



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

**RESILIENCIA Y ESTRÉS EN PADRES DE NIÑOS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

TESIS

Para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

Presenta:

Luna Hernández Tanya Alejandra

Director de Tesis: Dr. César Augusto de León Ricardi

Asesor de tesis: Dra. Mirna García Méndez

Tutor: Mtro. Gabriel Martín Villeda Villafaña

Sinodales: Dra. Elizabeth Álvarez Ramírez

Dr. José Manuel García Cortés



**FES
ZARAGOZA**

Ciudad de México, Marzo 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A la máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México, que me permitió formar parte de ella, en un inicio en la Escuela Nacional Preparatoria Número 5 “José Vasconcelos” y posteriormente en mi formación como Psicóloga en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

A mis profesores que me apoyaron, brindaron y transmitieron los conocimientos necesarios durante mi formación en la licenciatura en Psicología, principalmente aquellos profesores que fueron fuente de inspiración y de motivación cuando me encontraba embarazada y cuando tuve que enfrentarme al diagnóstico de mi amado hijo.

Al Maestro César Augusto de León Ricardi, quien fue mi director de tesis, pero también fue mi profesor de Metodología de la Investigación, por haberme apoyado y brindado los conocimientos necesarios para lograr concluir esta tesis.

A los padres que me ayudaron a responder los instrumentos de evaluación de mi tesis, a las psicólogas que me ayudaron a conseguir padres que me apoyaran con esto. Al centro de atención Crea tu Mundo Autismo, quienes mostraron disposición para apoyarme en el permiso para la aplicación de los instrumentos de medición.

Dedicatoria

*Que sea difícil no implica que sea imposible,
que sea imposible no significa que vaya a rendirme.*

A mis padres:

A esos dos seres extraordinarios que amo con todo mi corazón, gracias por su apoyo incondicional, por siempre motivarme a alcanzar mis metas y apoyarme en todo sentido. Mi padre, Enrique Luna, quien ha trabajado duro para que económicamente no nos faltará nada a mi hermana ni a mí, quien se preocupó por que siempre tuviéramos lo necesario en casa y en la escuela, quien se preocupa por nuestra seguridad y felicidad. Mi madre, Adriana Hernández, quien dejó de lado su desarrollo profesional para brindarnos los cuidados necesarios desde que somos pequeñas y actualmente me apoya de la misma forma con mi hijo, quien siempre me apoyo en la escuela, se desveló ayudándome cuando lo requería o haciéndome compañía, siempre me motivo para no rendirme y cuando deseaba hacerlo me daba fuerzas para continuar. Mis padres, que me siguen apoyando cada que los necesito. Gracias por su paciencia y su comprensión en todo lo que hizo que me tardará en concluir la licenciatura al igual que la tesis.

A mi hermana:

Diana Luna, esa persona que siempre fue mi compañía, mi mejor amiga, pero sobre todo mi ejemplo a seguir. Una mujer que siempre ha sido muy dedicada y perseverante, egresada también de la UNAM, siempre luchando por alcanzar sus metas, por eso eres digna de mi admiración. Siempre me has escuchado, apoyado y alentado a ser una mejor persona, a pesar de la distancia sé que siempre vas a estar para mí. Te amo hermana.

A mi esposo:

Daniel Bautista, quien llegó en un momento complicado de mi vida y me ha apoyado y motivado a salir adelante, eres una fuente de inspiración para mí puesto

que eres muy perseverante y luchas por lo que quieres. Gracias por haberme escuchado cada que te hable de las dificultades que tenía para avanzar en la tesis, por buscar formas de ayudarme y de motivarme para que pudiera concluir la tesis, gracias por todo el apoyo que me has dado, me has fortalecido mucho, pero, sobre todo, gracias por amar a mi hijo, nuestro hijo, tanto como a mí. Te amo Nani.

Pero la mayor dedicatoria es...

A mi hijo:

Luis Enrique, mi Quique, mi pequeño, llegaste en el momento justo a mi vida, el recibir tu diagnóstico no fue fácil, pero me has enseñado la fortaleza que tengo para poder enfrentar todo lo que esté en nuestro camino.

Eres mi mayor fuente de motivación para salir adelante, me has hecho ser mejor ser humano y mejor madre, mi amor hacia ti es incondicional. Cada día me enseñas cosas nuevas, me has enseñado a entender porque soy y percibo las cosas de esta forma lo cual me brinda una conexión especial contigo. Me has enseñado a ser feliz con pequeñas cosas que, para otras personas pasan desapercibidas, pero que para mí son avances increíbles. Esta tesis no sería posible si tu no fueras mi principal fuente de inspiración. Esto lo hago para poder contribuir a que, pequeños como tú, con un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, tengan padres que estén bien y así puedan ayudarlos a avanzar, así como lo haces tú, venciendo cualquier pronóstico en contra.

Mi pequeño niño que me ha enseñado tantas cosas y me ha cambiado la vida para bien, te amo mi amorsito.

A los padres de niños con autismo:

A todos esos padres que comparten conmigo el diagnóstico de sus hijos, por escucharme, apoyarme, motivarme y hacerme ver que, si se puede salir adelante, esta tesis es para poder contribuir en la investigación para el bienestar de padres como nosotros.

A todos esos padres y cuidadores que están luchando para sacar adelante a sus pequeños y que son dignos de mi admiración.

A mis amigos y amigas:

Por siempre apoyarme, escucharme y darme unas buenas palabras que me motivaron a continuar en momentos difíciles, con todos ustedes aprendí mucho durante la licenciatura, no solo en cuestión académica sino también personal. Gracias por su apoyo y amistad.

*El verdadero reto del autismo es desafiar el pronóstico,
mi hijo será tan grande como las oportunidades que le dé.*

¡Gracias a todos y cada uno de ustedes!

Tanya Luna.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1. RESILIENCIA.....	5
1.1 Definición de resiliencia.....	5
1.2 Desarrollo histórico.....	6
1.3 Pilares y componentes de la resiliencia.....	9
1.4 Factores de la resiliencia.....	11
1.4.1 Factores de riesgo.....	12
1.4.2 Factores de protección.....	12
1.5 Modelos explicativos.....	14
1.5.1 Modelo de la resiliencia como resultado y proceso.....	14
1.5.2 Modelo de la resiliencia enfocado a la variable y al sujeto.....	15
1.5.3 Modelo tríadico de Edith Grotberg.....	16
1.6 Resiliencia parental.....	17
1.6.1 Resiliencia en padres de niños con discapacidad.....	18
1.6.2 Resiliencia en padres de niños con TEA.....	22
CAPÍTULO 2. ESTRÉS PARENTAL.....	24
2.1 Definición de estrés parental.....	26
2.2 Factores que contribuyen al incremento de estrés en padres.....	28
2.3 Modelos explicativos del estrés parental.....	28
2.4 Teorías del estrés parental.....	29
2.4.1 Teoría de sucesos cotidianos.....	30
2.4.2 Modelo multidimensional relación padre-hijo	30
2.5 Estrés parental y discapacidad.....	32
2.5.1 Estrés parental y TEA.....	33
2.5.2 Factores estresores en padres de niños con TEA.....	39
CAPÍTULO 3. ESTRÉS PARENTAL Y RESILIENCIA EN PADRES DE NIÑOS CON TEA.....	46
3.1 Relación de estrés parental y resiliencia	48

