



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

COMPETENCIAS PARENTALES Y CULPABILIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON ROL PARENTAL DEL HOSPITAL SOLCA AMBATO

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de investigación:

Salud integral, determinación y desarrollo humano.

Autora:

María Soledad Gancino Valenzuela

Directora:

Psc. Mg. Lucia Almeida Márquez

Ambato - Ecuador

Mayo 2023

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO
HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

COMPETENCIAS PARENTALES Y CULPABILIDAD EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS CON ROL PARENTAL EL HOSPITAL SOLCA AMBATO

Línea de Investigación:


Salud integral, determinación social y desarrollo humano.

Autor:

María Soledad Gancino Valenzuela

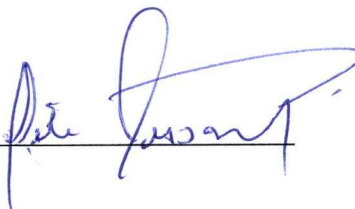
Lucía Almeida Márquez, Psc. Mg.

CALIFICADORA

f. 

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Psc. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Paul Marlon Mayorga Lascano, Psc. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Varna Hernández Junco, Mg. PhD.

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCE AMBATO

f. 

SECRETARIA GENERAL
PROCURADURÍA

Ambato – Ecuador

Mayo 2023


Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
BIBLIOTECA 

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **MARIA SOLEDAD GANCINO VALENZUELA**, con CC. **180436223-2**, autor del trabajo de graduación intitulado: "COMPETENCIAS PARENTALES Y CULPABILIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON ROL PARENTAL DEL HOSPITAL SOLCA AMBATO", previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, marzo 2023



María Soledad Gancino Valenzuela

CC. 180436223-2

DEDICATORIA

Este trabajo que lo realice con todo el cariño y dedicación lo dedico a Marielisa Valenzuela, mi madre, quien en su condición de madre soltera ha sabido educarme en valores, sabiduría y demostrarme que la palabra "no" debería borrarse de mi diccionario ya que todo es posible. Gracias mamita por apoyarme en cada semestre, por tu esfuerzo incansable y todo tu amor en cada paso que he dado en mi vida, eres el ejemplo de constancia y amor que quiero ser en la vida

A Yeshua Sebastián, mi hijo. Te dedico este trabajo mi amor porque tú eres mi motor para seguir adelante y mi inspiración para desarrollarme en toda mi esfera personal, tu llegada a mi vida a dado luz a todos mis objetivos y me ha enseñado que como padres en cualquier condición seríamos capaz de hacer hasta lo imposible por nuestros hijos. Mis ojitos lindos mamá te ama y te tiene presente en cada minuto de su vida no lo olvides, este logro es por ti y para ti

Finalmente quiero realizar una mención especial a todos los pacientes que decidieron colaborar en este trabajo, sé que muchos de ellos ya se encuentran con Dios, les dedico este trabajo porque son y fueron unos padres increíbles que se esforzaron por darles todo el amor, tiempo y apoyo del mundo a sus hijos hasta el último suspiro, porque no hay sentimiento más grande que quien se da a si mismo por los que amas

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios y a la Virgen Dolorosa por guiar mi camino en esta noble profesión, por ayudarme a desarrollar resiliencia en momentos difíciles durante este camino y darme la fortaleza necesaria para sobrellevar la tensión que conllevaba obtener un rendimiento alto.

Agradezco a mi tutora Lucia Almeida, Mg., por todas sus enseñanzas, cariño y paciencia en este trabajo, ya que me ha impulsado y motivado de principio a fin en este proceso guiándome desde el área metodológica y emocional personal. Además, quiero agradecer a cada uno de mis docentes en mis diferentes niveles de estudio porque todos han aportado en mi crecimiento profesional y desarrollo de mis diferentes destrezas.

Para finalizar, extendiendo una mención especial al Hospital SOLCA Ambato, por brindarme la apertura para realizar mis practicas pre -profesionales y desarrollar mi trabajo de investigación en tan prestigiosa institución, fue un verdadero honor aprender y potenciar mis habilidades como psicóloga dentro de este centro. A todo el personal en el área médica y enfermería quienes con tanta dedicación supieron guiar mis pasos y conocimientos dentro de mi trabajo en esta área.

RESUMEN

El objetivo de la investigación es determinar la relación entre las competencias parentales y la culpabilidad en los pacientes oncológicos con rol parental del Hospital SOLCA Ambato. La investigación posee un paradigma positivista, con una metodología no experimental, de tipo cuantitativo, alcance exploratorio y descriptivo de corte transversal. En cuanto a la muestra, participaron 60 pacientes oncológicos con rol parental, un 25% asumía rol de padre, el 46,7% lo hacía como madre y el 28,3% percibía los dos roles, sus edades tenían una media de 41 años y fueron evaluados por las Escalas de Parentalidad Positiva y Escala de Evaluación de Sentimiento de Culpa y una ficha sociodemográfica. En los resultados encontrados la media de las competencias parentales totales de la muestra $x=163,92$ se encuentra por encima del punto de corte, por lo cual se asume que encuentran en óptimas condiciones, sin embargo, la media de las competencias vinculares $x=41,70$ está por debajo del punto de corte, indicando deficiencia. Por otra parte, la media del sentimiento de culpa $x=100,17$ indica niveles superiores a los normales, con especial énfasis en los sentimientos de culpa excesivos (33,3%) y tendencia a culparse más de lo debido (33,3%). Finalmente, para entender este fenómeno se necesita la percepción de los hijos y una mayor población de diferentes centros de atención oncológica para resultados más generalizados.

Palabras clave: competencias parentales, culpabilidad, psicooncología, rol parental.

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the relationship between parental competencies and guilt in oncology patients with a parental role at the SOLCA Ambato Hospital. The research follows a positivist paradigm with a non-experimental, quantitative methodology, and an exploratory and descriptive cross-sectional scope. The sample consisted of 60 oncology patients with a parental role, with 25% assuming the role of father, 46.7% assuming the role of mother, and 28.3% perceiving both roles. The average age of the participants was 41 years, and they were evaluated through the Positive Parenting Scale, the Guilt Feeling Assessment Scale, and a sociodemographic form. In the results, the mean of the total parental competencies in the sample, $x=163.92$, was above the cut-off point, suggesting that they are in optimal conditions. However, the mean of the relational competencies, $x= 41.70$, was above below the cut-off point indicating deficiency. Additionally, the mean guilt feeling score, $x= 100.17$, showed levels above normal, with a particular emphasis on excessive guilt feelings (33.3%). Finally, to better understand this phenomenon, the perception of the children and a larger population from different oncology centers is needed for more generalized results.

Keywords: parental skills, guilt, psycho-oncology, parental-role.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE Y PRÁCTICA.....	8
1.1. Parentalidad	8
1.2. Competencias parentales.....	11
1.3. Culpa.....	19
1.4. Paciente oncológico	27
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO.....	31
2.1. Metodología.....	31
2.2. Técnicas e instrumentos.....	33
2.3. Población y muestra	40
2.4. Caracterización de la muestra.....	41
2.5. Procedimiento metodológico	52
CAPÍTULO III. RESULTADOS	54
3.1. Análisis descriptivo de las competencias parentales.....	54
3.2. Análisis categorial de las competencias parentales	57
3.3. Análisis descriptivo de la culpabilidad	60
3.4. Análisis categorial del sentimiento de culpa	61
3.5. Análisis correlacional.....	62
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	78

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Esquema de competencias parentales.....	36
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Perfil de las Competencias parentales en función de percentiles	55
---	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Calificación de la Escala de Parentalidad Positiva	37
Tabla 2. Consistencia Interna E2P (versión de 54 ítems, estudio final).	38
Tabla 3. Corrección de la Escala.....	39
Tabla 4. Interpretación de las Puntuaciones	40
Tabla 5. Variables de los padres	42
Tabla 6. Variables relacionadas con los hijos.....	45
Tabla 7. Variables sociodemográficas de relación	48
Tabla 8. Variables sociodemográficas clínicas.....	51
Tabla 9. Análisis descriptivo de las competencias parentales.....	54
Tabla 10. Análisis de las categorías de la Escala de Parentalidad Positiva	58
Tabla 11. Análisis descriptivo de la culpabilidad	60
Tabla 12. Análisis Categorical de la Culpa.....	61
Tabla 13. Correlación entre las competencias parentales y la culpabilidad	62

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Al respecto de la problemática anteriormente mencionada, no se ha realizado ningún estudio específico al tema. Sin embargo, a nivel mundial se ha observado el interés dentro del campo de la Psicooncología en la familia de pacientes con cáncer, padres con hijos diagnosticados con esta enfermedad y las necesidades emocionales de los mismos.

De esta manera, destacan los trabajos de Llunch (2005) en Holanda, donde se seleccionó 12 parejas de padres y 15 niños con el fin de explorar el funcionamiento psicosocial de los infantes que tienen una madre o un padre en tratamiento por cáncer y variables. En este contexto se pueden relacionar de forma positiva o negativa con el desarrollo de problemas emocionales y conductuales, así pues, los resultados revelaron que 11 parejas de padres habían percibido cambios emocionales y conductuales en sus hijos. Estos cambios emocionales están especialmente conectados con ansiedad, además se evidencia mejor calidad de vida en los niños que en sus padres. Finalmente se manifestaron problemas emocionales y conductuales en los niños de acuerdo a la forma en que sus padres comunicaron su enfermedad.

También el estudio dirigido por Cervera y Aubá (2005), en Navarra, con el fin de conocer la calidad de vida y los cambios en la dinámica familiar, tras el diagnóstico de cáncer de mama en una población de 135 mujeres en quienes se ha confirmado dicha patología. Así pues, se concluyó que este tipo de diagnóstico y tratamiento quirúrgico inicial son un acontecimiento vital estresante que produce en los pacientes dificultades psicopatológicas y un detrimento en su nivel de calidad de vida. En adición, se observa disminución en el consenso, satisfacción y expresión emocional con el conyugue, sin embargo, no se ven afectados la cohesión ni la adaptabilidad dentro de la estructura familiar.

Asimismo, las investigaciones de Grau y Espada (2012) en Valencia, con el objetivo

de conocer cómo perciben los padres los cambios producidos. Dentro de las relaciones familiares, debido a un cáncer pediátrico en una muestra de 22 madres y padres, cuyos hijos habían sido diagnosticados con una enfermedad oncológica. En sus conclusiones se constataron que existe un cambio de relaciones con la pareja, en cuanto a la redistribución de roles, formas de reaccionar y de asumir responsabilidades. De igual forma existe dificultad en la comunicación y en las relaciones sexuales. Así también, se experimentó diferentes relaciones con los otros hijos y con el niño enfermo; por último, dentro de la familia extensa, se percibió falta de apoyo, comunicación y sentimientos inapropiados.

De igual forma, son destacables las indagaciones de Hernández, Cruzado, Prado, Rodríguez, González y Martín (2012) en Bilbao. Este trabajo se realizó con el fin de conocer los problemas de salud mental y malestar psíquico de los pacientes con cáncer, para lo cual, se incluyó una muestra de 250 paciente diagnosticados con cáncer. Se concluyó que, dentro de esta población, se presenta una elevada presencia de trastornos psicopatológicos y síntomas de ansiedad, depresión; y malestar emocional en distintos momentos de la enfermedad relacionados con diversos factores médicos, físicos, psicológicos y sociales.

En cambio, en Latinoamérica, el interés dentro de la temática Psicooncología, se dirige específicamente al infante y factores asociados como: la reacción de sus padres, sintomatología ansiosa- depresiva, adaptabilidad de la familia a la enfermedad, entre otros. Dentro de estos estudios son relevantes las aportaciones de Cabrera, Urrutia, Vera, Alvarado y Villarroel (2004) en Chile con el objetivo de evaluar los síntomas ansiosos y depresivos dentro del área oncopediátrica. Se contó con una muestra de 65 niños, en sus resultados, se encontró diferencias en ansiedad estado y el tiempo transcurrido desde el momento de ser diagnosticado.

Otro aporte importante es la indagación de Cavicchioli, Menossi y García (2007) realizados con el fin de describir la trayectoria de niños y adolescentes desde el inicio de los signos y síntomas hasta la confirmación del diagnóstico de cáncer. a partir del relato de sus padres. Para ello, se contó con una muestra de 8 madres y 2 padres, se concluyó que este fue un periodo significativo para los padres que son

capaces de reconocer el inicio de algo negativo en sus hijos expresado por medio de signos y síntomas. Asimismo, manifestaron con exactitud el tiempo cronológico de esta etapa, estas situaciones fueron vividas con mayor dificultad debido a las diversas hipótesis diagnosticadas.

Además, contribuyen significativamente las investigaciones de Moral y Martínez (2009) en México, 5 parejas de padres con el objetivo de conocer las reacciones ante el diagnóstico de cáncer de sus hijos basándose en las variables de estrés y afrontamiento; de esta manera, se demostró una correlación entre el estrés de las madres y la edad de los hijos.

En adición, se encuentran los estudios de Noel (2010) en Venezuela con la finalidad de determinar la participación activa de la familia en la adaptación de niños y adolescentes sobrevivientes de cáncer. Para ello, se contó con 21 participantes infanto-juveniles en situación oncológica, este estudio arrojó una alta participación familiar, el apoyo emocional de los padres fue promedio, los cuidadores poseen herramientas para lidiar con el malestar de su hijo en cuanto al control de las propias emociones y resolución de contingencias; y por último las emociones negativas de los padres en prevalencia son estrés, ansiedad, impotencia y depresión.

En el contexto país, en Ecuador las investigaciones relacionadas a las competencias parentales dentro de la temática oncológica son escasas, sin embargo, existen estudios relacionados a las emociones de esta población. Dentro de estas investigaciones destacan los trabajos de Pavón (2015) los cuales, se realizaron con el objetivo de establecer la relación entre los pensamientos automáticos disfuncionales con los niveles de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con cáncer. Para ello, se contó con 51 participantes; y, se concluyó que es prevalente la ansiedad sobre la depresión en este tipo de población con sintomatología como angustia, tensión e inquietud, tristeza y llanto fácil, además el pensamiento relacionado con estas dos psicopatologías es “es horrible que me pase esto”.

Además, son relevantes los estudios de Del Pino (2012) con el fin de determinar la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados. Para esto se contó con una muestra de 246 personas y se encontró como resultados que la prevalencia de depresión está relacionada con estatificación tumoral, apoyo familiar y antecedentes patológicos psiquiátricos.

También son significativas las indagaciones de Acosta (2017) con la finalidad de conocer los cambios en las reacciones de duelo anticipado en padres de niños con cáncer terminal. Se contó con 60 padres de niños que cumplían esta condición oncológica y dentro de sus hallazgos, se encontró que el diagnóstico de cáncer es tomado de forma negativa por los padres, sin embargo, ciertas emociones van cambiando en el transcurso de la enfermedad.

Finalmente, es destacable el trabajo de Villavicencio (2015) con el objetivo de conocer los estados afectivos en los pacientes oncológicos, en el cual, participaron 210 personas; y, se concluyó que sus emociones, se vieron afectadas desde el momento del diagnóstico, presentando tristeza, conmoción, depresión, ansiedad, culpa, incredulidad, incertidumbre y confusión, estos estados se ven influenciados por la afectividad que recibe de su entorno familiar y social.

En conclusión, se puede evidenciar que a nivel mundial existe un gran interés en todos los miembros de la familia que se encuentran afectados por cáncer o vivencian la enfermedad de sus familiares. En cuanto a Latinoamérica refiere, existe una especial preocupación por la Psicooncología infantil en sus diferentes aspectos. Por último, Ecuador ha puesto más atención a los aspectos emocionales de los pacientes oncológicos. Sin embargo, no existen investigaciones específicas en competencias parentales ni culpabilidad dentro de paciente que padecen cáncer, por lo cual es importante realizar este estudio debido a que la información es muy escasa y necesaria.

Problema de investigación

El presente trabajo de investigación partió de observaciones mediante entrevistas entre pacientes oncológicos con rol parental del Hospital SOLCA. En estos se presentaron frecuentes dificultades relacionadas con inseguridad en la capacidad para cuidar a sus hijos, percepción negativa para el acompañamiento, creencias sobre descuido en la crianza y malestar al no garantizar el bienestar general de los hijos; de la misma manera estos síntomas se enlazan con otros que radican en la valoración negativa de sí mismos, incomodidad ante la percepción de apoyo de su grupo familiar, petición de disculpas a sus hijos de forma recurrente por su enfermedad y la creencia de estar en deuda por el cuidado que sus familiares le proporcionan.

Por una parte, el primer grupo de síntomas al parecer se identifican con el área de competencias parentales, las cuales según Barudy y Dantagnan (2005) “son las capacidades prácticas que tienen las madres y los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y asegurarles un desarrollo suficientemente sano. Están consideradas dentro de lo que se conoce como Parentalidad social” (citado en Gómez & Muñoz, 2014, p.6), es decir, que son las habilidades que tienen los padres dentro de la etapa de crianza de sus hijos; por otra parte, el segundo grupo de síntomas podrían atribuirse a la culpabilidad, así pues este sentimiento de acuerdo al criterio de Díaz y Aguado (1982) se describe como un “estado emocionalmente desagradable, que se produce después de una transgresión y continua hasta que se restaura algún tipo de equilibrio. Esto es relativamente independiente que otros conozcan la acción que lo motivo” (citado en Laorden, 2008, p.28), es evidente que la culpa se basa en el malestar por haber tomado acciones o pensamientos moralmente incorrectos.

En consecuencia, se hipotetiza que existe una relación entre las competencias parentales y la culpabilidad. Sin embargo, para la verificación de esta problemática se requerirá el desarrollo de un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal entre las variables previamente enunciadas en una muestra representativa de aproximadamente 109 pacientes oncológicos con rol parental del

hospital SOLCA Ambato. En cuanto a los aspectos teóricos que sustentarán la futura investigación serán los modelos conductuales y cognitivos. Mediante esta indagación se podrá elaborar nuevos modelos de acompañamiento psicológico para pacientes oncológicos padres con el fin de fortalecer sus competencias parentales.

Formulación de hipótesis

Hipótesis alternativa: Las competencias parentales se relacionan con la culpabilidad en los pacientes oncológicos del Hospital SOLCA Ambato. Hipótesis nula: Las competencias parentales no se relacionan con la culpabilidad en los pacientes oncológicos del Hospital SOLCA Ambato.

Objetivo general

Determinar la relación entre las Competencias Parentales y la Culpabilidad en los pacientes oncológicos con rol parental del Hospital SOLCA Ambato.

Objetivos específicos

1. Fundamentar bibliográficamente los aspectos relacionados con las Competencias Parentales y la Culpabilidad en los pacientes oncológicos.
2. Diagnosticar las condiciones actuales de las Competencias Parentales y la Culpabilidad en los pacientes oncológicos con rol parental del Hospital SOLCA Ambato.
3. Realizar un análisis estadístico correlacional con los datos obtenidos de las Competencias Parentales y la Culpabilidad en los pacientes oncológicos con rol parental del Hospital SOLCA Ambato.
4. Elaborar un informe en donde se establecerán conclusiones y recomendaciones.

Justificación

La presente investigación se justifica por diversas razones, la primera toma importancia dentro de una temática académica, debido a que la realización de este proyecto aporta con producción teórica dentro del campo de la Psicooncología. Esto debido a que no existen estudios referentes a la percepción de los padres con respecto a su rol en situación de enfermedad y como esto repercute emocionalmente.

