

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Tema:**

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN  
PADRES CON HIJOS QUE PRESENTAN TRASTORNO DEL ESPECTRO  
AUTISTA

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

**Línea de Investigación:**

DESARROLLO HUMANO Y SALUD MENTAL

**Autoras:**

ANDREA CAROLINA FALCÓN ALMACHE

JOSELYN MARÍA URGILEZ PANIMBOZA

**Director:**

Ps. Mg. SANDRA ELIZABETH SANTAMARÍA GUISAMANA

**Ambato – Ecuador**

**ENERO 2021**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**SEDE AMBATO**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**Tema:**

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN  
PADRES CON HIJOS QUE PRESENTAN TRASTORNO DEL ESPECTRO  
AUTISTA

**Línea de Investigación:** DESARROLLO HUMANO Y SALUD MENTAL

**Autoras:**

ANDREA CAROLINA FALCÓN ALMACHE

JOSELYN MARÍA URGILEZ PANIMBOZA

Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Mg.

f. 

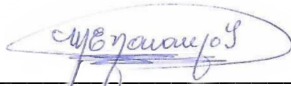
**CALIFICADOR**

Narciza de Jesús Villegas Villacrés, Mg

f. 

**CALIFICADOR**

Mercedes Eloísa Naranjo Yépez, Mg

f. 

**CALIFICADOR**

Varna Hernández Junco, PhD.

f. 

**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

f. 

**SECRETARIO GENERAL PUCESA**

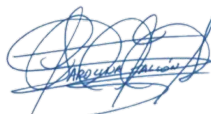
**Ambato – Ecuador**

**ENERO 2021**

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: Andrea Carolina Falcón Almache, con CC.1805224118, autora del trabajo de graduación intitulado: “RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PADRES CON HIJOS QUE PRESENTAN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA”, 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 forma 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 del autor. 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, agosto 2020



Andrea Carolina Falcón Almache

CC.1805224118

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: Joselyn María Urgilez Panimboza, con CC. 1803939444, autora del trabajo de graduación intitulado: “RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PADRES CON HIJOS QUE PRESENTAN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA”, 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 forma 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 del autor. 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, agosto 2020



Joselyn María Urgilez Panimboza

CC. 1803939444

## AGRADECIMIENTO

*“La gratitud humana es la emoción humana más saludable de todas”*

-Zig Ziglar

La vida es tan efímera e impredecible por esta razón agradezco a Dios que me ha permitido llegar hasta este punto en compañía de mis seres queridos; mis padres que con su esfuerzo y amor me han acompañado y apoyado en este trayecto; a mis amigos y pareja les agradezco porque son personas que suman, humanos transparentes y almas de corazón noble, ellos hacen que mi risa sea más escandalosa y gracias al sentido del humor he logrado sobrellevar cada adversidad, que se ha presentado en mi vida. Me agradezco y felicito por no haberme rendido y haber sido valiente a pesar de las circunstancias, pues cada una de ellas me ayudó a comprender que la vida es como el arte cuentas con un lienzo en blanco, tus materiales son una caja de cinceles y pintura, tú eliges que pintar, no importa cuán abstracto sea tu arte pues es parte de tu esencia.

- Carolina Falcón

## AGRADECIMIENTO

*“Las palabras nunca alcanzan cuando lo que hay que decir desborda el alma”*

-Julio Cortázar

El agradecimiento, en la memoria del corazón, por esta razón quiero agradecer a mis padres quienes me enseñaron a luchar por alcanzar mis sueños; a mis hermanos por su apoyo, amor y confianza; a mi HIJA, quien es mi motor e inspiración de cada amanecer, cambiaste mi vida y la llenas de color en los momentos más oscuros, gracias ,también, por esos abrazos que me ayudaron a no flaquear y a mantenerme firme como una roca; a mi pareja te doy gracias por no soltar de mi mano en este largo camino; así mismo agradezco a mis amigas, que sin sus enseñanzas, sus experiencias, risas y lágrimas no hubiese podido disfrutar tanto de esta etapa que la llevare guardada en el corazón . Por último, me agradezco a mí, que con esfuerzo, dedicación, pasión y valentía estoy por culminar un sueño, y que hoy, se hace realidad.

- Joselyn Urgilez

Agradecemos el apoyo de nuestra tutora Sandra Santamaría que nos ha ayudado y orientado durante esta investigación

- Carolina Falcón y Joselyn Urgilez

**DEDICATORIA**

A todos los futuros profesionales e investigadores esperamos que con este trabajo sus proyectos sean más factibles

- Carolina Falcón y Joselyn Urgilez

## RESUMEN

El objetivo general de la investigación consiste en evaluar el estrés y las estrategias de afrontamiento en padres con hijos que presentan Trastorno del Espectro Autista (TEA). Además, es de vital importancia debido a que, en el Ecuador, no se han encontrado investigaciones con el tema planteado, y esta podría ser de interés para futuras investigaciones dentro de la práctica. El método, que se utiliza es de carácter cuantitativo, pues, se recolecta y, se analiza datos estadísticos, bajo esta perspectiva, se evalúa el nivel de estrés y estrategias de afrontamiento, a través del uso de herramientas psicométrías Cuestionario de estrés parental PSI-SF y Cuestionario Estrategias de Afrontamiento Versión Brief 28 (COPE - 28). Para esta investigación, se trabaja bajo un diseño no experimental de tipo transversal descriptivo, por lo que la recolección de datos, se realiza en un solo momento, dentro de la investigación participaron un total de 150 padres. Además, se aborda de manera teórica los conceptos de Trastorno del Espectro Autista, estrés y estrategias de afrontamiento. Dentro de esta investigación, se comprobó que los padres utilizan estrategias de afrontamiento como la autoinculpción y el uso de sustancias las cuales no son muy saludables para enfrentar el diagnóstico de TEA de sus hijos, los resultados obtenidos en esta investigación fueron medianamente significativos. Es así que, estos podrían contribuir en el manejo de las estrategias de afrontamiento en padres, sustituyéndolas por otras más saludables como lo es el apoyo social, para que así, los padres puedan adaptarse al diagnóstico de sus hijos con TEA.

**Palabras Clave:** *Estrés, Estrategias de Afrontamiento, Trastorno del Espectro Autismo, Padres, Hijos*

## ABSTRACT

The research's overall goal is to evaluate stress and coping strategies in parents with children who have Autism Spectrum Disorder (ASD). Also, it is of vital importance because no research has been found in Ecuador on these subject, and this may be of interest for future research within the practice. The method used is of a quantitative nature since statistical data is collected and analyzed. Under this perspective, the level of stress and coping strategies are evaluated by using psychometric tools PSI-SF Parental Stress Questionnaire and Coping Strategies Questionnaire Brief 28 Version (COPE - 28). For this research, we work under a non-experimental design of a descriptive transversal type, so the data collection is done in a single moment; within the research, a total of 150 parents participated. The concepts of Autism Spectrum Disorder, stress, and coping strategies are addressed in a theoretical way. This research verified that parents use coping strategies like self-blame and the use of substances that are not healthy to face the diagnosis of ASD of their children. The results obtained in this research are moderately significant. Thus, they may contribute to the management of coping strategies in parents, replacing them with healthy ones such as social support, so that parents can adapt to their children's diagnosis with ASD.

**Key Words:** Stress, Coping Strategies, Autism Spectrum Disorder, Parents, Children

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DECLARACIÓN .....	iii
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA .....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	5
1. 1 Trastorno del Espectro Autista (TEA).....	5
1.1.1 Breve reseña histórica.....	5
1.1.2 Definición y posibles causas.....	7
1.1.3 Criterios Diagnósticos.....	10
1.1.4 Tipos o Grados del Trastorno del Espectro Autista.....	14
1.1.4.1 Autismo.....	15
1.1.4.2 Síndrome de Asperger.....	16
1.1.4.3 Síndrome de Rett.....	18
1.1.4.4 Síndrome de Heller.....	20
1.1.4.5 Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado.....	21
1.1.5 Evaluación.....	21
1.1.5.1 Test de DENVER II.....	22
1.1.5.2 Checklist for autism in toddlers (CHAT).....	22
1.1.5.3 Modified Checklist for Autism in Toddlers (MCHAT).....	23
1.1.5.4 Escala de Observación para el Diagnostico del Autismo (ADOS-2)..	24
1.1.5.5 Entrevista para el Diagnóstico del Autismo - Revisada (ADI-R).....	24
1.2 Estrés.....	25
1.2.1 Definición.....	25
1.2.2 Características.....	27
1.2.3 Tipos.....	29
1.2.3.1 Eustrés o Estrés Positivo.....	29
1.2.3.2 Diestres.....	29
1.2.4 TEA: Un estresor para los padres.....	30
1.2.4.1 Estrés materno.....	31
1.2.4.2 Estrés paterno.....	32

1.2.4 Evaluación .....	33
1.2.4.1 Cuestionario de Estrés Parental - versión breve (PSI-SF) .....	33
1.2.4.2 Escala de Estrés Parental (PSS) .....	34
1.2.4.3 Parenting Daily Hassles Scale (PDH) .....	34
1.3 Estrategias de Afrontamiento .....	35
1.3.1 Definición .....	35
1.3.2 Estilos y Estrategias de Afrontamiento.....	37
1.3.3 Clasificación .....	38
1.3.4 Evaluación .....	42
1.3.4.1 Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC - M).....	42
1.3.4.2 El Inventario Multidimensional de Estimulación de Afrontamiento (COPE - 28).....	43
1.3.4.3 Escala de Afrontamiento para Adolescentes.....	43
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO .....	44
2.1. Metodología de Investigación .....	44
2.2. Paradigma.....	44
2.3. Nivel .....	44
2.4. Modalidad.....	45
2.5. Alcance .....	45
2.6 Corte temporal de la investigación .....	46
2.7 Herramientas.....	47
2.7.1 Carta de Consentimiento Informado.....	47
2.7.2 Ficha Sociodemográfica .....	47
2.7.3 Cuestionario de Estrés Parental PSI – SF .....	48
2.7.3.1 Nivel Confiabilidad del Inventario de Estrés Parental PSI-SF .....	49
2.7.4 Cuestionario Estrategias de Afrontamiento Versión Brief 28 (COPE - 28) .....	50
2.7.4.1 Nivel Confiabilidad del Cuestionario de las estrategias de afrontamiento COPE-28 Brief .....	53
2.8 Población y Muestra .....	53
2.8.1 Análisis sociodemográfico de la población .....	54
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
3.1 Análisis descriptivo .....	59
3.1.1 Análisis de Resultados de Estrategias de afrontamiento .....	59

3.1.1.2 Análisis descriptivo de las Estrategias de Afrontamiento en Relación al Sexo .....	61
3.1.2 Análisis de Resultados del Estrés Parental .....	63
3.1.2.1 Análisis descriptivo del Estrés Parental en Relación al Sexo.....	64
3.1.2.2 Análisis de porcentajes del Cuestionario de Estrés Parental PSI.....	66
3.1.3. Análisis de Correlación Estadístico .....	70
CONCLUSIONES .....	72
RECOMENDACIONES .....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	74
ANEXOS.....	88

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Niveles de Gravedad del TEA .....	11
Tabla 1.2 Señales de alerta según la edad.....	12
Tabla 1.3 Diferencias del Autismo y Asperger.....	17
Tabla 2.1 Normas de puntuación Cuestionario de Estrés Parental PSI-SF .....	49
Tabla 2.2 Fiabilidad estrés parental PSI-SF .....	49
Tabla 2.3 Distribución de Escalas y Subescalas del COPE Brief 28 .....	533
Tabla 2.4 Fiabilidad de las estrategias de afrontamiento COPE-28 Brief .....	53
Tabla 2.5 Análisis sociodemográfico de la población .....	555
Tabla 3.1 Análisis de Resultados de Estrategias de afrontamiento .....	59
Tabla 3.2 Análisis descriptivo de las Estrategias de Afrontamiento padres.....	611
Tabla 3.3 Análisis descriptivo de las Estrategias de Afrontamiento madres.....	622
Tabla 3.4 Análisis de Resultados del Estrés Parental.....	633
Tabla 3.5 Análisis descriptivo del Estrés Parental (Padres) .....	655
Tabla 3.6 Análisis descriptivo del Estrés Parental (Madres) .....	655
Tabla 3.7 Matriz de correlaciones .....	70

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1.1. Línea de Tiempo del Trastorno del Espectro Autista .....	7
Figura 1.2 Criterios diagnósticos DSM-V .....	10
Figura 1.3 Diagnóstico diferencial de TEA .....	13
Figura 1.4 Tipos de Trastorno del Espectro Autista de acuerdo al DSM-V .....	14
Figura 3.1 Representación Global de los Niveles de Malestar Parental PSI-SF.....	666
Figura 3.2 Representación Global de los Niveles de Interacción Padre - Hijo PSI-SF .....	677
Figura 3.3 Representación Global de los Niveles de Cuidado del Niño PSI-SF .....	688
Figura 3.4 Representación Global del Estrés Total PSI-SF.....	69

**ÍNDICE DE ANEXOS**

ANEXO 1. CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	888
ANEXO 2. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA .....	89
ANEXO 3. CUESTIONARIO DE ESTRÉS PARENTAL (PSI-SF) .....	911
ANEXO 4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (COPE-28) .....	944

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de este proyecto de titulación es determinar los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento en padres con hijos que presentan el Trastorno del Espectro Autista (TEA), el cual es considerado una condición diferente que afecta al niño, a la familia y principalmente a sus padres, por lo cual desarrollan sintomatología como: estrés, tensiones, culpa, impotencia, enojo, duelo; estas reacciones suelen ser más intensas al recibir un diagnóstico definitivo por parte del profesional, por ello, se realizará un análisis de los referentes teóricos y prácticos de estrés y estrategias de afrontamiento.

De acuerdo con estudios realizados por Center for Disease Control and Prevention (CDC) en Estados Unidos durante los años 2017 y 2018, se ha demostrado que 1 de cada 68 niños presenta autismo, debido a esta problemática, la OMS menciona que, los progenitores son quienes, se encuentran más afectados, dado que, luchan por los derechos y motivan el desarrollo de sus hijos (MSP, 2017).

Por otro lado, en América Latina varias investigaciones demuestran que existe un evidente aumento en los niveles de estrés parental, el cual muestra relación con las estrategias de afrontamiento (Limo, Linares & Pachas, 2017; Tereucán, & Treimún, 2016; Pineda, 2012; Ramírez, 2013). En una investigación llevada a cabo en España con una población de 58 participantes, se encontró que, en los padres de niños con TEA, existe una relación entre el estrés y las estrategias de afrontamiento, mientras mayor es el uso de la negación y el control emocional mayor será el estrés parental (Fernández, Pastor & Botella, 2014). Además, estudios realizados en Perú, en una población de 30 padres de niños con trastorno del espectro autista demuestran que, factores como el apoyo social, severidad de los síntomas del autismo, dificultad

financiera, percepción y comprensión hacia los TEA; provoca ansiedad y preocupaciones, lo cual eleva el nivel de estrés en los progenitores; además, se ha encontrado una relación directa con la evitación, esta estrategia es perjudicial para las figuras paternas ya que aumenta el estrés parental (Pérez & Montealegre, 2012).

Con todo, en el Ecuador, no se han encontrado investigaciones relacionadas con el tema, debido a, que no existe una gran difusión sobre el autismo, en el 2017 el Ministerio de salud informó que existen 1258 casos de autismo los, que se encargan de la difusión de este tema es la Asociación de Padres y Amigos para el Apoyo y la Defensa de los Derechos de Personas con autismo (APADA) (López, Ochoa, Larrea, & Felicita 2017)

Este trabajo de investigación parte del siguiente problema; durante las prácticas realizadas en el Hospital General Docente Ambato, se ha detectado que existe un estrés latente en padres con hijos que presentan (TEA). Todo esto podría estar generado por la pérdida inicial del niño ideal que los padres habían formado en su mente, lo que desencadena una serie de sentimientos, como la culpa, el dolor y la negación. Por lo tanto, la presente investigación pretende dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué relación hay entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de estrés en padres con hijos que presentan Trastorno del Espectro Autista? Para poder responder a esta pregunta de investigación, se parten de los siguientes objetivos:

Objetivo General.

- Determinar la relación entre los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento en padres con hijos que presentan el Trastorno del Espectro Autista

Objetivos Específicos

- Fundamentar teóricamente los aspectos relacionados con el estrés y las estrategias de afrontamiento en padres con hijos que presentan TEA
- Evaluar el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento usadas en padres con hijos que presentan TEA
- Relacionar las estrategias de afrontamiento y el estrés en padres con hijos que presentan TEA

El estudio, que se expondrá es de enfoque cuantitativo, es de naturaleza descriptiva con elementos correlacionales debido a, que se busca analizar la relación entre dos constructos: los niveles de estrés y estrategias de afrontamiento en padres de niños con TEA, es un diseño exploratorio descriptivo. Se decidió utilizar este tipo de diseño, debido que, el estrés y estrategias de afrontamiento son un tema que ha sido poco estudiado. Se utilizará un muestreo intencionado de 80 padres; como instrumento de recolección de datos, se utilizará test psicométricos COPE y Cuestionario de estrés parental PSI- SF de aproximadamente 30 minutos de duración. Posteriormente, la información obtenida será codificada y analizada en el programa estadístico SPSS, para determinar si existen diferencias significativas entre el estrés y las estrategias de afrontamiento.

El objetivo de la siguiente investigación consiste en determinar los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento en padres con hijos que presentan el Trastorno del Espectro Autista, puesto que, durante las prácticas realizadas en el Hospital General Docente Ambato, se ha detectado que existe un estrés latente en padres con hijos que presentan (TEA), esto estaría generado por la pérdida inicial del niño ideal que los padres habían formado en su mente, lo que ha llevado a, que se desencadene una serie

de sentimientos, como la culpa, el dolor y la negación; y de igual manera las estrategias de afrontamiento que utilizan los padres frente al estrés.

Es por esta razón que el desarrollo de la investigación es de carácter no experimental y de corte transversal, de enfoque cuantitativo, de alcance exploratorio, correlacional debido a, que se busca analizar la relación entre dos constructos: los niveles estrés y estrategias de afrontamiento en padres de niños con TEA.

La presente investigación es significativa debido a que, en el Ecuador, no se han encontrado investigaciones con el tema planteado, y esta podría ser de interés para futuras investigaciones dentro de la práctica clínica, además, se pretende exponer los aspectos más relevantes de la investigación como son los resultados obtenidos a través de aplicación de las baterías psicológicas.

A continuación, se detallan los siguientes capítulos en base al proyecto de investigación. En el primer capítulo, se encuentra el marco teórico, en el cual, se hace uso de investigaciones, artículos, revistas científicas y libros.

Como segundo capítulo, se encuentra la metodología en la, que se detalla el tipo de investigación, el corte, la población, la muestra y las herramientas, que se utilizaron.

Dentro del tercer capítulo, se muestra los resultados obtenidos a través de la aplicación de las baterías psicológicas, bajo un análisis correlacional de las variables expuestas.

Para finalizar, se encuentran las conclusiones, en las cuales, se reflejan los resultados de la investigación, mientras que en las recomendaciones, se refleja lo no logrado de la investigación con el fin de abrir nuevas brechas para futuras investigaciones.

## **CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA**

### **1. 1 Trastorno del Espectro Autista (TEA)**

#### **1.1.1 Breve reseña histórica**

Las primeras concepciones consolidadas del Trastorno Autista las acuñaron Leo Kanner en 1943 y Hans Asperger en 1944, pero, fue Eugen Bleuler en 1911 quien implantó a la literatura médica la palabra “autismo”, para señalar a pacientes diagnosticados con esquizofrenia, dado que, estos tenían la tendencia a aislarse del mundo emocional exterior, permanecían encerrados en sí mismos, y abandonados por sus familias en hospitales psiquiátricos

Etimológicamente la palabra “autos”, significa uno mismo, mientras que “ismos” hace referencia al modo de estar, en este punto el autismo era concebido como el hecho de estar ensimismado y aislado socialmente (Artigas & Pérez, 2012). Poco después, en 1938 Kanner realizó investigaciones a once niños los cuales diferían de manera marcada y singular de cualquier otra patología vista hasta el momento, y en 1943 acuña el término de trastorno autista con el fin de definir características comunes, referidas en tres aspectos (Bérmudez & Bérmudez, 2012):

- Aislamiento, esta característica, se evidenciaba desde el nacimiento, dado que, eran incapaces de responder al mundo exterior.
- Pensamiento restringido ante cambios de rutina y objetos circundantes.
- Deficiencias en la comunicación y el lenguaje.

Además, de las características mencionadas Kanner añadió que los padres de niños con Trastorno Autista eran personas perfeccionistas, incapaces de estar en compañía con otras personas, superficiales, insistentes y apáticos.