3.2 Relación de estrés parental y resiliencia en padres de niños con Trastorno del Espectro Autista.....	48
CAPÍTULO 4 MÉTODO.....	51
Justificación.....	51
Planteamiento del problema.....	52
Pregunta de investigación.....	53
Objetivos.....	53
Objetivo general.....	53
Objetivos específicos.....	53
Hipótesis.....	53
Variables a estudiar.....	55
Tipo de investigación.....	56
Diseño.....	56
Participantes.....	56
Criterios de inclusión.....	56
Criterios de exclusión.....	57
Instrumentos.....	57
Procedimiento.....	60
CAPITULO 5 RESULTADOS.....	62
Análisis descriptivo sociodemográfico.....	62
Perfiles descriptivos de resiliencia y estrés parental.....	68
Análisis de correlación.....	69
CAPITULO 6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	71
Discusión.....	71
Conclusiones.....	78
Limitaciones.....	78
Futuras líneas de investigación.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS.....	89
Cuestionario de datos sociodemográficos.....	89

Índice de estrés parental.....	91
Escala de resiliencia Mexicana.....	94

Resumen

Existen diversos trabajos en los que se comparan padres de niños con un desarrollo normal frente a padres de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), en los cuales se ha encontrado que estos últimos informan de mayores cargas familiares y presentan mayor riesgo de desajuste emocional y estrés psicológico. Es por esta razón que el objetivo de esta investigación fue conocer la relación de los factores de la resiliencia y el estrés en padres de niños con TEA. Participaron 55 padres y madres de niños con diagnóstico de TEA, captados en los alrededores del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", del Centro Integral de Salud Mental (CISAME), así como padres que asisten a terapias al Centro de atención Crea tu Mundo Autismo. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes: Cuestionario de datos sociodemográficos creado para esta investigación, la Escala de Resiliencia Mexicana RESI-M (Palomar & Gómez, 2010) y el Índice de Estrés Parental versión corta PSI-SF (Abidin, 1995). Para determinar la relación de estas variables se realizó un análisis de correlación de Pearson entre resiliencia y estrés parental. Los resultados indican que existe relación negativa estadísticamente significativa entre los factores de la resiliencia y el estrés en un grupo de padres de niños con TEA, por lo cual se concluye que ante mayor capacidad de resiliencia menor será el estrés parental.

Palabras clave: resiliencia, estrés parental, trastorno, factores de protección, discapacidad.

Introducción

El TEA es un término usado para referirnos a un espectro de condiciones del neurodesarrollo. Dicho espectro se caracteriza por alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca y en la comunicación, y por la presencia de patrones de conductas repetitivas y estereotipadas, y de intereses restringidos; incluso pueden presentarse intereses sensoriales inusuales. Una de sus características fundamentales es que es un trastorno muy heterogéneo, que engloba diferentes grados de severidad y distintos niveles (Cadaveira & Waisburg, 2014).

Actualmente existen diversos trabajos en los que se comparan padres de niños con un desarrollo normal frente a padres de niños con TEA, se ha encontrado que estos últimos informan de mayores cargas familiares y presentan mayor riesgo de desajuste emocional y estrés psicológico. Estos padres soportan niveles elevados de estrés como consecuencia de las características propias del trastorno, así como de los trastornos de sueño que sufren sus hijos, agitación y gritos, estereotipias y autolesiones, dificultades en la alimentación y control de esfínteres, falta de reciprocidad social o emocional, etc. (Durán, García-Fernández, Fernández & Sanjurjo, 2016), siendo la resiliencia un factor importante en la superación de situaciones de estrés y en la adaptación a nuevas situaciones problemáticas (Jiménez, 2016) y un factor protector de salud que modula las consecuencias negativas del estrés en padres y cuidadores (Ruiz-Robledillo, Antón-Torres, González-Bono & Moya-Albiol, 2012).

El Trastorno del Espectro Autista es un trastorno en el que se torna fundamental el trabajo con la familia, comprometiendo a los cuidadores en la intervención para mejorar los síntomas y potenciar el desarrollo evolutivo (Jiménez, 2016). En el 2012, Bekhet, Johnson y Zauszniewski realizaron una revisión sistemática de 22 estudios relacionados con la resiliencia en familias de niños con TEA. En los estudios incluidos en dicha revisión se evidenció que las familias que poseen indicadores de resiliencia son más capaces de hacer frente a las adversidades asociadas al cuidado de niños con TEA, lo que sugiere la conveniencia de estudiar las características de estas familias para poder diseñar

intervenciones encaminadas a promover la resiliencia en padres de niños con TEA siendo ésta una variable que ayude a reducir el estrés experimentado.

Así, el propósito de este trabajo fue conocer si existe una relación entre los factores de resiliencia y estrés en padres de niños con TEA en una muestra de padres mexicanos, lo cual es confirmado y validado por los resultados, lo que nos permite comprender cómo la resiliencia funciona como un moderador o regulador del estrés parental.

El marco teórico que sustenta la presente investigación se integra de la siguiente forma:

En el capítulo uno se aborda el tema de la resiliencia se menciona la definición, antecedentes, desarrollo histórico, factores de riesgo y protección, modelos explicativos, así como la resiliencia en padres de niños con discapacidad y específicamente, padres de niños con TEA.

En el capítulo dos se aborda el tema del estrés parental, explicando primero lo que es la parentalidad, la definición de estrés parental, modelos explicativos y teorías del estrés parental, factores que contribuyen al incremento de estrés en los padres, terminando con el estrés en padres de niños con discapacidad y específicamente en padres de niños con TEA, mencionando varias investigaciones que se han realizado en referencia a este tema.

En el capítulo tres se abordan investigaciones más específicas sobre resiliencia y estrés en padres de niños con Trastorno del Espectro Autista, cabe destacar que son muy pocas las investigaciones que se encontraron al respecto.

En el capítulo cuatro se describe la metodología realizada en esta investigación, la justificación, el planteamiento del problema, el objetivo general y las características de la muestra utilizada, así como la presentación de los instrumentos que se ocuparon para recabar información.

En el capítulo cinco se hace el análisis estadístico de la resiliencia y el estrés parental, iniciando con la presentación de los datos sociodemográficos, perfiles de la muestra y correlación de las variables, las cuales dan respuesta al objetivo de esta investigación.

El capítulo seis contiene la interpretación de los resultados, es decir, las conclusiones y la discusión, así como también las limitaciones que se presentaron al realizar esta investigación y las sugerencias o recomendaciones para futuras líneas de investigación.

Por último, se muestran las referencias bibliográficas que fueron consultadas y los anexos que contienen los instrumentos que fueron aplicados, es decir, el cuestionario sociodemográfico, la Escala de Resiliencia Mexicana RESI-M (Palomar & Gómez, 2010) y el Índice de Estrés Parental versión corta PSI-SF (Abidin, 1995).

Capítulo 1. Resiliencia

1.1 Definición de resiliencia

Actualmente, en la literatura científica existen distintas definiciones acerca del concepto resiliencia, algunas de éstas se describen a continuación.

Etimológicamente, el vocablo de resiliencia viene de la palabra latina “resilio”, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Becoña, 2006). El término proviene de la física y se refiere a la capacidad de los materiales de resistir un impacto y recuperar su estructura original, rebotar o volver al estado inicial después de haber sido estirado o presionado. Desde la física fue introducido en el ámbito psicológico por el psiquiatra infantil Michael Rutter (1979; 1980 como se citó en Jiménez, 2016). En psicología, la palabra cobra un sentido distinto, debido a que no se limita a la resistencia, sino que conlleva un aspecto dinámico que implica que el individuo traumatizado se sobrepone y se reconstruye (Manciaux, Vanistendael, Lecomte, & Cyrulnik, 2001). Es así como Grotberg (2003) explica que la resiliencia es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por ellas.