Además, está indagación es relevante dentro del campo médico, pues a partir de sus resultados se va a brindar el correcto acompañamiento psicológico a los padres y evitar los comportamientos de deserción de tratamientos en la enfermedad. De esta manera, también se reducen los índices de mortalidad por cáncer. Este proyecto también es significativo dentro del área profesional, ya que a través de la socialización de los resultados al personal médico y de enfermería, se logra la mejor comprensión de la situación del paciente cuando presenta conflictos emocionales relacionados con su rol parental.

Cabe resaltar que este estudio impacta dentro del ámbito social, debido a que a partir de los hallazgos se pueden generar nuevos modelos de atención a padres en condición oncológica a fin de que la relación padres-hijos no se vea afectada. Finalmente, es notable dentro del campo científico debido a que aporta a la creación una nueva línea de investigación, dentro de la corriente sistémica con el objetivo de dar atención a los padres e hijos que se encuentre atravesando periodos de enfermedades crónicas y terminales.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y PRÁCTICA

1.1. Parentalidad

Durante varios años el rol parental solo ha sido percibido como un proceso que los padres cumplen en el transcurso del desarrollo evolutivo de sus hijos. Sin embargo, no fue evaluado bajo parámetros estandarizados en base a acciones concretas realizadas por los progenitores.

Por esta razón, se parte de los postulados de Bisquerra y Pérez (2007) acerca de las competencias, las cuales se fundamentan bajo tres acápites: saber estar, saber ser y saber hacer que requieren ciertos niveles de calidad y eficacia; se ha propuesto el término competencias parentales, para designar las prácticas que se consideran pertinentes para la crianza de los hijos y su desempeño adecuado. Dentro de esta temática en primer lugar se definirán los constructos de competencias, parentalidad y competencias parentales. En cuanto a parentalidad, incluye sus respectivas funciones centradas tanto sus hijos como en sí mismos y clasificaciones; finalmente competencias parentales añaden sus elementos y tipologías.

La parentalidad se enmarca dentro de la relación padres e hijos, en el cual, de acuerdo al criterio de Granada y Domínguez (2012) es algo neutral, en donde tanto como padre y madre se encuentran dentro de una dinámica horizontal donde se ejecutan tareas y prácticas en la familia. Sobre este punto de vista Rodrigo y Martín (2009) manifiestan que este constructo hace alusión a "las acciones que llevan a cabo los padres en la crianza de los hijos en el cuidado, atención, socialización y educación en un proceso biológico y psicosocial" (p.43); es evidente que todas las actividades realizadas por los padres direccionadas a la crianza de los hijos conforman la Parentalidad.

Cabe resaltar que dichos actos parentales tienen su base y dirección en ciertas funciones que están orientadas hacia el desarrollo de los hijos y otras en su propia participación dentro del núcleo familia, todo esto será explicado dentro de

lo que se considera como las funciones de los padres competentes.

Clasificación

La Parentalidad de acuerdo al criterio de Barudy (2010) se presenta en dos tipos: Parentalidad biológica: Hace referencia a la nominación de padre o madre debido al proceso de procrear y concebir un hijo/a, dentro de esta clasificación no se encuentra la crianza ni el apego con los hijos. Parentalidad social: Consiste en la crianza y educación adecuada de los hijos, además no es necesario que tengan vinculación genética, sino apego emocional y social con el denominado hijo/a. Según Barudy & Dantagnan (2009), se puede apreciar que en este tipo de parentalidad es esencial los vínculos emocionales y ser participe activo y guía del proceso evolutivo de los hijos. Ambos tipos de parentalidad realizan actividades dentro de la crianza, aquellas que se consideran pertinentes forman parte de las competencias parentales. Corresponden a determinadas acciones que fortalecen el desarrollo evolutivo de los hijos, a continuación, se describirá de forma más amplia este constructo.

Funciones de padres competentes

Dentro de lo que se considera como Parentalidad existen algunas funciones que esta capacitados para cumplir los padres que se consideran competentes dentro de la crianza de sus hijos, según Muñoz (2005) son:

- Asegurar la supervivencia y crecimiento sano
- Aportar un clima afectivo y de apoyo emocional
- Aportar estimulación que dote a sus hijos de la capacidad para relacionarse de forma competente con su entorno
- Tomar decisiones respecto a la apertura hacia otros contextos educativos que compartirán con familia

Sin embargo, las funciones no solo están centradas en los hijos, sino también en el desarrollo de los padres dentro de la familia, de acuerdo al criterio de Navarro (2007) son las siguientes:

- La familia como espacio para crecer como personas adultas con un buen nivel de bienestar psicológico
- La familia como espacio de preparación para aprender a afrontar retos y asumir responsabilidades y compromisos
- La familia como espacio de encuentro intergeneracional
- La familia como red de apoyo social para las transiciones de vitales, como: como encontrar la primera pareja, la búsqueda de trabajo, nuevas relaciones sociales

Como se puede observar los padres para considerarse hábiles en cuanto a la crianza deben ocuparse de los ámbitos emocionales, prácticos, relacionales y de planificación con respecto a sus hijos. Además, deben cumplir ciertas tareas como crear ambientes de crecimiento, relación, cohesión y compromiso en el desarrollo de la familia, pues de esta manera pueden desarrollar habilidades centradas en sí mismos como progenitores.

Cabe resaltar que estas funciones son asumidas por todo adulto con rol parental, es decir, por todo adulto que bajo lazo consanguíneo o vínculo emocional que se encargue del cuidado del niño. Para entender mejor esta diferencia es necesario analizar a continuación las tipologías de la parentalidad.

1.2. Competencias parentales

Las competencias parentales se encuentran centradas en la eficiencia para la crianza de los hijos. De esta manera Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne (2008) describen a estos constructos como el “conjunto de capacidades que permiten a los padres afrontar de forma flexible y adaptativa la tarea de ser padres, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos/as y con los estándares considerados como aceptables en la sociedad” (p.29). Es decir que los padres competentes logran sobrellevar la crianza de forma positiva sin que esto implique exigencias demasiado estandarizadas.

Clasificación de las competencias parentales

Las competencias parentales estas dirigidas a relacionarse y brindar recursos a los hijos por lo cual poseen diversas funciones, de acuerdo a la investigación realizada por Muñoz y Gómez (2014) han propuesto 4 tipos de competencias, dentro de cada una de ellas se encuentran ciertos elementos.

- Competencia parental vincular: Se refiere al “conjunto de conocimientos, habilidades y prácticas cotidianas de Parentalidad y crianza dirigidas a promover un estilo de apego seguro y un adecuado desarrollo socioemocional en los niñas y niños” (Gómez & Muñoz, 2014, p.6). Es decir, se encuentran centradas en fomentar positivamente el desarrollo emocional de los hijos, para acotar este punto de vista Bornstein y Putnick (2012) sugieren que los actos que ayudan a desarrollarla son caricias, besos, sonrisas, expresiones que reflejen emociones en los infantes, consuelo en momentos de estrés y juegos lúdicos. Cabe resaltar que, de acuerdo a lo expresado anteriormente, esta habilidad cobra mayor importancia en la infancia por sus efectos directos en la relación emocional parento-filial. Los elementos más destacables son según Acevedo, León y Delgadillo (2018) son los detallados a continuación.
- Mentalización: habilidad para comprender las acciones de los hijos a partir

de estados emocionales

- Sensibilidad parental: capacidad para captar, entender y responder apropiadamente a las señales gestuales o emocionales de los hijos
- Calidez emocional: destreza para expresar de forma adecuada y explícita sentimiento de cariño y afecto al niño
- Involucramiento parental: acciones de los padres mediante las cuales se encuentran conectados e involucrados en las actividades de los hijos
- Competencias formativas: Son todos los recursos de los padres destinados a fortalecer y contribuir al desarrollo, aprendizaje y socialización de los hijos; donde intervienen principalmente son las prácticas didácticas centradas en que los hijos desarrollen las destrezas de observar, imitar y aprender.

Además, los autores Weisleder y Fernald (2013) acotan que este tipo de competencias se ven fortalecidas mediante la práctica de la conversación, pues en este acto se ven desarrollados tanto aspectos cognitivos como socioemocionales.

Esta competencia cuenta con ciertos componentes, de acuerdo al criterio de Acevedo, León y Delgadillo (2018) son:

- Estimulación del aprendizaje: capacidades parentales para estimular las destrezas de exploración, descubrimiento e integración de aprendizajes significativos en los hijos mediante proceso de modelamiento
- Orientación y guía: habilidad para conducir y potenciar al niño hacia su propia autonomía mediante técnicas como el modelamiento, diálogo o reflexión; las cuales son practicadas a diario

- Disciplina positiva: destreza para conducir y regular el comportamiento de los hijos basado en la comunicación asertiva, anticipación de consecuencias y explicación
- Socialización: competencia para enseñar a los hijos normas y reglas moral y socialmente aceptadas, así como a la introducción a costumbres y valores de su comunidad o cultura
- Competencias protectoras: habilidades de los padres para proteger adecuadamente a los hijos, velar por sus necesidades, garantizar sus derechos y beneficiar su integridad física, emocional. Cabe resaltar según Bornstein (2012) que estas competencias se manifiestan a través de los materiales que los progenitores aportan a los niños para favorecer el descubrimiento del mundo exterior, la estimulación ambiental y el establecimiento de los límites en los afanes de indagación física

Esta competencia se organiza en 4 componentes, Acevedo, León y Delgadillo (2018) proponen los siguientes:

- Cuidados cotidianos: habilidad para organizar las pautas de crianza a fin de satisfacer las necesidades de los niños de forma adecuada
- Logro de garantías de seguridad física, emocional y psicosexual: destreza de los padres para velar por el adecuado desarrollo físico, emocional y sexual de los hijos; además, guiar a los infantes hacia el progresivo ejercicio autónomo de sus derechos en los diferentes ámbitos donde se desenvuelve
- Organización de la vida cotidiana: actividades de los padres que se relacionan con la estructuración de ambientes basados en la predicción, rutina y rituales en la vida de los niños a fin de prevenir el estrés tóxico para el niño

- Búsqueda de apoyo social: capacidad de los padres para detectar, acceder y utilizar los recursos emocionales, instrumentales y económicos que su comunidad le provee a fin de poder concretar sus metas en la crianza
- Competencias reflexivas: se refiere a las capacidades y percepción de los padres acerca de "influencias y trayectorias de la propia Parentalidad, monitorear las prácticas parentales actuales y evaluar el curso del desarrollo del hijo/a (Gómez & Muñoz, 2014, p.9). Cabe resaltar que la función de esta competencia es transversal a la de las mencionadas anteriormente, principalmente en el área de corrección de métodos disciplinarios en caso de que estos no estén funcionando

La competencia reflexiva esta retroalimentada por cuatro componentes, Acevedo, León y Delgadillo (2018) proponen los siguientes:

- Anticipar escenarios vitales relevantes: capacidad parental para poder crear planes de contingencia ante eventos negativos que puedan producirse en el desarrollo evolutivo de los hijos
- Monitoreo en las influencias en el desarrollo del niño: habilidad para detectar y realizar un seguimiento a las diferentes influencias biopsicosociales de los hijos dentro de los diversos entornos donde se desarrollo
- Meta: capacidad para analizar tres ejes de la Parentalidad como la experiencia del rol parental, la utilización de las prácticas de crianza actuales y la relación social afectiva parento-filial
- Autocuidado parental: capacidad de mantener una adecuada salud mental física y mental a fin de poder desempeñarse de forma óptima en las demás competencias parentales

Factores que influyen en el desarrollo de competencias parentales

Es necesario mencionar que el desarrollo de las competencias parentales no tiene un carácter homogéneo en todos los padres, pues en cada uno de ellos se encuentra influenciado por varios factores. Según Barudy y Dantagnan (2005) entre ellos se encuentran los antecedentes genéticos, temperamento, personalidad, experiencia de vida, procesos culturales y sociales. Además, Lecannelier, Flores, Hoffmann y Vega (2010) añaden que el medio que rodea a los padres es relevante en cuanto al desarrollo de sus habilidades, en aspectos como los riesgos psicosociales, la definición personal de ser buenos padres y la propia construcción del apego emocional. Es observable que lo biológico, el contexto y el área psicológica se conjugan para desarrollar determinadas características en las personas dentro de su rol parental.

Por un lado, de acuerdo a los aspectos relacionados con la personalidad y temperamento, existen varios trabajos que sustentan este factor. De esta manera Kochanska (1991) manifiesta que los niños inhibidos o tímidos poseen madres depresivas con dificultades en las actividades relacionadas con el cuidado; además, son ejemplo de imitación en cuanto a temor y rechazo. También son relevantes las indagaciones de Campbell (1979) y Milliones (1978) en donde demostraron que los padres poco responsivos a las necesidades de crianza y con altos niveles de ansiedad tenían infantes con temperamentos difíciles.

Finalmente, Mangelsdorf, Gunnar, Kestenbaum, Lang y Andreas (1990) en sus estudios revelaron que los niños que se sienten a gusto con la presencia de extraños y pueden tolerar la ausencia de un adulto; poseen padres que disfrutan de la compañía de otras personas. Como es evidente, los patrones de comportamiento de los progenitores modulan ciertas características de interacción en los hijos.

Por otro lado, las experiencias de vida de los padres son relevantes en las prácticas que utilizan dentro de la crianza de los hijos. Esta afirmación es demostrable en los estudios de Pons- Salvador, Cerezo y Bernabé (2005) quienes encontraron una importante relación entre los cambios negativos en la parentalidad y las vivencias de castigo en la madre; y la percepción negativa del rol maternal.

Además, se consideran significativos los trabajos de Newcomb, Zinbarg y Griffith (2007) donde proponen que la sobreprotección parental y la apreciación negativa de la crianza tienen su base en problemas emocionales como ansiedad y depresión en la infancia o adolescencia de los progenitores. Por último, Gewirtz, Forgatch y Wieling (2008) plantean que las consecuencias de los eventos traumáticos en los hijos está modulado por los eventos traumáticos de los padres, ya que los estilos de crianza se modifican en base a estos factores. Es observable que las vivencias de los padres afectarán directa o indirectamente en sus hijos.

Además, se establece que los procesos sociales y culturales son determinantes en la expresión de las competencias parentales; desde esta perspectiva Granada y Domínguez (2012) manifiestan que los estilos de paternidad y maternidad han pasado por modificaciones debido a fenómenos como la urbanización, capitalismo y la mayor influencia de los medios de comunicación. De la misma manera, se introducen nuevos modelos de parentalidad, como son: parentalidad adoptiva, monoparentalidad, parentalidad adoptiva (Gross, 2000); también Kropf y Burnette (2003) han propuesto la abuelo parentalidad y Martin (2005) manifiesta la existencia de la pluriparentalidad. Para finalizar, Nudler y Romanivk (2005) opinan que existen reestructuraciones en los roles familiares debido al cambio en las consideraciones subjetivas masculinas y femeninas dentro de un contexto relacional. Es necesario considerar estos factores dentro de la evaluación de las competencias, pues su contexto es determinante en las acciones llevadas a cabo por los padres.

Por último, varios eventos asociados a riesgos psicosociales podrían modificar

la eficiencia de las competencias parentales, dentro de estos eventos se encuentran las enfermedades, crónicas, degenerativas y terminales. Dentro de esta temática son significativos los hallazgos de Reyes (2007), en los cuales expone que los pacientes que poseen este tipo de patologías manifiestan frustración, ira, negación, ira que obligan a la familia a reestructurar expectativas, roles, normas y adaptar a los miembros hacia el bienestar del padre afectado.

De acuerdo al criterio de Lozano, Ríos, Álvarez, Ríos y Rodríguez (2007) existe un mayor cambio en las prácticas de crianza si el afectado por la enfermedad es el jefe de hogar, más aún si es quien sustenta económicamente al hogar. Ante todo, lo mencionado anteriormente, Azar y Cote (2002) proponen que las habilidades parentales que deberían ser reforzadas son aquellas relacionadas con resiliencia familiar, reorganización de las actividades de recreación, formación en valores, observación, cambios de perspectiva, sensibilización ante la situación y reflexión.

Elementos de las competencias parentales

Las competencias parentales cuentan con ciertos elementos que se conjugan para formar cada una de estas habilidades, según el criterio de Barudy y Dantagnan (2005) son:

- Empatía: es la habilidad de los padres de comprender los requerimientos de sus hijos mediante expresiones emocionales o gestuales a fin de poder solventar estos a tiempo y acertadamente
- Redes: se considera como el apoyo social con el que cuentan los padres para pedir, dar o recibir información que aporte de forma positiva en la crianza de sus hijos, la cual puede provenir de su propia familia, círculo de amigos o instituciones pertenecientes a la comunidad
- Modelos de crianza: se consideran las diferentes prácticas utilizadas por los padres durante el desarrollo evolutivo de los hijos en cuanto a aspectos como

protección, educación y disciplina

- Apego: factor a nivel de pensamiento y emoción que logra generar un vínculo entre padres e hijos

Se puede observar que cada competencia incluye capacidades a nivel personal, del entorno, relación familiar y parento- filial que se unifican para dar a conocer formas específicas de expresar determinada habilidad parental.

En conclusión, las competencias parentales se resumen como la capacidad que tiene los padres de asumir funciones educativas y evolutivas con sus hijos, las cuales están moderadas por varios factores, estos son: genéticos, temperamento, personalidad, experiencias de vida y factores sociales en los que se ven inmersos tanto padres como hijo. Sin embargo, dentro de su origen la parentalidad puede ser biológica, es decir que comparten una misma herencia genética, también existe la parentalidad social la cual es asumida por voluntad propia.

En cuanto a la estructura de las competencias estas se componen de algunos elementos como son: empatía, redes, modelos de crianza y apego, además es importante destacar los diferentes tipos de competencias, estas son: vinculares, las cuales están centradas en el desarrollo emocional de los niños. Las formativas que promueven habilidades aprendizaje y socialización de los infantes, las protectoras que se focalizan en las necesidades, derechos e integridad de los hijos finalmente las reflexivas que permiten monitorear sus funciones parentales. Es evidente que estas competencias tienen una formación compleja y abarcan todas las áreas de desarrollo de los hijos, sin embargo, estarán determinadas por características propias de los padres y su relación con los hijos.

1.3. Culpa

La culpa es considerada como uno de los sentimientos negativos expresados por el ser humano que poseen una función adaptativa. Desde la perspectiva de Echeburúa, de Corral y Amor (2001) es “un afecto doloroso que surge de la creencia de haber transgredido la normas éticas, personales o sociales, sobre todo cuando de la conducta (u omisión) de una persona a derivado un daño a otra” (p.91). Es evidente que la culpa tiene su base cognitiva en la autopercepción de actos negativos lo cual provoca una reacción emocional negativa relativamente duradera. Sin embargo, estos mismos autores, mencionan que la culpa desde un sentido funcional beneficia en el autocontrol personal y en la reparación de actos incorrectos.

Cabe resaltar que la culpa de acuerdo al criterio de Ruiz (2018) es una emoción secundaria que tiene su base en estándares sociales, de acuerdo a lo considerado inaceptable que repercute directamente en un pensamiento catastrófico vinculado a la persona misma y el mundo que le rodea por lo cual se considera también una emoción interpersonal. Ante lo mencionado Yontef (1995) plantea que este afecto se manifiesta indirectamente como un castigo aplicado mediante la automutilación, ya sea de forma física o emocional por incumplir normas de terceros (citado en Ruiz). Esto implica que la culpa en sus perspectivas más negativas se considera perjudicial para el desarrollo de la persona y la resolución de sus problemas.

Finalmente, es considerable que la culpa no es un afecto de apareamiento esporádico, pues cuenta con una serie de eventos que facilitan su construcción, los cuales serán explicados a continuación.