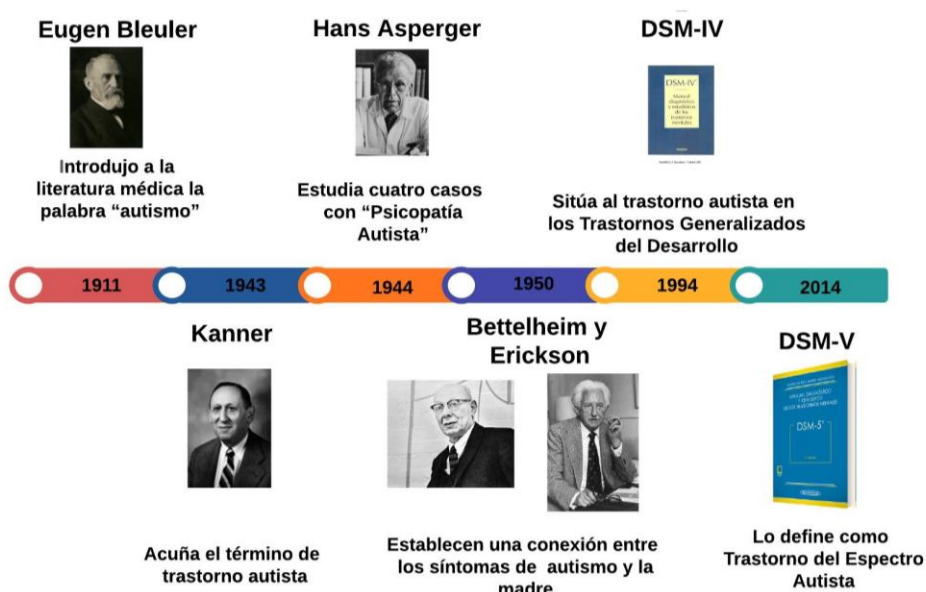
No obstante, en 1922 Hans Asperger estudia al igual que Kanner cuatro casos con “Psicopatía Autista” estos pacientes presentaban las siguientes características (Artigas & Pérez, 2012):

- Incapacidad para realizar amigos, falta de empatía
- Intereses restringidos, ingenuidad, ecolalia, pobre comunicación verbal y no verbal
- Torpeza motora y mala coordinación

Asperger denominó a estos niños como pequeños profesores con el fin de hacer alusión a la sorprendente capacidad que presentaban al hablar sobre sus temas favoritos, dado que, lo hacían a detalle y precisión. A pesar de que Kanner y Asperger habían definido el carácter innato del autismo, se añadió por cierto tiempo la teoría de la madre nevera debido a que consideraban que era un factor coadyuvante.

Así que en 1950 Bettelheim y Erickson establecieron una conexión entre los síntomas de los niños con autismo y la relación con la madre, por un lado, Bettelheim sostiene que la madre niega la existencia de su hijo y que ,además, los primeros días de vida eran cruciales, mientras que Erickson, se centraba en que estos niños desde edades muy tempranas no manifestaban respuestas ante la mirada, sonrisa y contacto físico, lo que generaba en la madre un distanciamiento esto contribuía al aislamiento del niño autista. Progresivamente en los años sesenta varios autores como Rimland realizaron aportaciones que sugerían, que los padres, no eran los causantes del autismo, dado que, los niños, no presentaban más signos de enfermedad mental o emocional.

En los años siguientes, se continuó con las investigaciones, pero en 1994 el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) lo sitúa en los Trastornos Generalizados del Desarrollo y lo define como: “Un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación social y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses” (citado en Arrebillaga, 2010, p.32). Todo lo mencionado en los anteriores párrafos, se lo constata mediante una línea de tiempo en la figura, que aparece, a continuación (ver *Figura 1.1*).



*Figura 1.1.* Línea de Tiempo del Trastorno del Espectro Autista basado en el libro de Arrebillaga titulado “Autismo y Trastornos del Lenguaje (TEA)”. Elaboración propia

### 1.1.2 Definición y posibles causas

En la actualidad, el DSM-V consolida esta definición y lo sustituye de los trastornos generalizados del desarrollo por Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el cual incluye: trastorno de Rett, trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastorno del desarrollo no especificado. El DSM-V define al

TEA como un problema continuo en la comunicación e interacción social en diferentes contextos, el cual, no se explica por un retraso general en el desarrollo. Este criterio, además, abarca problemas en la reciprocidad social y emocional, carencia en las conductas comunicativas no verbales y problemas para desarrollar y conservar las relaciones adecuadas al nivel de desarrollo (Artigas & Pérez, 2012).

El TEA, no es una enfermedad con una causa o etiología definida, es un trastorno de disfunción neurológica y, se manifiesta notablemente en el área de la conducta (Arrebillaga, 2010). No obstante, varias investigaciones explican que posee un origen biológico, los hallazgos refieren que los pacientes con TEA presentan alteraciones en los núcleos de la amígdala, neocorteza límbica, oliva bulbar, y una notable disminución en el volumen neuronal, células de Purkinje y alta densidad célula (Balbuena, 2015)

Por el contrario, otros científicos refieren que el TEA posee un componente hereditario, dado que, estaría causado por una amplia gama de mutaciones sobre todo las que interfieren en el desarrollo neuronal y la comunicación. “Los datos sugieren que aproximadamente un 10% de todos los casos de autismo tienen causas biológicas definidas, como rubéola durante el embarazo, talidomina prenatal, encefalitis causada por virus, herpes y esclerosis tuberosa” (Carlson, 2014, p. 637). A pesar de estas posibles causas, los investigadores están de acuerdo que el TEA ocurre por una alteración en el neurodesarrollo, en especial en la organogénesis precoz la cual es una fase del desarrollo embrionario que tiene lugar entre los 20 y 40 días después de la fecundación. Finalmente, los estudios de resonancia magnética (IRM), muestran que los niños que presentan autismo de 2 o 3 años manifiestan un desarrollo anormal en el cerebro.

Estudios realizados por Frith y Gallagher en el 2003 a través de IRM, informaron una disminución en el área fusiforme de las caras (FFA) esto ocurre en el momento que las personas con TEA observan pasivamente las caras, esto sugiere que los procesos de atención y motivación quizá jueguen un papel clave en el procesamiento facial en las personas que presentan TEA, es decir, que podría estar vinculado con la teoría de la mente, que se refiere a la capacidad de atribuir intenciones, sentimientos y creencias a los demás, la cual, se ve afectada en la mayoría de las personas con TEA (McDougle, 2016)

Por otro lado, existen estudios más amplios realizados en el 2004 enfocados en la IRM en el mismo, se compara un grupo de cinco autistas entre 25 años de edad los cuales fueron expuestos a diferentes sonidos vocales y no vocales con el fin de registrar la actividad cerebral y, se evidenció que las personas con TEA no registran actividad en el área cerebral ubicada en la región temporal superior, es decir, estas personas presentaban problemas para percibir la voz humana, y sonidos no vocales, esto podría explicar el déficit comunicativo que presentan las personas con TEA (Proal, González, Blancas, Chalita, & Castellanos, 2017).

Finalmente, estudios realizados en el 2011 en los cuales, se observa a pacientes con TEA en estado de reposo con el fin de examinar la conectividad funcional a través de un IRM revelan que en las personas con TEA existe una sobreconectividad de las áreas del cerebro. Esta disfunción conduce a déficits en el intercambio de información interregional, lo cual estaría relacionado con los síntomas de TEA debido a que los circuitos cerebrales a gran escala son probablemente esenciales para habilidades sociales y de comunicación intactas (McDougle, 2016). El siguiente apartado trata sobre los criterios diagnósticos del TEA.

### 1.1.3 Criterios Diagnósticos

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – V, el TEA es un trastorno de neurodesarrollo de origen neurobiológico de inicio en la infancia (Hervás, Balmaña y Salgado, 2017). Es por esta razón, que el TEA, se caracteriza por mostrar deficiencias en la comunicación social, y la interacción del niño en sus diferentes contextos, además, de presentar patrones de comportamientos repetitivos. Dado que, la sintomatología comienza a manifestarse en edad muy tempranas, su deterioro, también, es claramente significativo en las áreas ya mencionadas. Los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-V, se constatan en la figura, que se presenta, a continuación (ver *Figura 1.2*).



*Figura 1.2* Criterios diagnósticos DSM-V. Elaboración propia

Los criterios diagnósticos que plantea el DSM – V son (American Psychiatric Association, 2014, p.50):

A. Deficiencias persistentes en la comunicación y la interacción social en los diversos contextos, que se encuentre el niño. Además, de presentar déficit en la reciprocidad socioemocional, como, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal, hasta un fracaso de la conversación normal. También, suelen presentar dificultades en la comunicación no verbal, la comprensión y mantenimiento de las relaciones sociales.

B. Patrones persistentes y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, así como, utilización de objetos o habla estereotipada, excesiva inflexibilidad de rutinas, hiper – o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos que rodea al niño.

C. Los síntomas tienen estar presente antes de los tres años de edad, es decir, en las primeras fases del desarrollo del niño.

D. Los síntomas generan en el paciente un deterioro en lo social, laboral u otras esferas importantes para la actividad diaria.

E. Las alteraciones mencionadas, no se manifiestan como una discapacidad intelectual, además, en muchos casos en el TEA, se realiza un diagnóstico de comorbilidad.

Por otro lado, es importante antes de emitir el diagnóstico especificar la gravedad actual de la sintomatología, que presenta el niño en todas sus áreas (ver Tabla 1.1)

Tabla 1.1

*Niveles de Gravedad del TEA*

<b>Niveles TEA</b>	<b>Habilidades Sociales</b>	<b>Comportamientos</b>
Nivel 3 Requiere apoyo muy sustancial	Manifiestan graves dificultades en comunicación social y las habilidades sociales, tiene problemas en	Comportamientos restrictivos o repetitivos que a menudo, se interponen en el funcionamiento independiente y exitoso con las

	el juego imaginativo con sus pares.	actividades cotidianas y tienden a ser muy sensibles.
Nivel 2 Requiere apoyo sustancial	Presentan dificultades en la interacción y logran o no comunicarse verbalmente (no existe contacto ocular)	Firmeza del comportamiento, rutinas o rumiaciones de pensamiento y si, se interrumpen, se vuelven muy incómodos o molestos.
Nivel 1 Requiere apoyo	Podría considerarse un autismo leve, presentar dificultades para mantener una conversación y realizar o mantener amigos es no es fácil o natural para ellos.	Prefieren seguir las rutinas establecidas y sentirse incómodos con los cambios o eventos inesperados. Los problemas de organización y planificación podrían obstaculizar la independencia, por tanto, es importante asistir a terapias psicológicas o psiquiátricas de acuerdo al caso.

*Nota:* Modificada de Reynolds, & Kamphaus, 2013

Como se mencionó, los niños que son diagnosticados con TEA presentan un retraso en el desarrollo. Para la detección temprana, es importante que los cuidadores primarios identifiquen algunas conductas que puedan ser signos de alerta (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017). De manera que, se pueda implementar un tratamiento acorde a las necesidades del niño, y desarrollar modos de comunicación que permitan relacionarse desde temprana edad con sus padres. Alguno de ellos es: (ver Tabla 1.2)

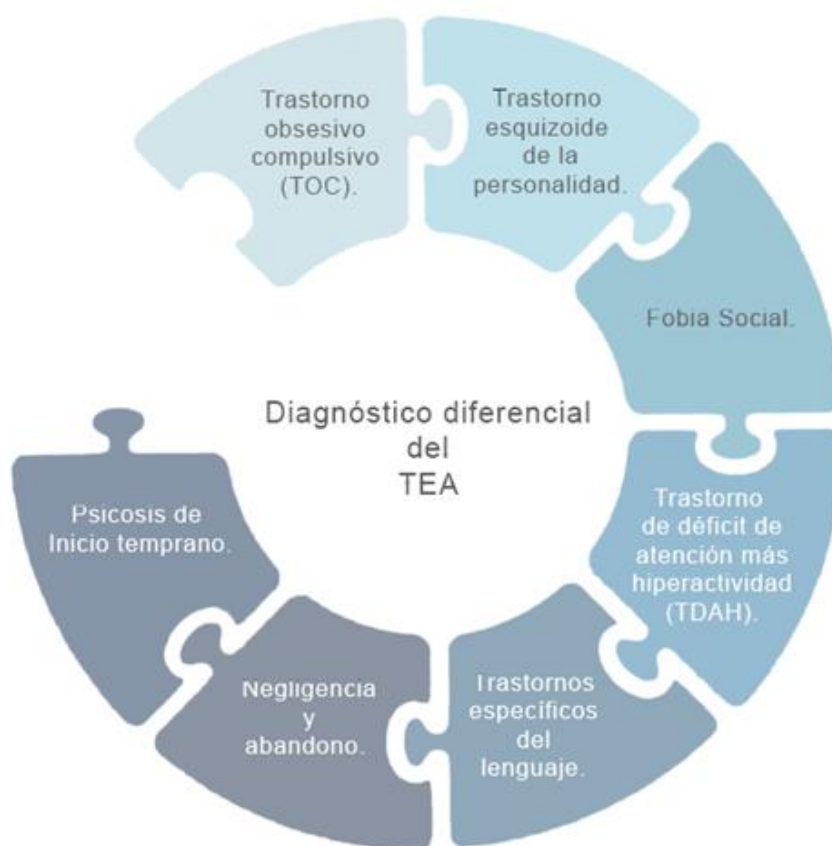
Tabla 1.2

*Señales de alerta según la edad.*

Antes de los 12 meses
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor contacto ocular</li> <li>- No responde a su nombre</li> <li>- No indica objetos para mostrar interés</li> <li>- Respuesta inusual frente a estímulos auditivos</li> <li>- Falta de interés hacia juegos interactivos</li> <li>- Ausencia de imitación espontánea</li> <li>- Ausencia de balbuceo</li> </ul>
Entre los 18 – 24 meses
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades para seguir la mirada de su cuidador</li> <li>- Retraso en el desarrollo del lenguaje</li> <li>- Ausencia de juego simbólico</li> <li>- Falta de interés en relacionarse con sus pares</li> <li>- No responde sí lo llaman por su nombre</li> <li>- No imita ni repite gestos</li> </ul>

*Nota:* Tomada de Olivares, 2016, p. 97.

A pesar de, los criterios establecidos el TEA, es confundido con otros trastornos, por tanto, se necesita realizar un diagnóstico diferencial en él, que se considere las siguientes patologías, las cuales, se las aprecia a través de la figura, que se presenta, a continuación. (Ver *Figura 1.3*).

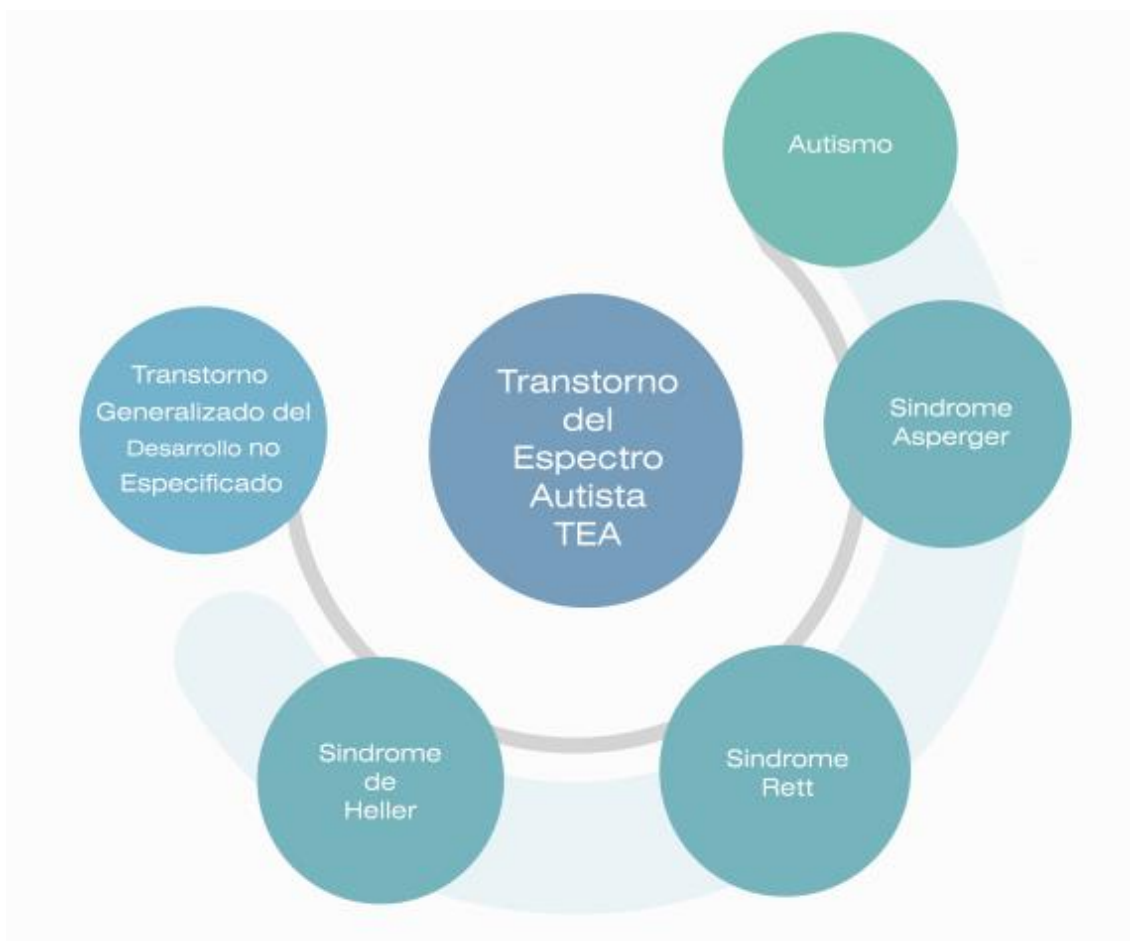


**Figura 1.3** Diagnóstico diferencial de TEA basado en el estudio de Cruells titulado "El TEA Y su diagnóstico diferencial". Elaboración propia

Si observamos con detenimiento, las conductas del TEA presentan un vínculo con otras patologías, por esta razón es necesario reconocer los tipos o grados del TEA, que se presentan, a continuación.

### 1.1.4 Tipos o Grados del Trastorno del Espectro Autista

El conjunto de estos síntomas, se encuentra vinculado a diferentes trastornos neurobiológicos y a varios niveles intelectuales, para lo cual es útil utilizar el término trastorno de espectro autista para referirse a cada uno de ellos. Se diferencian en cinco tipos o grados de TEA, dado que, las personas que lo padecen tienden a encontrarse en cualquier punto del espectro. Esto, se lo aprecia de mejor manera en la figura que aparece, a continuación (ver *Figura 1.4*).



**Figura 1.4** Tipos de Trastorno del Espectro Autista de acuerdo al DSM-V. Elaboración propia

#### **1.1.4.1 Autismo**

Kanner es considerado el padre del autismo, fue el primero en utilizar el término “autismo infantil precoz” en 1943, para referirse a niños que durante el primer año de vida presentaban una marcada tendencia al retraimiento y dificultad en interacciones sociales. La palabra gradualmente, se rediseñó por autores como Asperger en 1944, Popper en 1959, Creack en 1964, Lotter en 1966, Rutter en 1967, los estudios realizados por este grupo de investigadores confirman que el trastorno autista, se refiere a un conjunto de criterios relacionados con la interacción social, y la comunicación, y la conducta repetitiva. La edad de diagnóstico, se da en edades muy tempranas a partir de los 3 años (Hervás & Sánchez, 2014). Tanto la APA, como la OMS señalan las características del trastorno autista:

- 1) Alteración en la interacción social, comportamiento no verbal, incapacidad para desarrollar relaciones sociales, y falta de reciprocidad social
- 2) Problemas en la comunicación, desarrollo del lenguaje oral, incapacidad para mantener una conversación con otros, utilización de estereotipias motoras, ausencia de juego realista espontáneo.
- 3) Actividades restringidas, comportamiento repetitivo, pensamiento inflexible, preocupación por las partes de los objetos

Dentro de estos síntomas es importante mencionar que en ciertos casos, se ve afectado el coeficiente intelectual por tanto es necesario diferenciarlo del Síndrome de Asperger

#### 1.1.4.2 Síndrome de Asperger

El término síndrome de Asperger tuvo su inicio en 1944, al estudiar varios casos de niños con “Psicopatía autista” mencionados anteriormente, Hans Asperger enfatizó en la presencia de una marcada limitación que presentaban los niños en las relaciones sociales, carencia de empatía, problemas en las habilidades sociales, tendencia al aislamiento, y movimientos torpes (DuCharme & Gullotta, 2013).

No obstante, fue definido como Síndrome de Asperger por Kanner en 1943, y en 1981 Wing utilizó el nombre de Síndrome de Asperger y añadió un conjunto de criterios diagnósticos. Diez años después, Ehlers, Gillberg y Wing, crearon un cuestionario para la detección del síndrome de Asperger basados en los siguientes criterios

- Deficiencias sociales
- Intereses restringidos
- Rutinas repetitivas
- Problemas en el lenguaje
- Problemas de comunicación no verbal
- Torpeza motora

La edad de diagnóstico del Asperger, se da a partir de los 2 años de edad. No obstante, existieron varias dificultades en la discriminación constante entre el síndrome de Asperger y autismo. De tal modo que Wing exploró las similitudes y diferencias del autismo y Asperger, argumenta que varios retrasos en el desarrollo, se presentan con diferentes patrones de deterioro en diferentes dominios como la interacción social,

lenguaje y comportamiento junto con cualquier nivel de habilidades intelectuales. A continuación, se logra apreciar en la siguiente tabla las diferencias del autismo y del Asperger, puesto que muchas veces es confundido, a pesar de esto, es necesario, no olvidar que ambas patologías pertenecen al TEA (ver Tabla 1.3).