Más adelante, Neil (2006) define la resiliencia como la capacidad que tiene una persona o un grupo de personas para afrontar y sobreponerse a las adversidades y el estrés que producen, salir adelante después de situaciones estresantes y resurgir fortalecido. La resiliencia facilita un mejor desarrollo personal para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de cruzarse con acontecimientos desestabilizadores, encontrarse con condiciones de vida difíciles y padecer traumas graves.

De acuerdo con Mrazek y Mrazek (1987, como se citó en Palomar & Gómez, 2010) existen 12 habilidades que distinguen a una persona resiliente y son las siguientes:

- Respuesta rápida al peligro: es la habilidad para reconocer las situaciones que ponen al sujeto en peligro.

- Madurez precoz: desarrollo de la capacidad de hacerse cargo de sí mismo.
- Desvinculación afectiva: se refiere a separar los sentimientos intensos sobre uno mismo.
- Búsqueda de información: preocupación por aprender todo lo relacionado con el entorno.
- Obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir: capacidad para crear relaciones que beneficien a la persona en momentos críticos.
- Anticipación proyectiva positiva: capacidad de imaginar un futuro mejor al presente.
- Decisión de tomar riesgos: habilidad de asumir la responsabilidad propia cuando se toman decisiones incluso si la decisión tiene algún tipo de riesgo.
- Convicción de ser amado: creer que se puede ser amado por los demás.
- Idealización del rival: la persona se identifica con alguna característica de su oponente.
- Reconstrucción cognitiva del dolor: habilidad para identificar los eventos negativos de la forma que sea más aceptable.
- Altruismo: se refiere al placer de ayudar a otros.
- Optimismo y esperanza: es la disposición de tomar positivamente las cosas que podrían ocurrir en el futuro.

1.2 Desarrollo histórico

En la actualidad, el término resiliencia se utiliza en diferentes contextos incluyendo: el organizacional, el educativo, el comunitario, el deportivo, el militar y el clínico. Pero fue el trabajo de Werner y Smith en 1942 el que sembró las semillas del concepto en humanos, pues hasta entonces sólo se empleaba en el campo de la física (Sevilla, 2014). En el estudio de la resiliencia se pueden distinguir dos generaciones de investigadores:

Primera generación

Comienza a principios de los años setenta, con una serie de investigaciones realizadas con población infantil que vivía en situaciones de riesgo derivadas sobre todo de pobreza y enfermedad mental de los padres (Sevilla, 2014). Esta primera generación partió con un interés en las cualidades personales que permitían superar la adversidad, como la autoestima y la autonomía, hacia un mayor interés en estudiar los factores externos al individuo, como nivel socioeconómico, estructura familiar, presencia de un adulto significativo (Rodríguez, 2009).

Un hito en esta primera generación fue el estudio de Werner (1992) con 500 niños de Hawái, encontrando que una tercera parte de ellos, a pesar de vivir con padres alcohólicos y estar sometidos a distintas situaciones de estrés, lograron salir adelante y se construyeron como personas la posibilidad de un futuro. A partir de este primer estudio, surgen una serie de investigaciones que evidencian la existencia de factores protectores en infantes a pesar de la pobreza, considerada una de las situaciones generadoras de estrés y que bien puede traer como consecuencia mayor fragilidad emocional, menor desempeño intelectual y peor ejecución académica. Sin embargo, el daño potencial ocasionado por las situaciones que se vinculan con la pobreza no es inevitable ni irreversible. Existen factores protectores que amortiguan el impacto de las diferentes clases de privación a las que están expuestos estos niños y niñas. Llama la atención que, a pesar de vivir en situaciones difíciles, las diferencias individuales muestran que unos niños o niñas que comparten las mismas situaciones sociales de base que el resto del grupo, conservan sus niveles de aspiración, sus expectativas y su motivación; no son como las del resto, y por el contrario sobresalen (Kotliarenco, Cáceres, & Fontecilla, 1997, como se citó en García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013).

Segunda generación

Los investigadores de esta generación se centraron en establecer cuál es la dinámica entre factores que permiten una adaptación positiva. Se puso el énfasis en el proceso, en promoción y en contexto social. La segunda generación de investigadores, que comenzó a publicar a mediados de los noventa se pregunta: ¿cuáles son los procesos asociados a una adaptación positiva dado que la persona ha vivido o vive en condiciones de adversidad? El objeto de investigación de esta segunda generación es continuar con el interés de la primera generación, de inferir qué factores están presentes en aquellos individuos en alto riesgo social que se adaptan positivamente a la sociedad, a lo que agregan el estudio de la dinámica entre factores que están en la base de la adaptación resiliente (Rodríguez, 2009).

Con esta segunda generación la resiliencia comienza a considerarse como un proceso dinámico donde las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que permite a la persona adaptarse. Como un proceso, por tanto, que puede ser desarrollado y estar presente a lo largo del ciclo vital, y no solamente reducido a la niñez. Es decir, que todo el mundo, en cualquier momento y área de su vida, puede encontrarse con una situación traumática, superarla y salir fortalecido. Rothberg (1999) fue pionera en la noción dinámica de la resiliencia (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013).

Los autores de esta generación se basan en el modelo ecológico-transaccional, que tiene origen en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979). La idea que guía este modelo es que el individuo se halla inmerso en una ecología determinada por diferentes niveles que interactúan entre sí (Rodríguez, 2009). Dentro de este modelo se proponen cuatro niveles de influencia: 1) El nivel individual, 2) La familia, hogar y escuela, 3) La comunidad y los servicios sociales para el niño y su familia, y 4) Los valores culturales, como la raza y la etnicidad, lo social y sus valores. Dentro de esta ecología, los cuatro niveles interactúan entre sí y generan una adaptación positiva y resiliencia, influyendo en el desarrollo de la persona (Bernard van Leer Fundación, 2002 como se citó en Hernández, 2016). El verdadero aporte de este modelo es la relación entre los sistemas es decir que un sistema depende del otro. El desafío que se plantea esta generación de

investigadores es que la identificación de los procesos que están en la base de adaptación resiliente permitirá el diseño de programas dirigidos a promover resiliencia y calidad de vida (Rodríguez, 2009).

1.3 Pilares y componentes de la resiliencia

Durante las investigaciones que se han desarrollado acerca de la resiliencia, se han identificado algunas características que aparecen con mayor frecuencia en quienes han mostrado condiciones de resiliencia (Rodríguez, 2009). Mateu, García, Gil y Caballer (2009) explican que, de todos estos hallazgos, los que mejor sintetizan cuáles son esas cualidades son los pilares de la resiliencia de Wolin y Wolin (1993) y Ojeda (2004). Los investigadores Wolin y Wolin (1993) nos muestran cuáles son las cualidades de las personas resilientes mediante la realización de una figura llamada “mandala de la resiliencia”.

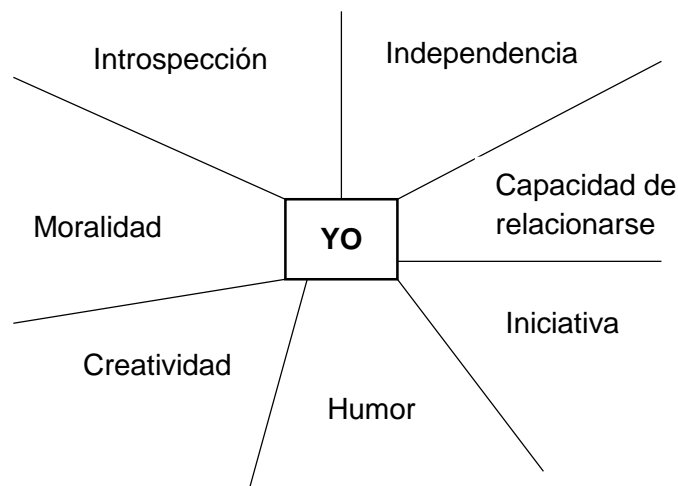


Figura 1. Siete pilares de la resiliencia (Wolin & Wolin, 1993, como se citó en Mateu, García, Gil & Caballer, 2009).