Clasificación de la culpa

Este sentimiento cuenta con ciertas características uniformes, sin embargo, se podrían manifestar de diversas formas y con varios efectos, por lo cual se los clasifica de la siguiente manera:

Culpa normal

La culpa como todas emociones tiene funciones de respuestas adaptativas a una determinada situación, para complementar lo mencionado Castilla del Pino (1991). Menciona que este tipo de afectos cumple con la función de responsabilizar a la persona sobre sus acciones dirigidas así sí mismo y a los demás. Esto beneficia al sujeto ya que toma conciencia de sus errores y se activa para repararlos a fin de que en circunstancias similares futuras no se vuelvan a presentar los mismos supuestos errores.

Dentro de este tipo de sentimientos de tipo normativo se incluye el arrepentimiento. De acuerdo a Zabalegui (1997) se considera como una emoción paralela a la culpa como motivación para rectificar las faltas cometidas y dejar de experimentar el malestar psíquico. Sin embargo, no se presenta de forma uniforme en todos los casos ya según los estudios realizados por Laín Entralgo (1976) se cuenta con tres formas de manifestarse, estas son:

- Arrepentimiento por venganza: surge cuando el sujeto cree que sus acciones han transgredido su propio conjunto de normas éticas a fin de causar daño a un tercero
- Arrepentimiento por error: se origina cuando la persona ejecuto un acto con intenciones positivas, sin embargo, los resultados demostraron que fue negativo para sí mismo o para un tercero
- Arrepentimiento por deficiencia: se produce cuando la persona percibe que no hizo lo necesario para beneficiarse a sí mismo o a una situación, pues tenía la capacidad para actuar de forma más pertinente

Estilos de afrontamiento de la culpa normal

Dentro de la culpa normal existen varios estilos de afrontamiento que son considerados una manera de asumir el sentimiento y contribuyen a la superación

de los efectos negativos de este sentimiento, están:

Orientadas a la reparación: es aquella que forma directa o indirecta, según Ricoeur (1982) intenta expresar la emoción producida por la culpa, al mismo tiempo busca asumir la responsabilidad generando acciones dirigidas a indagar soluciones y compensar los resultados negativos. Es evidente que de acuerdo a este estilo de afrontamiento los pacientes buscan su propio bienestar, asistiendo a tratamiento o procurando evitar situaciones que afecten su estado de salud a fin de no afectar más su estado de salud.

Conductas altruistas: se refieren a aquellos comportamientos compensatorios que según el criterio de Etxebarria (2000) Quiles y Bybee (1997), se presentan cuando el sujeto ya no pudo reparar su situación propia. Esto llega a causar el empatizar con otras personas que se encuentren en similares circunstancias y realiza acciones orientadas al beneficio de los terceros, como puede ser ingresar a voluntariados de organizaciones u ONG, todo esto con el fin de que en la evidencia del bienestar de los demás se perciba un bienestar propio.

Culpa anormal

Este sentimiento tiene una función adaptativa, sin embargo, cuando no ha sido correctamente desarrollado, existen percepciones incorrectas de la situación. Por tanto, según la perspectiva de Corral, Amores y Echeburua (2001) la culpa anormal se genera cuando hay una deformación de los hechos, es decir se les asigna un significado incoherente. Ante esto, Harder (1995) acota que este fenómeno sucede cuando la persona intenta responsabilizarse por actos que van más allá de su alcance y al no lograrlo experimenta emociones negativas que crean comportamientos autodestructivos. Estos comportamientos impiden el ingreso de emociones positivas, al punto que la vida de la persona se convierte en un constante sufrimiento. Este caso es evidente en los pacientes cuando se sienten culpables de contraer una enfermedad que no se puede controlar, su apareamiento de forma externa e inician una etapa de dolor psíquico manifestada de diversas maneras.

Para el apareamiento de una culpa anormal se requiere como criterio base, ciertas formas de afrontamiento inadecuadas, las cuales serán revisadas a continuación:

Estilos de afrontamiento de la culpa anormal

Existen algunas formas de manejar la situación o hecho estresante que no son las más adecuadas para una adecuada solución, entre ellas se encuentra las siguientes:

- Represión emocional: se refiere a la forma de afrontar una situación basada en la falta de expresión en cuanto al malestar que causa determinada situación. Desde esta perspectiva Videll, Sirgo y Pérez (1995) plantean que de esta forma el sujeto evita pensar en elementos que ocasionen estrés, ya que estos podrían desencadenar emociones negativas. Sin embargo, al no ser manifestado este dolor psíquico, se evidencia una hiperactivación del sistema nervioso simpático dando un inicio a síntomas vegetativos de ansiedad y estrés
- Mero remordimiento: este tipo de afrontamiento está caracterizado por la falta de acción compensatoria; pues según Corral, Amores y Echeburua (2001) en este caso la persona solo experimenta la emoción negativa producto de la evidencia negativa resultante de una acción y no realiza ningún tipo de acción por solucionar la situación
- Conductas autodestructivas: esta forma de manejar la situación de acuerdo a Lazarus y Folkman (1984) es de tipo evitativo en donde la persona trata de no generar emociones negativas y prefiere métodos como las adicciones, conductas de riesgo o autolesivas. Además, no solo se refiere a conductas sino a pensamiento improductivos e irreales, los cuales solo incrementan el daño emocional y la ansiedad

Es necesario recalcar que los estilos de afrontamiento solo son el camino para estructuras más grandes como ciertas psicopatologías que se evidencian en su acción y pensamiento, a continuación, se explicara como la culpa anormal se ve implicada en ciertos trastornos.

Condiciones psicológicas en el sentimiento de culpa

El sentimiento de culpa sigue una trayectoria a fin de que las propias acciones, sentimientos o pensamientos se consideren contraproducentes contra los demás; y no podría realizarse sin condiciones previas que permitan su origen, desarrollo psíquico y manifestación, según el criterio de García (2014) este sentimiento debería cumplir con los siguientes requisitos:

La transgresión de una norma moral

Como condición de la posibilidad de culpa, en la perspectiva de este autor, las acciones no son univocas, pues casi todas están mediatizadas, por factores históricos, contextuales, y micro culturales. De esta manera si se rebasaron los límites de estos ejes, la persona podría generar un criterio negativo de sí mismo. Si no se ha producido la violación de estas normas, aunque se produzca daño a terceros no se experimentara culpa.

El locus de control interno (real o potencial)

Para que este sentimiento pueda ser experimentado, se debe tener la percepción de responsabilidad de las propias acciones, desde este punto de vista Mancini (2000) plantea que el sujeto debe percibir que tiene el control de sus acciones o la posibilidad de adquirirlo, además Villegas (2013) acota que la persona al creer que tiene potencial sobre sus conductas, también puede crear supuestos de haber tenido la destreza de evitar consecuencias negativas; es aquí donde surge la génesis del sentimiento de culpa cuando la persona direcciona sentimientos y acciones negativas hacia sí mismo por no evitar productos negativos en su vida o en la de los demás.

El daño (real o virtual) infringido al otro

Este sentimiento es más probable que aparezca cuando se evidencia un daño en terceros, pues las malas intenciones podrían ser más soportables sin resultados negativos. Sin embargo, según este autor propone que este perjuicio puede ser visto de tres maneras, por un lado, la persona cree haber causado el daño directo al otro por alguna acción u omisión e incluso pensamiento. Por otro lado, la ofensa no fue causada directamente por la persona, sino que el autocastigo surge de la creencia de haber tenido una mala intención, con la firme convicción de que esta finalidad repercutió en lo que paso.

Finalmente, el sujeto se recrimina por las consecuencias catastróficas en sí mismo al pensar que pudo haberlo evitado o que no cuidó apropiadamente de su integridad. Cabe resaltar que este último punto de vista de la culpa es más perjudicial debido a que permanece más tiempo en la persona y su realidad se va deformando.

Construcción psíquica de la culpa

La culpa tiene un proceso y estructura para su apareamiento, generalmente todo este proceso se remite al estilo de crianza recibido en el hogar, por lo cual Bybee (1998) menciona que todo tiene su inicio en la construcción del desarrollo moral. En este caso, los padres exponen a sus hijos a varios castigos psicológicos, de esta manera experimentan varios sentimientos negativos en relación con sus propias acciones. Ante lo dicho, Zabalegui (1997) añade que también se desarrolla en mayor nivel la empatía emocional, que provoca el autocastigo por haber causado un supuesto daño a terceros.

Además, de acuerdo al criterio de Castillo del Pino (2000) en una acción concreta, existe el sujeto que realiza la acción y el que la recibe. Además, se encuentra la acción que se encuentra polarizada, debido a que por una parte está la intención con la cual ha sido realizada y por otro el efecto que ha causado.

En el caso de que la dirección de la acción tenga alcances positivos no hay efectos contraproducentes. Sin embargo, cuando esta ocasione resultados negativos, existe un autocastigo que no inmoviliza a la persona o anula la propia acción. Por el contrario, según Baumeister, Stillwell y Heatherton (1994) Hoffman (1998) Tangney (1995), se genera una conducta correctora para poder suplir la falta realizada y rectificar dichas conductas en situaciones futuras.

Cabe resaltar, que la culpa se desglosa en varios elementos, de los cuales dependerá su manifestación y las repercusiones positivas o negativas en la vida de la persona, estas consideraciones serán analizadas a continuación:

Efectos de la culpa

Efectos positivos

Es notable que experimentar sentimientos de culpa trae consigo emociones negativas, sin embargo, en ciertos casos, también trae consigo comportamientos compensatorios que resultan un cambio positivo en la vida de la persona. Desde esta perspectiva Hoffman y Klein (2002) plantean que uno de los aportes del sentimiento de culpa son las acciones con el fin de reparar un daño real o imaginario y al mismo tiempo realizar una autoevaluación de la propia persona.

Efectos negativos

Cuando la culpa es irracional e implica varias emociones negativas suele direccionarse hacia el autocastigo, lo cual se manifiesta en conductas perjudiciales y limitantes para la propia persona. Desde esta temática los autores Freud y Hoffman manifiestan que el sujeto tras el supuesto hecho de trasgresión percibe actitudes desaprobatorias por parte del otro y realiza todo tipo de actos a fin de conseguir su perdón o aprobación. Esto demuestra que deja de preocuparse por su propio bienestar debido a que la prioridad es satisfacer a un tercero.

Trastornos mentales implicados en la culpa anormal

La distorsión que ocasiona la culpa anormal causa reacciones críticas, las cuales al no ser solucionadas de forma adecuada podrían llegar a generar sintomatología de ciertos trastornos. Según el criterio de Corral, Amores y Echeburua (2001) se pueden manifestar los siguientes:

Por exceso

- Depresión: en cuanto a este trastorno, de acuerdo a Ginberg (1976) la culpa es considerada como la confrontación directa entre el criterio moral de las personas y sus objetivos. Al producirse un conflicto en esta área queda un espacio de crisis que al evolucionar de forma inadecuada se conformaría la depresión como tal
- Personalidad obsesiva: cuando la culpa se encuentra implicada en esta patología, según McWilliams (2011) el individuo crea una percepción negativa de sí mismo, que no se puede controlar y es autodestructiva, de modo que temen a sus propios instintos agresivos. Este motivo es por el cual llegan a ser muy críticos consigo mismos y al mismo tiempo compensan este malestar realizando acciones reparatorias de forma descontrolada

Por defecto

- Psicopatía: en esta patología, existe una ausencia de culpa, pues en concordancia con el Manual DSM IV (2010) existe “una falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros” (citado en Martínez, p.14). Esto se debe a su falta empatía hacia los sentimientos de los demás e inclusive su incapacidad para experimentar culpa y por tanto aprender de los castigos
 - Personalidad paranoica: en esta enfermedad mental, Corral (1994) y Garrido (2000) opinan que las personas pierden el sentido de la responsabilidad de sus actos y dirigen sus cometidos a los otros. Esto crea la

ilusión de que terceros son los encargados de sus desaciertos y situaciones negativas de vida

En conclusión, es un sentimiento que se origina basado en la interacción de tres condiciones: la percepción de haber transgredido u omitido una norma moral, la creencia de responsabilidad total del sujeto con respecto a la acción y, finalmente la idea de que dicha acción causo un daño a un tercero. No obstante la culpa puede ser normal cuando tiene un efecto reparatorio es decir, mediante comportamientos compensatorios positivos logra solucionar la situación. Por otra parte, puede ser anormal cuando ocasiona comportamientos autodestructivos en la persona al percibir que no puede solucionar la situación o como una forma de afrontamiento. A su vez podrían derivar en trastornos como, depresión y personalidad obsesiva, por el contrario, en caso de no asumir la culpa se podrían detectar psicopatías o personalidad paranoide. Como se puede observar el sentimiento de culpa en general no es negativo, pero dependerá como se desarrolla en el sujeto y como se transmite en su relación con los demás.

1.4. Paciente oncológico

A lo largo de la historia el cáncer ha sido considerado como una de las enfermedades que más ha causado muerte en el mundo; además de los dolorosos y complejos que son sus síntomas y tratamientos, sin embargo, muy poco se ha tratado acerca de sus implicaciones psicológicas.

Dentro de la literatura médica paciente oncológico de acuerdo a Cáceres, Ruiz, Germá y Busques (2001) es la persona que ha sido diagnosticado con un determinado tipo de cáncer, se encuentra dentro del periodo activo de la enfermedad, además se encuentra realizándose los respectivos tratamientos para su recuperación.

Sin embargo, este tipo de paciente pasa por diferentes fases, dentro de las cuales tendrá varias manifestaciones emocionales y comportamentales. Estas manifestaciones serán vividas a fin de lograr ciertas tareas, las cuales serán explicadas de mejor manera a continuación:

Fases psicológicas en la enfermedad oncológica

Dentro de la enfermedad oncológica el paciente no se mantiene estático en una sola etapa, pues pasa por diversas etapas de acuerdo a su estadio, gravedad y tipo de enfermedad. A esto se le añade el tipo de tratamientos que es administrado y finalmente el apoyo social que tiene el sujeto. Por lo cual Sánchez, Corbella y Camps (2010) proponen algunos periodos y actividades a realizarse en el transcurso de la enfermedad, estos son:

- Fase de pre diagnóstico: es la fase en donde el paciente comienza a tomar conciencia de los síntomas referentes a cierta patología y los riesgos que esta implicaría en su vida. Además, es un tiempo donde inician el ciclo de exámenes de comprobación, donde algunos son desgastantes y complejos, por lo cual implicaría las primeras reacciones de estrés correspondientes a un duelo anticipatorio. Es necesario recalcar que en esta etapa la génesis de toda emoción es la incertidumbre. En adición, la tarea primordial dentro de esta etapa es lograr la acomodación del individuo a los riesgos implícitos
- Fase aguda: este lapso tiene su inicio con el diagnóstico confirmado del profesional de la salud. A consecuencia del cual el paciente manifiesta varias reacciones: en primer lugar, las personas suelen expresar su incredulidad acerca de los resultados e indagan en otros confirmatorios, otros individuos suelen alejarse para meditar la situación, los cambios que ocurrirán en ella y la forma como los afrontarán; finalmente existen aquellos que entran en estado de shock y se sienten confundidos. Asimismo, dentro de esta etapa los pacientes entran en un periodo de disforia, donde se comienza a experimentar malestar psicológico exteriorizado en ansiedad, dificultades para la concentración, estado de ánimo deprimido y pensamientos recurrentes acerca de la patología. Dentro de este tiempo es primordial que el paciente logre aceptar su diagnóstico

- Fase crónica: es el tiempo que transcurre entre el diagnóstico y la etapa resultante, en donde el paciente elabora mecanismos de afrontamiento y adaptación a la enfermedad que pueden ser aquellos que ya ha utilizado en situaciones similares de su vida, u otros que se plantearon específicamente para la situación que se está experimentado actualmente. Aquí es necesario que la persona logre conseguir la adaptación al suceso, ya que así sus actividades y estado psicológico podrán mantenerse lo más establemente posible
- Fase final: es el desenlace final de la enfermedad, en este tiempo existen dos posibilidades: que el paciente sobreviva a la patología y de aquí en adelante planee su vida dentro de un periodo de salud y recuperación activo. En otros casos, la situación se puede tornar más compleja al punto de no tener solución con lo cual lo único que se esperaría es el deceso del sujeto. Debido a lo anteriormente mencionado, en el primer caso se debe instruir y guiar al paciente como sumir su nuevo estilo de vida; y en el segundo se tiene que alentar al individuo en dirección a los cuidados paliativos, cierres de actividades y aspectos espirituales

Culpa en el paciente oncológico

Dentro de los sentimientos que se manifiestan en el paciente oncológico se encuentra la culpa, según el criterio de Ayllón (2007) este afecto se lo puede evidenciar tanto en el paciente como en sus cuidadores. Por parte del paciente, se establece el pensamiento de que pudo haber evitado contraer la enfermedad y, al mismo tiempo, al evidenciar las reacciones de malestar en sus familiares se hace responsable de estas con lo cual inicia un periodo de malestar en sí mismo, ya que se introyecta un auto concepto negativo y basado en la creencia de que “no sirve para nada”, “es un estorbo”, “les hace daño”, esto resulta perjudicial en la adaptación a la enfermedad. Por el contrario, en cuanto a sus familiares, creen haber podido ayudar más al paciente a evitar la enfermedad o al verlo en situaciones crónicas manifiestan impotencia al no poder realizar acciones más

pertinentes. Producto de todo esto se pueden observar estados de sobreprotección al paciente, lo cual repercute en hipervigilancia para los familiares.

Para acotar lo anteriormente dicho, Echeburua, Corral y Amor (2001) manifiestan que este tipo de culpa es desadaptativa y podría desencadenar reacciones psicopatológicas como depresión, ansiedad y estrés. Sin embargo, también podría ser reparatoria, ya que algunos pacientes toman más conciencia de su salud para cuidarse de mejor manera.

En conclusión, un paciente oncológico es aquel que ha sido diagnosticado con algún tipo de cáncer y se encuentra dentro de los periodos activos de la enfermedad. En el nivel psicológico pasa por diferentes fases de adaptación en la patología, estas son: prediagnóstico, donde el paciente ante sus manifestaciones corporales y exámenes de comprobación atraviesa estados de incertidumbre y estrés al autoevaluar su situación. Después se presenta la fase aguda el cual tiene inicio con el diagnóstico en el mismo que se presentan estados de negación, meditación, reacciones catastróficas. Posteriormente viene la fase crónica que comprende todo el periodo entre tratamiento y resultado final en donde la persona determinará su estilo de afrontamiento ante la situación; y por último se encuentra la fase final donde existen dos opciones pues el paciente puede lograr una recuperación o prepararse para el final de su vida.

Además, en medio de estos periodos podría generarse el sentimiento de culpa desde el paciente por tener la percepción de toda responsabilidad con respecto a la enfermedad y la creencia de daño hacia sus semejantes. Por otra parte, los familiares piensan que pudieron haber evitado la situación y se evidencian reacciones de depresión, estrés y ansiedad. Como es evidente el cáncer no solo afecta al organismo del individuo sino a su entorno y relaciones sociales especialmente con la familia y en un ámbito más específico a sus hijos.

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Metodología

El presente trabajo de investigación es un estudio de carácter exploratorio y descriptivo. El corte es transversal y el método general corresponde al método científico aplicado a las Ciencias Sociales y a la Psicología.