Tabla 1.3

*Diferencias del Autismo y Asperger*

Área	Autismo	Asperger
Interacciones sociales	Al margen e indiferente	Pasivo o unilateral
Lenguaje	Ausente, retrasado, anormal	Problemas en el uso de pronombres, y cierto uso palabras extrañas
Conversación		Inapropiada para el contexto, contenido complejo
Comunicación no verbal	Uso limitado de gestos	Inapropiado uso de gestos
Tono de voz	Monótono o peculiar	Monótono o peculiar
Rutinas e intereses	Intereses y rutinas restringidos	Inmersión en intereses especiales.
Respuestas sensoriales anormales	Usual en niños pequeños y personas mayores con discapacidad intelectual	No típico
Desarrollo motor	Se presenta en edades tempranas pero coordinación reducida con la edad.	Mala coordinación de la postura, la marcha, y gestos

*Nota:* Modificada de Asperger Syndrome. A Guide for Professionals and Families. Springer, Boston, MA, 2013.

A partir de las diferencias establecidas por Wing y sus colegas, sugieren que el síndrome de Asperger, se mantenga dentro del trastorno del espectro del autismo, y define al síndrome de Asperger como una discapacidad social en el cual, se ve afectada el área de la interacción, comunicación social e imaginación social, pero cuentan con un coeficiente intelectual promedio o alto, además, un amplio vocabulario y buena gramática, pero usan el habla en forma no social, lo usan solo para hablar de sus intereses especiales.

### 1.1.4.3 Síndrome de Rett

El Síndrome de Rett fue descrito por Andrés Rett en 1966, tras observar a dos pacientes mujeres con microcefalia, estereotipias, pérdida de habilidades, atrofia cerebral e hiperamoniemia. Tiempo más tarde en 1983 Hagberg hizo pública una serie de 35 pacientes que presentaban déficit cognitivo grave, ataxia y pérdida de las habilidades motrices, a lo que denominó como “Síndrome de Rett”. (Roche, Armstrong & Pineda, 2011). Es decir, el Síndrome de Rett es un trastorno de origen neurológico que predomina en las mujeres y afecta el desarrollo. El diagnóstico, se fundamenta tras la observación de criterios clínicos, los cuales permiten diferencias entre la forma clásica y sus variantes atípicas, las mismas, que se caracterizan por fenotipos menos fuertes.

Dentro de la observación clásica, se consigue distinguir cuatro fases, la primera denominada como fase de normalidad clínica, que se da alrededor de los 6 a 12 meses de edad, donde va a presentar una aparente normalidad neurológica. No obstante, se evidencia la existencia de otros síntomas, tales como, la asimetría en los movimientos faciales, especialmente en la velocidad de parpadeo, alteración del patrón de sueño, dificultad para gatear, no suelen dirigir los brazos hacia los padres para que los cojan y el estancamiento del perímetro cefálico (Roche, Armstrong & Pineda, 2011). Dicho de otro modo, se da una desaceleración de los hitos de desarrollo, los cuales son destrezas, que se presentan en lactantes como acontecimientos importantes dentro del periodo de crecimiento

Como segunda fase, se encuentra la regresión, donde comienza aparecer la pérdida de habilidades manuales, del lenguaje adquirido y del interés social, se establece de este modo una discapacidad motriz. Por otro lado, “las estereotipias manuales de lavado y salivación de manos, movimientos recurrentes de mano – boca o palmadas

comenzarían a los 12 meses o tardar años en aparecer” (Roche, Armstrong & Pineda, 2011, p. 289). Cabe mencionar que existen casos en la que las niñas llegan a caminar, pero con cierta dificultad en la marcha, mientras que las estereotípicas suelen ser menos frecuentes e intensas en la adultez, además, esta fase de regresión tiende a durar una semana en la que es evidente el deterioro cognitivo.

Como tercera fase, se sitúa la estabilización en la que, no se evidencian más pérdidas o deterioros significativos, sino una mejoría en cuanto al contacto social, la motricidad y el lenguaje. No obstante, es característico de estas personas tener una mirada intensa y expresiva. Como última fase, se encuentra el declive, en la que no todas las pacientes atraviesan este periodo, pero en el caso de serlo tienden a presentar un empeoramiento en la movilidad.

Como se mencionó, existen variantes atípicas que acompañan al diagnóstico tales como (Roche, Armstrong & Pineda, 2011, p.290):

- **Forma Congénita:** El signo inicial es la hipotonía y el retraso global del desarrollo en las primeras etapas sin fase de regresión
- **Epilepsia Precoz:** Ocurre por lo general en las primeras 6 a 10 semanas de vida con crisis variables
- **Regresión Tardía:** La fase de regresión comienza a partir de las 2.5 a 3 años.
- **Lenguaje Conversado:** Estas pacientes, no pierden de forma completa el lenguaje o lo recuperan de manera progresiva.

De manera que el Síndrome de Rett, es considerado como una enfermedad neurodegenerativa, que se define por presentar regresiones en el desarrollo psicomotor con manifestaciones autistas, además, de un enlentecimiento del perímetro cefálico. De acuerdo a algunos estudios, se cree que el Síndrome de Rett es causado por una mutación en el gen de la proteína de unión a metil CpG 2 (*MECP2*).

#### **1.1.4.4 Síndrome de Heller**

El Síndrome de Heller o, también, conocido como Trastorno Desintegrativo Infantil, es un tipo de trastorno generalizado del desarrollo, el cual tiene como característica una fuerte regresión en sus habilidades junto a sintomatología del autismo, cabe mencionar que el niño va a presentar un supuesto desarrollo normal hasta al menos los dos primeros años de vida.

No obstante, al comenzar el trastorno, se observa una pérdida de capacidades ya adquiridas en años anteriores. Se necesita para el diagnóstico una pérdida significativa en las áreas de lenguaje tanto expresivo como receptivo, juego, habilidades sociales y comportamientos adaptativos, control de esfínteres y capacidades motoras (Escobar & Rodríguez, 2012). Toda esta sintomatología, se logra observar dentro del autismo como tal, además, las personas que presentan este tipo de trastorno suelen presentar retraso mental grave, así como, irritabilidad, ansiedad e hiperactividad debido a la pérdida de las funciones.

Cabe mencionar, que se diferencia del Trastornos del Espectro Autista en el inicio del brote de la sintomatología, así mismo como el curso clínico y la prevalencia.

#### **1.1.4.5 Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado**

El Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado, se caracteriza por presentar dificultades en las áreas de lenguaje, comunicación, interacción social y conductas estereotipadas, no obstante, no cumple con todos los criterios diagnósticos, dado que, la sintomatología, no es común. La categoría trastorno de neurodesarrollo no especificado, se utiliza en situaciones donde el clínico no determina la causa de incumplimiento de los criterios de un trastorno de neurodesarrollo especificado (APA, 2014). Es decir, que este trastorno forma parte de los trastornos de neurodesarrollo, dado que, presenta una alteración a nivel neurológico como un retraso en el desarrollo, pero esta va a diferenciarse debido a la ausencia de ciertos criterios importantes.

Una vez realizada la identificación los tipos o grados de TEA es necesario reconocer los signos de alerta que presenta el niño, es recomendable realizar una evaluación que colaborará con el diagnóstico. A continuación, se expondrá las herramientas más utilizadas para la evaluación del TEA

#### **1.1.5 Evaluación**

Una vez realizada la identificación de los signos de alerta que presenta el niño, es recomendable realizar un tamizaje, en el cual, se pueda valorar el neurodesarrollo de rutina del niño, además, de realizar la entrevista a los padres, se sugiere revisar la historia clínica sobre todo en los antecedentes, de igual manera analizar todo tipo de examen, que se haya hecho con anterioridad, debido a que estos podrán ayudar al diagnóstico.

A continuación, se presenta una serie de herramientas utilizadas para la evaluación de un posible TEA. Es importante mencionar que un diagnóstico de TEA es netamente

clínico y que los instrumentos, que se exponen ,a continuación, sólo colaboran al posible diagnóstico por ningún motivo, se los considera como definitivos. La primera herramienta, que se tratara es el test de DENVER II

#### **1.1.5.1 Test de DENVER II**

El test DENVER II o Denver Developmental Screening fue creado por Williams Frankenburg, Josieh Doods y Alma Fordal en 1992. El cual valora el desarrollo psicomotor y afectivo en todas sus áreas: motor grueso y fino, lenguaje y social (Rivera, et.al., 2013). Esta prueba, se suele aplicar a niños de 0 a 14 años de edad en especial a menores de 3 años. El tiempo de ejecución de la batería oscila entre los 20 a 30 minutos, además, la aplicación es de forma individual con la presencia de los padres. Cabe mencionar que la prueba está conformada por 55 ítems, no obstante, tan solo, se aplican los, que se encuentran dentro de la línea de edad.

La confiabilidad del test es del 0.95 lo que significa que esta prueba es confiable, a través de esta, se logra corroborar el diagnóstico, pero, se aclara que este test no evalúa la inteligencia. Por lo que, la más utilizada es el Checklist for autism in toddlers (CHAT)

#### **1.1.5.2 Checklist for autism in toddlers (CHAT)**

El CHAT fue elaborado por Baron – Cohen y colaboradores, este en un instrumento diseñado para la detección temprana de TEA, el cual evalúa los gestos pro declarativos, seguimiento de la mirada y juego ficticio (Morcillo & Cabrera, 2018). La prueba, se aplica a niños de 18 meses, el cuestionario CHAT es administrado entre 10 y 15 minutos. Está comprendida por dos secciones, la primera dirigida a los padres

en la, que se necesita responder 9 preguntas, y la segunda sección es de observación al niño.

Se encontró que el CHAT presenta una excelente especificidad de 0.98, pero, su sensibilidad es de 0,38. Lo que reduce su uso como instrumento de cribado. A fin de mejorar la sensibilidad del cuestionario, se realizó una versión modificada, la cual, se la denominó como M – CHAT (Gutiérrez, 2016).

### **1.1.5.3 Modified Checklist for Autism in Toddlers (MCHAT)**

El M – CHAT es la versión modificada del CHAT, Baron – Cohen y sus colaboradores buscaron cambiar su baja sensibilidad para los trastornos leves de TEA, y, además, lo adecuaron a un sistema sanitario. El M – CHAT valora al igual que el CHAT los gestos pros declarativos, seguimiento de la mirada y juego ficticio, este instrumento consta de 23 ítems. De la misma manera, se encuentra diseñada para evaluar a niños de 24 meses de edad. Este cuestionario va dirigido a los padres del niño.

Dadas a las modificaciones el M – CHAT presenta una sensibilidad de 0.87 y 0.97 y una especificidad de 0.95 y 0.99 (Gutiérrez, 2016). Es decir, el M – CHAT tiene mayor sensibilidad para diagnósticas otros tipos de trastorno asociados al autismo. No obstante, existe una versión modificada con seguimiento que es M – CHAT – R/F, la cual tiene como finalidad mejorar la sensibilidad y mantener su especificidad. Cabe añadir que, este cuestionario consta de 20 ítems, dos momentos de aplicación y la categorización, que se obtiene a través de la puntuación total.

Es necesario recordar que el MCHAT y M-CHAT-R/F no son instrumentos de diagnóstico, únicamente son indicadores de riesgo de un posible TEA. No obstante,

existen escalas de observación y entrevistas estructuradas más desarrolladas para realizar la evaluación como el ADOS - 2 y el ADI-R

#### **1.1.5.4 Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2)**

El ADOS – 2 es una escala de observación para el diagnóstico de Autismo, este fue elaborado por Catherine Lord y sus colaboradores, además, de ser adaptado al español por Tamara Luque. Esta es una escala estandarizada y semiestructurada de la comunicación, interacción social, juego y de las conductas repetitivas, se encuentra dirigida a niños, jóvenes y adultos (Lord et al, 2015). El tiempo de ejecución de la prueba, se encuentra entre los 40 a 60 minutos. El ADOS – 2 está conformado por cinco módulos, además, tienen relación con el diagnóstico de TEA en sus distintos niveles de desarrollo y edades cronológicas.

La escala tiene una confiabilidad de .82 a .93, lo que significa que esta prueba es confiable tras su aplicación. Debido a la complejidad de su aplicación es preciso, que sea ejecutada por un profesional sanitario. No obstante, existe una herramienta de evaluación profunda denominada ADIR – R.

#### **1.1.5.5 Entrevista para el Diagnóstico del Autismo - Revisada (ADI-R)**

El ADI – R fue elaborado por Catherine Lord y sus colaboradores. Esta, se encarga de evaluar las alteraciones en la interacción social, limitaciones comunicativas en el lenguaje, además, del juego y conductas repetitivas. La entrevista, se da alrededor de 1 a 2 horas aproximadamente. El ADI – R consta de 93 ítems que van dirigidas al cuidador primario, la entrevista está organizada por 8 secciones (Montiel, 2013):

##### **1. Antecedentes**

2. Preguntas introductorias
3. Historia de desarrollo temprano
4. Adquisición y pérdida del lenguaje y otras habilidades.
5. Funcionamiento del lenguaje y la comunicación.
6. Desarrollo social y juegos
7. Intereses y comportamientos
8. Comportamientos generales.

El ADI – R tiene una confiabilidad de .82 a .93. En otras palabras, los resultados que arroja el instrumento son fiables, y a su vez permite identificar a niños con TEA de aquellos que presentan otro tipo de trastorno. En el siguiente apartado, se expondrá sobre el estrés

## **1.2 Estrés**

### **1.2.1 Definición**

La palabra estrés es muy utilizada en la actualidad, tuvo su inicio en 1930 con el fisiólogo Hans Selye el cual es reconocido como “el padre del estudio del estrés” debido a las diversas contribuciones que realizó en esta rama, el reconoce este término como un estado adaptativo en el cual el individuo genera una respuesta fisiológica y psíquica ante situaciones amenazantes o que conllevan algún tipo de riesgo, este proceso consiste en una interacción entre los sucesos del entorno y las respuestas emocionales, físicas e intelectuales del individuo (Pérez, et al., 2014).

El estrés quizá varíe de acuerdo a la intensidad con la cual, se produzca, depende del ambiente, las características que posee el individuo, las estrategias de afrontamiento y la valoración que el sujeto realiza ante la situación que cataloga como amenazante. Pero como ocurre en todas las ciencias, no existe un modelo único para explicarlo, sino más bien existen varias teorías que interpretan el estrés, cómo, se produce y los mecanismos que intervienen (Pérez, et al., 2014). A continuación, de acuerdo a Alarcón, se expondrán las teorías más relevantes que explican la definición del estrés.

La primera es la teoría de la resistencia, se basa en estudios de la fisiología y la fisiopatología, se fundamenta en que el esfuerzo tiene un límite, y el objeto en el cual, se ejerce demasiada fuerza o alguna fuerza adicional este tiende a perder su forma o funcionalidad, para la física este sería el concepto de estrés. Selye, se basó en esta definición, la incluyó en la medicina, y definió al estrés como una respuesta adaptativa inconcreta del cuerpo, debido a, que se refiere a un patrón de respuesta general, en el cual existe una interacción entre la magnitud de la demanda de adaptación y elementos individuales del sujeto que son conscientes o inconscientes.

La segunda es la teoría de los cambios vitales, se fundamenta en que el estrés es una necesidad del aparato psíquico por gestionar el exceso de estímulos en un tiempo definido, en el momento en que las demandas del mundo interno y del mundo externo son intensas el Yo, se ve intoxicado y tiende a bloquearse, debido a que su función consiste en equilibrar ambas demandas, estas, se refieren a los cambios vitales, los cuales son propios de la evolución del sujeto tales como; la muerte de un ser querido, divorcio, enfermedades, pérdida de trabajo, embarazo, negación de un préstamo, entre otros (Alarcón, 2013). La calma o inquietud del sujeto dependerá de los recursos

personales, la valoración del evento, y el momento del ciclo vital en él, que se encuentre.

La tercera es la teoría del exceso de funciones, la cual, se fundamenta en que el individuo está programado genéticamente para eludir el dolor e indagar y obtener el placer, de acuerdo con esta teoría, el estrés, se refiere a una serie de frustraciones, es decir, el placer se pospone, por tanto, la respuesta del individuo será el estrés y mientras, se sumen deseos insatisfechos el estrés, se hace más crónico (Alarcón, 2013). Estos deseos insatisfechos, se basan en la pirámide de necesidades de Maslow, la cual distribuye a las necesidades en cinco niveles; corporales, afecto, seguridad, sociales, y autorrealización. En definitiva, el individuo tiene cubrir estas necesidades para evitar que su cuerpo y mente, se saturen. En el siguiente apartado, se expondrá las características del estrés.

### **1.2.2 Características**

El individuo tiene diferentes formas de reaccionar ante el estrés debido a que es una respuesta fisiológica del mismo, pese a, existen características que contribuyen a la condición estresante de un momento determinado (Alarcón, 2013). El cambio de una situación consigue convertirse en algo amenazante para el sujeto, debido a que es una situación nueva, fuera de lo común. En otras palabras, si un sujeto, se encuentra ante algo desconocido o nuevo le resultará estresante, debido a que, no existe una similitud con situaciones pasadas o vividas anteriormente de tal forma que mientras más nueva sea la situación mayor estrés existirá en el sujeto (Pérez, et al., 2014).

Otra característica es la falta de información, si el sujeto, no se encuentra informado, se sentirá amenazado ante la situación que ocurra en ese momento podría ser una

enfermedad inesperada de la cual, no se encuentre informado (Alarcón, 2013). Por lo tanto, el sujeto será incapaz de asimilar la situación a la cual, se enfrenta debido a que su mente, se verá opacada por el miedo y temor.

Por otro lado, la incertidumbre es otra característica, en la cual el sujeto, no tiene la certeza sobre que una situación suceda o no, lo cual provoca en el individuo sentimientos de desesperanza y confusión, es decir, el sujeto es incapaz de otorgar un valor definido a un hecho, en consecuencia, no logrará predecir una situación (Pérez, et al., 2014). Esta característica, se relaciona con el peligro y existe una posibilidad de tener consecuencias psicológicas como estrés, ansiedad, y depresión.

La siguiente característica, se refiere a la falta de habilidades del sujeto para enfrentarse a una situación, si el sujeto, no cuenta con conductas o estrategias adecuadas implica indefensión, o el inicio de un consumo progresivo de sustancias tales como el café, tabaco o alcohol, un individuo, que no cuente con estrategias adecuadas conseguiría alterarse fácilmente ante cualquier situación indeseada (García & Castillo, 2019).

La última característica, se refiere a la duración de la situación de estrés, mientras mayor intensidad y duración tenga una situación amenazante mayor serán las consecuencias negativas en el sujeto, lo cual podría generar problemas mentales y físicos como depresión, ansiedad, hipertensión, insomnio, entre otros (Pérez, et al., 2014). A continuación, se expondrá los tipos de estrés.

### **1.2.3 Tipos**

Se identifican dos tipos de estrés, positivo y negativo, el estrés positivo ha sido reconocido como bueno, se denomina eustrés o estrés positivo. Mientras que, el estrés negativo, se lo denomina estrés patológico o diestres (Alarcón, 2013).

#### **1.2.3.1 Eustrés o Estrés Positivo**

El eustrés o estrés positivo, es considerado como parte de la vida, se presenta en un nivel moderado y es beneficioso para el individuo, este tipo de estrés, se vincula con la claridad mental y condiciones físicas óptimas, no produce ningún tipo de desequilibrio, sino más bien le generan satisfacción al sujeto (Herrera, et al.,2017). En consecuencia, el individuo constantemente busca estímulos que le generen retos los cuales están acompañados de frustraciones y a través de estos poder obtener una satisfacción, los retos, que se presentan día a día en la vida del individuo mantienen su motivación y energía para vivir.

#### **1.2.3.2 Diestres**

El diestres es un tipo de estrés negativo el cual, se produce por una serie de situaciones que el individuo catalogue como estresante, debido a que este, es un proceso es muy subjetivo y en cada individuo es diferente (Pérez, et al., 2014). En definitiva, el tendrá que evaluar la situación que vive, el mismo generará cansancio mental y físico, por tanto, existirá un desequilibrio tanto en su mundo interno como externo, no logrará encontrar una satisfacción y existirá una disminución en la productividad del individuo. A continuación, se expondrá sobre el estrés en padres con hijos que presenten trastorno del espectro autista (TEA).

#### **1.2.4 TEA: Un estresor para los padres**

La espera de un hijo para los padres es algo maravilloso en muchos casos, ellos esperan su llegada con ansias y fantasean con el mismo, piensan en un nombre, en su posible aspecto físico, sobretodo desean un niño saludable. En otras palabras, plasman todos sus deseos en él, y en el momento en que esto no ocurre renunciar a todos sus sueños y deseos les resulta complicado más aún en el tiempo que todo parecía marchar bien.