Como se puede observar en la Figura 1, en el centro de la misma se encuentra el individuo y de él surgen las 7 características de las personas resilientes. A continuación, se describe cada una de estas características:

- Introspección: hace referencia a la observación de nuestros pensamientos, emociones y actos. Con ella, adquirimos una visión real de lo que somos aumentando la capacidad de tomar decisiones, de conocer nuestras aptitudes y limitaciones. Cuanto mayor conocimiento tenemos de nosotros mismos, mejor enfrentamiento positivo tendremos ante situaciones difíciles.
- Independencia: se define como la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; entre uno y las personas cercanas, alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse.
- La capacidad de relacionarse: hace referencia a la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas. Aquí encontraríamos cualidades como la empatía o las habilidades sociales.
- Iniciativa: hace referencia a exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.
- Humor: alude a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia. El humor ayuda a superar obstáculos y problemas, a hacer reír y reírse de lo absurdo de la vida.
- Creatividad: es la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. En la infancia se expresa con la creación de juegos, que son las vías para expresar la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza ante situaciones adversas.
- Moralidad: se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse de acuerdo a valores sociales y de discriminar entre lo bueno y lo malo.

Suárez Ojeda (2001, como se citó en Rodríguez, 2009) menciona ocho pilares como atributos que sostienen la actitud resiliente, es decir que agrega 1 pilar más, el cual se describe a continuación:

- Autoestima consistente: es base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo por parte de un adulto significativo.

La evolución de estos pilares la realiza Suárez (2004, como se citó en Mateu, García, Gil & Caballer, 2009, y en Rodríguez, 2009) al recoger las características de la resiliencia individual de Wolin y Wolin (1993) y englobarlas en cuatro componentes. De este modo se especifica mejor las cualidades que engloban cada uno de ellos y nos aporta una mayor concreción para el fortalecimiento de las mismas. Así, destaca 4 pilares:

- Competencia social: habilidades sociales, autoestima, empatía, humor, flexibles y adaptables a los cambios, moralidad, creatividad, optimismo.
- Resolución de problemas (iniciativa): habilidad para pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente y la posibilidad de buscar soluciones alternativas.
- Autonomía (autodisciplina, independencia, locus de control interno): se refiere al sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y al control de elementos del propio ambiente.
- Expectativas positivas de futuro (autoeficacia, expectativas saludables, dirección hacia objetivos, sentido de la anticipación y de la coherencia, fe en un futuro mejor y capacidad de pensamiento crítico).

De forma tal que los pilares parten de las fortalezas que poseen las personas y los recursos que obtienen de su ambiente con los que interactúan y generan resiliencia. Una vez fortaleciendo esos pilares, la resiliencia surgirá ante las situaciones que expongan estrés o presión en los individuos, funcionan como antecedentes y como sustento de la resiliencia (Rodríguez, 2009).

1.4 Factores de la resiliencia

Para algunos investigadores la resiliencia es un proceso de interacción (Patterson, 2002) entre factores de riesgo y factores protectores. Si predominan los factores de protección, si la persona es resiliente y son pocos los eventos estresantes, entonces la persona tendrá un mayor ajuste personal y social. Por el contrario, si predominan factores de riesgo, la persona es vulnerable y suceden varios eventos estresantes en la vida del sujeto, su ajuste será peor (Torrecillas & Rodrigo, 2010 como se citó en Jiménez, 2016).

Para Grotberg (2003), la presencia de un solo factor resiliente no determina que la persona sea resiliente, sino que la interacción de factores es lo que determina la resiliencia de un individuo.

1.4.1 Factores de riesgo

Se consideran factores de riesgo aquellas condiciones biológicas, psicológicas o sociales que aumentan la probabilidad de que aparezca una conducta, situación o problema que comprometa el ajuste personal y social de las personas (Torrecillas & Rodrigo, 2010). Un factor de riesgo es una característica o cualidad de la persona o del sistema que va asociada a una elevada probabilidad de dañar la salud (Jiménez, 2016). Es decir, son aquellas situaciones o características de una persona que intensifican la reacción ante la adversidad haciéndola más vulnerable al desajuste psicosocial (Tijeras, 2017).

De acuerdo con Theis (2001) se pueden agrupar los factores de riesgo en cuatro categorías, las cuales se describen a continuación:

- Situación familiar perturbadora: trastornos psiquiátricos o conductas de adicción en los padres, muerte de uno o ambos padres, ausencia del padre o madre, violencia familiar, separación de los padres, etc.
- Factores sociales y ambientales: pobreza o una situación socioeconómica mediocre, ambiente tóxico (drogas, vandalismo, etc.).
- Problemas crónicos de salud: puede ser del niño o de su entorno, por ejemplo; deficiencias físicas o enfermedades graves.
- Amenazas vitales: catástrofes naturales, guerras, etc.

Uno de los factores de riesgo más determinantes en la adaptación de padres de hijos con discapacidad es el estrés (Jiménez, 2016).

1.4.2 Factores de protección

Un factor protector es una condición de la persona o del entorno capaz de favorecer el desarrollo del individuo o grupo o de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Sin embargo, es interesante señalar que el carácter

protector que adquieren estos factores se los otorga la interacción que cada uno de ellos tiene con el medio que rodea las personas, en momentos determinados. En cambio, si actúan en forma independiente, no resultan ser lo suficientemente protectores. Es así como los factores protectores pueden dejar de ser tales, bajo determinadas circunstancias ambientales como también en diferentes momentos, estados o etapas de la vida de las personas (Jiménez, 2016).

Por otra parte, es posible que factores que actuaron en calidad de riesgo, en ciertos momentos, puedan no solo dejar de serlo, sino que pueden llegar a transformarse en protectores. Cuando varios de estos factores actúan simultáneamente son capaces de promover un desarrollo sano y positivo, esto independiente de las dificultades presentes en las condiciones de vida. Es así que tanto las personas en forma individual como los grupos humanos cuentan potencialmente con ciertos mecanismos protectores. Sin embargo, el carácter dinámico de estos mecanismos hace que ninguno de éstos sea estable en el tiempo para cada una de las personas ni, menos aún, para los grupos (Mateu, García, Gil, & Caballer, 2009).

Siguiendo a Torrecillas y Rodrigo (2010 como se citó en Jiménez, 2016), un factor de protección es una influencia que modifica, mejora o altera la respuesta de una persona ante cualquier situación de riesgo. Consideramos tres tipos de factores de protección, teniendo en cuenta los tres agentes que conforman el sistema en el que se desarrolla el individuo: individuales, familiares y sociales. Por tanto, existen tres posibles fuentes de factores que, en su calidad de protectores, promueven comportamientos resilientes, que son los atributos personales, los apoyos del sistema familiar y aquellos provenientes de la comunidad.

De acuerdo con Saavedra (2005) para que una persona opere protegida en un entorno hostil intervienen factores protectores en diversas áreas del desarrollo tales como:

- ✓ Factores personales: nivel intelectual, disposición al acercamiento social, sentido del humor positivo y un equilibrio en el estado biológico.

- ✓ Factores cognitivos y afectivos: Son la empatía, una óptima autoestima, la motivación de logro, el sentimiento de autosuficiencia y la confianza en que se resolverán los problemas.
- ✓ Factores psicosociales: Un ambiente familiar agradable, madres que apoyan a sus hijos, una comunicación abierta, una estructura familiar estable, buenas relaciones con los pares.