Paradigma

La presente investigación está basada en un paradigma pos positivista, el mismo que desde la perspectiva de Flores (2004) se caracteriza principalmente por comprobación de hipótesis que son consideradas como verdaderas. Sin embargo, están sujetas a procesos metodológicos para comprobar su veracidad. Esto evidenciable en este estudio ya que se han planteado dos hipótesis en donde la primera afirma la relación entre las competencias parentales mientras que la segunda niega esta afirmación. A partir de estas suposiciones se aplicará la Escala de Parentalidad Positiva y la Escala de Sentimiento de Culpa que pondrán a prueba estas cuestiones.

Enfoque

En cuanto al enfoque de la investigación, se ha optado por utilizar la cuantitativa, la cual se basa a supuestos teóricos que generan información para las indagaciones y son recopilados en forma de datos de la muestra. Posteriormente los mismos son analizados por métodos estadísticos rigurosos, objetivos y verificables a fin de comprobar o rechazar una hipótesis (Hernández, Fernández, Baptista; 2010). En el caso actual se utilizará el Sistema de Análisis Estadístico SPSS 2.0, el mismo que mediante pruebas no paramétricas verificará la hipótesis de que existe una relación entre las competencias parentales y la culpabilidad en los pacientes oncológicos con rol parental.

Diseño

Este trabajo se enmarca dentro de un tipo de investigación no experimental, desde el criterio de Sousa, Driessnack y Costa (2007). Esta clasificación se caracteriza porque no existe la manipulación de ninguna de las variables, por el contrario, se observa el fenómeno en su estado natural por dos razones; la primera porque el hecho a ser estudiado no puede estar sujeto a experimentación y segundo debido a condiciones éticas. Así desde este punto de vista en este trabajo es evidente que se registra lo que sucede con los padres en condición oncológica mediante la ficha sociodemográfica *Ad Hoc* y los cuestionarios psicométricos Escala de Parentalidad Positiva y Escala de Evaluación de Culpa. Además, los sujetos no pueden estar sometidos a experimento ya que su condición de enfermedad orgánica no lo permite y hacerlo significaría faltar a las normas de éticas médicas, psicológicas y morales.

Alcance

Este estudio utiliza el alcance descriptivo, el cual, de acuerdo a Sousa, Driessnack y Costa (2007) se caracteriza porque no manipula ninguna de las variables, sino que describe solo el fenómeno circundante. Además de determinar frecuencias y clasificar toda la información que se halle a fin de aportar con conocimientos bases para la hipótesis planteada; dentro del actual estudio se estudiarán a las competencias parentalidad y culpabilidad en pacientes con rol parental sin manipular sus condiciones psicológicas ni de enfermedad, con los hallazgos encontrados, se analizará la información para obtener tipológicas de competencias prevalentes en eficacia o deficiencia e incidencia sentimientos de culpa normativos o patológicos, entre otros análisis que se realizaran con todos los datos.

Adicionalmente, este trabajo es un estudio de corte transversal ubica dentro el cual se caracteriza por “recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único” (Cortés & Iglesias, 2004, p.27). Es decir, estudia las cualidades de un determinado fenómeno en un solo periodo, dentro del presente trabajo la indagación se realizará en un instante donde los pacientes se encuentren dentro de la fase activa de la

enfermedad y sus hijos posean entre 0 a 14 años, por lo cual los reactivos psicológicos solo evidenciarán las condiciones de ese momento.

2.2. Técnicas e instrumentos

Técnicas

Las técnicas posibilitan el área práctica de la investigación, dentro de este estudio se utilizará la observación científica como preámbulo, factores intervinientes y antecedentes a las variables implicadas. Además, la recolección de datos por medio de la entrevista psicológica estructurada. Estas dos técnicas servirán para la comprobación o rechazo de la hipótesis a fin de aportar con información relevante al estado del arte dentro de la Psicosociología.

Observación científica

Este procedimiento es la base de esta investigación, pues según Bunge (2007) “tiene como objeto de estudio uno o varios hechos, objetos o fenómenos de la realidad actual donde el dato, será el resultado que se obtiene del proceso entre los sujetos y sus relaciones” (citado en Campos & Lule; p.49). En este caso lo que se observará es el comportamiento de los pacientes oncológicos en sus diferentes variables: personales, de relación y clínicas, además como estas podrían o no relacionarse con el sentimiento de culpa. En conclusión, esta técnica ayuda a obtener los fundamentos empíricos para la investigación.

Entrevista psicológica estructurada

Este recurso es de gran utilidad para obtener información acerca de temas específicos en los participantes, además las preguntas de este tipo de entrevistas son planteadas con anterioridad bajo ciertos parámetros y suelen dentro de categorías lo que asegura una mayor confiabilidad y objetividad. Por lo tanto, facilitan el análisis y la sistematización masiva de datos (Díaz, Torruco, Martínez, Varela; 2013), dentro del presente trabajo esta técnica utilizará dos cuestionarios

seleccionados para evaluar competencias parentales y culpabilidad, ambos cuestionarios serán auto administrados por los pacientes. En conclusión, estos reactivos permitirán obtener información concreta y relevante para los resultados de la investigación.

Psicometría

Esta técnica es la base para la utilización de test y según Meneses (2013) se define como:

Una rama de la psicología que, mediante teorías, métodos y técnicas vinculados al desarrollo y la administración de test, se ocupa de la medida indirecta de fenómenos psicológicos con el objetivo de hacer descripciones, clasificaciones, diagnósticos, explicaciones o predicciones que permitan orientar una acción o tomar decisiones sobre el comportamiento de las personas en el ejercicio profesional de la psicología (p.17)

Es evidente que este trabajo utiliza como teoría los postulados que Gómez y Muñoz utilizan en su clasificación de las competencias parentales y sobre los cuales elaboran la Escala de Parentalidad Positiva, cuyos cuestionarios una vez aplicados y evaluados serán sistematizados y correlacionados con la Escala de Evaluación de Sentimiento de Culpa. Esta última a su vez fue elaborada bajo los postulados teóricos de Zabalegui; en conclusión, estos cuestionarios permitirán conocer si existe una relación entre estas dos variables.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el presente estudio fueron: una Ficha Sociodemográfica *Ad Hoc* estructurada y dos cuestionarios de medición psicológica: Escala de Parentalidad Positiva (e2p) y Escala de Evaluación de Sentimiento de Culpa (SC-35)

Ficha sociodemográfica *ad hoc*

En primer lugar, esta ficha es un cuestionario estructurado en el cual se han recopilado varios factores que pueden influir en la temática de investigación y son importantes en la población oncológica; aquí se pueden distinguir dos secciones, correspondientes a cada variable.

Por un lado, en cuanto a la variable Competencias Parentales se encuentran preguntas relacionadas con los hijos como: género, edad, lugar que ocupa en la familia y problemas de discapacidad. Además, existen cuestiones referentes a los padres, como: rol parental, estado civil, nivel de instrucción, tiempo que ocupa en la crianza y dificultades de comunicación con los hijos.

En adición, dentro de la variable culpabilidad se incluyen interrogantes como: tipo de cáncer, creencia de responsabilidad parental, nivel socioeconómico, estilo de afrontamiento. En adición, se denota la capacidad de adaptación a la enfermedad, percepción de cambios emocionales y comportamentales en los hijos, relación con el cuidador, satisfacción del rol cumplido como padre, hipervigilancia y fases del duelo.

Escala de parentalidad positiva (e2p)

Los autores de este cuestionario son dos psicólogos clínicos chilenos, Esteban Gómez y María Muñoz (2014) quienes forman parte del equipo de salud mental en la Fundación Ideas para la Infancia. Su elaboración tomó aproximadamente 2 años con la finalidad de “identificar las competencias parentales que los adultos utilizan para relacionarse con su hijo o hija, niño o niña a su cargo” (p. 4). Es evidente que en la actual investigación será de utilidad para evaluar las habilidades que tienen los padres en situación oncológica para el cuidado y crianza de sus hijos.

Sin embargo, el cuestionario, de acuerdo al criterio de los autores inicialmente contaba con 100 reactivos de los cuales se eliminaron 7. Posteriormente fue enviado a 7 jueces expertos en la temática presente los cuales tras un análisis de

validez interna hicieron una reducción de 23 ítems. Un año más tarde se realizó una prueba piloto con 2 madres y un padre donde tras algunos estudios solo quedaron 42 ítems.

Por último, se decidió en que el cuestionario constaría de 54 ítems los cuales están divididos en 4 tipologías de competencias cada una con varios componentes, de la siguiente manera en el Cuadro 1:

Cuadro 1. Esquema de competencias parentales y componentes de la parentalidad

Competencia Parental	Componentes
- Vinculares	- Mentalización - Sensibilidad parental - Calidez emocional - Involucramiento
- Formativas	- Estimulación del aprendizaje - Orientación y guía - Disciplina positiva - Socialización
- Protectoras	- Garantías de seguridad física, emocional, y psicosexual - Cuidado y satisfacción de necesidades básicas - Organización de la vida cotidiana - Búsqueda de apoyo social
- Reflexivas	- Anticipar escenarios vitales relevantes - Monitorear influencias en el desarrollo del niño/a - Meta- Parentalidad o Auto-monitoreo parental - Autocuidado parental

Fuente: Gómez, E; Muñoz, M. (2014). Publicado en: Manual de Escala de Parentalidad Positiva

Estas competencias se distribuyen así dentro del cuestionario: del ítem 1 al 14 se identifican con las Competencias Vinculares, en cambio, del ítem 15 al 26 se encuentran las Competencias Formativas. Más adelante del ítem 27 al 43 están las Competencias Protectoras y finalmente del ítem 44 al 54 se hallan las Competencias Reflexivas.

Además, estos reactivos según el criterio de Gómez y Muñoz (2014) son

entregados al padre o madre con las indicaciones de que deben ser respondidos de acuerdo a la vivencia parental en los últimos tres meses. Esto implica la existencia de tres tipos de cuestionarios que han sido divididos para que los ejemplos citados en cada ítem sean relacionados con determinadas edades, estos son: de 0 a 3 años, otro de 4 a 7 años y por último de 8 a 14 años. En la actual investigación se solicitó a los pacientes que los cuestionarios sean aplicados en base a la experiencia que han tenido con sus hijos dentro del periodo activo de la enfermedad.

Cabe resaltar que las preguntas son respondidas bajo una escala Likert y puntaje de (Tabla 1). De acuerdo a los puntajes anteriormente mencionados, el cuestionario posee tres tipos de resultados: zona optima, zona de monitoreo y zona de riesgo

Tabla 1. Calificación de Escala de Parentalidad Positiva

Escala Likert	Puntuación
Casi nunca	1 punto
A veces	2 puntos
Casi siempre	3 puntos
Siempre	4 puntos

Fuente: elaboración propia¹

Por otro lado, dentro de las propiedades psicométricas con las que cuenta esta escala se encuentra la confiabilidad. Esta escala está dentro de un rango de buena o excelente, dentro de todos los tipos de competencias (Tabla 2). Es importante mencionar que para obtener este estudio se realizó una prueba con 333 padres y madres.

¹ A partir de Gómez, E; Muñoz, M. (2014)

Tabla 2. Consistencia Interna E2P (versión de 54 ítems, estudio final).

	N	Alfa de Cronbach (Gomez & Muñoz)	Nº de Ítems
Escala Total	278	0,946	54
Competencias Vinculares	333	0,898	14
Competencias Formativas	326	0,860	12
Competencias Protectoras	285	0,845	17
Competencias Reflexivas	333	0,817	11

Fuente: Gómez, E; Muñoz, M. (2014).²

Finalmente, la validez de constructo y recurrente que posee este cuestionario, según Gómez y Núñez (2014) tiene sus bases firmes en el repertorio teórico en el que tiene su fundamento. Además de la revisión realizada por los especialistas en terapia familiar y competencias parentales y la opinión de los participantes acerca de la escala, lo cual hace que este reactivo sea válido y confiable para este estudio. Sin embargo, no se ha podido obtener el alfa de Cronbach de la investigación, debido a que se requieren al menos 100 participantes o 3 por cada ítem (Morales, 2010), es evidente que esta investigación no cumple estos requisitos.

Escala de evaluación de sentimiento de culpa (SC-35)

Este cuestionario fue creado por el psicólogo clínico Luis Zabalegui (1993) con el fin de “descubrir la tendencia o disposición general a experimentar sentimientos de culpa” (citado en García, Gorospe, López, Vásquez; p.10). En el caso de la población oncológica se busca el sentimiento de culpa que está estrechamente ligado a las competencias parentales. Adicionalmente, consta de 35 ítems los cuales fueron creados en dos momentos, el primero tras un análisis de literatura psicológica y, el segundo, con la finalidad de elaborar un cuestionario que mida

² Nota: la diferencia en los N, se debe a la opción de No Aplica, en ítems que supone la asistencia, Publicado en: Manual de Escala de Parentalidad Positiva a Jardín Infantil o Sala de Cuna

características de actitud en los sujetos que vivencian la culpa (Colop, 2016), como es evidenciable la escala cuenta con bases teóricas y estratégicas dentro de esta temática.

Para responder al reactivo, en las instrucciones se encuentra una frase que dice “Cada ítem expresa algo que en su caso puede ser”, seguido de las opciones TF (totalmente falso o falso simplemente), MBF (más bien falso, es decir más falso que verdadero), MBV (más bien verdadero, es decir más verdadero que falso) y TV (totalmente verdadero o verdadero sin más) (Zabalegui, 1993). Esto hace alusión a que el sujeto le dará cierto grado de verdad o mentira a las proposiciones según su percepción.

Cabe resaltar que la calificación del cuestionario se divide en dos partes, ya que los ítems de acuerdo a ciertas secciones adquieren valores diferentes, de la siguiente manera (Tabla 3).

Tabla 3. Corrección de la Escala			
Ítems invertidos (el 1 y el 31)			
TF	MBF	MBV	TV
5 puntos	4 puntos	2 puntos	1 punto
Ítems restantes			
TF	MBF	MBV	TV
1 punto	2 puntos	4 puntos	5 puntos
Ítems sin contestar o mal contestados			
3 puntos			

Fuente: Echeburúa, E; Corral, P; Amor, P. (2001).³

Las puntuaciones anteriormente mencionadas se suman en su totalidad, lo cual arrojará diferentes valores, lo cuales tendrán diversas interpretaciones, como se evidencia a continuación (Tabla 4)

³ Publicado en: Estrategias de Afrontamiento ante los Sentimientos de Culpa

Tabla 4. Interpretación de las Puntuaciones

Puntuaciones	Significado
Más de 140 puntos	Sentimientos de culpa extremadamente agobiantes
Más de 120 puntos	Sentimientos de culpa excesivos
Entre 100 y 120 puntos	Tendencia a culparse más de lo debido
Entre 70 y 90 puntos	Sentimientos de culpa normales
Entre 40 y 60 puntos	Poca tendencia a experimentar sentimientos de culpa
Menos de 40 puntos	Sentimientos de culpa escasos. Poca influencia de la opinión de los demás
Menos de 20 puntos	Carencia de sentimientos de culpa. Insensibilidad emocional

Fuente: Echeburua, E; Corral, P; Amor, P. (2001).

En cuanto a las propiedades psicométricas que posee esta escala, se puede observar una confiabilidad alta de ($=0.88$) lo cual corresponde a “muy buena”, la misma que ha sido probada con éxito en otros estudios (García, Gorospe, López, Vásquez; 1997). En cambio, la validez concurrente da como resultado 0.64 en correlación con la escala 16pf, además de acuerdo a la variable intrínseca se encontró que la culpa como constructo tiene 9 factores: creencia de defraudar las expectativas de los otros, baja autoestima, súper yo severo, insatisfacción por el pasado, vergüenza, desprecio por sí mismo y aprehensión (Sacón, 2015). Entonces este cuestionario posee las características necesarias para que los resultados de esta investigación sean confiables y válidos.

2.3. Población y muestra

Población

La población de la presente investigación fueron los pacientes oncológicos con rol parental de las áreas de consulta externa, hospitalización y quimioterapia ambulatoria del Hospital Oncológico SOLCA Ambato. El número total de población estimada ascendía aproximadamente a 200 pacientes según el reporte estadístico emitido por la Dirección Médica del Hospital Oncológico SOLCA Ambato en el año 2018, sin embargo, debido a la falta de pagos por convenios de la institución IESS a SOLCA Ambato, se interrumpió el servicio a ciertos pacientes por falta de insumos. Por tanto, tuvieron que trasladarse a SOLCA Núcleo Quito (La Hora, 2018), por esta razón la población descendió a aproximadamente 90 pacientes.

Muestra

La muestra seleccionada se realizó en base a un cálculo en el cual se utilizó el 95% de confiabilidad y un 5% de error, en base a un universo de 90 pacientes, con lo cual se obtuvo un total de 54 pacientes. Debido a esto se utilizará pruebas no paramétricas, este tamaño de muestra fue seleccionando considerando las características requeridas de los pacientes.

Muestreo

El muestreo seleccionado en este tipo de investigación fue no probabilístico, según Díaz (2006) se caracteriza porque los participantes que ingresen a la muestra, deberán cumplir ciertos criterios específicos de la investigación. En el actual estudio se utilizarán algunos criterios de inclusión: cumplir el rol de padre, madre o ambos con un niño/a a su cargo, los hijos tendrán de 0 a 14 años. Los pacientes se encontrarán en la etapa activa de la enfermedad, el tipo de cáncer será independiente y mantendrán un nivel de conciencia adecuada para responder a los reactivos. Sin embargo, los criterios de exclusión serán: hijos mayores de 14 años, periodo de recuperación de la enfermedad y estados patológicos de conciencia en el momento de la evaluación.

2.4. Caracterización de la muestra

Análisis de las variables sociodemográficas personales

En la presente investigación participaron 60 paciente oncológicos que desempeñaban un rol parental, los cuales fueron elegidos por método de muestreo no probabilístico, todos ellos se encontraban en la fase activa de cáncer y realizaban sus tratamientos médicos en el Hospital SOLCA Ambato, además tenían hijos cuyas edades oscilaban entre 0 a 14 años.

Las variables sociodemográficas estuvieron relacionadas tanto a los padres como los hijos y se las puede distinguir en 3 tipologías. Estas son: personales,

psicológicas y de relación, las cuales fueron analizadas desde la percepción de los padres. En cuanto al tipo de variables utilizadas, fueron dos: cualitativas y cuantitativas, las primeras variables se analizaron mediante los estadísticos: máxima (*Max*), mínima (*Min*), media aritmética (*M*) y la desviación estándar (*Ds*). Por otra parte, dentro del segundo grupo de variables estudiadas se utilizaron frecuencias (*f*) y porcentajes (%), como se puede observar en la tabla a continuación (ver tabla 5).