Algunos bebés presentan síntomas perceptibles ante los padres como señales, que algo inusual sucede, él bebe no conseguiría responder a estímulos de sonido, no mantendrá contacto visual o no responderá a la sonrisa u otra expresión facial de los padres (Larbán, 2013).

Estos síntomas que presentan sus hijos podrían ser el inicio de un sin fin de emociones en los padres, los cuales sentirán desesperación, inseguridad, quizá un alivio esporádico o, se sentirán entusiasmados en ocasiones, es decir, se encontrarán en una montaña rusa de ilusión y desilusión antes de un diagnóstico definitivo de TEA para sus hijos, esto genera duda en los padres entre lo sano y lo normal, lo que conlleva al inicio de estrés en los mismos.

Es importante mencionar, que cada progenitor reacciona ante el estrés de diferente forma a pesar de presentar características similares. No obstante, investigaciones señalan que el tener hijos con alguna discapacidad aumenta niveles de estrés, por tanto, los padres necesitan recibir apoyo psicológico antes de un diagnóstico definitivo (Ramírez, 2013). A continuación, se expondrá sobre el estrés en las madres.

#### 1.2.4.1 Estrés materno

La maternidad cambia la vida de una mujer para toda la vida, puesto que, a pesar del nacimiento de su hijo aún, se encuentra vinculada en cuerpo y alma debido a todo el cariño que ha destinado hacia él. La maternidad cambia, transforma el cerebro de una mujer, de manera estructural y funcional. Los circuitos innatos de una mujer, responden hacia la maternidad, incluso los padres adoptivos, las mujeres que han tenido problemas y, no han logrado vincularse de inmediato con sus hijos, debido a que existe un aumento de oxitocina lo cual genera un cerebro motivado, atento y protector (Brizendine, 2013).

En la actualidad las madres, no sólo son responsables de dar a luz a sus hijos, sino, de poder mantenerlos económicamente, para una mujer un hijo significa un sin número de procesos dentro de su cerebro, el simple olor de la cabeza de un bebé es un baño de feromonas que estimulan su cerebro y genera una poderosa poción del amor (Brizendine, 2013). Las madres por naturaleza tienen un instinto protector y agresivo debido a que siempre intentan velar por la seguridad de sus hijos. Mientras la madre mantenga un contacto físico continuo con su hijo, el cerebro emitirá niveles de oxitocina y creará circuitos necesarios para mantener un cerebro maternal.

En el momento que una madre le menciona un médico que su hijo presenta TEA, le genera estrés, debido a que su instinto le dice que su hijo, se encuentra en peligro, por tanto, sus niveles de estrés podrían ser altos, esto varía de acuerdo a las estrategias de afrontamiento, y a la red de apoyo con la que cuente. Por otro lado, la relación madre e hijo juega un papel importante, puesto que, si la madre presenta un estado de tensión, no solo ella estará afectada, también, estará afectado su hijo quien es más vulnerable y podría presentar problemas conductuales (Martínez, et al., 2012).

Debido a los niveles altos de oxitocina de la madre podríamos afirmar que es ella quien presentaría altos niveles de estrés, de acuerdo con una investigación esto es correcto, en el momento que los médicos mencionaron a las madres que sus hijos presentaban déficits en el comportamiento relacionado con el TEA aumentaron sus niveles de estrés debido a que esperaban verlo jugar y relacionarse como los otros niños (Allen, Bowles, & Weber, 2013).

A pesar de, presentar altos niveles de estrés, son capaces de adaptarse al mismo, de acuerdo con un estudio basado en el constructo Sentido de Coherencia, el cual, se define en tres áreas; la comprensibilidad, la manejabilidad y el sentido, se demostró que las madres presentaban altos niveles de comprensibilidad. En otras palabras, confían en sí mismas para controlar diferentes situaciones, lo cual genera un mejor ajuste y adaptación al estrés (Ramírez, 2013).

Además, de adaptarse al estrés la presencia de una figura paterna podría colaborar a reducir niveles de estrés en la madre, debido a que podría representar una fuente de apoyo, no solo como padre, sino, también, como pareja. A continuación, se expondrá sobre el estrés en los padres.

#### **1.2.4.2 Estrés paterno**

Los futuros padres experimentan varios cambios a nivel hormonal y cerebral, en breves rasgos podrían compararse con el de las madres. Estos cambios contribuyen a, que se genere un vínculo padre-hijo, se ha comprobado que los hombres con niveles bajos de testosterona escuchan mejor el llanto de un bebé, por otro lado, los padres que presentan el síndrome de incubación presentan niveles más elevados de prolactina y disminución de testosterona al interactúan con sus bebés (Brizendine, 2013).

Pero a pesar de tener características similares al cerebro de la madre el padre, no experimenta altos niveles de estrés ante un diagnóstico de TEA, no obstante, se siente preocupado en el momento en que le mencionan que su hijo tendrá déficits en el habla (Allen, Bowles, & Weber, 2013). Los niveles bajos de estrés por parte de los padres podrían ocasionarse porque ellos, no se encuentran inmersos en la intervención temprana de TEA, esto, no tendría que ocurrir así, debido a que el pilar fundamental para el desarrollo del lenguaje de los niños es el apoyo de sus padres, por consiguiente, las madres son las principales participantes en las investigaciones de TEA y la implementación de nuevas técnicas.

Es importante que los padres, se encuentren inmersos en las terapias de su hijo, debido a que la interacción padre-hijo es importante, sobre todo en el juego, dado que, es más activo y generativo. Por otro lado, un padre juega un papel crítico en el desarrollo de las habilidades de juego de un niño con TEA (Hay, 2016). A continuación, se expondrá sobre los instrumentos de evaluación del estrés parental.

#### **1.2.4 Evaluación**

En este apartado, se presenta brevemente los instrumentos más usados para medir el estrés parental, estos instrumentos, se centran en el desarrollo evolutivo del niño y el estrés parental en menores con dificultades o en contextos ajenos con a la familia (Pérez, 2014). Los tres principales instrumentos más usados, se expondrán, a continuación

##### **1.2.4.1 Cuestionario de Estrés Parental - versión breve (PSI-SF)**

Este cuestionario fue creado por Abidin 1995, y adaptado al español por Solís y Abidin en 1991. El PSI/SF es el cuestionario más usado en el campo de la investigación

alrededor del mundo, está dirigido a adultos (padres), su objetivo es evaluar el grado de estrés asociado a la maternidad o la paternidad, este instrumento consta de 36 ítems, cuenta con tres subescalas las cuales miden el cuidado del niño, el estrés parental, y la interacción padres-hijos. Este cuestionario cuenta con una fiabilidad de .89, y una validez de .85. (Pérez & Montealegre, 2012). Con la suma total las tres subescalas, se obtienen una puntuación final global, que se designa Estrés Total.

#### **1.2.4.2 Escala de Estrés Parental (PSS)**

Esta escala fue adaptada por Beatriz Oronoz, Itziar Alonso y Nekane Balluerka en la Universidad del País Vasco en el 2007, la versión original fue creada por Berry y Jones en 1995. Está dirigido para padres y madres, las preguntas están relacionadas con experiencias positivas y negativas vinculadas con el rol de la maternidad y la paternidad, el objetivo es evaluar el estrés parental, consta de 18 ítems, los cuales, se puntúa en una escala de Likert, tiene una fiabilidad de .86 y una validez de .86 lo que significa que esta escala es confiable (Jenaro & Gutiérrez, 2015). Altas puntuaciones significan altos niveles de estrés parental.

#### **1.2.4.3 Parenting Daily Hassles Scale (PDH)**

Esta escala fue creada en 1990 por Crnic y Greenberg, consta con 20 ítems los cuales contienen diferentes eventos diarios relacionados con parentalidad. Está dirigida a padres y madres, ellos tienen que señalar con qué frecuencia, se presentan estos eventos y el nivel de molestia que los hace sentir. Esta escala cuenta con dos subescalas Tareas parentales y Conducta desafiante del menor. Cuenta con una fiabilidad de .81 y una validez .90 (Pérez, 2014). Para la puntuación, se miden ambas subescalas y esta

puntuación, se denomina Estrés Total mientras más alta es la puntuación mayor estrés existirá en los padres.

### **1.3 Estrategias de Afrontamiento**

#### **1.3.1 Definición**

Las estrategias de afrontamiento fueron estudiadas en un inicio desde el modelo médico, posterior a ello por el psicoanálisis y para finalizar por la psicología cognitiva. A través de varias investigaciones el modelo médico concluyó que, la supervivencia dependía de las habilidades que tenía el sujeto, para darse cuenta que el medio que lo rodea es predecible y controlable con la finalidad de vencer aquellos agentes nocivos.

El término afrontamiento fue acogido por el psicoanálisis en 1937, en donde los pensamientos, hechos realistas y reflexivos trabajan en la búsqueda de la solución de problemas y, además, se encarga de reducir el estrés. (Macías, Madariaga, Valle & Zambrano, 2013). Es por ello que el concepto de afrontamiento tiene que ver con cognición, puesto que es la capacidad de procesar información desde la percepción de una persona, los conocimientos y sobre todo las características subjetivas que son las que permiten valorar la información.

La palabra afrontamiento, se la define de varias maneras, no obstante, el modelo transaccional de Lazarus y Folkman plantean que: “el Afrontamiento es un proceso dinámico de evaluación y reevaluación del repertorio de estrategias que poseen los individuos para hacer frente a una situación que es evaluada como amenazante o desbordante, y su función es reducir o mitigar los efectos del estrés psicológico” (Rodríguez. et al., 2016, p.17). Afrontamiento es una respuesta adaptativa frente a las

demandas externas como internas que exceden las capacidades de una persona, además, este tipo de respuestas podrían ser cognitivas como conductuales.

En otras palabras, el afrontamiento es la respuesta de la interacción que tiene un individuo en los contextos socioculturales. Como Lazarus y Folkman lo mencionaron: “el afrontamiento individual privilegia la dimensión social del ser humano, al reconocer que el afrontamiento surge de la interacción recíproca y de la rutina, exigían tomar alguna decisión por parte del individuo” (Citado en Macías, Madariaga, Valle & Zambrano, 2013, p. 127). Desde esta perspectiva, se establece que el afrontamiento, se encuentra bajo una dinámica de constante cambio, en donde la influencia sociocultural estipula la interacción que tiene el individuo con su entorno y deja ver la multicausalidad del fenómeno.

Lazarus y Folkman a través de sus estudios llegan a considerar dos elementos importantes, la primera es la valoración cognitiva y la segunda las estrategias de afrontamiento frente al estrés. En cuanto a la valoración cognitiva, se encuentra dividida en dos tipos, la evaluación primaria, que se basa en el reconocimiento del problema y si es o no dañino, mientras que la valoración secundaria consiste en la capacidad que tiene el sujeto para enfrentar dicho evento. Una vez realizada la valoración, se logra emplear las estrategias de afrontamiento.

La utilización de estas va a depender de varios factores, tales como, la salud, las creencias positivas, capacidad para resolver problemas, habilidades sociales y capacidad de aceptación (Rodríguez, Ocampo & Nava, 2009). Estas permitirán al sujeto darse una idea de cómo controlar o a su vez enfrentar la situación, mientras que los resultados van a necesitar de la eficacia de los factores y de los elementos inherentes a la propia situación.

En consecuencia, mantener estrategias de afrontamiento positivas ayudará al individuo a poder mantener niveles de estrés moderado y a su vez, vivir con ellos sin causar daño físico y psicológico. Es necesario, no confundir las estrategias de afrontamiento con el dominio del individuo sobre el entorno debido a que el afrontamiento, se basa en cómo el sujeto maneja la situación que ha generado estrés.

### **1.3.2 Estilos y Estrategias de Afrontamiento**

Cómo se había señalado, el afrontamiento es la reacción que los individuos tienen frente al estrés, y que estos a su vez, no generen malestar. De esta forma, surgen los estilos de afrontamiento que son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a varias situaciones y determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento (Castaña & León, 2010). Como se evidencia, las estrategias de afrontamiento dependen de los estilos de afrontamiento, puesto a que, estas ayudan al individuo a pensar y actuar de manera más o menos estable frente a una situación.

De acuerdo a varios autores, se ha estimado que ambos conceptos son complementarios, puesto que los estilos de afrontamiento son más estables, consistentes y resultan ser características de cada individuo, mientras que las estrategias de afrontamiento son comportamientos específicos. A continuación, se mencionan algunos de los estilos de afrontamiento más estudiados dentro de este enfoque.

Lazarus y Folkman a través del modelo transaccional han planteado dos tipos de estilos de afrontamiento; por un lado, el centrado en el problema y por el otro, el centrado en la emoción (Linares & Poma, 2016). El estilo de afrontamiento centrado en el problema, se refiere a la búsqueda de posibles soluciones, el cambio de la problemática entre la

relación persona-ambiente mediante la actuación sobre el medio o sobre uno mismo (Matalinares, et al., 2016). Por lo tanto, el estilo de afrontamiento centro en el problema, abarca las estrategias de afrontamiento que buscan una solución al conflicto, o a su vez a la situación que haya generado estrés en el individuo.

Este tipo de estilo de afrontamiento, se divide en afrontamiento activo y afrontamiento demorado. En cuanto al afrontamiento activo, trata sobre las acciones directas, que se toma para poder cambiar la situación, mientras que el afrontamiento demorado, está dirigida a buscar la oportunidad adecuada para actuar de manera no apresurada.

El estilo de afrontamiento relacionado a la emoción, tiene como función regular las emociones que el individuo las percibe como amenazante (Linara & Poma, 2016). Como se observa, con la regulación emocional, se pretende modificar el malestar y manejar de manera adecuada las emociones que presenta al individuo frente al acontecimiento perturbador. Además, se añade que este modo de afrontamiento podría presentarse si el sujeto, no ha identificado la posibilidad de cambio a través de una evaluación.

### **1.3.3 Clasificación**

Las estrategias de afrontamiento, se despliegan de los estilos de afrontamiento, ya antes mencionados. La clasificación de esta depende de los estudios realizados y sobre todo el autor. A continuación, se menciona algunas de ellas.

Según Alcoser (2012), Lazarus y Folkman a través de los estudios elaborados propusieron 8 estrategias de afrontamiento y son:

#### **1. Confrontación**

2. Planificación

3. Aceptación de la responsabilidad

4. Distanciamiento

5. Autocontrol

6. Revaluación positiva

7. Escape o evitación

8. Búsqueda de apoyo social. Ahora bien, las dos primeras estrategias de afrontamiento están enfocadas a la resolución del problema, mientras que las cinco siguientes estrategias, se dirigen a la regulación emocional, y la última estrategia de afrontamiento, se orienta a ambos estilos de afrontamiento. Los autores señalan que algunas estrategias de afrontamiento tienden a ser más funcionales frente a la situación estresante, mientras que otras, se dirigen más a situaciones más particulares.

Por otro lado, en base a los conceptos de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman, Frydenberg postula 18 estrategias de afrontamiento, las mismas que están agrupadas en tres estilos de afrontamiento (Peñaherrera, 2019). El primer estilo de afrontamiento denominado “Resolver el Problema, está compuesto por las siguientes estrategias de afrontamiento (Peñaherrera, 2019):

1. Concentrarse en resolver el problema

2. Esforzarse y tener éxito

3. Invertir en amigos íntimos

4. Buscar pertenencia

5. Fijarse en lo positivo
6. Buscar diversiones relajantes
7. Distracción física y reservarlo para sí.

El segundo estilo de afrontamiento denominado “Referencia a otros”, está compuesto por las siguientes estrategias de afrontamiento (Peñaherrera, 2019):

8. Buscar apoyo social
9. Acción social
10. Buscar apoyo espiritual
11. Buscar ayuda profesional

El tercer y último estilo de afrontamiento es denominado “Afrontamiento no Productivo”, y está compuesta por las siguientes estrategias de afrontamiento (Peñaherrera, 2019):

12. Preocuparse
13. Hacerse ilusiones
14. Falta de afrontamiento
15. Ignorar el problema
16. Reducción de la tensión
17. Reservarlo para sí
18. Autoinculparse

Cabe mencionar que las estrategias de afrontamiento propuesta por Frydenberg están enfocadas en el afrontamiento en adolescentes. Al parecer en esta etapa las estrategias de afrontamiento son el resultado de experiencias aprendidas, lo que estas establecen un estilo de afrontamiento de carácter individual, y lo que, a su vez, va a determinar las estrategias de afrontamiento.

Otra de las clasificaciones basadas en los estudios de Lazarus y Folkman, es la de Londoño y sus colaboradores, quienes plantearon 12 estrategias de afrontamiento, subdivididas en tres categorías (Peñaherrera, 2019). La primera categoría denominada estrategias comportamentales está contemplada por:

1. Búsqueda de apoyo social
2. Búsqueda de apoyo profesional
3. Reacción agresiva
4. Expresión de la dificultad del afrontamiento

En cuanto a la segunda categoría llama estrategias de afrontamiento cognitivo, se encuentra conformada por (Peñaherrera, 2019):

5. Evitación cognitiva
6. Reevaluación positiva
7. Reevaluación negativa

Y para finalizar en la tercera y última categoría denominada estrategias de afrontamiento cognitivo – comportamental está conformado por (Peñaherrera, 2019):

8. Solución de problemas

9. La espera

10. La religión

11. Evitación emocional

12. Autonomía

### **1.3.4 Evaluación**

A continuación, se expondrán instrumentos psicométricos relacionados a las estrategias de afrontamiento, además, de ser las más utilizadas y confiables para las distintas poblaciones.

#### **1.3.4.1 Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC - M)**

Esta escala es una versión modificada de la Escala de Estrategias de Coping Revisada (EEC - R), elaborada por Charon y Sandín en 1993. La Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC - M), fue realizada por Londoño, Henao, Puerta, Posada y Aguirre en el 2006. La escala está conformada por 98 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de 1 a 6 varían desde nunca hasta siempre (Aguirre, Cárdenas, González, 2018). Por lo que su opción de respuesta es bastante amplia y a su vez confiable.

Además, está conformada por 12 escalas (estrategias de afrontamiento) y cada una de ella es evaluada por 7 enunciados. Las escalas son las siguientes: búsqueda de alternativa, conformismo, control emocional, evitación emocional, evitación comportamental, evitación cognitiva, reacción agresiva, expresión emocional abierta, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional,

religión, refrenar el afrontamiento y espera. (Londoño, et al., 2006). La escala tiene una fiabilidad de 0,87, lo que determina que los resultados de la aplicación de la escala van a ser de alta confiabilidad.

#### **1.3.4.2 El Inventario Multidimensional de Estimulación de Afrontamiento (COPE - 28)**

Esta escala fue creada por Carver y adaptada al español por Morán y Manga, este inventario está conformado por 28 preguntas con opción de respuesta tipo Liker con 4 alternativas de respuesta, que desde nunca hago esto hasta siempre hago esto, además, este inventario consta de 14 escalas y estas son: “afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, uso de apoyo emocional, auto – distracción, desahogo, desconexión conductual, reintegración positiva, negación, aceptación, religión, uso de sustancias, humor auto – inculpación” (Álvarez, 2017, p. 24). El inventario presenta una consistencia interna de 0.90 y una confiabilidad que oscila entre 0,42 y 0,89.

#### **1.3.4.3 Escala de Afrontamiento para Adolescentes**

Este instrumento fue elaborado por Lewis y Frydenberg, esta prueba, se encuentra conformada por 79 ítems, distribuida en 18 subescalas que permiten conocer las estrategias de afrontamiento de los adolescentes y están comprendidas en afrontamiento productivo, no productivo o de no afrontamiento y orientado a otros (Viñas, et al., 2015). Cada ítem es valorado en una escala de Likert. Cabe mencionar que existen dos versiones de esta escala una que evalúa el afrontamiento específico y otra que valora el afrontamiento general. La prueba tiene una consistencia interna de .50 y .70, es decir, la prueba es confiable para su ejecución.

## **CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.1. Metodología de Investigación**

El presente trabajo de investigación, se establece en el paradigma post-positivista, con un enfoque no experimental, de modalidad cuantitativa, de alcance descriptivo, correlacional y de corte transversal.

### **2.2. Paradigma**

La presente investigación, se establece en el paradigma post-positivista. Según Ramos (2015), en el post-positivismo la realidad, se encuentra presente, pero esta, no es totalmente entendida desde las leyes exactas, debido a la imperfección de los mecanismos intelectuales y perceptivos del ser humano, debido a esto, se limita el control total de las variables. Es pertinente a la investigación, que se realiza, el estrés y las estrategias de afrontamiento, dado que, resultan de una serie de factores psicológicos, además, son considerados circunstanciales, por lo que, varía de acuerdo a la realidad de cada individuo, por esta razón, no se conocerán totalmente.

### **2.3. Nivel**

El nivel en él, que se basa esta investigación es no experimental, puesto que, no se manipularon variables, además, en esta investigación, se observa lo que ocurre de forma natural, sin intervenir de manera alguna. De acuerdo con Pérez (2009), la investigación no experimental, no posee el control directo de las variables independientes, dado que, sus manifestaciones son intrínsecamente no manipulables, por lo que, el investigador tiene que limitarse a la observación de situaciones ya existentes, no es posible asegurar una relación causal entre dos o más variables.

