismo				
9. Consigo apoyo emocional de otros				
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore				
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello				
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables				
13. Me niego a creer que haya sucedido				
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo				
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor				
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales				
17. Consigo consuelo y la comprensión de alguien				
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo				
19. Me río de la situación				
20. Rezo o medito				
21. Aprendo a vivir con ello				
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión				
23. Expreso mis sentimientos negativos				
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo				
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema				
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir				
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido				
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen				

## Anexo C

### Escala de Actitudes Disfuncionales

(Weissman y Beck)

Instrucciones: Marque con un “x” señalando el grado de acuerdo con estas actitudes. Asegúrese de elegir solo una respuesta para cada frase. No hay respuestas “acertadas” ni “equivocadas”. Solo queremos saber lo que usted piensa acerca de estos temas. Para ello deberá marcar según la siguiente escala

**Totalmente en desacuerdo = 0**

**Moderadamente en desacuerdo = 1**

**Dudoso = 2**

**Moderadamente de acuerdo = 3**

**Completamente de acuerdo = 4**

ítems	0	1	2	3	4
1.-Ser criticado hace que la gente se sienta mal					
2.-Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas.					
3.-Para ser feliz necesito que otras personas me aprueben y acepten					
4.-Si alguien importante para mí espera que yo haga algo determinado, debo hacerlo					
5.-Mi valor como persona depende, en gran medida, de lo que los demás piensen de mí					
6.-No puedo ser feliz si no me ama alguien					
7.-Si a otras personas no les gustan, serás menos feliz					
8.-Si la gente a la que quiero me rechaza, es porque me estoy equivocando en algo					
9.-Si una persona a la que amo, no me corresponde, es porque soy poco interesante					
10.-El aislamiento social conduce a la infelicidad					
11.-Para considerarme una persona digna, debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida					
12.-Deber ser útil, productivo o creativo, o la vida no tiene sentido					
13.-Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que quienes no la tienen					
14.-No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser infeliz					
15.-Si fallo en mi trabajo soy un fracasado					
16.-Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje					
17.-Es vergonzoso exhibir las debilidades de uno					
18.-Cualquier persona debería intentar ser la mejor en todo lo que hace					
19.-Si cometo un error debo sentirme mal					
20.-Sino tengo metas elevadas es posible que acabe siendo un segundón					
21.-Si creo firmemente que creo algo, tengo razones para esperar conseguirlo					
22.-Si encuentro obstáculos para conseguir lo que deseo, es seguro que me sentiré frustrado					

<b>ítems</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
23.-Si antepongo las necesidades de los demás a las mías, me ayudaran cuando necesite algo de ellos					
24.-Si soy un buen marido (o esposa), mi cónyuge debe amarme					
25.-Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato.					
26.-Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente cercana a mí.					
27.Si critico a alguien por su forma de hacer algo y se enfada o se deprime, esto quiere decir que lo he trastornado.					
28. Para ser una persona buena, valiosa, moral, tengo que tratar de ayudar a cualquiera que lo necesite.					
29.Si un niño tiene dificultades emocionales o de comportamiento, esto significa que sus padres han fallado en algo importante.					
30.Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo					
31.No creo que sea capaz de controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo					
32.No tiene sentido cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte valida e inevitable de la vida diaria					
33.Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera					
34.Mi felicidad depende, en gran medida, delo que me suceda					
35.La gente señalada con la marca del éxito está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no presentan esas marcas					

## Anexo D

### Inventario de Depresión de Beck -II (BDI-II)

**Instrucciones:** En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, se puntuará 0, 1, 2 y 3.

#### 1. Tristeza

0. No me siento triste.
1. Me siento triste gran parte del tiempo
2. Me siento triste todo el tiempo.
3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

0. No estoy desalentado respecto de mi futuro.
1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2. No espero que las cosas funcionen para mí.
3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### 3. Fracaso

0. No me siento como un fracasado.
1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3. Siento que como persona soy un fracaso total.

#### 4. Pérdida de Placer

0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### 5. Sentimientos de Culpa

0. No me siento particularmente culpable.
1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.



2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
  3. Me siento culpable todo el tiempo.
6. Sentimientos de Castigo
0. No siento que este siendo castigado
  1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
  2. Espero ser castigado.
  3. Siento que estoy siendo castigado.
7. Disconformidad con uno mismo.
0. Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
  1. He perdido la confianza en mí mismo.
  2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
  3. No me gusto a mí mismo.
8. Autocrítica
0. No me critico ni me culpo más de lo habitual
  1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
  2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
  3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Pensamientos o Deseos Suicidas
0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
  1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
  2. Querría matarme
  3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. Llanto
0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
  1. Lloro más de lo que solía hacerlo
  2. Lloro por cualquier pequeñez.
  3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.
11. Agitación
0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
  1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
  2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

#### 12. Pérdida de Interés

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

#### 13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

#### 14. Desvalorización

0. No siento que yo no sea valioso

1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3. Siento que no valgo nada.

#### 15. Pérdida de Energía

0. Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

#### 16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a. Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

#### 17. Irritabilidad

0. No estoy tan irritable que lo habitual.

1. Estoy más irritable que lo habitual.
2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3. Estoy irritable todo el tiempo.

#### 18. Cambios en el Apetito

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

#### 19. Dificultad de Concentración

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

#### 20. Cansancio o Fatiga

0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

#### 21. Pérdida de Interés en el Sexo

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

## Anexo E

### Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la psicóloga Magda Aguilar Lagos, de la Universidad Nacional Federico Villarreal. La meta de este estudio es conocer su forma de sentir, pensar o actuar frente a algunas situaciones cotidianas en relación con su hijo(a).

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta, esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo:

.....

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Magda Aguilar Lagos. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer mi forma de sentir, pensar o actuar frente a algunas situaciones cotidianas en relación con mi hijo(a).

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Detener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Magda Aguilar Lagos al teléfono 993447975.

-----

Firma del Participante

Fecha: ...../... /....

## Anexo F

### FICHA DE REGISTRO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Marca con (x) las siguientes preguntas y llena los espacios en blancos.

1.-Edad:

2.-Sexo: ( ) Femenino ( ) Masculino

3.-Ocupación: .....

4.-Lugar o distrito donde vive: .....

5.-Estado civil:

( ) Soltero (a) ( ) Casado (a) ( ) Divorciado (a) o Separado ( ) Conviviente ( ) viudo (a)

6.- ¿Qué tipo de discapacidad o diagnóstico tiene su hijo (a)?

.....

7.- ¿Qué hizo luego de conocer el diagnóstico de su hijo?

( ) Acepté y averigüé sobre el diagnóstico para estar informado (a)

( ) Me rehusé a aceptarlo y busqué una segunda opinión

( ) Busqué apoyo con otros padres que pasaron lo mismo que yo

( ) Ignoré el diagnóstico y seguí con mi vida.

8.- ¿Cuánto cree usted que ha apoyado a su hijo, con sus dificultades?

( ) Mucho

( ) Poco

( ) Más o menos

( ) Dentro de mis posibilidades

9.- ¿De qué manera afronta la discapacidad de su hijo (a), en la actualidad?

( ) He aceptado y lo apoyo de manera integral.

( ) Sigo buscando segundas opiniones.

( ) Aun me cuesta aceptar su diagnóstico.

( ) Intento sobrellevar la situación.