Tabla 5. Variables de los padres

Variables	Estadísticos			
	Min	Max	M	Ds
Edad	24	57	40,78	6,187
	Frecuencia		Porcentaje	
Rol parental				
Padre	15		25	
Madre	18		46,7	
Ambos	17		28,3	
Estado civil				
Soltera/o	5		8,3	
Casada/o	37		61,7	
Divorciada/o	3		5	
Viuda/o	2		3,3	
Unión libre	13		21,7	
Nivel de instrucción				
Primaria	21		36	
Secundaria	17		28,3	
Superior	22		36,7	
Actividad laboral				
SI	41		68,3	
NO	19		31,7	
Nivel Socioeconómico				
Alto	0		0	
Medio	39		65	
Bajo	21		35	
Fase de la enfermedad				
Fase 1	10		16,7	
Fase 2	29		48,3	
Fase 3	17		28,3	
Metástico	4		6,7	
Tiempo de diagnóstico				
6 meses o menos	38		63,3	
7 meses a 2 años	15		25	
3 años o mas	7		11,7	

Fuente: elaboración propia

De acuerdo a los datos obtenidos referente a la edad de los padres, los pacientes

oncológicos con rol parental participantes en la investigación mostraron una edad mínima de 24 años y máxima de 57, una media aritmética de $M= 40,78$ años y una desviación estándar de $Ds= 6,187$. Con estos resultados se puede deducir que la mayoría de padres poseen alrededor de 41 años de edad, esta edad corresponde a la adultez media, la cual según el criterio del psicoanalista Elliott Jacques (1967), atraviesa por la crisis de la edad media en donde las personas realizan una revaloración y revisión de su trayectoria de vida, además retrospectiva de los logros alcanzados, se preparan para alcanzar las metas pendientes y sobre todo es importante influir en los demás (citado en Papalia, Wendkos & Duskin). Sin embargo, debido a que esta población se encuentra en condición oncológica es evidente que se encuentran a la expectativa de una posible muerte o de vivir a expensas de tratamientos los cuales le limitan en tiempo y realización de actividades. Por consiguiente, le impiden aprovechar oportunidades que tuviera al momento, esto a su vez ocasiona pérdida de motivación y concentración en sus labores (Alarcón, 2006). Dentro de este contexto de parentalidad es evidente que los padres necesitan influir en sus hijos y cumplir metas con respecto a sí mismo y su familia, sin embargo, la condición de salud retrasa o clausura estos planes.

En la distribución por rol parental que asumen, el 25% se identifican como padre, mientras que el 46,7% lo hacen como madre y finalmente el 28,3% se responsabilizan de ambos roles. Es evidente que existe una prevalencia de pacientes que ocupan el rol materno, el mismo que desde la perspectiva de Erickson (2010), se ve influenciado por la característica normativa de la adultez media llamada generatividad. Se hace alusión a la “preocupación por establecer y orientar a la siguiente generación, perpetuándose a través de la influencia de los seguidores”, dentro de las habilidades en las mujeres se enfatiza la capacidad de cuidar y criar a sus hijos (citado en Papalia, Wendkos & Duskin). Sin embargo, debido a la condición clínica de esta población estas metas evolutivas se ven limitadas.

Además, en cuanto al estado civil de los participantes el 8,3% se encuentra soltero, en tanto que el 61,7% están casados, seguidamente el 5% se han divorciado, el 3,3% ha enviudado y por último el 21,7% permanece en unión libre. Por lo tanto, es

evidenciable que la mayoría de participante se encuentran casados, esta característica es normativa dentro de los eventos de esta etapa.

Es notable que en el análisis de los participantes en relación al nivel de instrucción que han alcanzado, el 36% se educaron hasta la primaria, mientras que el 17% lo hicieron hasta la secundaria y finalmente el 22% curso estudios superiores. Como es evidente la prevalencia dentro de este criterio recae en la educación superior, este aspecto dentro de esta investigación se considera como positivo pues Palacios e Hidalgo (2005). Dentro de su clasificación de padres consideran que aquellos que tengan estudios superiores corresponden a los modernos, los cuales poseen técnicas de control democrático. Padre y madre muestran altos niveles de participación y su forma de relación está ajustada a las necesidades de sus hijos (citado en Muñoz), lo cual contribuye en el proceso de crianza a pesar de las limitaciones correspondientes a la enfermedad.

En cuanto a la ejecución de actividades laborales, el 68,3% de participantes se encuentran realizando alguna actividad económica, sin embargo, el 31,7% no lo hace. Por lo cual se puede deducir que la mayoría de pacientes todavía realizan algún tipo de trabajo, a esto es necesario adicionarle que el 65% de pacientes están dentro de un nivel socioeconómico medio. Ante estos datos Álvarez (2014) menciona que hay una estrecha relación entre salud psicológica, ingresos y actividad laboral, ya que las personas que se encuentran laborando, además de percibir utilidad social se dan cuentan que obtienen dinero para cumplir con sus diferentes actividades y poseen emociones más positivas.

Por otra parte, el análisis de las fases de enfermedad oncológica en las que se encuentran los pacientes, se evidencia que el 16,7% permanece en la fase 1, mientras que el 48,3% están en fase 2, seguidamente 28,3% ha desarrollado la fase 3 y finalmente el 6,7% se hallan en la etapa Metástico. Dados los resultados es evidente que la mayoría han llegado a la fase 2, este dato es positivo dentro del estudio ya que según el National Cancer Institute (2004), hace alusión a que la progresión del crecimiento de las células cancerígenas es relativamente bajo y tiene un buen pronóstico, lo cual contribuye la adaptación de los padres al cáncer y su

aporte a la crianza.

Para finalizar, de acuerdo al tiempo de diagnóstico, el 63,3% de pacientes han sido prescritos como pacientes oncológicos en un periodo de 6 meses o menos, seguidamente el 25% lo han sido en un lapso de 7 meses a dos años y el 11,7% llevan 3 años o más dentro de esta condición.

En esta investigación también se incluyeron variables sociodemográficas personales referentes a los hijos, las cuales se muestran en la tabla siguiente (ver tabla 6):

Tabla 6. Variables relacionadas con los hijos

Variables	Estadísticos			
	Min	Max	M	Ds
Edad	2	14	8,68	3,061
	Frecuencia		Porcentaje	
Género				
Masculino	29		48	
Femenino	31		51,7	
Lugar en la familia				
Primer hijo	8		13,3	
Segundo hijo	27		45	
Tercer hijo	15		25	
Hijo benjamín	5		8,3	
Hijo único	5		8,3	
Presencia de discapacidad				
SI	2		3,3	
NO	58		96,7	

Nota: 60 observaciones
Fuente: elaboración propia

Como se puede observar en la distribución de la edad en los hijos, se encontró una mínima de 2 años y máxima de 14, además una desviación estándar de $Ds=3,061$ y una media aritmética de $M=8,68$. Debido a lo cual se puede concluir que la mayoría de infantes oscilan entre los 9 años, en esta edad de acuerdo a Piaget (1962) se experimentan cambios importantes como el desarrollo de funciones ejecutivas a través de razonamiento inductivo. Así pues, los niños a partir de una serie de sucesos extraen ciertas conclusiones, las mismas que les servirán para tomar decisiones básicas. Además, dentro de su desarrollo moral se consideran más de un aspecto para emitir juicios ya que son más flexibles (citado en Papalia,

Wendkos & Duskin), de esta manera se podría asumir que los niños a través de los síntomas que sus padres manifiesten comprenden que sus padres están enfermos y deducen la gravedad de la situación. Sin embargo, también consideran otros aspectos para emitir un juicio o reacción ante esta situación; aunque según Guillén, Gordillo, Gordillo, Ruiz y Gordillo (2013) los infantes también entienden a la muerte como un suceso real e irreversible. Por lo cual, si bien comprenden la condición clínica de sus padres, dependiendo de su sintomatología y otros factores también podría expresar su miedo ante el fallecimiento.

En cuanto al género, se evidencia que el 48% corresponden al masculino y el 51,7% al femenino, por lo cuales se puede deducir que la mayoría de hijas son mujeres dentro de la muestra. Cabe notar que de acuerdo a según Guillén, Gordillo, Gordillo y Ruiz (2014) las niñas que posee un progenitor con cáncer suelen presentar sintomatología internalizantes como depresión, somatización o ansiedad, lo cual al ser percibido por los padres podría originar sentimientos de culpa.

Además, en la distribución del lugar que ocupan en la familia el 13,3 % son primeros hijos, mientras que el 45% son segundos, seguidamente el 25% tiene un tercer lugar, un 8,3 son considerados hijos benjamín y por último otro 8,3% son hijos únicos. Con esto se verifica una prevalencia de segundos hijos del núcleo familiar, según Adler (2010) los niños que ocupan este lugar en la familia poseen varios beneficios. Debido a que sus padres cambian su comportamiento en cuanto a educación y crianza además que cuenta con su hermano mayor quien dependiendo de su afinidad también será su guía y modelo a seguir (citado en Schutlz & Schutlz). Dentro de esta temática es necesario mencionar que existe una prevalencia de un 36,7% de participantes que se encuentran con sus hijos la mayor parte del tiempo.

De acuerdo a Sánchez, Alonso, Hernández y Bragado (2007) tiene efectos positivos en el segundo hijo pues percibe más atención y apoyo parental. Entonces es evidente que los segundos hijos además de contar con un estilo de crianza diferente, tienen dos fuentes de apoyo que son sus padres y hermanos lo cual contribuye a su proceso de resiliencia ante la situación médica de sus progenitores. Finalmente, en el análisis de presencia de algún tipo de discapacidad en los hijos

se pudo hallar que el 96,7% no posee ninguna clase de discapacidad, mientras que el 3,3% si lo hace. Sin embargo, la mayoría de hijos no presenta estas patologías, en este sentido Contreras (2015) afirma que los padres son de adaptación emocional, social y emocional para sus hijos con discapacidad. Esto ocasiona una percepción de sobre exigencia en su rol, además situaciones adicionales de enfermedad podrían considerarse problemas y tensiones en la pareja. Afortunadamente dentro de este estudio la mayoría de progenitores no tiene que pasar por esta condición y es más viable seguir asumiendo sus competencias parentales.

Análisis de las variables sociodemográficas de relación

El actual trabajo cuenta con variables referentes estilo de relación que mantienen los padres con sus hijos en varios aspectos como: comunicación, responsabilidad, cuidador del paciente y confianza generada, tiempo compartido con los hijos y percepción de cambio en los mismos; además estos factores son importantes en la investigación debido a que mantienen estrecha conexión con las competencias parentales y la culpabilidad. Cabe acotar que todas las variables se han considerado como cualitativas medidas, mediante frecuencia (*f*) y porcentaje (%) los resultados obtenidos se visualizan en la siguiente tabla (ver tabla 7)

Tabla 7. Variables sociodemográficas de relación

Variables	Estadísticos	
	Frecuencia	Porcentaje
Cuidador del paciente		
Madre	7	11,7
Hijos	8	13,3
Esposo/a	37	61,7
Ninguno	8	13,3
Confianza en el cuidador		
SI	43	71,7
NO	17	28,3
Tiempo compartido con el hijo		
Mayor parte del día	22	36,7
Medio día	17	28,3
Pocas horas del día	21	35
Estilo de comunicación durante la enfermedad		
Compartir sentimientos y pensamientos	24	40
Comunicación no verbal del malestar	1	1,7
Conductas desadaptativas en la comunicación	11	18,3
Simulación de estados de bienestar	20	33,3
Aislamiento y silencio respecto al malestar	4	6,7
Creencia de responsabilidad parental		
Apoyo social para la crianza	42	70
Responsabilidad parcial parental	9	15
Responsabilidad parental delegada a terceros	1	1,7
Responsabilidad absoluta parental	8	13,3
Percepción de cambios emocionales y conductuales en los hijos		
SI	43	71,7
NO	17	28,3
Cambios emocionales y conductuales percibidos		
Tristeza	35	58,3
Preocupación por la salud	38	63,3

Nota: 60 observaciones
Fuente: elaboración propia

Como es evidente, en cuanto a las personas que se encargan del cuidado del paciente en el transcurso de la enfermedad, el 11,7% reportan que es su madre, mientras que en el 13,3% lo hacen sus hijos. Sin embargo, en el 61,7% de participantes esta responsabilidad es asumida por sus esposos o esposas. Por último, el 13,3% no posee ninguna persona que los cuide. En conclusión, existe una prevalencia de sujetos están acompañados por sus conyugues, en los cuales el 71,7% de pacientes confían. Esta temática de acuerdo al punto de vista de Papalia, Wendkos y Duskin (2010) es justificada debido a que los adultos de edad media en cuanto a los varones suelen tomar actitudes más comprensivas orientadas al cuidado familiar lo cual genera emociones positivas en sus esposas y a su vez mejora su calidad de vida. Además, desde la perspectiva psicooncológica el matrimonio constituye un factor protector para la persona enferma y su familia

(Alarcón, 2006). Es observable que el cuidado del conyugue es importante para conservar un adecuado proceso de crianza desde la estabilidad de los padres

Por otro lado, se indago acerca de los estilos de comunicación que se mantiene durante la enfermedad, ante lo cual el 40% afirman que pueden transmitir sus sentimientos y pensamientos relacionados al estado oncológico a sus hijos. Por su lado el 1,7% refiere que sus hijos perciben su estado emocional con tan solo gestos o expresiones faciales. Además, el 18,3% refiere que se torna triste o irritable cuando los hijos inician una conversación acerca de la enfermedad. Así también, el 33,3% afirman que en presencia de sus hijos intenta disimular estado de bienestar. Y por último el 6,7% prefieren aislarse o mantenerse en silencio cuando presentan malestar físico o emocional, motivo por el cual se evidencia una prevalencia de padres que pueden transmitir pensamientos y sentimientos. Así pues, según, Guillén, Gordillo, Gordillo y Ruiz (2014) es que los padres informen las situaciones relacionadas con la edad debido a que aporta a la salud y estabilidad psicológica de los infantes. Además, contribuye al ajuste del ejercicio de la paternidad, cabe notar que la comunicación de estos factores con niños de 9 años debe estar basada en la reflexión de los detalles acerca de la enfermedad, la dinámica familiar y la permanencia de su seguridad pese a las circunstancias. Entonces este aspecto es positivo dentro de la práctica parental y aplaca el sentimiento de culpa en los padres.

Cabe acotar, que dentro de la distribución de la creencia de responsabilidad que los padres perciben, el 70% afirma tener el apoyo de amigos y familiares en la crianza de los niños, en tanto que el 15% piensa que otras personas podrían cuidar a sus hijos en su ausencia. En cambio, el 1,7% perciben que sus hijos pueden ser totalmente cuidados por otros sin importan su presencia y finalmente el 13,3 manifiestan que las responsabilidades de la crianza son únicamente de ellos. De esta manera es evidente que la mayoría de participantes tiene la creencia de contar con apoyo social. Este factor es importante ya que el apoyo social ayuda a mejorar el estado de ánimo, reduce la percepción de la enfermedad como limitante y aporta a mayores niveles de satisfacción de vida y familia (Alarcón, 2006). En conclusión, esta contribución social brinda una percepción al paciente de que no posee

obstáculos para seguir cumpliendo su función parental y mantenerse bien consigo mismo.

Finalmente, en relación a los cambios emocionales y conductuales de los hijos percibidos por los padres desde el diagnóstico oncológico, el 71,7% de participantes reportan que si han existido modificaciones de tal índole. Mientras que el 28,3% no los refiere; de esta manera se concluye que existe una prevalencia de padres que si han notado cambios; además manifiestan que las expresiones de los niños en su mayoría son tristeza y mayor preocupación por la salud de los padres, estas modificaciones percibidas por los padres podrían tener su explicación en lo que se había mencionado anteriormente. Las niñas manifiestan mayormente sintomatología depresiva lo cual viene relacionado con la tristeza, sin embargo, los niños a los nueve años, de acuerdo a sus características normativas también presentan actitudes altruistas donde generan empatía y cuidado hacia personas vulnerables (Papalia, Wendkos y Duskin; 2004). Por lo cual, se puede deducir que, si bien los infantes demuestran tristeza, también demuestran un ajuste positivo mediante el cuidado a los padres en condición oncológica.

Análisis de las variables sociodemográficas clínicas

La investigación también cuenta con variables sociodemográficas asociadas al ámbito psicológico de la enfermedad, lo cuales cobran importancia ya que podrían modular el ejercicio de las competencias parentales y la construcción del sentimiento de culpa. Los factores que se han incluido son: estilos de afrontamiento, etapa de duelo relacionado al cáncer, adaptación a la nueva condición de salud e hipervigilancia parental.

Cabe acotar que estas variables han sido analizadas de forma cualitativa con medidas estadísticas como frecuencia (f) y porcentaje (%), como se observa a continuación (ver tabla 8):

Tabla 8. Variables sociodemográficas clínicas

Variables	Estadísticos	
	Frecuencia	Porcentaje
Estilos de afrontamiento		
Negación	10	16,7
Evitación	6	10
Justificación	6	10
Reparación indirecta a los demás	9	15
Reparación directa de sí mismo	21	35
Otros	8	16,3
Etapa de duelo en la enfermedad		
Fase de shock o estupor	3	5
Fase de anhelo y búsqueda	7	11,7
Fase de desorganización y desesperación	14	23,3
Fase de reorganización y recuperación	36	60
Adaptación a la enfermedad		
SI	56	93,3
NO	4	6,7
Hipervigilancia parental		
SI	42	66,7
NO	9	3,3

Nota: 60 observaciones
Fuente: elaboración propia

Como es evidente, de acuerdo a la distribución de los estilos de afrontamiento asumidos por los pacientes, el 16,7% ha optado por negar la situación, en tanto que el 10% se encuentra evitando aspectos relacionados con la enfermedad. Otro 10% tiene justificaciones acerca del trascurso y tratamiento para el cáncer, así mismo el 9% realiza acciones para apoyar a sus amigos o familiares. Sin embargo, el 21% actúa a fin de cuidarse a sí mismo para no cronificar el estado oncológico y por último el 16,3 asume otros estilos de afrontamiento. Por lo cual se puede concluir que la mayoría de participantes han decidido procurar cuidados para sí mismos.

Desde el punto de vista de Iraurgi, Paéz y Velazco (2004) este estilo está relacionado con aquellos centrados en el problema en donde el paciente busca una solución desde su propio cuidado integral para poder compensar a los demás y a sí mismo. También es considerado como uno de un afrontamiento adecuado para el ajuste social, es evidente que los participantes procuran mantener un buen estado de salud como estrategia para superar la situación. Esta información está relacionada con el 60% de padres en esta investigación se encuentran en una fase de duelo de organización y recuperación. Según Boo (2013) explica que ya se

encuentran en una fase donde se han adaptado a un nuevo estilo de vida y reorganizando sus nuevas rutinas y actividades a sus capacidades. Entonces esta población demuestra que a la vez que cumplen sus necesidades médicas también han adaptado sus funciones incluida la parentalidad.

Por otro lado, en el análisis de la adaptación a la enfermedad, el 56% de paciente poseen características de adaptación y el 6,7% aun no las asumen, por lo cual es notable que la gran parte de muestra a logrado acoplarse a la condición de salud. Desde el punto de vista de Folkman y Greer (2005) esto se relaciona con dos aspectos: la valoración y el afrontamiento, es decir los recursos y percepción que tiene el paciente de la enfermedad y sus capacidades (citado en Barroilhet, Forjaz & Garrido). Como se mencionó anteriormente el paciente cuenta con varios aspectos positivos que contribuyen a su proceso de resiliencia como su etapa normativa, estado civil, apoyo social y posibilidad de comunicarse los cuales aplacan los efectos psicológicos negativos y le permiten seguir cumpliendo sus roles familiares.

Para finalizar, el estudio del estado de hipervigilancia de los padres en relación a sus hijos refleja que el 66,7% posee síntomas referentes mientras que el 3,3% no lo manifiesta. Es visible que la mayoría de padres están preocupados excesivamente por sus hijos, esto ocurre debido a que los padres, aunque cuenten con factores positivos no descartan la posibilidad de fallecer y por lo cual se encuentran atentos a no perder a su familia (Fuentes & Blasco, 2017). También cabe acotar lo que se mencionó anteriormente acerca de la necesidad de los padres de influir en la crianza de sus hijos en esta etapa normativa. Por eso se puede concluir que los progenitores al tener en cuenta la posible muerte tornan la atención hacia sus hijos de forma inadecuada.