1.5 Modelos explicativos

1.5.1 Modelo de la resiliencia como resultado y proceso

Como ya se ha visto, a raíz de la segunda generación de investigadores ha surgido un creciente interés en describir la resiliencia como un proceso caracterizado por los buenos resultados a pesar de la adversidad. Un proceso que tiene en cuenta la dinámica entre múltiples factores de riesgo y factores resilientes, los cuales pueden ser familiares, bioquímicos, fisiológicos, cognitivos, afectivos, biográficos, socioeconómicos, sociales y/o culturales. La noción de proceso descarta definitivamente la concepción de resiliencia como atributo personal, ya que un atributo personal sería inherente a algunos seres humanos y como consecuencia, quien no tiene este atributo sería de alguna manera un fracaso. Entenderla como proceso supone poner en duda que la resiliencia sea un atributo personal o estado estático de la existencia, porque la persona puede ir construyéndola en interacción con el ambiente (Melilla & Suárez Ojeda, 2008 como se citó en Sevilla, 2014).

La resiliencia como proceso se ha definido de esta forma por la relación entre factores de riesgos y resultados positivos o negativos, que se ven regulados por la relación con otros factores en el momento de afrontar la adversidad. Se identifican en este modelo, tres niveles de resiliencia:

- Compensatorio: como factor de protección cuando opera en dirección opuesta al de riesgo.
- Protector: que se conforma de cualidades que moderan los efectos de un riesgo sobre un resultado negativo.

- Desafiante: cuando la exposición a bajos y altos niveles de un factor de riesgo se asocian a resultados negativos, pero niveles moderados de riesgo se relacionan con menos resultados positivos. Es una forma de inocular “dureza” para potenciar el desarrollo del individuo frente a eventos de riesgo significativos (Jiménez, 2008).

La resiliencia como resultado se entiende como una trayectoria estable de funcionamiento saludable a lo largo del tiempo y como una capacidad para generar experiencias y emociones positivas; como un proceso dinámico que se relaciona con la adaptación positiva dentro de una situación significativamente adversa. Siendo así la resiliencia el resultado de un exitoso proceso de adaptación positivo, en donde el individuo mantiene sus competencias ante situaciones de estrés, ausencia de sintomatología significativa; persistiendo a lo largo del tiempo (Fernández & Crespo, 2011).

1.5.2 Modelo de la resiliencia enfocado a la variable y al sujeto

Carretero (2010) propone dos modelos para abordar el estudio de la resiliencia: modelo enfocado a la variable y modelo enfocado al sujeto. Ambos presentan ventajas y desventajas por lo que se ha intentado combinar diseños de estudio que impliquen ambos modelos.

Los modelos enfocados a las variables intentan medir el grado de adversidad y estudian las variables que aparecen en estas situaciones adversas y cómo los individuos se enfrentan a estas, determinando qué habilidades o capacidades se emplean para compensar esta situación. Estos modelos de estudio proporcionan información acerca de factores predictores, es decir, los factores de riesgo y los factores de protección y la relación de éstos con las consecuencias (Carretero, 2010).

Los modelos enfocados en el sujeto estudian diversos grupos de personas, que viven diferentes situaciones y las distintas formas en que son resueltas dichas situaciones consideradas adversas. Esto con la finalidad de saber qué diferencias personales existen entre las personas que muestran conductas resilientes y las que

no y observar posibles diferencias entre personas que viven en entornos normales y adversos. Estos modelos pretenden proporcionar información acerca de las características personales de los individuos resilientes, así como de las diferencias existentes entre personas resilientes y personas que no desarrollan conductas adaptadas a su medio (Carretero, 2010).

1.5.3 Modelo tríadico de Edith Grotberg

Algunos de los primeros estudios sobre la resiliencia enumeraron características o factores resilientes que contribuían a identificar aquello que resultaba útil y efectivo a la hora de superar adversidades. La investigación generó información que permitía diferenciar a aquellos niños que se sentían muy bien a pesar de ser miembros de familias disfuncionales de aquellos otros niños que se encontraban notoriamente afectados por el entorno. Las características o factores que los diferenciaban eran muchos; de manera que Grotberg (1995 en Grotberg 2003) creó el modelo tríadico para explicarlos, el cual se explica a continuación:

1. Yo tengo (apoyo externo)

- Una o más personas dentro de mi grupo familiar en las que puedo confiar y que me aman sin condicionamientos.
- Una o más personas fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente.
- Límites en mi comportamiento.
- Personas que me alientan a ser independiente.
- Buenos modelos a imitar.
- Acceso a la salud, a la educación y a servicios de seguridad y sociales que necesito.
- Una familia y entorno social estables.

2. Yo soy (fuerza interior)

- Una persona que agrada a la mayoría de la gente.
- Generalmente tranquilo y bien predispuesto.
- Alguien que logra aquello que se propone y que planea para el futuro.
- Una persona que se respeta a sí misma y a los demás.

- Alguien que siente empatía por los demás y se preocupa por ellos.
 - Responsable de mis propias acciones y aceptar sus consecuencias.
 - Seguro de mí mismo, optimista, confiado y tengo muchas esperanzas.
3. Yo puedo (Capacidades interpersonales y de resolución de conflictos).
- Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas.
 - Realizar una tarea hasta finalizarla.
 - Encontrar el humor en la vida y utilizarlo para reducir tensiones.
 - Expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás.
 - Resolver conflictos en diferentes ámbitos: académico, laboral, personal y social.
 - Controlar mi comportamiento: mis sentimientos, mis impulsos, el demostrar lo que siento.
 - Pedir ayuda cuando lo necesito.

De acuerdo con Grotberg (2003) estos factores resilientes pueden promoverse por separado. Sin embargo, al momento de enfrentar una circunstancia adversa, se combinan todos los factores tomándolos de cada categoría, según se necesiten. La mayoría de las personas ya cuentan con algunos de estos factores, solo que no poseen los suficientes, o tal vez, desconocen cómo utilizarlos a su favor contra la adversidad. Otras personas son resilientes en una determinada circunstancia y no lo son en otra. Esta diferencia se nota, generalmente, porque la persona es resiliente en situaciones conocidas o menos riesgosas, por el contrario, no lo demuestra en situaciones nuevas o completamente desconocidas, en las cuales experimenta la pérdida de control sobre lo que está sucediendo.

1.6 Resiliencia parental

La resiliencia parental es sinónimo de habilidades parentales. Una parentalidad competente y resiliente, con la presencia de al menos uno de los progenitores que proporcione afecto y apoyo a los hijos, puede permitir el crecimiento de la persona de una manera sana y socialmente constructiva, de

una manera resiliente (Barudy & Dantagnan, 2010 como se citó en Jiménez, 2016).

Lo padres poseen el potencial nato de desarrollar factores y características resilientes que le permitan el afrontamiento de las exigencias habituales, que demandan su rol especialmente significativo en el desarrollo del niño (García & Domínguez, 2013).

Para Barudy y Dantagnan (2010, como se citó en Jiménez, 2016), las fuentes de la resiliencia parental son:

- A nivel macrosistémico: El entorno social y cultural, que surte de afectividad y apoyo social.
- A nivel microsistémico o familiar: Un ambiente familiar afectivo, estable y con reglas y límites adecuados y claros, aplicados por adultos competentes y resilientes.
- A nivel individual de los padres: fuerza mental, autonomía, control de impulsos, sentirse querido y empatía, habilidades interpersonales, manejo de situaciones difíciles, resolución de problemas y capacidad de planeamiento y, por supuesto, resilientes ante situaciones de adversidad que plantean factores de riesgo utiliza factores protectores del medio social y familiar.