Lo particular de la investigación no experimental es que el investigador para alcanzar sus objetivos de estudio, necesita realizar estrategias con el fin de contestar las interrogantes, que se ha planteado y analizar las hipótesis formuladas planteadas en un principio. Este tipo de investigación, se adapta al presente trabajo porque parte de grupos similares para encontrar una diferencia y establecer la relación causa-efecto. En esta investigación, no se han manipulado variables, aunque, se logró observar, recoger información e indagar la relación entre el estrés y las estrategias de afrontamiento en padres con hijos que presentan TEA.

#### **2.4. Modalidad**

La modalidad de la investigación es de carácter cuantitativo, debido a que, a través de la recolección de datos, se analizará los resultados, y, se observará si, se cumple con el objetivo del estudio. Este tipo de enfoque parte de una idea, posterior a ello, se plantean objetivos y preguntas de investigación, también, se revisa la literatura y, se comienza a desarrollar el marco teórico (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Tras todas las etapas que lleva el enfoque cuantitativo, permite a los investigadores desarrollar hipótesis, conclusiones y definir las variables de estudio.

#### **2.5. Alcance**

La presente investigación es de alcance exploratorio descriptivo correlacional con un corte trasversal. Los estudios exploratorios según Hernández, Hernández & Baptista (2014) “sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa e indagar nuevos problemas” (p.91). En definitiva, los estudios exploratorios permiten al investigador desarrollar un criterio más objetivo sobre el tema y a

plantearse una estructura para el proceso de investigación tras las amplias revisiones literarias.

Como en toda investigación, se necesita especificar las características, los resultados, la población, que se va a utilizar dentro de la investigación o cualquier otro fenómeno, que sea objeto de estudio. Es por esto, que la investigación, también, tiene un alcance descriptivo, por lo que únicamente, se pretende medir o recoger información de las variables, que se va a analizar (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). De modo que, en una investigación descriptiva, se detalla de forma minuciosa los aspectos más relevantes de las variables que son objeto de investigación.

En esta investigación, se va a trabajar con dos variables y una población, lo que tiene un alcance correlacional. Los estudios correlaciones según Hernández, Fernández & Baptista (2014): se centran en comprender la semejanza que existe entre dos o más significados, clases o variables en un contexto o muestra en particular. Es decir, este tipo de investigación ayuda a cuantificar y analizar si las dos variables estudiadas guardar relación entre sí, lo cual beneficiaría a la investigación a cumplir sus objetivos.

## **2.6 Corte temporal de la investigación**

La temporalidad asociada a este estudio, se apoya en un corte trasversal, que estudia a las variables en un determinado punto del tiempo para evaluar el fenómeno en específico. Es decir, una medición simultánea, este tiene un doble propósito, dado que, es descriptivo y exploratorio (Rodríguez & Mendivelso, 2018). La misma investigación, se adapta a este diseño, debido a, que se pretende recabar información acerca del estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los padres con hijos

que presentan el trastorno del espectro autista, la exposición y el resultado, se examina en una misma temporalidad y al mismo tiempo está asociada a una metodología exploratoria ,debido a que, se indaga las condiciones de trabajo y descriptiva ,dado que, se manipula la problemática, se indaga investigaciones anteriores al tema.

## **2.7 Herramientas**

Las herramientas utilizadas para la presente investigación son principalmente los siguientes reactivos de medición psicológica: Carta de consentimiento informado, una ficha sociodemográfica, Cuestionario de Estrés Parental (PSI-SF), y Estrategias de Afrontamiento del Estés (COPE-28)

### **2.7.1 Carta de Consentimiento Informado**

En esta investigación, se utilizó una carta de consentimiento informado, es un documento fundamental para la elaboración de una investigación, en el cual, se informa a cada uno de los participantes los riesgos, beneficios y la relevancia de la investigación (Cañete, Guilhem, & Brito, 2012). Además, proporcionar la información es un derecho del participante y una obligación del investigador, en este documento consta la participación voluntaria del individuo (Ver Anexo 1). Por otro lado, no solo es imprescindible para realizar una investigación, sino en cualquier momento que el sujeto necesite por varias razones como una intervención médica.

### **2.7.2 Ficha Sociodemográfica**

En la ficha sociodemográfica, se toma cuenta la información recopilada de los instrumentos de evaluación: PSI-SF y COPE-28, con todo, se plantearon preguntas adicionales con el fin de indagar el número de hijos, lugar que ocupa el hijo con TEA

y las actividades que realizan con su hijo. Las preguntas están asociadas con las variables las cuales, se pretende identificar la relación entre el estrés y las estrategias de afrontamiento en padres con hijos que presentan TEA (Ver Anexo 2).

### **2.7.3 Cuestionario de Estrés Parental PSI – SF**

El Cuestionario de Estrés Parental es un instrumento psicológico el cual, se encarga de medir el estrés por la crianza de los hijos en los padres de familia. Este instrumento fue elaborado en Estados Unidos, realizado por Abidin y Loyd en el año de 1985 y fue adaptado al español por Abidin y Solis en 1991 (Díaz et al, 2010). Originalmente el test, se encontraba constituido por 120 ítems agrupados en dos dimensiones que consistían en dominio del padre y dominio del niño (Ver Anexo 3).

Posteriormente, fue adaptado al español, y el cuestionario fue reducido a 36 ítems con una escala de Likert de cinco opciones de respuesta, se establecieron tres factores los cuales permitían interpretar el estrés parental; características del padre, características del niño y la interacción entre padres e hijos. Estos factores, se encuentran adaptados al modelo multidimensional planteado por Abidin en su investigación sobre el estrés por la crianza en el cual, se menciona que los principales factores que producen estrés son externos (Sánchez, 2015). Las tres subescalas del cuestionario miden:

- La interacción disfuncional padres-niños (PD): Esta subescala está relacionada a características personales asociadas a la labor de cuidar a niños o niñas, se relaciona con el estrés que experimenta el adulto en su rol como padre/madre o cuidador primario. Se vincula con la competencia parental y las restricciones que conlleva en otros roles de su vida.

- **Interacción Disfuncional Padres-Niños (P-CDI):** Esta subescala, se refiere a la percepción del adulto hacia el niño como algo positivo o negativo, y su interacción con él o ella.
- **Cuidado del Niño (DC):** Se evalúa el nivel de estrés basada en características conductuales del niño o niña.

Por otro lado, se ha establecido a través del coeficiente de Fiabilidad Alpha de Cronbach de .88, todo lo mencionado, este instrumento es válido y confiable para esta investigación. En la siguiente tabla, se puede observar los baremos de puntuación establecidos para el Cuestionario de Estrés Parental PSI-SF (Ver Tabla 2.1)

Tabla 2.1

*Normas de puntuación Cuestionario de Estrés Parental PSI-SF*

Niveles	Estrés total	Malestar Parental	Interacción Padre-Hijo	Cuidado del Niño
Bajo	-58	-18	-18	-18
Moderado	59-157	19-52	19-52	19-52
Alto	158-180	53-60	53-60	53-60

*Nota:* Tomada de Sánchez, 2015

### 2.7.3.1 Nivel Confiabilidad del Inventario de Estrés Parental PSI-SF

El análisis de la fiabilidad del Inventario de Estrés Parental PSI-SF, se ha establecido a través del coeficiente de Fiabilidad Alpha de Cronbach. La cual, se desarrolla con el total de la población a evaluar, con un total de 153 participantes. (Ver Tabla 2.2).

Tabla 2.2

*Fiabilidad estrés parental PSI-SF*

Alfa de Cronbach	N de elementos
.880	36

*Nota:* 153 observaciones.

#### **2.7.4 Cuestionario Estrategias de Afrontamiento Versión Brief 28 (COPE - 28)**

El Inventario Multidimensional de Estimulación de Afrontamiento (COPE – 28), está diseñado para evaluar las diferentes formas de respuesta frente al estrés e identificar los múltiples estilos de afrontamiento. Morán, Landero, & González, (2010) afirman que: “El afrontamiento es considerado como un factor estabilizador, de manera que facilita el ajuste individual y la adaptación sí, se está ante situaciones estresantes” (p. 544). Es decir, el afrontamiento es una herramienta que utiliza el ser humano para poder manejar el estrés frente a situaciones de la vida cotidiana.

El Inventario Multidimensional de Estimulación de Afrontamiento (COPE - 28), fue creado y adaptado por un grupo de investigadores, a través del modelo teórico propuesto por Lazarus sobre el estrés. Carver y su equipo de investigadores en 1989 plantearon al COPE como una alternativa al Ways of Coping

El COPE estuvo conformado por cinco escalas y cada una de ellas fue constituido por cuatro ítems, las mismas que midieron distintos aspectos relacionados al afrontamiento centrado en el problema, tiempo más tarde, los investigadores decidieron incrementar cinco escalas relacionadas al afrontamiento centrado en las emociones, y tres escalas que miden la respuesta de afrontamiento, se obtuvo un instrumento de 60 ítems y 15 escalas. Carver en 1977 mostró una versión abreviada a la cual nombre como Brief COPE, el cual está conformado por catorce subescalas de dos ítems cada uno.

El Brief COPE, fue adaptado al español por Morán y Manga, este inventario está conformado por 14 subescalas y 28 preguntas, la forma de respuesta, se presenta de acuerdo a una escala de tipo Likert, con una distribución de respuestas de 4 alternativas que va desde “nunca hago esto” a “hago siempre esto”. El puntaje oscila entre los cuatro y dieciséis puntos.

El COPE Brief – 28 comprende las siguientes escalas (Morán et al., 2010):

1.     Afrontamiento Activo: Dentro de esta subescala, se observa como el sujeto adquiere acciones directas, aumentar sus propios esfuerzos o a su vez eliminar o comprimir el estrés
2.     Planificación: Esta subescala, está centrada en como el sujeto planea estrategias de acción, que pasos tiene que dar y sobre todo a donde van dirigidos todos sus esfuerzos.
3.     Apoyo Instrumental: En esta subescala, se observa, si el sujeto acude a consejos de personas que tan solo conocen la situación estresante por la que está atravesando
4.     Uso de Apoyo Emocional: De acuerdo a esta subescala, que se presenta en el inventario, evalúa el apoyo emocional de simpatía y contraste.
5.     Auto – Distracción: Se evalúa si el sujeto intenta distraerse con otras actividades, que no le generen estrés.
6.     Desahogo: Se observa la descarga emocional que presenta el sujeto.
7.     Desconexión Conductual: En esta subescala, se analiza si el sujeto ha reducido sus esfuerzos para poder tratar con el estresor.
8.     Reintegración Positiva: Se evalúa a través de esta subescala si el sujeto ve el lado positivo y favorable de la situación.
9.     Negación: Se ve si el sujeto niega o no la realidad de la situación, por la que atraviesa.

10. Aceptación: En esta subescala, se determina si el sujeto acepta la realidad del acontecimiento.
11. Religión: Se observa si el sujeto participa en actividades religiosas, en momentos de estrés.
12. Uso de Sustancias: Se evalúa el uso de sustancias.
13. Humor: Se observa si el sujeto hace bromas sobre la situación que le genera estrés.
14. Auto – inculpación: En esta subescala, se observa si el sujeto, se culpa por la situación que atraviesa.

Bonilla, Bahamón, Forgiony, y Mora (2019), realiza un análisis sobre las propiedades psicométricas del Inventario Multidimensional de Estimulación de Afrontamiento (COPE Brief 28), este estudio fue llevado a cabo en Colombia (Ver Anexo 4). La aplicación del inventario, se dirigió a adolescentes entre 13 y 18 años de edad, se obtuvo una participación de 503 personas (Bonilla et, al. 2019). Los resultados obtenidos a través de esta investigación con respecto a la consistencia interna fueron de un Alfa de Cronbach de .734. Es decir, los estudios, que se utilizaron para establecer la validez, indicaron una correlación significativa entre las dimensiones del COPE y constructos vinculados con la escala

En la siguiente tabla, se observa la distribución de escalas y subescalas del Inventario Multidimensional de Estimulación de Afrontamiento versión Brief 28 (Ver Tabla 2.3)

Tabla 2.3

*Distribución de Escalas y Subescalas del COPE Brief 28*

Escala	Subescala	Ítems
Estrategias de afrontamiento centradas en el problema	Afrontamiento activo	2-10
	Planificación	6-26
	Búsqueda de apoyo social	1-28
	Autoinculpación	8-27
Evitación	Desahogo de las emociones	12-23
	Desconexión conductual y desconexión mental	11-25
	Uso de sustancias	15-24
	Autodistracción	4-22
Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción	Apoyo emocional	9-17
	Reinterpretación positiva	14-18
	Aceptación	3-21
	Negación	5-13
	Religión	16-20
	Humor	7-19

*Nota:* Tomada de Tereucán & Treimún, 2016

#### 2.7.4.1 Nivel Confiabilidad del Cuestionario de las estrategias de afrontamiento COPE-28 Brief

El análisis de la fiabilidad del Cuestionario de las estrategias de afrontamiento COPE-28 Brief, se ha establecido a través del coeficiente de Fiabilidad Alpha de Cronbach. La cual, se desarrolla con el total de la población a evaluar, con un total de 153 participantes. (Ver Tabla 2.4).

Tabla 2.4

*Fiabilidad de las estrategias de afrontamiento COPE-28 Brief*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,734	28

*Nota:* 153 observaciones.

## 2.8 Población y Muestra

La población de interés en esta investigación son los padres con hijos que presentan el trastorno del espectro autista dentro de la ciudad de Ambato, por tanto, esta

investigación, se basa en el estado de inclusión, sin diferenciar, estado civil, edad, estrato socioeconómico, étnico, ni situación laboral. Esta población, no posee datos exactos, debido a que, no se han realizado investigaciones dentro de la ciudad de Ambato, por lo cual tipificamos el número total de casos como indeterminado.

La investigación, se basa en un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia el cual emplea criterios de inclusión. El criterio de inclusión, que se tomarán dentro de esta investigación son: padres con hijos que presenten trastorno del espectro autista dentro de la ciudad de Ambato.

La población, se distribuye en: género, edad, área de trabajo y puesto de trabajo. En el siguiente párrafo, se expondrá sobre el análisis sociodemográfico de la población

### **2.8.1 Análisis sociodemográfico de la población**

La siguiente tabla corresponde a las características sociodemográficas de la muestra (padres), las mismas que están conformadas por: edad, sexo, estado civil, identificación étnica, procedencia, origen de los recursos para el tratamiento, tipo de familia, organización familiar, número de hijos, lugar que ocupa el niño con TEA, nivel educativo, situación económica actual, lugar de trabajo, ha dejado de trabajar para cuidar de su hijo, tratamiento psicológico, antecedentes personas psicológicos, antecedentes psicológicos o psiquiátricos familiares, tratamiento psiquiátrico y actividades extracurriculares.

Los resultados, que se presentan en la tabla, a continuación, se encuentran distribuidos de acuerdo a las variables ya establecidas con anterioridad, las variables cualitativas, se presentan con la frecuencia ( $f$ ) y la presentación porcentual (%), mientras que las

variables cuantitativas (edad), se expresan a través de la media ( $M$ ) y la desviación estándar ( $DS$ ) (Ver Tabla 2.5)

Tabla 2.5

*Análisis sociodemográfico de la población*

<b>Descriptivos</b>		
<b>Variab</b> les	<b><math>M</math></b>	<b><math>DS</math></b>
Edad	38	6,04
	Frecuencia ( $f$ )	Porcentaje (%)
<b>Sexo</b>		
Padre	50	32,7
Madre	103	67,3
<b>Estado Civil</b>		
Casado/a	82	53,6
Divorciado/a	11	7,18
Unión Libre	12	7,84
Separado/a	48	31,37
<b>Identificación Étnica</b>		
Mestizo	147	96,1
Indígena	4	2,6
Afroecuatoriano	2	1,3
<b>Procedencia</b>		
Zona Urbana	118	77,1
Zona Rural	35	22,9
<b>Origen de recursos para el tratamiento de su hijo</b>		
Personales	39	25,5
Estatales	114	74,5
<b>Tipo de Familia</b>		
Nuclear	82	53,6
Extendida	48	31,37
Reconstruida	12	7,84
Monoparental	11	7,18
<b>Con quién vive</b>		
Esposo/a e Hijos	82	53,6
Hijos	11	7,18
Pareja e hijos	12	7,84
Padres e hijos	48	31,37
<b>Número de hijos</b>		
1	32	20,9
2	63	41,2
3	38	24,8
4	20	13,1
<b>Lugar que ocupa hijo con TEA</b>		
Único/a	31	20,3
Primero	33	21,6
Segundo	89	58,2
<b>Nivel Educativo</b>		
Bajo	13	8,5
Medio	129	84,3
Alto	11	7,2

<b>Situación económica familiar</b>		
Muy buena	6	3,9
Buena	130	85,0
Regular	17	11,1
<b>Lugar en el que trabaja</b>		
Público	5	3,3
Privado	132	86,3
Ama de casa	16	10,5
<b>Para cuidar a su hijo usted ha dejado de trabajar</b>		
Si	139	90,8
No	14	9,2
<b>Quién cuida a su hijo con TEA</b>		
Padres	16	10,45
Madres	123	80,3
Hijos	14	9,1
<b>Recibe tratamiento psicológico o psiquiátrico</b>		
Si	12	7,8
No	141	92,2
<b>Diagnóstico</b>		
Ansiedad	5	41,2
Depresión	6	50
Estrés agudo	1	8,3
<b>Tiene antecedentes psicológicos o psiquiátricos familiares</b>		
Si	13	8,5
No	140	91,5
<b>Diagnóstico</b>		
Esquizofrenia	1	7,7
Depresión	11	84,6
Síndrome de Down	1	7,7
<b>Que otras actividades realiza con su hijo en su tiempo libre</b>		
Hacer deporte	24	15,7
Tiempo familiar	26	17,0
Caminar en áreas verdes	30	19,6
Dormir con su hijo	25	16,3
Jugar en el parque	18	11,8
Desarrollo de espiritualidad	9	5,9
Ir al cine	16	10,5
Talleres de habilidades	4	2,6
Escuchar música	1	0,7

**Nota:** 153 casos.

La edad de los participantes de la presente investigación, se sitúa en una media de  $\bar{X}=38$  años de edad con una desviación de  $\sigma=6.04$ . Lo que revela que el grupo de padres, se encuentra conformado por adultos tempranos.

En la variable sexo, se encontró que el (32,7%) de la muestra corresponde al sexo masculino, mientras que el (67,3%) pertenece al *sexo femenino*. En cuanto al estado civil, se encontró que el (53,6%) son casados, mientras que el (7,18%) son divorciados,

unión libre (7,84%) y el (31,37%), se encuentran separados, se evidencia que la mayoría de la población, se encuentra casada. En relación a la variable identificación étnica el (96,1%) de la población es mestiza, el (2,6%) es indígena y el (1,3%) es afroecuatoriana. Se evidenció, que no existe diferencias estadísticas significativas, pues que, la mayoría de la población es mestiza. Con respecto a la variable origen de los recursos para el tratamiento, se observa que el (25,5%) pertenece a los recursos personales, mientras que el (74,5%) corresponde a los recursos estatales.

En la variable tipo de familia, se encontró que el (53,63%) es perteneciente a familiar nucleares, el (31,37%) a familiar extendidas, el (7,84%) a familias reconstruidas y monoparental (7,18%). En cuanto a la variable organización familiar el (53,63%) viven con sus esposo/a e hijos, el (7,18%) viven solo con sus hijos, el (7,84%), pareja e hijos y el (31,37%) viven con sus padres e hijos. En cuanto a la variable número de hijos, el (20,9%) corresponde a que los padres que tienen un hijo, mientras que el (41,2%) indica que tiene dos hijos, el (24,8%) muestra que los padres tienen tres hijos y el (13,1%) tiene cuatro hijos. De acuerdo a la variable lugar que ocupa el niño con TEA, el (20,3%) es hijo único, el (21,6%) es el primer hijo y el (58,2%) es el segundo hijo.

En relación al nivel educativo, el (8,5%), se encuentra en un nivel bajo, en cambio el (84,3%), se encuentra en un nivel medio y el (7,2%) en un nivel alto. Según el estudio realizado por Rey y James (2013) consideran que la necesidad primaria de los padres consiste en cuidar de sus hijos, lo que, a su vez, trae consecuencias para continuar con desarrollo personal. En la variable situación económica, se halló que tan solo el (3,9%) de la población presenta tener una situación económica muy buena, mientras que el (85%) tiene un nivel económico bueno y el (11,1%) regular. Lo que podría estar relacionado con su nivel educativo.

En cuanto a la variable lugar de trabajo, se encontró que el (3,3%) de la muestra trabaja en instituciones públicas, mientras que el (86,3%) trabaja de manera privada y el (10,5%) son amas de casa. En la variable ha dejado de trabajar para cuidar a su hijo, se concluyó que el (90,8%) de padres si ha dejado de trabajar y tan solo el (9,2%), no ha dejado su trabajo. Además, en la variable quien cuida a su hijo, se encontró, que (80,3%), son cuidados por la madre y el (10,45%) son cuidados por el padre. De acuerdo a un estudio realizado por Rey y James (2013), se ha determinado que varios padres han dejado de trabajar con la finalidad de asumir completamente la responsabilidad de la crianza de su hijo con TEA. Así como, se observa en la variable analizada.