2.5. Procedimiento metodológico

Para realizar la presente investigación en primer lugar se realizó una búsqueda de información teórica respecto a las competencias parentales y la culpabilidad, la cual fue analizada y depurada. Posteriormente se seleccionaron reactivos de evaluación

psicológica correspondientes a las variables mencionadas, los elegidos fueron: Escala de Parentalidad Positiva (e2p) y Escala de Evaluación de Sentimiento de Culpa (SC-35). Además, se agregó una Ficha Sociodemográfica Ad Hoc en la cual se recopilaban factores intervinientes resultantes de las observaciones realizadas previamente.

Seguidamente se solicitó los permisos necesarios en Dirección Médica del Hospital SOLCA Ambato, para poder ejecutar la evaluación en los pacientes. Al haber conseguido la autorización se procedió a un acercamiento personal a cada paciente que cumplía los requerimientos, para explicarle los objetivos y las motivaciones de la investigación. Una vez aceptada y firmada la Carta de Consentimiento, se entregó los reactivos para la autoevaluación de los participantes.

Después de haber evaluado a toda la muestra, los datos fueron ingresados al programa Sistema de Análisis Estadístico SPSS 2.0, que es un software estadístico que analiza datos y realiza graficas de descriptores estadísticos, se utilizaron pruebas no paramétricas.

Finalmente, tras obtener los resultados, se obtuvo información novedosa acerca de la relación entre las competencias parentales y la culpabilidad en los pacientes oncológicos con rol parental. Esto servirá para aportar en futuras investigaciones y de igual manera para crear modelos de acompañamiento psicológico para padres en estas circunstancias de enfermedad.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1. Análisis descriptivo de las competencias parentales

En esta sección se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Parentalidad Positiva dentro de la muestra estudiada. Este instrumento fue elaborado por Gómez y Muñoz, tiene el objetivo de evaluar las habilidades de cuidado y crianza de los padres con respecto a sus hijos, por lo cual se subdividen en 4 tipo de competencias, como son: vinculares (14 ítems), formativas (12 ítems), protectoras (17 ítems) y finalmente las reflexivas (11 ítems). A continuación, se muestra el análisis descriptivo de los valores mínimo (*Min*), máximo (*Max*) y media aritmética (*M*), desviación típica (Ver tabla 9):

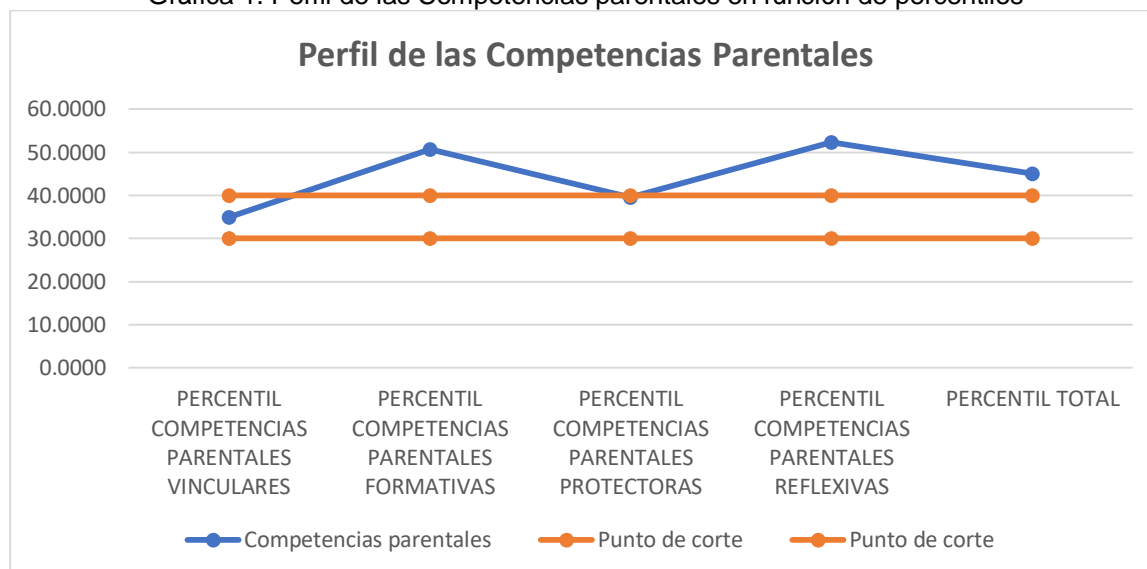
Tabla 9. Análisis descriptivo de las Competencias Parentales

Competencias Parentales	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Competencias vinculares	18	56	41,70	8,50
Competencias formativas	16	48	38,93	6,94
Competencias protectoras	18	68	51,18	9,62
Competencias reflexivas	11	43	32,10	6,62
Competencias totales	63	215	163,92	28,29

Nota: 60 observaciones

Sin embargo, para una mayor explicación se extrajo los puntos de corte de todas las competencias, con lo cual se elaboró un perfil de todas las competencias parentales a fin de comprender su distribución en niveles, como se presenta a continuación (gráfica 1).

Gráfica 1. Perfil de las Competencias parentales en función de percentiles



En referencia a las competencias vinculares, dentro del análisis descriptivo se estableció como valor mínimo $Min= 18$, un máximo de $Max= 56$, con una media de $M=41,70$ y desviación típica de $Ds= 8,51$. Además en la gráfica se puede observar que los resultados en estas competencias se encuentran por debajo de los valores de normalidad, este aspecto de acuerdo a Moreno. Krikorian y Palacio (2015) afirman que la mayoría de pacientes oncológicos presentan varios cambios en su estilo de vida los cuales generan síntomas como: impotencia, irritabilidad, estrés, desesperanza, pérdida del control, miedo, culpa, entre otros los cuales hacen alusión al miedo a la enfermedad. Estos a su vez según Horno (2006) influyen en la capacidad de generar apego seguro en sus hijos ya que reducen la capacidad de responsividad en los padres al no poder captar las necesidades de los infantes.

Además, los progenitores no dedican gran cantidad de tiempo en la conexión emocional con sus hijos debido a que como ya su estilo de afrontamiento está centrado en su propia recuperación y cuidados de salud.

En base a las competencias formativas, se obtuvo un valor mínimo de $Min= 16$, en tanto que el máximo fue de $Max= 48$, con una media de $M= 38,93$ y desviación típica de $Ds=6,94$. Cabe acotar que la gráfica se evidencian niveles de calificación superiores al promedio en esta competencia, lo cual demuestra que esta habilidad

no ha sido afectada, más bien se ha mejorado. Según Hernando, Oliva y Pertegal (2012), Sabán, Herruzo y Raya (2013), Moore (1997), las capacidades de aprendizaje y socialización con las cuales los padres educan a sus hijos se encuentran íntimamente relacionadas al apoyo familiar, y el estilo parental los mismos que a su vez son condicionados por la comunicación efectiva entre los miembros de la familia, cohesión, adaptabilidad y estructura; todos estos factores dentro de este estudio se hallan en óptimo estado ya que se evidencian mayoritariamente familias constituidas por ambos progenitores, con educación democrática (padres modernos). Se han adaptado eficazmente a la enfermedad, además pueden comunicar lo que sienten o piensan sin mayor dificultad y finalmente perciben apoyo social para la crianza especialmente por parte de su cuidador que prevalentemente son sus esposos. En fin, las competencias formativas han logrado sobresalir gracias a los factores adyacentes a la crianza y protectores en cuanto a la capacidad de resiliencia ante la enfermedad.

En cambio, dentro de las competencias protectoras se evidencian un mínimo de $Min=18$, un máximo de $Max=68$, con una media de $M=51,18$ y una desviación de $Ds=9,62$. Es necesario también mencionar que de acuerdo a la gráfica estas competencias se encuentran justo en niveles promedio. Desde esta perspectiva Romero (2011) manifiesta que el cáncer se considera como una etapa crítica en cualquier edad y, se caracteriza por tener un inicio inesperado el cual es tratado a la brevedad posible ya que supone un riesgo elevado para la vida de la persona, pues esta enfermedad tiene una connotación de muerte. Todo esto a su vez repercute en la organización y seguridad de la familia; no obstante, existen factores que ya se mencionaron anteriormente los cuales representan fuentes de resiliencia en el paciente y frente a su rol parental como tal, por lo cual se ha logrado mantener esta habilidad en rangos normativos.

En cuanto a las competencias reflexivas se encontró un mínimo $Min=11$, con un máximo de $Max=43$, una media de $M=32,10$ y desviación de $Ds=6,62$. También es notorio que en la gráfica esta competencia se encuentra en niveles por encima del promedio, es de conocimiento que esta habilidad hace alusión a la revisión de la influencia que los padres tienen en los hijos, la trayectoria parental y la evolución

en los infantes. Ante esto, Moreno, Krikorian y Palacio (2015) mencionan que algunos de los factores que contribuyen en estos aspectos son el control percibido y la autoeficiencia, en donde el primero se refiere a la capacidad del sujeto de tener recursos para lograr resultados y el segundo a la seguridad de realizar las actividades a cabalidad. En conclusión, gracias a los factores de resiliencia los pacientes mantienen creencias de que la crianza brindada a sus hijos es funcional y pueden seguir influyendo en ella.

Finalmente, la escala total de competencias parentales según su análisis descriptivo establece un mínimo de $Min= 63$, un máximo de $Max= 215$. Mientras que se observa una media de $M= 163,92$ y una desviación de $Ds=28,29$, como se puede observar en la gráfica las competencias en general se encuentran en niveles intermedios ya que, si bien algunas reportan niveles de déficit otras son superiores a los niveles normativos y equilibran la situación general

3.2. Análisis categorial de las competencias parentales

Las categorías de la Escala de Parentalidad Positiva han sido estudiadas mediante los puntajes de cada una de las competencias parentales, que perciben los pacientes oncológicos con rol parental de sí mismos dentro de la investigación, Debido a esto se encuentra los siguientes rangos de calificación:

- Zona óptima: Percentiles entre 10 y 20

- Zona de monitoreo: Percentiles entre 30 y 40

- Zona de riesgo: Percentiles entre 50 y 90

Los resultados se muestran a través de frecuencia (f) y mediante los porcentajes (%) (Ver tabla 10)

Tabla 10. Análisis de las categorías de la Escala de Parentalidad Positiva

Competencias Parentales	f	%
Vinculares		
Zona optima	21	35%
Zona monitoreo	14	23,3%
Zona riesgo	25	41,7%
Formativas		
Zona optima	30	50%
Zona monitoreo	15	25%
Zona riesgo	15	25%
Protectoras		
Zona optima	23	38,3%
Zona monitoreo	17	28,3%
Zona riesgo	20	33,3%
Reflexivas		
Zona optima	33	55%
Zona monitoreo	12	20%
Zona riesgo	15	25%
Escala total		
Zona optima	29	48,3%
Zona monitoreo	12	20%
Zona riesgo	19	31,7%

Nota: 60 observaciones

Dentro del análisis de la distribución por categorías de la Escala de Parentalidad Positiva en cuanto a la competencia vincular, se pudo evidenciar el 35% se encuentra dentro de un rango óptimo. Por su parte, el 23,3% se halla monitoreado y el 41,7% está dentro de la zona de riesgo, por lo cual se puede concluir la mayor parte de la población tiene déficit en la ejecución de esta competencia. Según Baidar (2003) estos datos tienen estrecha relación con un proceso de ajuste y readaptación familiar en donde el apoyo social de los esposos que forman parte del estudio es punto clave, ya que de acuerdo al modelo stress buffering el soporte de estos es esencial para aplacar los cambios emocionales que conlleva la enfermedad. Sin embargo, de acuerdo a Porro, Andrés y Rodríguez (2012) el respaldo social no puede ocurrir sin una supresión emocional del sujeto en situación de cáncer. Por lo cual el sujeto tiende a evitar personas y momentos donde se puedan desencadenar contacto emocional significativo. En conclusión, los pacientes optan por la supresión emocional como estrategia de adaptación, sin embargo, esto afecta notablemente a la relación con sus hijos.

Así mismo, las competencias formativas se distribuyen en un 50% dentro de la zona optima, en tanto que el 25% se hallan en monitoreo y el otro 25% están en riesgo.

Por lo cual se puede asumir que existe una prevalencia de habilidades formativas en condiciones excelentes.

En cuanto a las competencias protectoras, dentro de su análisis exhiben que el 38,3% se encuentran en excelentes condiciones. En cambio, el 28,3% está dentro de proceso de monitoreo y el 33,3% está en zona de riesgo, es decir la gran mayoría se encuentra calificada para asumir competencias protectoras. Además, dentro de las competencias reflexivas, el 55% están en zonas óptimas, mientras que el 20% están en etapas de monitoreo y el 25% está en zonas de riesgo. Así pues, la mayor parte de población se halla en condiciones adecuadas para asumir esta competencia.

Como ya se ha mencionado, las competencias formativas, protectoras y reflexivas se encuentran en niveles óptimos, cabe recalcar que estas habilidades en su mayoría son de tipo instrumental más que emocional por parte de los padres. Al respecto Cortez, Bueno, Narváez, García y Guerrero (2012) manifiestan que estos resultados están íntimamente relacionados con el funcionamiento familiar y la adaptación psicológica, pues como se evidenció anteriormente los progenitores han conformado hogares nucleares, son padres con un estilo de crianza positivo, comunicación adecuada y confianza en entre paciente y cuidador. Estos factores contribuyen a una mayor eficacia en este tipo de competencias, además como es de conocimiento la Escala de Parentalidad Positiva es un cuestionario de auto administración. De acuerdo a Olivari y Urra (2007), Figueroa, Concha y Zúñiga (2012) los datos obtenidos son reflejo de la creencia de autoeficacia de los pacientes con respecto a su rol parental. Pues además de sentirse más capaces para seguir asumiendo actividades relacionadas con la crianza les ayuda a enfrentar los cambios y factores estresantes relacionadas con la enfermedad y el contexto en torno a ella.

Finalmente, en cuanto a la escala total de competencias, el 48,3% está dentro de habilidades óptimas. En tanto que el 20% está en monitoreo y el 31,7 % se halla en zonas de riesgo, con lo cual se concluye que la mayoría se encuentra en condiciones adecuadas para asumir las competencias.

3.3. Análisis descriptivo de la culpabilidad

En este apartado de la investigación se expondrán los resultados de la aplicación de la Escala de Evaluación de Sentimiento de Culpa. Este instrumento fue creado por Zabalegui, con la finalidad de descubrir la tendencia o disposición general a experimentar sentimiento de culpa y está compuesto por 35 ítems. A continuación, se presenta el análisis descriptivo de los valores mínimos (*Min*), máximo (*Max*), media aritmética (*M*) y desviación típica (*Ds*) (ver tabla 11)

Tabla 11. Análisis descriptivo de la culpabilidad

Factor	Min	Max	M	Ds
ESC	56	149	100,17	23,33

Nota: 60 observaciones

En cuanto a la Escala de Sentimiento de Culpa, dentro del análisis descriptivo de los datos se encontró que la calificación mínima correspondió a $Min=56$ puntos, un puntaje máximo de $Max=149$, además una media de $M=100,17$. Es evidente los sentimientos de culpa en los participantes se encuentran por encima de la norma. En cuanto a estos resultados es necesario mencionar algunos datos de asociados, como ya se mencionó en los apartados anteriores existe una prevalencia de pacientes que asumen el rol maternal con un promedio edad de aproximadamente 40 años que son cuidadas por sus esposos en quienes demuestran confianza. Además, priorizan la generatividad de productos tanto para su trayectoria de vida como para su familia. Según Gilligan (2016), las mujeres en esta edad se encuentran en una etapa de transición de desarrollo moral llamada de la bondad a la verdad la cual, se caracteriza por la generación de un juicio en el cual las necesidades de la mujer son tan importantes como las de los demás. Sin embargo, al ser un periodo de paso, los requerimientos de los otros siguen siendo prioritarios para ella (citado en Medina). A esto Bericat (2000) y Sastre y Moreno (2003) añaden que la culpa al ser un sentimiento de corte moral tiene su origen en una percepción de recibir más de lo que el sujeto merece y está encaminada a reparar esta situación. Por esta razón la mayoría de participantes eligen como estrategia de afrontamiento la reparación directa hacia sí mismo, debido a que de esta manera cumple sus necesidades y puede seguir produciendo en sus diferentes áreas de

vida.

3.4. Análisis categorial del sentimiento de culpa

Las categorías de la Escala de Sentimiento de Culpa han sido estudiadas mediante los rangos de puntajes que perciben los pacientes oncológicos con rol parental de sí mismos en la investigación. Los resultados se muestran a través de frecuencia (*f*) y mediante los porcentajes (%) (Ver tabla 12).

Tabla 12. Análisis Categorial de la Culpa

Categorías	f	%
Sentimientos de culpa extremadamente agobiantes	8	13,3
Sentimientos de culpa excesivos	20	33,3
Tendencia a culparse más de lo debido	20	33,3
Sentimientos de culpa normales	10	16,7
Poca tendencia a experimentar sentimientos de culpa	2	3,3

Nota: 60 observaciones

En lo correspondiente al análisis de la distribución por categorías de la Escala de Sentimiento de Culpa, se encontró que el 13,3% de los participantes presentan sentimientos de culpa demasiado agobiantes. En tanto que el 33,3% exhiben culpa excesiva, así mismo otro 33,3% tiende a culparse más de lo debido. Además, el 16,7% se encuentra dentro de lo que se considera como sentimientos de culpa normales. Finalmente, solo un 3,3% evidencio poca tendencia para experimentar este tipo de sentimientos. Como es observable se encuentran en porcentajes prevalentes y equivalentes los sentimientos de culpa superiores a la norma y excesivos. De acuerdo a Echeburúa, Corral y Amor (2001) este tipo de culpa está relacionada con asumir responsabilidad de comportamientos o circunstancias que ya están fuera del control del sujeto. En este caso específico de este estudio tiene un factor negativo adicional, debido a que en secciones anteriores se demostró que los individuos simulan creencias y emociones positivos. En perspectiva de Cabrera, López- González, López- Cabrera y Arredondo (2017) las personas en situación de

cáncer que suponen estados de bienestar tienden a intensificar emociones negativas que pueden llegar a conformar episodios depresivos. En conclusión, la culpa en exceso se debe a la percepción de falta de control en cuanto a la enfermedad y cambios negativos que esta conlleva.

3.5. Análisis correlacional

Entre la Escala de Parentalidad Positiva y la Escala de Sentimiento de Culpa en pacientes oncológico, en el apartado actual se va a realizar un análisis correlacional entre las competencias parentales y la culpabilidad, con el fin de determinar si existe o no relación entre estas dos variables. Para este procedimiento se realizó las pruebas de normalidad las cuales determinaron que la muestra es no normativa; debido a este factor posteriormente se utilizó la prueba no paramétrica de Spearman para determinar la correlación resultados totales de cada una de las subescalas de la Escala de Parentalidad Positiva y el resultado total de la Escala de Sentimiento de Culpa en una muestra de 60 pacientes oncológicos (ver tabla 13).

Tabla 13. Análisis de correlación entre las subescalas de competencias parentales y culpa

Subescalas de E.P.P	Culpabilidad
Competencias vinculares	-,180
Competencias formativas	-,048
Competencias protectoras	-,245
Competencias reflexivas	-,209
Puntaje total competencias parentales	-,193

Nota: * $p < 0,01$

Como se puede evidenciar en la tabla anterior no existe correlación significativa entre las subescalas de las competencias parentales y la culpabilidad, como ya menciono en otros apartados estos resultados se deben a que los pacientes oncológicos tienen varios factores de resiliencia y apoyo social que les ayuda a adaptarse a la enfermedad y a seguir asumiendo sus competencias parentales a cabalidad. Según García y Navarro (2017) los factores sociodemográficos como tener el apoyo y acompañamiento de un conyugue, continuar con actividades laborales. Tener los ingresos económicos necesarios y encontrarse en etapas

tempranas de cáncer se consideran elementos moduladores en el proceso de resiliencia en la enfermedad oncológica, es observable en los análisis anteriores que la presente muestra cuenta con estos factores.