1.6.1 Resiliencia en padres de niños con discapacidad

Un niño con discapacidad requiere mayor apoyo para desarrollar actividades en, al menos, una de las siguientes áreas: educativa, social, física, de salud, psicológica/emocional. Asimismo, las necesidades del niño cambian a medida que va creciendo, de manera que no pueden anticiparse completamente y pueden variar según el grado de adecuación y apoyo que recibió el niño en años anteriores. Por tal razón, los esfuerzos familiares adicionales para planear, cuidar y controlar el progreso y bienestar del niño son de por vida. El hecho de satisfacer las necesidades especiales no conduce necesariamente a un estado de tristeza, tensión e incertidumbre constante (Landesman, DeLuca & Echols, 2003).

En los tiempos actuales, emerge el interés por estudiar la forma en que las familias de las personas con discapacidad afrontan la vivencia de esta experiencia en alguno de sus miembros. La consideración de que la familia es la entidad base que sustenta el cuidado y la ayuda a la persona afectada a lo largo de su ciclo vital, justifica este nuevo campo de interés (Ponce-Espino & Torrecillas-Martin, 2014).

A partir de diversas evidencias científicas, se ha encontrado una estrecha relación entre las enfermedades incapacitantes y los diversos soportes cognitivos, conductuales y emocionales, entre ellos se encuentra la resiliencia, la cual es abordada como uno de esos aspectos y ésta siendo estudiada en el campo de la salud mental, con el fin de comprenderla y promoverla, especialmente en las personas que padecen cargas muy fuertes de estrés y sufrimiento en su vida cotidiana (Crespo & Fernández, 2015).

En las familias en donde se encuentra algún miembro con discapacidad se ha podido observar que a pesar de encontrarse involucradas en una situación adversa y con un ambiente poco favorable generado por la discapacidad, ya sea intelectual, motora, o de algún otro tipo, los miembros que integran el grupo familiar logran no solo disminuir las dificultades que se presentan con el ser querido, sino que logran superarlas y que les ayuden a encontrar aquellas herramientas que les ayudarán a hacer frente a las dificultades presentes (Hernández, 2016).

A continuación, se describen algunas investigaciones que se han realizado respecto a la resiliencia en padres, cuidadores y familiares de personas con discapacidad, resaltando las características y factores resilientes en dicha población.

Ponce-Espino y Torrecillas-Martín (2014) realizan una investigación cuyo objetivo fue realizar un análisis descriptivo de la resiliencia de un grupo de 100 familiares de personas con discapacidad. Algunos de sus resultados indican que son los hermanos los que muestran un mayor índice de casos con un alto nivel de resiliencia, seguido de las madres y luego, de los padres; que la resiliencia es mayor en los familiares más jóvenes y menor en los familiares de más edad; que son las

madres las que llevan la carga de la atención al familiar dependiente y que existe una correlación significativa entre el nivel formativo y el nivel de resiliencia.

En 2014 Soto, Valdez, Morales y Bernal realizaron una investigación en la cual buscaron identificar el nivel de resiliencia ante las etapas de ajuste ante el diagnóstico de su hijo, en las parejas de padres y/o tutores del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Chihuahua. Encontrando que de 30 parejas se muestra que en las etapas de shock predomina la resiliencia media (19 personas), en la etapa de reacción también predomina una resiliencia media (10 personas), pero en las etapas de adaptación predomina tanto la resiliencia media como la alta (cuatro personas respectivamente). No existiendo en esta etapa la población de resiliencia baja. Concluyen que la resiliencia es un recurso en el proceso de duelo ante la adaptación y afrontamiento del diagnóstico que conlleva a un proceso de por vida. Sugieren seguir trabajando en el apoyo a proyectos donde el objetivo sea el rescatar la resiliencia en el sistema familiar como un recurso para acompañar a la familia en el proceso de rehabilitación y adaptación hacia la discapacidad. Funcionando como un escudo protector ante el estrés para mantener al sistema saludable, y que sea la resiliencia parte de su proyecto de vida.

Noriega (2015) realiza una investigación en la cual el objetivo principal fue identificar los factores de resiliencia que poseen los padres y tutores de personas con discapacidad, mediante la aplicación de una prueba de resiliencia a 32 padres y tutores, de ambos sexos, entre 18 a 65 años de edad. Los resultados obtenidos mediante la prueba de resiliencia brindaron la información suficiente para identificar los factores de resiliencia que predominan en los padres y tutores de personas con discapacidad, con mayor énfasis el “Yo Creo”, “Yo Tengo”, “Yo Estoy”. Por lo que al finalizar el estudio se llegó a concluir que los padres y tutores de personas con discapacidad tienen conductas resilientes ante la situación de sus hijos, y lo manifiestan al estar dispuestos a responsabilizarse de sus actos y a luchar por lo que se han propuesto en la vida.

En 2019 se realizó una investigación en México por Flores, Hernández, Vega, Palestino, Aguilar, Vásquez, Castillo, González, Colli y Frausto, donde el objetivo fue describir la capacidad de resiliencia de los padres de los niños

atendidos en los CRITs Teletón Baja California Sur, Hidalgo, Puebla y Quintana Roo, considerando: género, edad, escolaridad, situación de pareja, clínica adscritos y tiempo de estancia en su Centro. Al aplicar la Escala de Resiliencia Mexicana a 256 padres, los resultados mostraron un nivel global de resiliencia moderado. Los niveles de resiliencia fueron altos en las áreas de apoyo familiar y social; y moderados en las áreas de competencia social y estructura. Resaltando la importancia del apoyo social y familiar ante situaciones adversas como una característica de la población mexicana.

Gamarra (2019) investigo el efecto de un Programa de Resiliencia en un grupo de padres de niños con discapacidad. La población de estudio estuvo conformada por padres de familia, de los cuales se seleccionó a 30 padres como grupo experimental. Entre sus resultados relevantes, se encontró un efecto grande y estadísticamente significativo del programa, mejorando en el 100% de los participantes el nivel de resiliencia y las dimensiones satisfacción, confianza y perseverancia, además se mejoró en la dimensión sentirse bien en un 93% de los participantes y en la dimensión Ecuanimidad en un 90% del grupo experimental. El programa se realizó en 10 sesiones aplicadas al grupo experimental. Destacando así la importancia de aplicar este tipo de programas al verse impactada positivamente esta población.

Crespo y Fernández (2015) realizan un estudio en el que valoran la resiliencia en el ámbito del cuidado familiar, evidenciando que, aún sometidas a elevadísimas demandas, muchas personas son capaces de adaptarse con éxito a la situación de asistir a un familiar dependiente. Ello supone un cambio de foco, pasando de una perspectiva negativa, centrada en la sintomatología, al abordaje de los factores individuales que protegen al cuidador de los efectos del estrés prolongado. Además, sugieren que conocer el efecto de la resiliencia, así como los factores que se encuentran implicados en su desarrollo, resulta de suma relevancia para la elaboración de futuros programas de prevención y promoción en cuidadores. Estos programas deberán ir dirigidos a la potenciación de habilidades y capacidades específicas (percepción de autoeficacia, incremento de la autoestima, etc.) que ayuden a los cuidadores a afrontar sus experiencias y evitar, así, la aparición de síntomas y otros problemas eventuales derivados del estrés.

1.6.2 Resiliencia en padres de niños con TEA

Las familias en cuyo seno reside un niño o niña con TEA presentan un elevado riesgo de sufrir estrés y sus consecuencias, sobre la salud física y mental, su economía y su funcionamiento en general. Estos riesgos hacen que sean más vulnerables y se puedan desestabilizar. Por ello, durante dos largas décadas, las investigaciones científicas se han centrado más en las consecuencias negativas de la presencia de TEA en uno de los miembros de la familia atendiendo a las repercusiones psicológicas de familiares y cuidadores (Seperak, 2016).