Con respecto al tratamiento psicológico un (7,8%) si reciben tratamiento psicológico y el (92,2%), no lo reciben. De los padres que acuden a tratamiento psicológico el (84,6%) son diagnosticados con depresión. Es importante considerar que el inicio del convencimiento de la presencia de un hijo con autismo, desencadenaría en los cuidadores primarios sentimientos confusos, de culpa, frustración y a su vez derivar un cuadro de depresión (Benites, 2010). Mientras que en la variable antecedentes psicológicos o psiquiátricos familiares, se encontró un (8,5%) de niños que presentan antecedentes psicológicos o psiquiátricos familiares, y un (91,5%), no presentan antecedentes. De los niños que presentan tener antecedentes el (84,6%) es depresión.

En la variable actividades extracurriculares, se halló un (15,7%) de niños que hacen deporte, un (17,0%) de tiempo en familia, un (19,6%) de caminar en áreas verdes, un (16,3%) dormir con sus hijos, un (11,3%) juegan en el parque, un (5,9%) desarrollo espiritual, un (10,5%) acuden al cine, un (2,6%) asisten a talleres de habilidades y tan solo un (0,7%) escuchan música.

## CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1 Análisis descriptivo

A continuación, se realizará un análisis descriptivo de los resultados obtenidos por medio de la aplicación de los reactivos: *Estrategias de Afrontamiento del Estrés (COPE - 28)*, la cual está diseñada para valorar las diferentes estrategias de afrontamiento frente al estrés y el *Cuestionario de Estrés Parental PSI – SF*, que se encarga de medir el estrés en cuidadores primarios. Además, de un análisis sociodemográfico de la población utilizada en la presente investigación.

#### 3.1.1 Análisis de Resultados de Estrategias de afrontamiento

Los resultados de la variable Estrategias de Afrontamiento, se encuentran distribuidos en padres de familia que tengan hijos con TEA. Las variables cuantitativas, se expresan en medidas de mínimo (*MIN*), máximo (*MAX*), media ( $\bar{X}$ ), rango (*R*) y desviación estándar (*DS*). La tabla, que se presenta, a continuación, indica las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los padres de acuerdo al Inventario Multidimensional de Estimulación de Afrontamiento versión Brief - 28 (COPE Brief – 28). (Ver Tabla 3.1)

Tabla 3.1

#### *Análisis de Resultados de Estrategias de afrontamiento*

<b>Dimensión</b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>MIN</i></b>	<b><i>MAX</i></b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>R</i></b>	<b><i>DS</i></b>
Estrategias de afrontamiento centradas en el problema	153	10	31	23,634	22	5,217
Evitación	153	8	31	16,085	23	4,598
Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción	153	21	45	32,732	24	5,457
Afrontamiento activo	153	2	8	5,738	6	1,880
Planificación	153	2	8	5,823	6	1,795

Búsqueda de apoyo social.	153	2	8	5,614	6	1,792
Autoinculpación.	153	2	8	6,457	6	1,555
Desahogo de las emociones	153	2	8	4,392	6	2,026
Desconexión conductual y desconexión mental.	153	2	8	3,516	6	1,770
Uso de sustancias	153	2	8	3,712	6	1,907
Autodistracción	153	2	8	4,464	6	1,597
Apoyo emocional.	153	2	8	6,209	6	1,528
Reinterpretación positiva	153	2	8	5,039	6	2,038
Aceptación.	153	2	8	5,405	6	2,128
Negación	153	2	8	5,777	6	1,857
Religión	153	2	8	6,300	6	1,409
Humor	153	2	8	4,000	6	2,161
N válido (por lista)	153					

**Nota:** 153 observaciones

A partir de los resultados obtenidos, se observa que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son las *estrategias de afrontamiento centradas en la emoción*, con una *media* de (32,73). Al utilizarlas, los padres reducen la alteración emocional y el estrés, esto les ayuda a adaptarse a la nueva situación, de tal forma que conservan la esperanza y al mismo tiempo niegan el diagnóstico de sus hijos (Racchumi, 2019). Lo que a través de los resultados adquiridos coincide con la presente investigación, dado que, una de las estrategias de afrontamiento más utilizada es la *Negación* con una *media* de (5,77).

De acuerdo con un estudio realizado por Albarracín, Rey & James (2014), el apoyo emocional y la religión son las estrategias más utilizadas en padres debido a que estas tienen la finalidad de tolerar o enfrentar una situación estresante, además, la religión está vinculada con una mejor salud mental y rápida adaptación al estrés. Esto, se encuentra relacionado con la presente investigación, dado que, las estrategias más puntuadas son: el *apoyo emocional* con una *media* de (6,20), y la religión con una *media* de (6,30).

Por otro lado, el desgaste emocional que padecen los padres es evidente, dado que, presentan una puntuación en *Autoinculpación* de (6,45) de acuerdo con la *media*. En

una investigación realizada por Villavicencio, Romero, Criollo, & Peñaloza (2018), indican que el sentimiento de culpa en padres con hijos que presenten alguna discapacidad es habitual en varias familias latinoamericanas, dado que, ellos son los responsables en el cuidado y rehabilitación de su hijo con alguna discapacidad lo cual les produce un desgaste emocional.

### 3.1.1.2 Análisis descriptivo de las Estrategias de Afrontamiento en Relación al Sexo

Los resultados en Relación al Sexo están distribuidos en variables cuantitativas, y, se expresan en medidas de mínimo (*MIN*), máximo (*MAX*), rango (*R*) y desviación estándar (*DS*). Los resultados pertenecen al Inventario Multidimensional de Estimulación de Afrontamiento versión Brief - 28 (COPE Brief – 28). La tabla, que se presenta, a continuación, corresponde a las estrategias de afrontamiento usadas por los padres de hijos con TEA. (Ver Tabla 3.2)

Tabla 3.2

#### *Análisis descriptivo de las Estrategias de Afrontamiento padres*

<b>Dimensión</b>	<b>N</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>M</b>	<b>R</b>	<b>DS</b>
Estrategias de afrontamiento centradas en el problema	50	10	32	23,960	22	5,360
Evitación	50	8	31	15,860	23	5,138
Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción	50	21	43	31,420	22	5,221
Afrontamiento activo	50	2	8	6,040	6	1,713
Planificación	50	2	8	5,900	6	1,717
Búsqueda de apoyo social.	50	2	8	5,420	6	1,841
Autoinculpación.	50	2	8	6,388	4	1,399
Desahogo de las emociones	50	2	8	4,520	6	2,140
Desconexión conductual y desconexión mental.	50	2	8	3,320	6	1,834
Uso de sustancias	50	2	8	3,760	6	2,015
Autodistracción	50	2	7	4,260	6	1,522
Apoyo emocional.	50	2	8	6,380	6	1,496
Reinterpretación positiva	50	2	8	5,420	6	1,928
Aceptación.	50	2	8	4,460	6	2,349

Negación	50	2	8	5,520	6	2,121
Religión	50	2	8	6,420	6	1,295
Humor	50	2	8	3,220	6	1,887
N válido (por lista)	50					

*Nota:* 50 observaciones

La tabla, que se muestra, a continuación, pertenece a las estrategias de afrontamiento usadas en madres de hijos con TEA (Ver Tabla 3.3)

Tabla 3.3

*Análisis descriptivo de las Estrategias de Afrontamiento madres*

Dimensión	N	MIN	MAX	M	R	DS
Estrategias de afrontamiento centradas en el problema	103	11	32	23,475	21	5,165
Evitación	103	9	27	16,194	18	4,334
Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción	103	21	45	33,368	24	5,480
Afrontamiento activo	103	2	8	5,592	6	1,947
Planificación	103	2	8	5,786	6	1,839
Búsqueda de apoyo social.	103	2	8	5,708	6	1,769
Autoinculpación.	103	2	8	6,600	6	1,628
Desahogo de las emociones	103	2	8	4,330	6	1,977
Desconexión conductual y desconexión mental.	103	2	8	3,611	6	1,739
Uso de sustancias	103	2	8	3,689	6	1,863
Autodistracción	103	2	8	4,563	6	1,631
Apoyo emocional.	103	2	8	6,126	6	1,544
Reinterpretación positiva	103	2	8	4,854	6	2,074
Aceptación.	103	2	8	5,864	6	1,857
Negación	103	2	8	5,902	6	1,712
Religión	103	2	8	6,242	6	1,465
Humor	103	2	8	4,378	6	2,192
N válido (por lista)	103					

*Nota:* 50 observaciones

Se entiende como estrategias de afrontamiento a la capacidad que tiene el ser humano para hacer frente a una situación estresante. De acuerdo al análisis general de las tablas 3.2 y 3.3, las estrategias de afrontamiento más utilizadas, son las *centradas en la emoción*, con una *media* en padres de (31,42) y en madres una *media* de (33,36). De acuerdo a un estudio realizado por Racchumi (2019) las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción indican que los cuidadores afrontan el problema de manera

asertiva asumiéndola como un aprendizaje para el futuro, con el objetivo de manejar un evento estresante el cual, se adapte a la realidad. Por tanto, guarda relación con la presente investigación, dado que, a mayor utilización de estas estrategias centradas en la emoción mejor adaptación al factor estresante.

Por otro lado, en cuanto a la dimensión de *Autoinculpación*, las madres puntúan de acuerdo a la *media* (6,60) y los padres (6,38). El sentimiento de culpa en las madres es inquietante, dado que, emerge de una desilusión al no haber logrado concebir un hijo con los parámetros impuestos por la sociedad y esto les produce una crisis emocional, por tanto, es necesario un acompañamiento psicológico (Villavicencio, Romero, Criollo, & Peñaloza, 2018).

### 3.1.2 Análisis de Resultados del Estrés Parental

Los resultados de la variable Estrés Parental están distribuidos en padres de familia que tengas hijos con TEA. Las variables cuantitativas, se expresan en medidas de mínimo (*MIN*), máximo (*MAX*), rango (*R*) y desviación estándar (*DS*). La tabla, que se presenta, a continuación, muestre el estrés global en padres y madres de acuerdo al *Cuestionario de Estrés Parental PSI-SF* aplicado (Ver Tabla 3.4).

Tabla 3.4

#### *Análisis de Resultados del Estrés Parental*

<b>Dimensión</b>	<b>N</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>M</b>	<b>R</b>	<b>DS</b>
Malestar parental	153	22	60	34,117	38	8,238
Interacción padre-hijo	153	20	60	33,483	40	8,687
Cuidado del niño	153	23	57	37,614	34	8,063
Estrés total	153	71	177	105,215	106	20,795
N válido (por lista)	153					

*Nota:* 153 observaciones

Los padres que tienen hijos que presentan TEA o síntomas similares, requieren mayor atención lo cual influye en la dinámica familiar. Es decir, la crianza de un hijo que tenga algún tipo de limitación, representa un escenario en el cual, se presentarían tensiones, debido a que, la familia necesita reorganizarse (Pineda, 2012). Lo cual coincide con este estudio. En la tabla, se pudo observar niveles de estrés moderados, debido a, que se toma como punto de referencia la *media (105, 21)* de acuerdo a los baremos establecidos por Abidin el cual es el creador del Cuestionario de Estrés Parental PSI SF adaptada al español (Ver Tabla 2.1).

Además, se observa niveles moderados en las dimensiones de *Malestar Parental (34,11)*, *Interacción padre-hijo (33,48)*, y *Cuidado del niño (37,61)* en cuanto a la *media*. Dentro de estas puntuaciones existe cierta similitud, debido a que, *Malestar Parental*, se refiere a percepción en cuanto a las competencias como padres, esto conlleva a sentimientos de tensión y fracaso. En cuanto a la *Interacción padre-hijo*, se relaciona con la capacidad del padre para establecer una dinámica afectiva, esta podría verse interrumpida, dado que, el principal problema de las personas con TEA es la comunicación e interacción social. Por otro lado, el *Cuidado del niño* muestra lo difícil que es para un padre acostumbrarse a las conductas de su hijo con TEA (Pérez et al, 2012). Si bien los niveles son moderados, es necesario que exista una psicoeducación y contención para los padres para que puedan adaptarse de mejor manera ante el diagnóstico de sus hijos.

### **3.1.2.1 Análisis descriptivo del Estrés Parental en Relación al Sexo**

Los resultados en Relación al Sexo están distribuidos en variables cuantitativas, y, se expresan en medidas de mínimo (*MIN*), máximo (*MAX*), rango (*R*) y desviación estándar (*DS*). Estos resultados pertenecen al *Cuestionario de Estrés Parental PSI-SF*.

La tabla, que se presenta, a continuación, pertenece al estrés en los padres (Ver Tabla 3.5)

Tabla 3.5

*Análisis descriptivo del Estrés Parental (Padres)*

<b>Dimensión</b>	<b>N</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>M</b>	<b>R</b>	<b>DS</b>
Malestar parental	50	22	47	32,720	25	7,516
Interacción padre-hijo	50	20	45	32,220	25	8,379
Cuidado del niño	50	25	52	37,260	27	7,750
Estrés total	50	73	140	102,200	67	19,725
N válido (por lista)	50					

*Nota:* 50 observaciones

La tabla, que se muestra, a continuación, refleja los niveles de estrés en madres de acuerdo al *Cuestionario de Estrés Parental PSI-SF* (Ver Tabla 3.6)

Tabla 3.6

*Análisis descriptivo del Estrés Parental (Madres)*

<b>Dimensión</b>	<b>N</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>M</b>	<b>R</b>	<b>DS</b>
Malestar parental	103	22	60	34,796	38	8,520
Interacción padre-hijo	103	20	60	34,097	40	8,807
Cuidado del niño	103	23	57	37,786	34	8,243
Estrés total	103	71	177	106,679	106	21,234
N válido (por lista)	103					

*Nota:* 103 observaciones

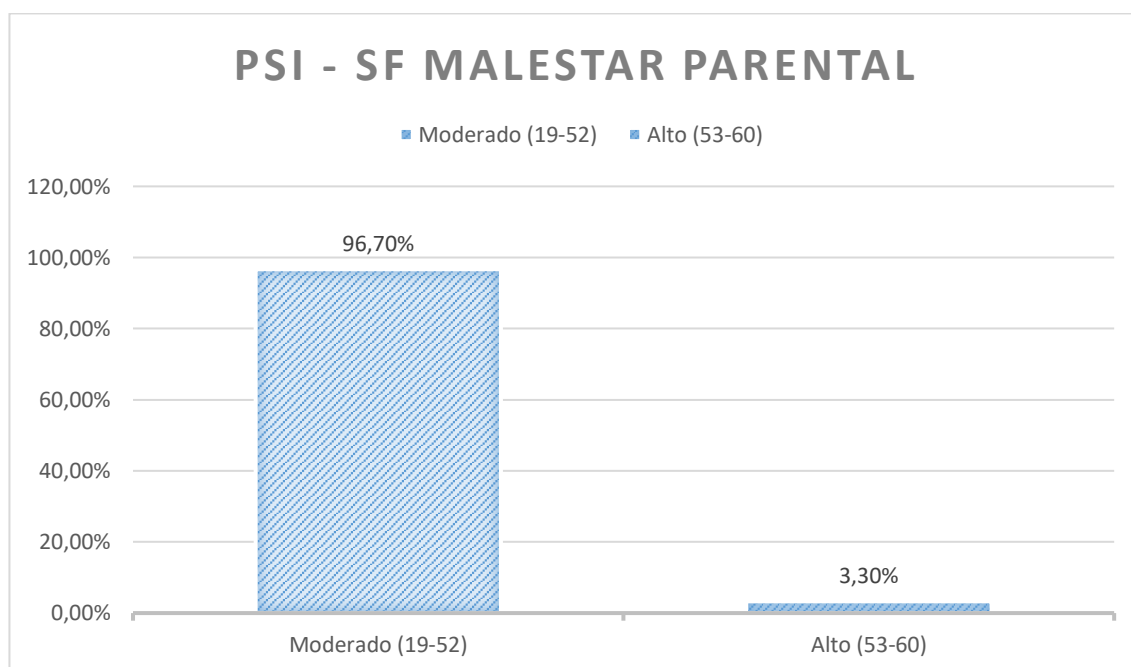
El estrés parental, se refiere al malestar o grado de ansiedad que presentan los progenitores y, se encuentra relacionado con el papel o rol que desempeñan los padres dentro de la crianza. Las madres tienden a presentar niveles altos de estrés, debido a que, ocupa un lugar importante en la estimulación, crianza, y desarrollo de destrezas de su hijo, por tanto, le genera tensiones (Ramírez, 2013). Esto, se relaciona con la presente investigación. Al observar la *máxima* de las madres (60) y de los padres (47) en cuanto a la dimensión de *Estrés Total*, se observa niveles altos de acuerdo a los

baremos establecidos, esto podría estar relacionado al rol que desempeñan como madres. Es decir, de acuerdo a la investigación realizada las madres presentarían niveles altos de estrés en comparación con los padres.

### 3.1.2.2 Análisis de porcentajes del Cuestionario de Estrés Parental PSI

#### 3.1.2.2.1 Malestar Parental

Este cuestionario mide diferentes dimensiones entre ellas el *Malestar Parental* el cual, se encarga de evaluar la percepción de los padres hacia el cumplimiento de sus obligaciones con sus hijos. En el siguiente gráfico, se presenta el porcentaje de padres que presentan *Malestar Parental*, se toma en cuenta los niveles entre alto, medio y bajo (Ver Figura 3.1).



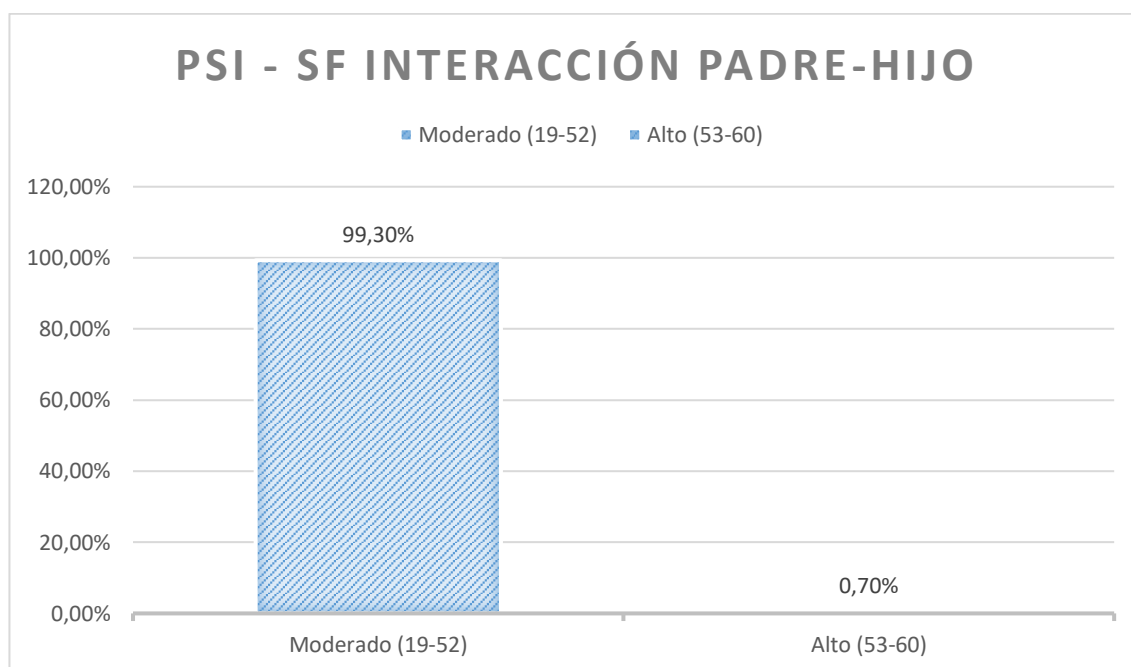
**Figura 3.1** Representación Global de los Niveles de Malestar Parental PSI-SF

En el gráfico, se observa que los padres con el 97% presentan *Malestar Parental* moderado lo que quiere decir que a niveles moderados los padres podrían presentar sentimientos de autoinculpación, problemas para actuar con autoridad sobre el niño,

dificultad en sus relaciones sociales y problemas de salud (Sánchez, 2015). Además, para Arotoma (2019), se encontró relación entre los problemas de pareja con niveles moderados y altos de *Malestar Parental*.

### 3.1.2.2.2 Interacción padre-hijo

La segunda dimensión que mide el Cuestionario PSI-SF es la *Interacción padre-hijo* la cual, se encarga de evaluar la relación entre padres e hijos, y las expectativas de los mismos hacia ellos. En el siguiente gráfico, se presenta el porcentaje de padres en cuanto a la *Interacción padre-hijo*, se toma en cuenta los niveles entre alto, medio y bajo (Ver Figura 3.2).