No obstante, la competencia vincular se encuentra en zona de riesgo, de acuerdo a Robert, Álvarez y Valdivieso (2013) la mayoría de pacientes oncológicos atraviesan varios cambios emocionales, familiares y contextuales. Por tanto, deben recurrir a varias estrategias de adaptación dentro de las cuales destacan aquellas relacionadas con la debido a la supresión emocional. Es evidente que las habilidades de tipo vincular requieren comunicación y contacto afectivo con los hijos. Sin embargo, los participantes no pueden llevar a cabo estas acciones por motivos de afrontamiento a la enfermedad.

Además, existe la presencia de culpa en rangos superiores y excesivos en los participantes del estudio, de acuerdo a investigaciones realizadas por Díaz y Yaringaño (2010) las reacciones de los pacientes frente a la enfermedad dependen en gran medida de los elementos contextuales y recursos o condiciones psicológicas. Adicionalmente, afirman que la mayoría de sujetos experimentan incertidumbre, creencias de responsabilidad excesiva y vulnerabilidad, dos condiciones necesarias en estos casos para experimentar sintomatología depresiva como la culpa. En el presente estudio estos fenómenos psicológicos tienen estrecha relación con crisis normativas y no normativas a su edad (en su mayoría alrededor de 40 años) y al incumplimiento en sus reglas de acuerdo a su etapa de desarrollo mora, la cual se caracteriza por la importancia tanto de las necesidades propias como las de los otros, puesto a las condiciones y exigencias del cáncer no se pueden cumplir a cabalidad con estas reglas. En conclusión, las competencias parentales se sostienen gracias a elementos de apoyo y contexto mientras que la culpabilidad, se genera en base a estos mismos elementos que afectan al paciente en su desarrollo evolutivo psíquico.

CONCLUSIONES

- La fundamentación bibliográfica en torno a las competencias parentales las define como habilidades de crianza y cuidado que desarrollan los padres de familia en el proceso evolutivo de sus hijos, dentro de estas se consideran tres elementos fundamentales, como son: apego, redes, modelos de crianza y apego; de esta manera se subdividen en 4 tipos de competencias: vinculares, formativas, protectoras y reflexivas. Por otra parte, la culpa es un sentimiento doloroso que se origina en la creencia de haber infringido normas morales, éticas o sociales, cabe acotar que para llevar a cabo este proceso se necesitan tres elementos: percepción de una norma transgredida, locus de control interno y daño real o virtual; además existen dos tipos de culpa: normal, cuando está encaminada a solucionar un problema y patológica, donde el sujeto asume responsabilidades más allá de su alcance
- Las condiciones actuales de las Competencias Parentales y la Culpabilidad en los pacientes oncológicos con rol parental del Hospital SOLCA Ambato han evidenciado niveles óptimos en la escala total de todas las competencias, sin embargo, las vinculares se encuentran en zona de riesgo debido a que los participantes reducen el contacto emocional con sus hijos debido a la supresión emocional, en este caso utilizada estrategia para poder mantener el apoyo social y adaptarse a la situación de enfermedad, por lo cual.
- El análisis estadístico correlacional entre las Competencias Parentales y la Culpabilidad en los pacientes oncológicos con rol parental del Hospital SOLCA Ambato presentan prevalencia en la tendencia a desarrollar sentimiento de culpa más de lo debido y excesivos en porcentajes equivalentes, estos resultados se encuentran ligados a infracción de la regla moral donde la mujer alrededor de los 40 años se percibe a sí misma como prioridad, pero sus roles con los otros también y debido a los cambios producidos por la enfermedad no se puede cumplir con esta norma.

- Es necesario resaltar que no existe correlación significativa entre competencias parentales y culpabilidad en esta población, sin embargo, los resultados de competencias parentales están modulados por la supresión emocional de los pacientes y el sentimiento de culpa se encuentra presente, pero tiene su etiología en las propias reglas de los pacientes con respecto a sí mismos y su relación con todo su contexto, no solo con sus hijos.
- En cuanto a los factores sociales protectores o de resiliencia con los que cuentan los pacientes oncológicos son: rol parental, se evidencian como sus cuidadores principales sus esposas o esposos en los cuales se manifiesta confianza, esto genera una relación positiva con la percepción de responsabilidad de los hijos y estilos de comunicación, ya que a mayor confianza con el cuidador se tiene la creencia de mayor apoyo para la crianza y apertura para expresar sus sentimientos y pensamientos.

RECOMENDACIONES

- Debido a que las investigaciones tanto a nivel teórico como científico acerca de las competencias parentales en pacientes oncológicos y su relación con la culpabilidad son casi nulos. Es importante recomendar el abordaje de estos temas en poblaciones más amplias y dentro de diferentes instituciones en diversas regiones y ciudades del país, pues esto permitirá conocer la variabilidad en la percepción de eficiencia en las competencias y su relación con la culpa en la variedad de factores sociodemográficos.
- Es importante para futuras investigaciones dentro del área de las competencias parentales y el sentimiento de culpa agregar como instrumentos de recolección de datos escalas, para la evaluación de estrés en casos de enfermedad e instrumentos para medir ajuste familiar, ya que dentro de la literatura se consideran factores moduladores tanto para la culpa como los factores de crianza.
- Se encuentra la necesidad de evaluar competencias parentales y culpabilidad desde la percepción de los hijos, como se mencionó en los apartados anteriores en este estudio. Se consideran varios elementos normativos y de crisis los cuales solo fueron apreciados desde la óptica parental. Sin embargo, los hijos tienen un contexto y perspectiva independiente.
- Debido al riesgo al que se ven expuestas las competencias vinculares es necesario crear estrategias a recursos para reducir el impacto negativo de este hecho en los hijos o re direccionar el apego hacia miembros familiares con mayor fortaleza y capacidad afectiva dentro de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, J; Delgadillo, G; León, C. (2018). *Ante la crianza con violencia: las competencias parentales*. Trabajo Social UNAM. 7(13), 111-131
- Acosta, A; Krikorian, A; Palacio, C. (2015), *Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos y su relación con la competencia percibida*. Avances en Psicología Latinoamericana. 33(3), 517-529
- Acosta, M. (2017). *Cambios en las reacciones del duelo anticipado en padres de niños con cáncer terminal*. Universidad San Francisco de Quito USFQ, Quito –Ecuador
- Alarcón, A. (2016). *Manual de Psicooncología*. Bogotá, Colombia. Editorial: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas.
- Alonso, E; Bragado, M; Hernández, M; Sánchez, M. (2007). *Orden de nacimiento y apoyo parental: su papel en la orientación interpersonal de los adolescentes, un estudio preliminar*. Clínica y Salud, 18(1), 9-21
- Álvarez, G; Delgado, J. (2015). *Diseño de estudios epidemiológicos: I Estudio transversal: tomando una fotografía de la salud y la enfermedad*. Boletín Clínico Hospitalario Infantil del Estado de Sonora. 32(1), 26-34
- Álvarez, I. (2014). *Los determinantes sociales y económicos de la salud: asuntos teóricos y metodológicos implicados en el análisis*. Revista Gerencia Política y Salud. 13(27), 28-40
- Amor, P, Corral, P; Echeburúa, E. (2001). *Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa*. Análisis y Modificación de Conducta. 27(116), 905-929
- Andrés, M; Porro, M; Rodríguez, S. (2012). *Regulación emocional y cáncer:*

utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. Avances en Psicología. 30(2), 341-355

Ato, M; López, J; Benavente, A. (2013). *Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. Anales de Psicología. 3(29), 1038-1059*

Ayllón, I. (2007). *Impacto emocional y social del cáncer. Cáncer y Cuidados Enfermeros. Valencia, España. Editorial: Grupo Paradigma*

Azar, S. T., Cote, L. R. (2002). *Sociocultural issues in the evaluation of the needs of children in custody decision making: What do our current frameworks for evaluating parenting practices have to offer? International Journal of Law and Psychiatry, 25(3), 193-217*

Baider, L. (2003). *Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. International Journal of Clinical and Health Psychology. 3(3), 505-520*

Barroilhet, S; Forjaz, M; Garrido, E. (2005). *Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Actas de Especialidad en Psiquiatría.33 (6), 390-397*

Barudy, J; Dantagnan, M. (2009). *Los Buenos Tratos a la Infancia: Parentalidad, Apego y Resiliencia. Barcelona, España. Editorial: Gedisa*

Barudy, J; Dantagnan, M. (2010). *Los Desafíos Invisibles de Ser Padre o Madre: Manual de Evaluación de las Competencias Parentales y la Resiliencia Parental. Barcelona, España. Editorial: Gedisa*

Bericat, E. (2000). *La sociología de la emoción y la emoción en la sociología. Universidad de Málaga Departamento de Sociología. S.d (62), 145-176*

Bisquerra, R; Pérez, M. (2007). *Las competencias emocionales, Educación. 21(10), 61-82*

- Blasco, T; Fuentes, S. (2017). *Padres diagnosticados con cáncer: malestar y recursos para comunicarse con sus hijos menores*. *Psicooncología*. 14(2-3). 229-240
- Boo, M. (2013). *El duelo: cuidados enfermeros en pacientes y familiares oncológicos (tesis de pregrado)*. Departamento de Enfermería Universidad de Cantabria, España
- Bornstein, M. (2012). *Parenting Infants*. En M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting. Volume 1: Children and Parenting*, New York, United States: Editorial: Psychology Press
- Bornstein, M; Putnick, D. (2012). *Cognitive and socioemotional caregiving in developing countries*. *Child Development*. 8(1), 46-61
- Bribiesca, L; Merino, G. (2008). *Teorías, modelos y paradigmas en la investigación científica*. *Comunicaciones Libres*. s.d (s.d), 79-88
- Byrne, S; Maiquez, M; Martín, J; Rodrigo, M. (2008). *Preservación Familiar: Un Enfoque Positivo para la Intervención con Familias*. Madrid, España. Editorial: Pirámide
- Cabrera, P; Urrutia; Vera, V; Alvarado, M; Villarroel, P. (2005). *Ansiedad y Depresión en niños diagnosticados con cáncer*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2(10), 115-124
- Cabrera; López- González; López- Cabera; Arredondo. (2017). *La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible*. *Revista Finlay*. 7(2), 115-127
- Cáceres, M; Ruiz, F; Germá, J; Busques, C. (2001). *Manual para el Paciente Oncológico y su Familia*. Barcelona, España. Editorial: Edgraf S.A

- Campbell, S. (1979). *Mother-infant interaction as a function of maternal ratings of temperament*. *Child Psychiatry and Human Development*. 10(2), 67-76
- Campos, G; Lule, N. (2012). *La observación: un método para el estudio de la realidad*. *Revista Xihmai*. 7(13), 45-60
- Camps, C; Corbellas, C; Sánchez, P. (2007). *Duelo en Oncología*. Barcelona, España. Editorial: SEOM
- Cavicchioli, C; Menossi, M; García, R. (2007). *Cáncer infantil: el itinerario del diagnóstico*. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. 15(5), 1-8
- Cervera, S; Auba, E. (2005). *Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama*. *Boletín de Psicología*. 85(3). 7-29
- Colop, A; Hurtado, E. (2016). *Terapia Racional Emotiva- Conductual y Sentimiento de Culpa: Estudio realizado con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, que acuden a psicoterapia al Centro Ladinario de Psicología de la Cabecera Departamental de Quetzaltenango*. (Tesis de Grado). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala
- Contreras, V. (2015). *Discapacidad intelectual, una oportunidad de crecimiento familiar*. *Revista Iberoamericana de Educación*. 69(3), 157-172
- Corral, P. (1994). *Trastorno antisocial de la personalidad*. En E. Echeburúa (Ed). *Personalidades Violentas*. Madrid, España. Editorial: Pirámide
- Cortes, M; Iglesias. (2004). *Generalidades sobre la Metodología de Investigación*. Ciudad del Carmen, México. Editorial: Colección Material Didáctico
- Cortez, F; Bueno, J; Narváez, A; García, A; Guerrero, L. (2012). *Funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología*. *Psicooncología*. 9(2-3), 335-354

- Cortez, Y. (2015). *Afectividad en los pacientes oncológicos*. (Tesis inédita de pregrado). Universidad Técnica de Machala. Machala-Ecuador
- Del Pino, D. (2012). *Prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados y su relación con los aspectos socio-demográficos y clínicos de la enfermedad, en el Hospital Oncológico de "SOLCA", Núcleo de Quito –Ecuador, Octubre-Noviembre 2011*. (Tesis inédita de posgrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito-Ecuador
- Díaz, G; Yaringaño, J. (2010). *Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos*. Revista IIPSI, 13(1), 69-86
- Díaz, L. (2011). *La Observación*. UNAM
- Díaz, L; Torruco, U; Martínez, M; Varela, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. Metodología de Investigación en Educación Médica. 2(7), 162-167
- Díaz, N. (2006). *Técnicas de muestreo: sesgos más frecuentes*. Revistas Sedén. 9(s.d), 121-132
- Echeburua, E; Corral, P; Amor, P. (2001). *Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa*. Análisis y Modificación de la Conducta. 116(27), 905-929
- Fernald, A; Weisleder, A. (2013). *Talking to children matters: early language experience strengthens processing and builds vocabulary*. Psychological Science. 24(11), 1-10
- Figueroa, A; Concha, M; Zúñiga, R. (2012). *Conflicto trabajo familia, autoeficacia parental y estilos parentales percibidos en padres y madres de la ciudad de Talca, Chile*. Acta Colombiana de Psicología. 15(1), 57-65
- Flores, M. (2004). *Implicaciones de los paradigmas de la investigación en la práctica*

educativa. Revista Digital Universitaria. 5(1), 2-9

García, L; Navarro, V. (2017). *Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama*. Revista Finlay. 7(4), 250-259

García, Y; Gorospe, A, López, A; Vásquez, I. (1997). *Culpa en toxicomanías y SIDA*. Clínica y Salud. 8(8), 333-346

Garrido, V. (2000). *El Psicópata*. Valencia, España. Editorial: Algar

Gewirtz, A; Forgatch, M; Wieling, E. (2008). *Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma*. Journal of Marital and Family Therapy, 34 (2), 177-192.

Gómez, E.; Muñoz, M. (2014). *Manual de Escala de Parentalidad Positiva*. Santiago de Chile, Chile. Editorial: Fundación Ideas para la Infancia

González, M; Hernández, C; Hernández, M; Cruzado, J; Martín, J; Prado, C; Rodríguez; E. (2012). *Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer*. Psicooncología. 3(9), 233-257

Granada, P; Domínguez, O. (2012). *Las competencias parentales en contextos de desplazamiento forzado*. Psicología desde el Caribe. 29(2), 456-482

Grau, C; Espada, C. (2012). *Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares*. Psicooncología. 9(1), 125-136

Grinberg, L. (1976). *Culpa y Depresión: Estudio Psicoanalítico*. Barcelona, España. Editorial: Paidós

Gross, M. (2000). *Homoparentalités, état de Lieux*. Paris: Esf.

Guillén, E; Gordillo, D; Gordillo, M; Gordillo, T; Ruiz, I. (2013). *Crecer con la pérdida:*

el duelo en la infancia y adolescencia. International Journal of Developmental and Educational Psychology. 2(1), 493-498

Guillén, E; Gordillo, D; Gordillo, M; Ruiz, I. (2014). *Procesos oncológicos, comunicación flexible en la familia*. International Journal of Developmental and Educational Psychology. 1(1), 79-85

Hernández, R. (2006). *Metodología de la Investigación*. México, D.F, México. Editorial: McGraw- Hill

Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F, México. Editorial: McGraw-Hill

Hernando, A; Oliva, A; Pertegal, M. (2012). *Variables familiares y rendimiento académico en la adolescencia*. Estudios de Psicología. 33(1), 51-65

Horno, P. (2008). *Desarrollo del vínculo afectivo*. Martínez, C. (Presidenta). Curso de Actualización de Pediatría. AEap. Madrid, España

Izcara, P. (2014). *Manual de Investigación Cualitativa*. Lima, Perú. Editorial: Ediciones Fontamara

Kochanska, G. (1991). *Patterns of inhibition to the unfamiliar in children of normal affectively ill mothers*. Child Development. 62(2), 250-263

Kropf, N. P. & Burnette, D. (2003). *Grandparents as family caregivers: lessons for intergenerational education*. Educational Gerontology, 29(4), 361-372.