Hace algunos años ha surgido un importante corpus teórico que ha analizado aspectos positivos relacionados con el TEA en la unidad familia, tales como la resiliencia, la cual ha surgido como un nuevo tópico de interés en la investigación sobre el funcionamiento familiar. La inclusión de este elemento de análisis ha supuesto un giro en el enfoque de la investigación, que ahora se orienta a analizar los factores que conducen a un funcionamiento sano y positivo de la familia frente al estrés crónico, en un intento de identificar los moderadores y mediadores del estrés específicos (Ylvén, Björck- Åkesson, & Granlund, 2006, en Tijeras, 2017)

La resiliencia es un fenómeno que se ha sido descrito en familias de niños con TEA por varios estudios. Uno de los primeros trabajos sobre la resiliencia en familias de niños con TEA fue el de Bayat (2007). En una muestra de 175 padres encontraron que el 40% de los familiares describían tener mayor fortaleza sentimental como resultado de la convivencia con niños con TEA, reportando que estos eran menos críticos, más pacientes y compasivos. Bayat identificó un patrón resiliente que incluía la capacidad para transformar en positivo el significado de la situación para crecer como una familia unida, encontrar el aprecio y la valoración de las otras personas y alcanzar una fortaleza espiritual a través de la convivencia.

Bekhet, Johnson & Zauszniewski (2012) realizaron una revisión sistemática de 22 estudios relacionados con la resiliencia en familias de niños con TEA. En los estudios incluidos en dicha revisión se evidenció que las familias que poseen indicadores de resiliencia son más capaces de hacer frente a las adversidades asociadas al cuidado de niños con TEA, lo que sugiere la conveniencia de estudiar

las características de estas familias para poder diseñar intervenciones encaminadas a promover la resiliencia en padres de niños con TEA. En esta revisión, encontraron una serie de indicadores de resiliencia en familias de niños con TEA, que incluían el sentimiento de autoeficacia de los padres, la aceptación del diagnóstico del niño por parte de los padres, el sentido de coherencia, el optimismo y el funcionamiento familiar positivo.

En el 2017 González-Berru realizó una investigación en la cual el objetivo fue determinar la relación que existe entre la Resiliencia y el Bienestar Psicológico en 130 madres de hijos con trastorno del espectro autista de un centro de educación básica especial de Lima Sur. Los resultados indicaron que existe una correlación altamente significativa, de tipo directa y de un nivel moderado entre las variables Resiliencia y Bienestar Psicológico. El nivel de Resiliencia se encontró en la categoría promedio. De igual forma, la variable Bienestar Psicológico obtuvo un mayor porcentaje en el nivel promedio.

Otros estudios que han estudiado de manera específica la resiliencia en familias de niños con TEA han encontrado de manera consistente que algunos de los factores determinantes para la existencia de elevados niveles de resiliencia son la aceptación del diagnóstico, la percepción de los padres de tener disponibles apoyos para el cuidado de sus hijos y la utilización efectiva de dichos apoyos (Blanche, Diaz, Barretto & Cermak, 2015; Santoso, Ito, Ohshima, Hidaka & Bontje, 2015; Potter, 2016; Whitehead, Dorstyn, & Ward, 2015 en Tijeras, 2017).

Es así como la identificación de factores protectores que promuevan una adecuada adaptación y promuevan la resiliencia de los padres, madres y cuidadores de niños con TEA se ha convertido en uno de los objetivos de las investigaciones más recientes en el campo del TEA. Se ha comprobado, además, el efecto amortiguador de la identificación de indicadores de resiliencia en personas expuestas a situaciones adversas que han de afrontar, tales como el estrés, ansiedad o depresión relacionada con el estrés. Incluso los niveles más bajos de resiliencia pueden aminorar, e incluso evitar, la ansiedad y la depresión relacionada con el estrés diario (Bitsika, Sharpley & Bell, 2013).

Capítulo 2. Estrés parental

El desarrollo del rol parental es uno de los desafíos más exigentes en la adultez. Al convertirse en padre o madre, el individuo pone en marcha un proyecto educativo que le acompañara a lo largo de todo su ciclo vital, el cual supone un alto grado de implicación personal y emocional (Pérez, 2014).

De acuerdo con Winnicot (1990 en Pérez, 2014), la maternidad se encontraría asociada a la protección del desarrollo físico y psicológico del menor a través de una rutina de atención diaria. A esta perspectiva se le añaden otras recientes en las que no solo la protección sino también la promoción y potenciación del desarrollo del menor adquieren un protagonismo especial. En general, favorecer el desarrollo físico y el sano crecimiento del hijo o la hija, promover la adquisición de habilidades de socialización, aportar un clima de apoyo y afecto, estimularlos de acuerdo con las necesidades evolutivas estructurando su ambiente y facilitar la apertura a otros contextos de desarrollo son tareas parentales básicas (Martin, Maiquez, Rodrigo, Byrne, Rodríguez, & Rodríguez, 2009).

El ejercicio de las tareas relacionadas con la parentalidad se encuentra sujeto a las demandas y necesidades de los hijos e hijas, las cuales se encuentran asociadas a su etapa evolutiva. En la Tabla 1 se enumeran las diferentes responsabilidades por parte de los progenitores en función de la edad de los menores (Barnard & Solchany, 2002 como se citó en Pérez, 2014). Estos compromisos asociados con el bienestar y el desarrollo del menor deben estar sustentados en una serie de habilidades íntimamente ligadas con la tarea vital de ser padre o madre, a saber: habilidades educativas (estimulación y apoyo en el aprendizaje, control y supervisión, etc.), de agencia parental (percepción ajustada al rol parental, sentido de protagonismo en la vida del menor, etc.), de autonomía personal y búsqueda de apoyo social (búsqueda de ayuda de personas significativas, visión positiva del niño o niña, etc.), para la vida parental (estrategias de afrontamiento, capacidad de respuesta, etc.) y de organización doméstica (higiene y control de la salud, mantenimiento de economía doméstica, etc.), (Martin, et al., 2009).

Tabla 1

Responsabilidades de la maternidad en relación al hijo o hija en la etapa infantil (Barnard & Sochany, 2002 en Pérez, 2014)

Etapa	Responsabilidades
Primera infancia (3 a 5 años)	<p>Establecer normas y rutinas</p> <p>Promover expresiones emocionales</p> <p>Ofrecer oportunidades de independencia</p> <p>Facilitar el desarrollo de modelos mentales</p> <p>Promover el autocontrol</p>
Infancia media (6 a 8 años)	<p>Promover la disciplina</p> <p>Favorecer la independencia</p> <p>Apoyar el desarrollo emocional</p> <p>Establecer límites en las expresiones emocionales inapropiadas</p> <p>Favorecer el conocimiento de valores y creencias ajenas</p>
Infancia tardía (9 a 12 años)	<p>Apoyar la independencia del cuidador</p> <p>Favorecer la construcción del autoconcepto y el crecimiento emocional</p> <p>Proveer de disciplina y límites</p>