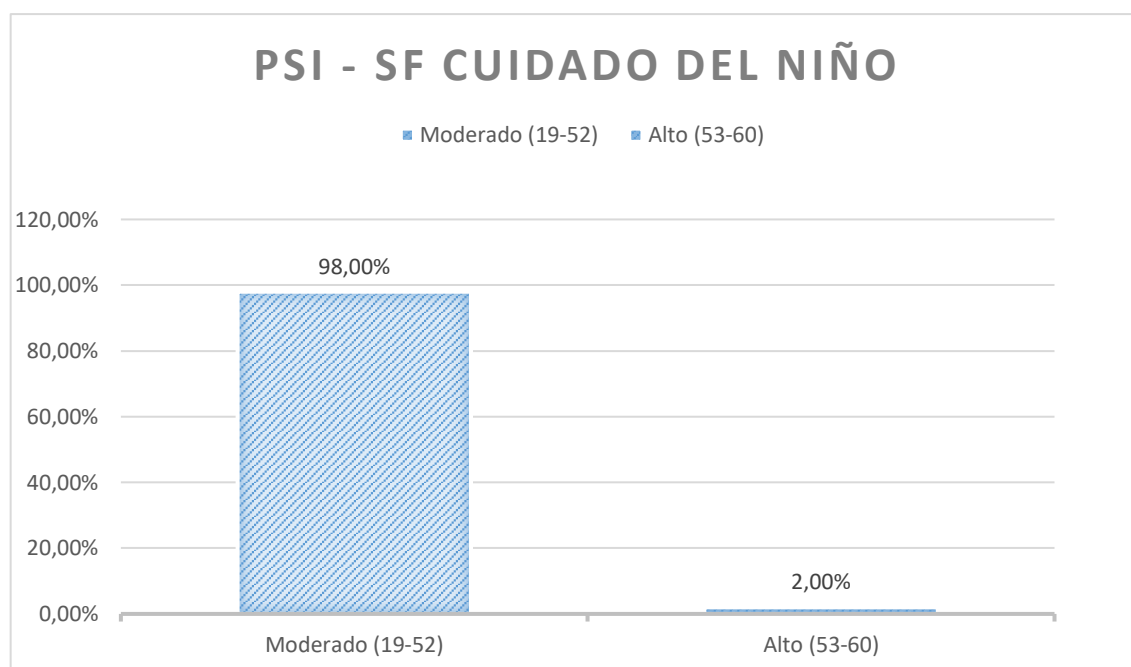
**Figura 3.2** Representación Global de los Niveles de Interacción Padre - Hijo PSI-SF

En el gráfico, se observa, que los padres con el 99% presentan un nivel moderado en cuanto a la dimensión de *Interacción padre-hijo* lo que quiere decir, que los padres podrían presentar problemas en cuanto a las expectativas hacia el desarrollo de los hijos por tanto generar sentimientos tensión y frustración. Los padres, que presentan estos problemas utilizan un método de crianza rígida lo cual impide una adecuada

interacción entre padre e hijo por tanto los niveles de estrés podrían aumentar (Sánchez, 2015).

### 3.1.2.2.3 Cuidado del niño

La tercera dimensión, se refiere a los niveles de estrés derivado del *Cuidado del Niño* la cual, se encarga de evaluar la facilidad o dificultad del padre para responder a las necesidades de los hijos en cuanto a problemas conductuales, cambios y regulación emocionales, que el padre observe como inmanejable. En el siguiente gráfico, se presenta el porcentaje de padres, que presentan estrés derivado del *Cuidado del Niño*, se toma en cuenta los niveles entre alto, medio y bajo (Ver Figura 3.3).



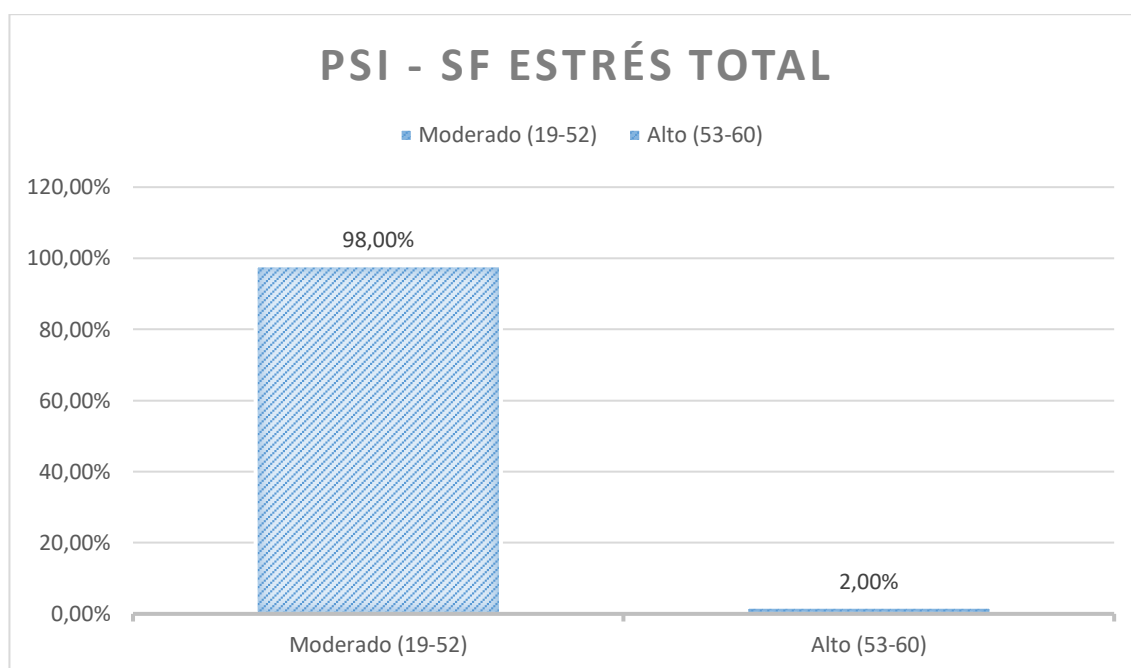
**Figura 3.3** Representación Global de los Niveles de Cuidado del Niño PSI-SF

En el gráfico, se observa, que los padres con el 98% presentan un nivel moderado en cuanto a la dimensión de *Cuidado del Niño* lo que quiere decir, que los padres podrían presentar problemas en cuanto a la regulación de la conducta (Sánchez, 2015). De

acuerdo a Ramírez (2013), además, se relaciona con las expectativas de los padres no logradas en relación con el cuidado del niño,

#### 3.1.2.2.4 Estrés total

En general, el Cuestionario de Estrés Parental PSI-SF, se encarga de evaluar el nivel de tensión que experimentan los padres, se toma en cuenta los factores internos y externos que experimentan los padres de acuerdo a las dimensiones mencionadas. En el siguiente gráfico, se presenta el porcentaje de padres que presentan estrés, se toma en cuenta los niveles entre alto, medio y bajo (Ver Figura 3.4).



**Figura 3.4** Representación Global del Estrés Total PSI-SF

En el gráfico se aprecia, que los padres con el 98% presentan un nivel moderado en cuanto al *Estrés Total*, lo que significa, que los padres al experimentar estrés, se fomenta el uso de estrategias de afrontamiento, por tanto, los niveles de estrés son moderados (Sánchez, 2015). De acuerdo a Ramírez (2013), existe una relación entre las estrategias de afrontamiento y el estrés, debido a que, ayuda a los padres a hacer frente a la situación en la que se encuentren.

### 3.1.3. Análisis de Correlación Estadístico

El análisis de correlación, se lo realiza entre las variables de Estrés y Estrategias de Afrontamiento el cual, se determina a través del análisis estadístico de correlación de Pearson. Por tanto, en la siguiente tabla, se presenta la correlación entre ambas variables (Ver tabla 3.7).

Tabla 3.7

*Matriz de correlaciones*

Estrategias de afrontamiento	Estrés parental			
	Malestar parental	Interacción padre-hijo	Cuidado del niño	Estrés total
Afrontamiento activo	-,017	-,078	,041	-,023
Planificación	,041	-,043	,081	,030
Búsqueda de apoyo social.	,081	-,068	,057	,026
Autoinculpación.	<b>-,173*</b>	-,153	-,157	<b>-,193*</b>
Desahogo de las emociones	-,049	-,027	-,027	-,041
Desconexión conductual y desconexión mental.	,097	,079	-,109	,029
Uso de sustancias.	<b>,167*</b>	,007	-,106	,028
Autodistracción.	,125	-,077	-,069	-,009
Apoyo emocional.	-,108	-,103	-,099	-,124
Reinterpretación positiva.	-,110	-,104	,049	-,068
Aceptación.	,118	,135	-,067	,077
Negación.	,058	,006	,052	,046
Religión.	-,151	-,018	-,008	-,070
Humor	,097	,131	-,018	,086
Estrategias de afrontamiento centradas en el problema	-,016	-,111	,015	-,047
Evitación	,129	-,005	-,122	,002
Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción	-,006	,034	-,027	,001

*Nota:* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Después de haber obtenido el análisis estadístico de correlación de Pearson entre el *Cuestionario de Estrés Parental PSI-SF* y el *Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento COPE Brief– 28*, se afirma una correlación inversamente proporcional significativa moderada entre la dimensión de *Autoinculpación* y *Malestar Parental*, esto quiere decir, a mayor *Autoinculpación* menor *Malestar Parental* y viceversa. Por

tanto, la correlación, que se presenta es negativa con un valor aproximado de  $-1,73^*$  (Martínez et al, 2009). Estudios realizados en Perú y Chile destacan, que el rol, que los padres ejercen generaría niveles de estrés y tensión debido al sentimiento de autoinculpción que experimentan como padres (Tereucán & Treimún, 2016; Limo, Linares & Pachas, 2017). Por otro lado, existe correlación significativa moderada entre *Uso de Sustancias* y el *Malestar Parental*, de acuerdo con investigaciones previas, esto ocurre, porque, los padres presentan una falta de apego o problemas en cuanto a las relaciones entre padres e hijos (Secades et al, 2011). En otras palabras, la correlación es directamente proporcional, a mayor *Uso de Sustancias* mayor *Malestar Parental* (Martínez et al, 2009). Por último, existe una correlación significativa moderada entre la *Autoinculpción* y el *Estrés Parental* con un valor aproximado de  $-,193^*$ , esta correlación es directamente proporcional, esto quiere decir, que a mayor autoinculpción mayor nivel de estrés (Ramírez, 2013). Se considera, que la estrategia de afrontamiento de autoinculpción es una estrategia desadaptativa por lo cual incrementa los niveles de estrés (Tereucán & Treimún, 2016).

## CONCLUSIONES

- Se determinó que, el estrés es una reacción biológica de todo ser humano ante cualquier situación que el considere como amenazante o nueva, por lo cual es importante el uso de estrategias al mismo tiempo, debido a que, son respuestas adaptativas ante un estímulo externo.
- La fundamentación a través del análisis bibliográfico, permite concluir, que por lo general el que ejerce el rol de cuidador primario es la madre, por lo cual presenta altos niveles de estrés y al recibir el diagnóstico de TEA de su hijo, ella presenta una desestabilización a nivel de las emociones en el cual prevalece la autoinculpción.
- La evaluación a los progenitores, permite concluir, de acuerdo con la investigación realizada los progenitores presentan niveles medios o moderados de estrés; los cuales son clínicamente significativos y, se relaciona con las estrategias de afrontamiento que utilizan para poder sobrellevar las situaciones en referencia al cuidado de su hijo con TEA; las estrategias utilizadas por los progenitores son funcionales a corto plazo, dado que, contribuye a reducir niveles de estrés, pero si son utilizadas a largo plazo estas consiguen afectar a la calidad de vida del progenitor.
- La relación en la investigación, encontró, la existencia de una relación entre el estrés y las estrategias de afrontamiento la cual es medianamente significativa, las estrategias, que se relacionan con el estrés son consideradas negativas como la autoinculpción y el uso de sustancias, por lo que, largo plazo los progenitores necesitarán acompañamiento psicológico.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda para futuras investigaciones con temas similares utilizar técnicas cualitativas como las entrevistas semiestructuradas dirigidas a los padres con el fin de recabar mayor información sobre quien es su apoyo en momentos de estrés. Asimismo, se debería aumentar un apartado sobre la gravedad de los síntomas del niño, debido a que, esto podría influir en el nivel de estrés de los padres.
- Es recomendable elaborar un plan de intervención con el fin de, que los padres puedan liberar niveles de estrés direccionado a la interacción y cuidado de sus hijos, esto evitará problemas físicos o psicológicos relacionados con el estrés.
- Se recomienda implementar en hospitales, centros y subcentros de salud terapias grupales semanales con el fin de promover el uso de estrategias de afrontamiento positivas enfocadas en el apoyo social direccionados a padres para, que se desarrollen respuestas más adaptativas frente a situaciones estresantes, sobre todo en las dimensiones de autoinculpción y consumo de sustancias como, se observó en el apartado de resultados.
- Se sugiere establecer programas de promoción de salud mental dirigida a padres o cuidadores primarios de niños con TEA, a través de charlas con el fin de psicoeducarlos sobre el Trastorno del Espectro Autista de tal forma, que puedan enfrentarse de manera asertiva ante la necesidad de sus hijos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, K., Cárdenas, M., González, D. (2018). *Estrategias de afrontamiento según los niveles de estrés en los colaboradores de una empresa de Telecomunicaciones En Bogotá D.C.* (Tesis) Corporación Universitaria Minuto de Dios. Recuperado de:  
[https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/6425/TP\\_AguirreFloridoKatherineJulieth\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/6425/TP_AguirreFloridoKatherineJulieth_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Alarcón, A. (2013). *Vencer el estrés: manual para el estrés positivo* [Ebook]. Bogotá. Recuperado de:  
<http://www.digitaliapublishing.com.pucesa.idm.oclc.org/a/52320/vencer-el-estres--manual-para-el-estres-positivo>
- Albarracín, A., & Rey, L., & Jaimes, M. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(42). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1942/194230899008>
- Alcoser, Y. (2012). *Estrategias de Afrontamiento en adolescentes de 12 a 15 años con embarazos no planificados, usuarias del Centro de Atención Integral del Adolescente del Área 17 del Cantón Durán* (Tesis). Universidad de Guayaquil. Recuperado de  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6004/1/TESIS%20DE%20GRADO%20Alexandra.pdf>
- Allen, K., Bowles, T., & Weber, L. (2013). Mothers' and Fathers' Stress Associated with Parenting a Child with Autism Spectrum Disorder. *The University of*

*Melbourne*, 5(1). Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/236869028\\_Mothers'\\_and\\_Fathers'\\_Stress\\_Associated\\_with\\_Parenting\\_a\\_Child\\_with\\_Autism\\_Spectrum\\_Disorder](https://www.researchgate.net/publication/236869028_Mothers'_and_Fathers'_Stress_Associated_with_Parenting_a_Child_with_Autism_Spectrum_Disorder)

Álvarez, D. (2017). *Resiliencia y Afrontamiento en Trabajadores*. (Tesis). Universidad de León. Recuperado de:

<https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/10755/%C3%81lvarez%20Aller,%20Javier.pdf?sequence=1>

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM5*. 5e. España: Madrid.

Arotoma, C. (2019). *Estrés parental en madres de niños usuarios del servicio "control de crecimiento y desarrollo" en el Centro de Salud Chilca-Huancayo*. (Tesis) Universidad Continental. Recuperado de:

[https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/7002/2/IV\\_FHU\\_501\\_TE\\_Arotoma\\_Vega\\_2019.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/7002/2/IV_FHU_501_TE_Arotoma_Vega_2019.pdf)

Arrebillaga, M. (2010). *Autismo y trastornos del lenguaje*. Recuperado de: <https://ebookcentral-proquest-com.pucesa.idm.oclc.org>

Artigas, P, & Pérez, P. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>

Balbuena, R. (2015). Etiología del autismo: el continuo idiopático-sindrómico como tentativa explicativa. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(4), 269-276. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000400007>

Bérmudez, M., & Bérmudez, A. (2012). *Técnicas de evaluación y tratamiento*.

Recuperado de:

<http://www.digitaliapublishing.com.pucesa.idm.oclc.org/visor/5175#>

Bonilla, N., Bahamón, M., Forgiony, J., & Mora, K. (2019). Propiedades psicométricas de la escala de afrontamiento para la intervención psicológica en adolescentes COPE. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* 37(5).

Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/331876896\\_Propiedades\\_psicométricas\\_de\\_la\\_escalade\\_afrontamiento\\_para\\_la\\_intervencion\\_psicologica\\_en\\_adolescentes\\_COPE\\_Psychometric\\_properties\\_of\\_the\\_coping\\_scale\\_for\\_psychological\\_intervention\\_in\\_adolescents\\_](https://www.researchgate.net/publication/331876896_Propiedades_psicométricas_de_la_escalade_afrontamiento_para_la_intervencion_psicologica_en_adolescentes_COPE_Psychometric_properties_of_the_coping_scale_for_psychological_intervention_in_adolescents_)

Brizendine, L. (2013). *El cerebro femenino*. Recuperado de:

[http://creatividades.rba.es/libros/pdf/Cerebro\\_2010.pdf](http://creatividades.rba.es/libros/pdf/Cerebro_2010.pdf)

Cañete, R., Guilhem, D., & Brito, K. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioethica*, 18(1), ISSN: 0717-5906.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=554/55423585011>

Carlson, N. (2014). *Fisiología de la conducta*. Madrid: Celesa.

Carrasco, C. (2016). Señales de Alerta de los Trastornos del Espectro Autista. *Curso de Actualización Pediátrica*, 3(0), 95 – 98. Recuperado de: [https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.2\\_senales\\_de\\_alerta\\_de\\_los\\_trastornos\\_del\\_espectro\\_autista.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.2_senales_de_alerta_de_los_trastornos_del_espectro_autista.pdf)

Castaña, E., León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and*

*Psychological Therapy*, 10 (2), 245 – 257. Recuperado de <https://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estr-es.pdf>

Cruells, J. (2019). El TEA y su diagnóstico diferencial. *Autismo la Garriga*, 3(1).

Recuperado de:

<https://www.autismo.com.es/autismo/documentacion/documents/Monografies%2003-ES.pdf>

Chávez C., & Larrea, M. (2017). Autismo en Ecuador: un Grupo Social en Espera de

Atención. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(3). Recuperado de:

<http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2018/03/Autismo-en-Ecuador.-Autism-in-Ecuador.pdf>

Díaz, A., Brito, A., López, J., Pérez, J., & Martínez, M. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del parenting stress index-short

form. *Psicothema*, 22(4), Recuperado de:

<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3837>

DuCharme, R., & Gullotta, T. (2013). *Asperger Syndrome A Guide for Professionals*

*and Families*. Recuperado de: [https://doi-](https://doi-org.pucesa.idm.oclc.org/10.1007/978-1-4419-8883-6)

[org.pucesa.idm.oclc.org/10.1007/978-1-4419-8883-6](https://doi-org.pucesa.idm.oclc.org/10.1007/978-1-4419-8883-6)

Durkin, M., & Maenner, M. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among

Children Aged 8 Years. *Autism and Developmental Disabilities Monitoring*

*Network*, 69(4). Recuperado de:

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/ss/ss6904a1.htm>

- Escobar, F., & Rodríguez, M. (2012). *Indicadores para el Diagnóstico y Orientaciones*. Recuperado de [https://triniblog.files.wordpress.com/2012/06/1\\_3\\_tras\\_desintegrativo\\_infantil.pdf](https://triniblog.files.wordpress.com/2012/06/1_3_tras_desintegrativo_infantil.pdf)
- Fernández, M., Pasto, G., & Botella, P. (2014). Estrés y afrontamiento en familias de hijos con trastorno de espectro autista. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349851787048>
- García, L., & Castillo, M. (2019). Incertidumbre, estrés y su relación con el bienestar psicológico en familiares de dependientes del alcohol. *Cultura de los Cuidados*, 23 (55) Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.19>
- Gutiérrez, K. (2016). Identificación temprana de trastornos del espectro autista. *Acta Neurológica Colombia*, 32(3), Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v32n3/v32n3a11.pdf>
- Hay, K. (2016). *Factors Influencing Father Involvement With Children Diagnosed With Autism Spectrum*. Antioch University. Recuperado de: <https://aura.antioch.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1321&context=etds>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación: (6a. ed.)*. México D.F.: McGraw-Hill
- Herrera, D., Coria, G., Muñoz, D., Graillet, O., Aranda, G., Rojas, F., Hernández, M., & Ismail, N. (2017). Impacto del estrés psicosocial en la salud. *Revista electrónica Neurobiología*, 8(17) Recuperado de:

[https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/Herrera-Covarrubias-8\(17\)220617.pdf](https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/Herrera-Covarrubias-8(17)220617.pdf)

Hervás, A., & Sánchez, L. (2014). Autismo. Espectro autista. *Revista Pediatría Infantil*, 3(2). Recuperado de: [https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps\\_inf\\_autismo\\_espectro\\_autista.pdf](https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_autismo_espectro_autista.pdf)

Hervás, A., Balmaña, N., Salgado, M. (2017). *Los Trastornos del Espectro Autista. Pediatría Integral*, 21(2), 92 – 108. Recuperado de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Trastorno%20del%20Espectro%20Autista.pdf>

Jenaro, C., & Gutiérrez, B. (2015). Análisis de la Escala de Estrés Parental-Forma Abreviada en Padres de Hijos con Discapacidad Intelectual mediante el Modelo de Rasch. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(39). ISSN: 1135-3848.