Laorden, C. (2005). *Educación de emociones: un instrumento para trabajar el sentimiento de culpa*. Revista Pulso, 28(s.d). 125-138

Lazarus, R; Folkman, S. (1991). *Estrés y Procesos Cognitivos*. México D.F, México. Editorial: Martínez Roca

- Lecannelier, F; Flores, F; Hoffmann, M; Vega, T. (2010). *Trayectorias tempranas de la agresión: evidencias y la propuesta de un modelo preventivo*. En D, Sirpolu; H, Salgado (Eds). *Infancia y Adolescencia en Riesgo: Desafíos y Aportes desde la Psicología en Chile*. 36-45
- Llach, María. (2004). *Familias e hijos de padres con cáncer*. *Revista de Enfermería Clínica*. 14(6), 335-336
- Lozano, L; Ríos, M; Álvarez, A; Rodríguez, N. (2007). *El trabajo de grupo para promover el bienestar en pacientes con infección real crónica (IRC) en diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA)*. *Alternativas en Psicología*, 15(s.d), 62-71.
- Mangelsdorf, G; Gunnar, M; Kestebaum, R; Lang, S; Andreas, D. (1990). *Infant proneness –to- distress temperament, maternal personality and mother-infant attachment. Associations and Goodness of Fit*. 61(3), 820-31
- Martínez, J. (2010). *Psicopatía ¿cuál es el origen del mal?* *El Residente*. 1(5), 14-18
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnostic. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York, EEUU. Editorial: The Guilford Press
- Medina, M. (2016). *La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista*. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*. s.d (67), 83-98
- Meneses, J. (2013). *Aproximación histórica y conceptos básicos de la psicometría*. GNU PID, s.d (s.d), 1-50

- Milliones, J. (1978). *Relationship between perceived child temperament and maternal behaviors. Child Development.* 49(49), 1255-1257
- Moore, S. (1997). *El papel de los padres en el desarrollo de la competencia social. Eric Digest.* 7469(2017), 1-2
- Moral, J; Martínez, J. (2009). *Reacción ante el diagnóstico de cáncer de los hijos. Facultad de Psicología de la Universidad de Nueva León.* 12(3), 190-196
- Moreno, M; Sastre, G. (2003). *La construcción del razonamiento moral: el sentimiento de culpa. Anuario de Psicología.* 34(2), 191-201
- Muñoz, A. (2005). *La familia como contexto de desarrollo infantil: dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. Portularia.* 5(2), 147-163
- Muñoz, S. (2005). *La familia como contexto de desarrollo infantil: dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. Portularia.* 5(2), 147-163
- National Cancer Institute. (2004). *Cancer facts. Department of Health and Human Services.* s.d(s.d), 1-6
- Navarro, L. (2007). *La dimensión pedagógica en el procesos d'adopció internacional. Rellevància de la dimensió educativa en les motivacionsinicials per a l'adopció internacional, i en el marc dels processos de formació i valoració d' idoneïtat, a Catalunya (Tesis doctoral). Universitat Ramon Llu, Barcelona, España*
- Newcomb, K; Mineka, S; Zinbarg, R; Griffith, J. (2007). *Perceived Family Environment and Symptoms of Emotional Disorders: The Role of Perceived Control, Attributional Style, and Attachment. Cognition Therapy Research,* 31 (s.d), 419-436

- Noel, G. (2010). *Participación de la familia en la adaptación de los niños y adolescentes que sobreviven al cáncer*. Anales de la Universidad Metropolitana. 1(11), 71-89
- Nudler, A. & Romaniuk, S. (2005). *Prácticas y subjetividades parentales: Transformaciones e inercias*. La ventana. 3(22), 269-285.
- Olivari, C; Urra, E. (2007). *Autoeficacia y conductas de salud*. Ciencia y Enfermería. 8(1), 9-15
- Papalia, D; Wendkos, S; Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. México DF, México. Editorial: McGraw-Hill
- Papalia, D; Wendkos, S; Duskin, R. (2014). *Desarrollo Humano*. México DF, México. Editorial: McGraw-Hill
- Pavón, M. (2015). *Relación de los pensamientos automáticos disfuncionales con los niveles de depresión y ansiedad en pacientes diagnosticados con cáncer*. (Tesis inédita de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito-Ecuador
- Pons-Salvador, G; Cerezo, M; Bernabé, G. (2005). *Cambio y estabilidad en los factores que afectan negativamente a la parentalidad*. Psicothema, 17 (1), 31-36.
- Reyes, R. (2007). *El cuidado del paciente psiquiátrico*. Salud/Milenio, 64(s.d), 8-9
- Robert, V; Álvarez, C; Valdivieso, F. (2013). *Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial*. Revista Médica Clínica Las Condes. 24(4), 677-684
- Rodrigo, M; Martín, J. (2009). *Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial*. Psychosocial Intervention. 18(2), 113-120

- Romero, R. (2011). *Cuestionario de creencias, atribuciones y afrontamiento al cáncer* (tesis de doctorado). Universidad de Valencia. Valencia, España
- Ruiz, J. (2018). *Vergüenza y culpa*. Gestalt Psicoterapia y Formación. s.d (s.d), 1-5
- Sabán, S; Herruzo, J; Raya, A. (2013). *Relación entre los estilos educativos familiares y la inclusión en programas de diversificación curricular: un elemento a considerar para la mejora de la convivencia escolar*. Apuntes de Psicología. 31(2), 237-245
- Sabino, C. (1996). *El Proceso de Investigación*. Buenos Aires, Argentina. Editorial: Lumen- Humanitas
- Sacón, A; Bonilla, F. (2015). *El consumo de alcohol y su influencia en el sentimiento de culpa de los estudiantes de los segundos años de bachillerato de la Unidad Educativa Temporal Pedro Fermín Cevallos perteneciente al cantón Cevallos, período 2013-2014*. (Tesis de Grado). Universidad Técnica de Ambato. Ambato, Ecuador
- Schultz, D; Suchultz, S. (2010). *Teorías de la personalidad*. México DF, México. Editorial: CENGAGE Learning.
- Sousa, V; Driessnack, M; Costa, I. (2007). *Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería: parte 1, diseños de investigación cuantitativa*. Revista Latinoamericana de Enfermería. 15(3), 1-6
- Suarez, C; Dusú, R; Sánchez, M. (2007). *Las capacidades y las competencias: su comprensión para la formación personal*. Acción Pedagógica. s.d (16), 30-39
- Villa, A; Moreno, L; García de la Torre, G. (2012). *Epidemiología y Estadística en Salud Pública*. México D.F, México. Editorial: McGraw- Hill Education

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr/a:

Reciba un cordial saludo, soy Maria Soledad Gancino Valenzuela, con número de matrícula, PSC-703 estudiante de Décimo Semestre de Psicología Clínica de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Ambato, me encuentro realizando mi trabajo de investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica, intitulada “Competencias Parentales y Culpabilidad en Pacientes Oncológicos con Rol Parental del Hospital SOLCA Ambato”.

Por medio de la presente deseo obtener su autorización para incluirlo como participante en dicha investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. El requerimiento es completar la ficha sociodemográfica, en la que se realizarán preguntas referidas a sus actividades y habilidades como padre o madre y sus sentimientos respecto a varias situaciones relacionadas con su parentalidad, al igual que un cuestionario acerca de las competencias parentales que utiliza para relacionarse con su hijo y finalmente un cuestionario para evaluar los posibles sentimientos pertenecientes a estas áreas de crianza. Su participación será anónima, pues su nombre no aparecerá de ningún modo. Las encuestas llevarán un código desde el inicio que reemplazarán sus nombres. Luego, los datos producidos por las encuestas serán trasladados a una base de datos, con la cual se realizarán diversos análisis estadísticos que permitan responder a los objetivos del proyecto. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. En caso que lo considere pertinente usted puede recurrir a la Escuela de Psicología y solicitar información sobre la investigación

Agradezco su colaboración y si está de acuerdo en participar en esta investigación, por favor llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude

ANEXO 2**FICHA SOCIODEMOGRÁFICA****1-DATOS PERSONALES**

1.1. Edad: _____

1.2. Provincia: _____ Cantón: _____

1.3. Estado civil:

Soltero/a		Casado/a		Viudo/a		Divorciado/a		Unión libre	
-----------	--	----------	--	---------	--	--------------	--	-------------	--

1.4. Nivel de instrucción

Primaria		Secundaria		Superior	
----------	--	------------	--	----------	--

1.5. Área donde se realiza la evaluación

Consulta externa		Quimioterapia ambulatoria		Hospitalización	
---------------------	--	------------------------------	--	-----------------	--

1.6. ¿Actualmente realiza alguna actividad que le signifique ingresos económicos?

SI _____

NO _____ ¿Por qué? _____

Fecha de la evaluación: _____

2-DATOS DE LA ENFERMEDAD

2.1. Tipo de cáncer

Seno		Pulmón	
Estómago		Riñón	
Hígado		Colón	
Útero		Linfas	
Tiroides		Melanoma	
Sistema nervioso y anexos		Próstata	
Vejiga		Otros	

2.2. Etapa de la enfermedad

Fase 1		Fase 2		Fase 3		Metástico		Cuidados paliativos	
--------	--	--------	--	--------	--	-----------	--	---------------------	--

2.3. Tiempo transcurrido a partir del diagnóstico

6 meses o menos		1-2 años		3 años o más	
-----------------	--	----------	--	--------------	--

2.4. Marque con una X la afirmación más acertada de ¿Cómo usted ha decidido afrontar la situación de salud que está viviendo actualmente?

1. Prefiero pensar en otras cosas y no en mi situación de salud	
2. Prefiero pensar que no ha pasado nada y que estoy en condiciones óptimas de salud, por lo cual realizo otras actividades de mi interés	
3. Prefiero olvidar mi situación de salud o los periodos dolorosos de ella	
4. Mi situación de salud no tiene mucha importancia o es sencillo su	

tratamiento	
5.Tengo una acertada explicación de las causas y el transcurso de mi situación de salud	
6.Culpo a mis padres o al ambiente que me rodea por poseer esta enfermedad	
7.Me siento triste o culpable por poseer esta enfermedad	
8. Siento que debo pedir disculpas por poseer esta enfermedad	
9.Trato de evitar situaciones que puedan afectar a mi enfermedad y mantengo mis cuidados de salud rigurosamente	
10.Hago todo lo posible por mantenerme saludable y mejor en cuanto a mi estado de salud	

2.5. Selecciones la afirmación que concuerde con sus comportamientos y sentimientos actuales

1.No les creo a las personas cuando me dicen que poseo alguna enfermedad, pues para mí no pasó nada	
2.Me siento muy irritable a veces, o muy triste, además tengo problemas para dormir y comer	
3.No tengo ganas de hacer nada	
4.La mayoría de veces no logro concentrarme ni recordar las cosas	
5.A veces siento como si perdiera el control de mi mente	
6.Tengo la sensación de estar siempre solo/a	
7.He realizado cambios en mi vida que antes no hubiera hecho (cambio de casa, carro, propiedades)	
8. A pesar de mi situación de salud me alimento normalmente	
10.He recuperado mi peso perdido	
11.Cuando me veo al espejo, me encuentro satisfecho/a con mi imagen corporal	
12.He recuperado el deseo o la actividad sexual con mi pareja	
13.Me siento tranquilo/a en cuanto a mi condición de salud	

2.6. De acuerdo a su criterio responda con SI o NO las siguientes afirmaciones

AFIRMACIONES	SI	NO
Su edad es superior a 18 años		
De acuerdo a su criterio, recibe apoyo de sus familiares y amigos		
Ha conservado la amistad con amigos, colegas de trabajo, vecino etc, que tenía antes de su situación de salud actual		
Mantiene conflicto con sus familiares		
Realizo por mí mismo actividades diarias (comida, cambio de ropa, duchas, movilización)		
Estoy conforme con las actividades que soy capaz de realizar		
He tenido frecuentes peleas con mi esposo/a debido a mi condición de salud actual		
Siento frecuentes dolores de cabeza, contracturas musculares o cansancio		
Pienso que la mayoría de mis sentimientos son positivos en mi condición de salud actual		
Me gusta conocer gente nueva a hacer amigos		
Pienso que mi vida no ha cambiado en su mayoría con respecto a la condición de salud que tenía anteriormente		

3. DATOS DE HIJO/A

3.1. Edad del hijo/a: _____

3.2. Género del hijo/a

Masculino		Femenino	
-----------	--	----------	--

3.3. Lugar que ocupa el hijo/a en la familia

Primer hijo		Segundo hijo		Tercer hijo		Benjamín (por lo menos 6 años menos que el penúltimo)		Hijo único	
-------------	--	--------------	--	-------------	--	---	--	------------	--

						hijo)			
--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--

3.4. ¿Su hijo/a posee algún tipo de discapacidad física o intelectual?

SI ____ ¿Cómo se denomina? _____

NO ____

3.5. Desde su diagnóstico, ha percibido cambios emocionales o de comportamiento en sus hijos

SI ____ NO ____

- Si su respuesta fue afirmativa, ¿cuáles fueron?

a) Tristeza		b) Desinterés		c) Llanto frecuente		d) Aislamiento de familiares y amigos	
e) Mayor preocupación por su salud		f) Falta de sueño		g) Falta de apetito		h) Se muestra más optimista en su recuperación	

4.DATOS FAMILIARES

4.1. ¿Quién es su cuidador?

Madre		Padre		Esposo/a		Tíos/as	
Primos/as		Hijos/as		Amigos/as		Otros	

4.2. Con respecto a la persona que se ha encargado de sus cuidados, señale las afirmaciones que de acuerdo a su criterio concuerdan con su vida

Mi cuidador y yo nos llevamos bien	
Mi cuidador y yo tenemos peleas frecuentemente	
Me encuentro satisfecha con lo cuidado que me provee mi cuidador	
Mi cuidador y yo dialogamos para poder calmarnos en momentos de tensión en mi situación de salud	
Mi cuidador y yo preferimos afrontar cada uno por separado cuando nos sentimos tensionados	
Mi cuidador pudimos resolver los problemas que llegaron a partir del diagnóstico de mi situación de salud actual	
Mi cuidador y yo tuvimos varios conflictos a partir del diagnóstico de mi enfermedad	

5. DATOS SOBRE PRÁCTICAS DE CRIANZA PARENTAL

5.1. ¿Cuál es el rol que cumple con el niño/a su cuidado?

Padre		Madre		Ambos	
-------	--	-------	--	-------	--

5.2. Según su criterio ¿Cuánto tiempo solía pasar compartir con su hijo/a antes de su situación actual de salud?

La mayor parte del día		Medio día		Pocas horas del día	
Algunos días de la semana		Algunos días al mes		Algunos días al año	
Casi nunca		No vivo con mis hijos		No me permiten visitar a mis hijos	

5.3. ¿Cuál de estas opciones es la más acertada en cuanto a la comunicación con sus hijos?

Puedo comunicarles cómo me siento y mis pensamientos sin ninguna dificultad	
Con gestos o expresiones faciales puedo expresar cómo me siento y mis hijos logran captar el mensaje	
Me torno irritable o muy triste cuando me preguntan cómo estoy	
Intento disimular estados de bienestar cuando estoy con mis hijos	
Me alejo de mis hijos cuando no me	

siento bien o simplemente me callo	
------------------------------------	--

5.4. ¿Cuál de estas afirmaciones considera más acertada en su caso en cuanto a la responsabilidad del cuidado de sus hijos? cualitativa

Tengo el apoyo de mi esposo/a, familiares o demás personas para el cuidado de mis hijos	
La mayor parte del tiempo mis hijos están solo a mi cargo	
Otras personas pueden ocuparse del cuidado de mis hijos sin importar mi presencia	
Mis hijos únicamente pueden ser cuidados por mí	

5.5. De acuerdo a su criterio, en el tiempo anterior a su situación de salud actual ¿Cómo se siente con la crianza que le brinda a su hijo/a?

Satisfecho	
Con dudas	
No hice lo correcto	

Mis capacidad para resolver los problemas de mis hijos, son más eficientes en

Problemas de comportamiento	
Momentos difíciles de su vida	

5.6. De acuerdo a su criterio, cuando ha estado ocupado en los procesos de tratamiento de su enfermedad o ha estado hospitalizado, que afirmaciones considera que son ciertas

Marque en las columnas de SI o NO

AFIRMACIONES	SI	NO
Tengo dificultades en concentrarme en los asuntos relacionados con mi situación de salud actual debido a que estoy pensando en mi hijo/a		
No puedo dormir, debido a que estoy pensando en mis hijo/a		
Me enoja o estoy irritable al no poder estar en contacto con mi hijo/a		

REVISE LOS ITEMS PARA VER SI HA DEJADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR- MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

43	Llevo a mi hijo/a a controles preventivos de salud				
44	La crianza me ha dejado tiempo para disfrutar de otras cosas que me gustan (<i>ej., juntarme con mis amigos, ver películas</i>)				
45	Dedico tiempo a pensar cómo apoyarlo/a en los desafíos propios de su edad (<i>ej., cómo apoyarlo si tiene problemas de aprendizaje en la escuela, o si</i>				

	<i>le cuesta hacer amigos)</i>				
46	Antes de relacionarme con mi hijo/a, me limpio de rabias, penas o frustraciones (<i>ej., respiro hondo antes de entrar a casa</i>)				
47	Reflexiono sobre cómo superar las dificultades de relación que pueda tener con mi hijo/a				
48	He logrado mantener un clima familiar bueno para el desarrollo de mi hijo/a (<i>ej., las discusiones no son frente al niño/a; hay tiempo</i> <i>como familia para disfrutar y reírnos</i>)				
49	Me doy espacios para mí mismo/a, distintos de la crianza (<i>ej., participar de una liga de fútbol, grupos de baile, etc.</i>)				
50	Siento que tengo tiempo para descansar				
51	Dedico tiempo a evaluar y pensar sobre cómo se está desarrollando mi hijo/a (<i>ej., si está</i> <i>aprendiendo en el colegio lo que se espera para su edad, si su estatura y peso está normal, etc.</i>)				
52	Siento que he logrado mantener una buena salud mental (<i>ej., me siento contenta/o, me gusta cómo me veo</i>)				

53	<p>Me he asegurado de que mi vida personal no dañe a mi hijo/a (<i>ej., si tengo peleas con mi pareja son en privado, no delante de mi hijo</i>)</p>				
54	<p>Logro anticipar los momentos difíciles que vendrán en la crianza, y me preparo con tiempo</p> <p>(<i>ej., me informo de cómo ayudarle en su desarrollo sexual, etc.</i>)</p>				

ANEXO 3

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL SENTIMIENTO DE CULPA

(Zabalegui, 1993)

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN:

Ayúdenos a conocer la tendencia o disposición general para generar sentimientos de culpa en

los pacientes oncológicos con rol parental del Hospital SOLCA Ambato. La información que Ud. Proporcione será estrictamente confidencial. Recuerde que lo importante es conocer **SU** punto de vista

Agradezco la sinceridad y espontaneidad de las respuestas

A continuación, se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos con **SU** posible sentimiento de culpa. Indica cruzando una X el número que mejor se adecue a su pensamiento acerca de estas afirmaciones, basándose en la siguiente escala:

TF: (totalmente falso o falso simplemente)

MBF: (más bien falso, es decir más falso que verdadero) **MBV:** (más bien verdadero, es decir más verdadero que falso) **TV:** (totalmente verdadero o verdadero sin más)

Gracias por su colaboración

EVALUACIÓN DEL SENTIMIENTO DE CULPA		TF	MB F	MB V	TV
1	No me preocupa nada lo que otras personas (por ejemplo, mis vecinos o mis padre) puedan pensar de mis acciones				
2	En ocasiones de gran felicidad, me asalta la duda de estar gozando de algo que no me merezco				
3	No merezco tener gente que me quiera				
4	Cuando cometo algún error, por pequeño que sea, lo paso muy mal				
5	Cuando me acusan injustamente, me sigue atormentado la duda de que quizás tenga razón				
6	Me sentiría feliz si pudiera arreglar de alguna manera el mal que he hecho				
7	A lo largo de mi vida he tenido muchas metidas de pata que me pesan lo indecible				
8	Cuando me dicen que un superior quiere hablar conmigo, me siento mal y comienzo a temer haber hecho algo mal				
9	Hay cosas de mi pasado de las que no quiero ni acordarme				
10	A veces me quedo perplejo viendo como la gente es tan inconsciente de sus acciones, siendo así que yo me preocupo de continuo por las mías				
11	No sé porque, pero el sexo sigue siendo para mí algo no limpio				

12	Cuando tengo que recibir cuidados de otras personas, me siento culpable				
13	Cuando pierdo un amigo pienso: "Ya habré metido otra vez la pata"				
14	Tengo la sensación de estropear todo aquello que toco				
15	Cuando no me doy a conocer como realmente soy, me queda la sensación de haber engañado a los demás				
16	Me moriría de vergüenza si tuviera que ser encarcelado				
17	Hay acciones que te dejan manchado por mucho tiempo				
18	No es extraño que mis amigos me olviden				
19	La causa de mis fracasos está en mí mismo				
20	Cuando noto que un amigo me habla con frialdad, empiezo a pensar, que le habré podido hacer yo				
21	Si pudiera limpiarme de toda culpa, me quitaría un peso de encima				
22	La mayor felicidad es, comportarse correctamente				
23	A veces me siento culpable por acontecimientos o desgracias en las que objetivamente no estoy				

	implicado				
24	Hecho de menos la inocencia que tenía cuando era un niño				
25	Hay muchas cosas que la gente creen que están bien, pero yo siento en mi interior que conmigo no van				
26	Temo que me ocurran desgracias, aunque no he hecho nada malo				
27	En algunas ocasiones me han venido ganas de escupirme cuando me miraba al espejo				
28	Cuando tengo éxito en algo, me queda la sospecha de no merecerlo				
29	Siento un peso cuando me pongo a pensar en mi padre				
30	Comprendo y justifico fácilmente a los demás Sin embargo, a mí mismo no me perdono una				
31	No me siento peor que la mayoría				
32	Cada vez que me sale algo mal, pienso que cada uno recibe lo que merece				
33	Es imperdonable por mi parte no corresponder a aquellos que me quieren				
34	A veces he sentido asco de mí mismo				
35	Hay pensamientos y deseos que te afectan como un foco				

	de sociedad				
--	-------------	--	--	--	--