Larbán, J. (2013). *Vivir con el autismo, una experiencia relacional: guía para cuidadores*. Recuperado de: <http://www.digitaliapublishing.com.pucesa.idm.oclc.org/visor/30525#>

Limo, A., Linares, S., & Pacha, V. (2017). *Relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y nivel de estrés en padres con hijos autistas*. (Tesis). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado de: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/886/Relacion\\_Arphi%20Limo%2C%20Yosselyn.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/886/Relacion_Arphi%20Limo%2C%20Yosselyn.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Linares, A., Poma, Z. (2016). *Estilos de afrontamiento al estrés y síndrome de burnout en una dependencia de la Policía Nacional del Perú de Lima*. (Tesis).

Universidad Peruana Unión. Recuperado de:  
[https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/430/Angie\\_Tesis\\_bachiller\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/430/Angie_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D., Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de Coping Modificada (EEC - M) es una muestra colombiana. *Universidad Psychologica*, 5(2), 327 – 349. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750210.pdf>

López, C., Ochoa, D., Larrea, M., & Felicita, O. (2017). *Determinación Social del Autismo en Ecuador Espacio, vida y salud, miradas transformadoras*. Recuperado de:  
<https://www.uasb.edu.ec/documents/62049/1751294/Determinaci%C3%B3n+Social+del+Autismo+en+el+Ecuador+-+Catalina+Lopez+%28Universidad+Andina+-+Ecuador%29/d33ba25c-c7aa-4dbd-8724-54e38844edd4>

Lord, C., Rutter, M., Dilavore, P., Risi, S., Gotham, K., Luyster, R. & Guthrie, W. (2015). *ADOS Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo*. Recuperado de [http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/ADOS-2\\_extractoWEB.pdf](http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/ADOS-2_extractoWEB.pdf)

Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123 – 145. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>

- Martínez, M., Martínez, M., Cuesta, J., García, I., & Pérez, L. (2012). *Estrés y familias de personas con autismo*. Recuperado de: <https://www.autismomadrid.es/wp-content/uploads/2012/12/estres-familias.pdf>
- Martínez, R., Tuya, L., Martínez, M., Pérez, A., & Cánovas, A. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2) Recuperado en 17 de junio de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000200017&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000200017&lng=es&tlng=es).
- Matalinares, M., Díaz, G., Boca, D., Uceda, J., Yaringaño, J. (2016). Afrontamiento del estrés y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de Lima y Huancayo. *Persona, Universidad de Lima*, 19 (1), 105 – 126. Recuperado de: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/12894>
- McDougle, C. (2016). *Autism spectrum disorder*. Recuperado de: <https://ebookcentral-proquest-com.pucesa.idm.oclc.org>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento*. Recuperado de: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC\\_Trastornos\\_del\\_espectro\\_autista\\_en\\_ninos\\_y\\_adolescentes-1.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Trastornos_del_espectro_autista_en_ninos_y_adolescentes-1.pdf)
- Ministerio de Salud Público del Ecuador. (2017). *Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento*. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/wp->

content/uploads/2014/05/GPC\_Trastornos\_del\_espectro\_autista\_en\_ninos\_y\_adoloscenes-1.pdf

Montiel, C. (2013). *Evaluación de los Trastornos del Espectro Autista*. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/279802547\\_EVALUACION\\_DE\\_LOS\\_TRASTORNOS\\_DEL\\_ESPECTRO\\_AUTISTA](https://www.researchgate.net/publication/279802547_EVALUACION_DE_LOS_TRASTORNOS_DEL_ESPECTRO_AUTISTA)

Morán, C., Landero, R., & González, M. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universidad Psychologica*, 9(2), 543-552. Recuperado de:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672009000200020&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200020&lng=pt&tlng=es).

Morcillo, E., & Cabrera, F. (2018). *TEA Trastornos del Espectro Autista guía para su detección precoz*. Recuperado de <http://www.autismoandalucia.org/wp-content/uploads/2018/02/FAA-Guiadeteccionprecoz.pdf>

Nava, C. (2013). Capítulo 4: Evaluación de los Trastornos del Espectro Autista. En A. Altolitho, *Trastornos del Espectro Autista. Una Visión Multidisciplinaria*. Sociedad Venezolana de Neurología. Venezuela: University of Texas Rio Grande Valley. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/279802547\\_EVALUACION\\_DE\\_LOS\\_TRASTORNOS\\_DEL\\_ESPECTRO\\_AUTISTA](https://www.researchgate.net/publication/279802547_EVALUACION_DE_LOS_TRASTORNOS_DEL_ESPECTRO_AUTISTA)

Olivares, J. (2016). Señales de Alerta de los Trastornos del Espectro Autista. Curso de Actualización *Pediátrica*, 3(0), 95 – 98. Recuperado de

[https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.2\\_senales\\_de\\_alerta\\_de\\_los\\_trastornos\\_del\\_espectro\\_autista.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.2_senales_de_alerta_de_los_trastornos_del_espectro_autista.pdf)

Peñaherrera, A. (2019). *Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida: Análisis Comparativo entre Pacientes Oncológicos y sus Cuidadores en el Hospital Solca Ambato*. (Tesis de Grado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato. Recuperado de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2684/1/76882.pdf>

Pérez, D., García, J., García, T., Ortiz, D., & Centelles, M. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3). Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000300009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300009&lng=es&tlng=es).

Pérez, E. (2009). *Diseño de Investigación No Experimental*. Universidad Nacional Agraria de la Selva. Recuperado de: [https://www.academia.edu/15804921/Dise%C3%B1o\\_de\\_investigaci%C3%B3n\\_no\\_experimental](https://www.academia.edu/15804921/Dise%C3%B1o_de_investigaci%C3%B3n_no_experimental)

Pérez, J. (2014). *El estrés parental en familias en situación de riesgo psicosocial* (Tesis Doctoral). Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de: [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/8779/El\\_estres\\_parental.pdf](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/8779/El_estres_parental.pdf)

Pérez, J., & Montealegre, M. (2012). Estrés parental, desarrollo infantil y atención temprana. *Revista de Psicología*, 1(1). Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/235947699\\_ESTRES\\_PARENTAL\\_Y\\_DESARROLLO\\_INFANTIL\\_Y\\_ATENCION\\_TEMPRANA](https://www.researchgate.net/publication/235947699_ESTRES_PARENTAL_Y_DESARROLLO_INFANTIL_Y_ATENCION_TEMPRANA)

Pérez, J., Pérez, M., Montealegre, M., Perea, L. (2012). Estrés parental, desarrollo infantil y atención temprana. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 123-132. ISSN: 0214-9877. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349832342012>

Pineda, D. (2012). *Estrés parental y estilos de afrontamiento en padres de niños con trastornos del espectro autista* (Tesis). Pontificia Universitaria del Perú. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12404/1659>

Pizarro, H., & Fonseca, R. (2007). Mitos que manejan Padres y Madres acerca del Autismo en Costa Rica. *Actualidades Investigativas en la Educación*, 7(2). Recuperado de: <https://sid.usal.es/idocs/F8/ART11936/cabezas.pdf>

Proal, E., González, J., Blancas, Á., Chalita, P., & Castellanos, F. (2013). Neurobiología del autismo y del trastorno por déficit de atención/hiperactividad mediante técnicas de neuroimagen: divergencias y convergencias. *Revista de neurología*, 1(0 1), S163–S175.

Ramírez, O. (2013). El estrés de crianza en madres de hijos con la condición de autismo severo (CAS). *Revista Multidisciplinaria Dialógica*, 10(1). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/5250305.pdf>.

Ramos, C. A. (2015). *Los Paradigmas de la investigación científica*. Universidad de las Américas, Ecuador.

- Reynolds, C., & Kamphaus, R. (2013). Autism Spectrum Disorder. Recuperado de:  
[https://images.pearsonclinical.com/images/assets/basc-3/basc3resources/DSM5\\_DiagnosticCriteria\\_AutismSpectrumDisorder.pdf](https://images.pearsonclinical.com/images/assets/basc-3/basc3resources/DSM5_DiagnosticCriteria_AutismSpectrumDisorder.pdf)
- Riviera, R., Sánchez, C., Corral, I., Figueroa, M., Soler, K., Matínez, I., Oliares, M. & Ortiz, M. (2013). Edad de presentación de los reactivos del Test de Denver II en Niños de 0 a 4 años de edad del Estado de Morelos. *Salud Mental*, 36(6), 459 – 470. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n6/v36n6a3.pdf>
- Roche, A., Armstrong, J., Pineda, M. (2011). Síndrome de Rett. *Departamento de Neuropediatría*, 9(5), 288 – 295. Recuperado de [https://www.tauli.cat/hospital/images/SubSites/malalties-minoritaries/documents/rett/Anales-de-Pediatria-Continuada\\_Sindrome-de-Rett.pdf](https://www.tauli.cat/hospital/images/SubSites/malalties-minoritaries/documents/rett/Anales-de-Pediatria-Continuada_Sindrome-de-Rett.pdf)
- Rodríguez, A., & Hernández, & Caicedo, J. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 42 (60) Recuperado de:  
<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/498/1034>
- Rodríguez, A., Zúñiga, P., Contreras, K., Gana, S., Fortunato, J. (2016). Revisión Teórica de las Estrategias de Afrontamiento (Coping) según el Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento de Lazarus & Folkman en Pacientes Quirúrgicos Bariátricos, Lumbares y Plásticos. *Revista El Dolor*, 25 (66), 14–23. Recuperado de:

[https://ached.cl/upfiles/revistas/documentos/59ca9b80918b5\\_Original\\_02\\_66.pdf](https://ached.cl/upfiles/revistas/documentos/59ca9b80918b5_Original_02_66.pdf)

Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de Corte Transversal. *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141–146. <https://doi.org/10.26852/01234250.20>

Rodríguez, M., Ocampo, I., Nava, C. (2009). Relación entre valoración de una Situación y capacidad para enfrentarlas. *Universidad Nacional Autónoma de México*, 6(1), 25 – 41. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3020310>

Sánchez, G. (2015). *Cuestionario de estrés parental: características psicométricas y análisis comparativo del estrés parental en padres de familia con hijos e hijas de 0 a 3 años de edad de lima moderna* (Tesis). Universidad de Lima. Recuperado de: [http://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/3384/Sanchez\\_Gri%c3%b1an\\_Gracia.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/3384/Sanchez_Gri%c3%b1an_Gracia.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Secades, R., Fernández, G., García, G., & Díaz, S. (2011). *Estrategias de intervención*. Recuperado de: [http://www.drogasextremadura.com/archivos/Guia\\_estrategias\\_intervencion\\_ambito\\_familiar\\_E\\_LLIBRE1.pdf](http://www.drogasextremadura.com/archivos/Guia_estrategias_intervencion_ambito_familiar_E_LLIBRE1.pdf)

Tereucán, P., & Treimún, N. (2016). *Estrés parental y estrategias de afrontamiento en familias de niños(as) con trastorno del espectro autista*. (Tesis). Universidad Austral de Chile. Recuperado de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2016/bpmt316e/doc/bpmt316e.pdf>

- Villavicencio, C., Romero, M., Criollo, M., & Peñaloza, W. (2018). Discapacidad y familia: Desgaste emocional. *Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*. 5(1). DOI: 10.30545/academo.2018.ene-jun.10
- Viñas, F., González, M., García, Y., Malo, S., & Casas, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Canales de psicología*, 31(1), 226 – 233. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16732936024.pdf>
- Zúñiga, H., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Hospital Universitario Mutua Terrassa*, 21(2). Recuperado de: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Trastorno%20del%20Espectro%20Autista.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO 1. CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### PROYECTO DE TITULACIÓN

**Relación entre estrés y estrategias de afrontamiento en padres con hijos que presentan el Trastorno del Espectro Autista**

#### CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. / Sra.....

Por medio de la presente quisiéramos obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación: **“Relación entre estrés y estrategias de afrontamiento en padres con hijos que presentan el Trastorno del Espectro Autista”**, llevado a cabo por parte de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Ambato durante el año 2019-2020. El objetivo general de esta investigación es: Determinar la relación entre los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento en padres con hijos que presentan el Trastorno del Espectro Autista. En esta carta solicitamos a usted su consentimiento para su participación en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. La colaboración en este estudio no le quitara mucho de su tiempo. *Su participación será anónima*, es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en los instrumentos, ni en los informes del proyecto, que se redactarán. Los instrumentos de evaluación llevarán un código desde el inicio que reemplazarán los nombres. Luego, los datos producidos por los instrumentos serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que faciliten el curso del proyecto. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCESA para resguardar sus derechos si usted percibiese que estos han sido vulnerados en algún sentido. “Por último”, si usted acepta participar, 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 en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla al director de esta investigación.

Autorizo la participación. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Investigado/a

C.C. \_\_\_\_\_

## ANEXO 2. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

## Ficha Sociodemográfica

## 1. VARIABLES SOCIALES

<b>Edad</b> .....	<b>Sexo</b> Masculino ( ) Femenino ( )	<b>Estado Civil</b> Soltero/a ( ) Casado/a ( ) Divorciado/a ( ) Viudo/a ( ) Unión Libre ( ) Separado ( )	<b>Identificación étnica</b> Mestizo ( ) Indígena ( ) Afro ( ) Blanco ( )
<b>Procedencia</b> Zona Urbana ( ) Zona Rural ( )	<b>Origen de recursos para el tratamiento de su hijo</b> Personales ( ) Estatal ( ) Cobertura médica ( )	<b>Tipo de Familia</b> Nuclear ( ) Monoparental ( ) Reconstruida ( ) Extendida ( )	

## 1.2 Organización Familiar

<b>Vive con:</b>	Padres ( )	Pareja ( )	Solo/a ( )	Esposo/a	Hijo ( )	Otros ( )
<b>Número de hijos:</b>	<b>Lugar que ocupa su hijo/a con TEA:</b>					

## 1.3 Nivel Educativo

Bajo ( )	Medio ( )	Alto ( )
----------	-----------	----------

## 1.4 Economía y Trabajo

<b>Situación económica familiar:</b>	Muy Buena ( )	Buena ( )	Regular ( )	Mala ( )
<b>Lugar en el que trabaja</b>	Público ( )	Privado ( )	No trabaja ( )	Especifique .....
<b>Para cuidar a su hijo usted ha dejado de trabajar</b>	Si ( )	No ( )	Especifique quien lo cuida .....	

## 2. VARIABLES CLÍNICAS

## 2.1. ¿Recibe tratamiento psicológico?

Si ( ) Diagnóstico.....	No ( )
----------------------------	--------

## 2.2. ¿Tiene antecedentes psicológicos personales?

Si ( ) Diagnóstico.....	No ( )
----------------------------	--------

## 2.3. ¿Tiene antecedentes psicológicos o psiquiátricos familiares?

Si ( ) Diagnóstico.....	No ( )
----------------------------	--------

**2.4. ¿Recibe tratamiento psiquiátrico?**

Si ( ) Diagnóstico.....	No ( )
----------------------------	--------

**2.5. ¿Qué actividades realiza con su hijo?**

Hacer deporte		Talleres de habilidades	
Tiempo familiar		Escuchar música	
Caminar en áreas verdes		Nada en especial	
Dormir		Ir a comer	
Jugar en el parque		Voluntariado	
Desarrollo de espiritualidad		Leer	
Ir al cine		Otros.....	

**ANEXO 3. CUESTIONARIO DE ESTRÉS PARENTAL (PSI-SF)****CUESTIONARIO DE ESTRÉS PARENTAL (PSI-SF)**

Este cuestionario contiene 36 preguntas. Lea con detenimiento cada una de ellas, y centre la atención sobre su hijo(a) con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Marque con una X la respuesta que mejor represente su opinión.

PADRE MADRE 

Relación familiar que le une con la persona con TEA \_\_\_\_\_

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. A menudo tengo la sensación de que no puedo manejar bien las cosas.					
2. Me siento atrapado con las responsabilidades como padre/madre.					
3. Desde que tengo a mi hijo/a siento que casi nunca puedo hacer las cosas que me gustaría hacer.					
4. Estoy entregando mucho de mi vida para cubrir las necesidades que siempre esperé para mi hijo/a.					
5. Desde que tuve a mi hijo/a no he hecho cosas nuevas y diferentes.					
6. No estoy contento con las últimas compras de ropa que he hecho para mí.					
7. Hay bastantes cosas que me preocupan acerca de mi vida.					
8. Tener a mi hijo/a ha causado más problemas de los que esperaba en mi relación con mi pareja.					
9. Me siento solo/a y sin amigos.					
10. Cuando voy a una fiesta, normalmente creo que no voy a disfrutar.					

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
11. No estoy tan interesado/a en la gente como solía estar acostumbrado/a.					
12. No disfruto con las cosas como acostumbraba.					
13. Mi hijo/a rara vez hace cosas por mí que me hagan sentir bien.					
14. La mayoría de las veces siento que mi hijo/a no me quiere y desea estar cerca de mí.					
15. Mi hijo/a me sonrío mucho menos de lo que yo esperaba.					
16. Cuando hago cosas por mi hijo/a tengo la sensación de que mis esfuerzos no son muy apreciados.					
17. Cuando mi hijo/a juega no se ríe a menudo.					
18. Mi hijo/a no aprende tan rápido como la mayoría de los niños.					
19. Mi hijo/a parece que no sonrío mucho como la mayoría de los niños.					
20. Mi hijo/a no es capaz de hacer tantas cosas como yo esperaba.					
21. Se necesita mucho tiempo y trabajar duro para que mi hijo/a se acostumbre a cosas nuevas.					
<p>22. <i>Elige una de las 5 frases, que se presentan a continuación y que mejor refleje tu sentimiento como padre/madre.</i></p> <p>Siento que soy:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muy buen padre/madre.</li> <li>2. Superior a la media.</li> <li>3. En la media.</li> <li>4. Cometo muchos errores siendo padre/madre.</li> <li>5. No soy muy buen padre/madre.</li> </ol>					
23. Esperaba estar mucho más cercano/a y tener unos sentimientos más tiernos de los que tengo hacia mi hijo/a, y eso me duele.					
24. Muchas veces mi hijo/a hace cosas que me preocupan porque no son buenas.					
25. Mi hijo/a tiene rabietas y grita más a menudo que la mayoría de los niños.					
26. La mayoría de las veces mi hijo/a despierta de mal humor.					

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
27. Siento que mi hijo/a tiene un humor muy cambiante y, se altera fácilmente.					
28. Mi hijo/a hace cosas que me molestan mucho.					
29. Mi hijo/a reacciona bruscamente cuando sucede algo que no le gusta.					
30. Mi hijo/a se altera fácilmente con las cosas más pequeñas.					
31. El horario de comidas y de sueño es más difícil y duro de establecer de lo que yo pensaba.					
<p>32. <i>Elige una de las 5 frases, que se presentan a continuación y que mejor refleje tu sentimiento como padre/madre.</i></p> <p>Me he dado cuenta que con mi hijo/a conseguir hacer algunas cosas o parar de hacer otras es respecto a lo que yo esperaba:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mucho más fácil.</li> <li>2. Algo más fácil.</li> <li>3. Tan duro como esperaba.</li> <li>4. Algo más duro.</li> <li>5. Mucho más duro.</li> </ol>					
<p>33. <i>De las 5 posibilidades de respuesta, elige la que mejor, se adapte a lo que usted cree.</i></p> <p>Piense con cuidado y cuenta el número de cosas que le molestan de su hijo/a. Por ejemplo: que se entretenga con todo, que no escuche, la hiperactividad, los gritos, las interrupciones, su resistencia y oposición, los lloriqueos, etc.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1-3</li> <li>2. 4-5</li> <li>3. 6-7</li> <li>4. 8-9</li> <li>5. 10+</li> </ol>					
34. Hay algunas cosas que hace mi hijo/a que me preocupan bastante.					
35. Tener a mi hijo/a ha dado lugar a más problemas de los que yo esperaba.					
36. Mi hijo/a me plantea más demandas que la mayoría de los chicos.					

## ANEXO 4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (COPE-28)

### ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (COPE-28)

Las frases que aparecen, a continuación, describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Marque con una X la respuesta que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema.

	Nunca hago esto	Casi nunca hago esto	Generalmente hago esto	Siempre hago esto
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.				
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.				
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.				
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.				
5. Me digo a mí mismo "esto no es real".				
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.				
7. Hago bromas sobre ello.				
8. Me critico a mí mismo.				
9. Consigo apoyo emocional de otros.				
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.				
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.				
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.				
13. Me niego a creer que haya sucedido.				
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.				
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor				
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.				

17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.				
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
19. Me río de la situación.				
20. Rezo o medito.				
21. Aprendo a vivir con ello.				
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.				
23. Expreso mis sentimientos negativos.				
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.				
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.				
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.				
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.				
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.				