2.1 Definición de estrés parental

La parentalidad es un proceso complicado especialmente por las características heterogéneas que presenta cada uno de los hijos, aunadas a procesos del desarrollo y las demandas afectivas continuas (Crnic & Low, 2002 como se citó en Vite & Vázquez, 2014), razón por la que puede desarrollarse el estrés parental, el cual es un proceso en el que la persona al ingresar en la etapa de la paternidad, evalúa las exigencias de su rol de padre o madre como algo que excede sus recursos para manejarlo (Abidin, 1995 como se citó en Vite & Vázquez, 2014). Deater-Deckard (1998) lo define como la reacción psicológica aversiva a las demandas de ser padre o madre, experimentado con sentimientos negativos hacia sí mismo y hacia el hijo o hijos; dichos sentimientos se han atribuido a las demandas de la parentalidad. Los aspectos cualitativos de los procesos parentales se entienden como interacciones sensibles, afectivas e interesadas; de tal forma que el estrés parental no sólo es producto de la conducta del niño, sino que los padres pueden estar estresados por las tareas diarias, especialmente aquéllas que involucren los roles parentales. Este proceso está constituido por tres dimensiones que interactúan entre ellas constantemente; características del padre o madre, características del hijo, y la relación entre ambos, es decir, del padre-hijo (Abidin, 1995 como se citó en Vite & Vázquez, 2014).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), las personas deben encontrar un equilibrio entre las demandas que les exige el ambiente y los recursos con los que cuenta para manejarlas. En el desempeño del rol parental, los padres pueden considerar como una carga el papel que llevan a cabo, cuando no cumplen con las expectativas de lo que consideran debería ser un buen padre o buena madre dando pie a las relaciones estresantes al interior de la familia (Cabrera, González & Guevara, 2012). En el estrés parental, las demandas son bastantes y variadas, e involucran una adaptación a los atributos del hijo, así como al nuevo rol social de padre o madre. Las demandas más comunes que surgen en la paternidad son las necesidades del hijo para que pueda sobrevivir, como, por ejemplo, alimentación, cuidado, protección, afecto, ayudarlo a regular sus conductas y emociones, etc. Con respecto a los recursos, éstos van a depender de muchas variables personales y situacionales como ingresos económicos, nivel de educación, soporte social,

sentido de competencia, personalidad, etc. No obstante, a pesar de que los padres de familia puedan contar con los recursos necesarios para afrontar el estrés de manera exitosa, no necesariamente implica que estarán libres de padecerlo, pues lo que más importa es la experiencia subjetiva acerca de la paternidad y crianza de los hijos. Por ende, para un padre su hijo puede ser hiperactivo y demandante, mientras que para otro ese mismo niño es percibido como energético y activo (Sánchez-Gruñan, 2015).

De acuerdo con Abidin (1992, como se citó en Pérez, 2014), el estrés parental es definido como un elemento activador que fomenta la utilización de los recursos disponibles para afrontar de una manera satisfactoria el ejercicio del rol parental, siendo tan perjudicial la falta absoluta de activación como unos niveles extremos de estrés. Las características del Modelo de estrés parental de Abidin siguen similares directrices del Modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984) entendiéndose el primero como una forma específica de estrés. Es por ello que este tipo de estrés estaría basado en un procesamiento valorativo del rol como progenitor: tanto en la autoevaluación de los recursos propios frente a las demandas parentales, como en el uso de estrategias de afrontamiento puestas en marcha para solventar las dificultades asociadas a la tarea de educar y cuidar a los hijos. Como apunta el autor de este modelo, el rol parental está formado por un conjunto de creencias y expectativas que todo progenitor presenta sobre sí mismo como padre o madre. Abidin (1992 como se citó en Pérez, 2014) señala que este modelo de trabajo interno, que cada adulto posee a la hora de ejercer su rol, puede ejercer de amortiguador entre los potenciales estresores y la respuesta de estrés.

Es importante destacar que no todos los padres que se encuentran bajo los mismos estresores desarrollan estrés parental; existen factores de diferencias individuales como las características de personalidad, calidad marital, apoyo social y convicción parental que deben ser considerados para comprender su naturaleza (Deater-Deckard, 1998).

2.2 Factores que contribuyen al incremento de estrés en padres

La conducta parental está influenciada por diversos factores del ambiente o entorno ecológico en el que se desarrolla, donde los eventos estresores provienen de distintos subsistemas de relación, siendo los microsistemas los que pueden incidir de forma más directa. Es así como las malas relaciones maritales, un hogar inestable y tensiones constantes pueden ser fuentes importantes de estrés. Así como características de los hijos e hijas, donde la tarea de crianza resulta difícil o requiere mayor esfuerzo, incrementando el estrés de los padres (Pérez, Larense, & Menéndez, 2010).

Las diferentes aproximaciones al estudio del estrés han derivado en enfoques diversos a la hora de investigar este fenómeno. Concretamente, la consideración de la naturaleza, las características y el origen del estrés ha promovido acercamientos teóricos y empíricos, relacionados entre sí, acerca del estrés parental (Sandín, 2003).

2.3 Modelos explicativos del estrés parental

Existen diferentes modelos explicativos destinados a aportar información acerca de los antecedentes de la conducta parental, así como sus influencias. Una de las aproximaciones teóricas más influyentes, tanto en el estudio del rol de progenitor como del estrés asociado a este, es el Modelo de los determinantes de la parentalidad de Belsky (1980 como se citó en Pérez, 2014). En el mismo se ofrece una visión ecológica donde el padre o la madre desarrollan sus funciones en el interior de un contexto Inter sistémico y donde las relaciones se caracterizan por su bidireccionalidad de acuerdo con el enfoque transaccional. Por tanto, la interacción entre las características de los padres, los menores y el entorno influye en el satisfactorio desarrollo de las tareas parentales (Smith, 2010).

Martin et al. (2009) encuadran el desarrollo de la parentalidad en cuatro planos. El primero de ellos, el personal, está basado en los beneficios o inconvenientes individuales que reporta el ejercicio parental. El segundo, el diádico, se cimenta en la vinculación afectiva que se lleva a cabo en el subsistema parento-

filial y en sus repercusiones para el desarrollo adulto e infantil. El tercero, el relacional, se basa en las relaciones sociales tanto familiares como extrafamiliares, informales y formales, que apoyan o dificultan la satisfacción de las necesidades de los hijos e hijas. El cuarto, el comunitario, está basado en la promoción o las presiones que por parte de la sociedad se realiza en torno al desarrollo de la parentalidad.

En suma, existen múltiples determinantes que influyen en el adulto que se enfrenta a las tareas educativas propias de su rol. Los padres y las madres de hijos en la etapa infantil (ya sea primaria, media o tardía) pueden sentirse abrumados y experimentar que los continuos cambios y demandas asociados a la parentalidad exceden sus recursos como individuo aun en los contextos más facilitadores. Entre los diferentes determinantes de la parentalidad, los estudios basados en el estrés, en cualquiera de sus formas (estresores diarios, sucesos vitales o estresores crónicos), han mostrado la influencia que esta dimensión presenta en la interacción parento-filial y en la satisfacción de las necesidades de los menores. Concretamente, existe una considerable cantidad de evidencias empíricas que apuntan a que los modelos basados en el estrés y el afrontamiento pueden ofrecer explicaciones sólidas acerca de los procesos relacionados con la parentalidad (Abidin, 1992, Cummings, Davies & Campbell, 2000; Deater-Deckard, 1998; Perkins, Finegood & Swain, 2013 como se citó en Pérez, 2014).

2.4 Teorías acerca del estrés parental

Existen dos principales modelos teóricos acerca del estrés parental que se han ido desarrollando en base a los enfoques clásicos del estrés como el de Lazarus y Folkman (1986) y el de Holmes y RAE (1967). El estrés parental puede ser estudiado desde el modelo multidimensional relación padre-hijo o también conocido como de estrés por la crianza, y desde la teoría de sucesos cotidianos. Estos dos modelos teóricos si bien se basan en dos enfoques diferentes acerca del estrés, no se contradicen, sino son complementarios y juntos brindan una perspectiva global acerca de la naturaleza del estrés parental (Sánchez-Gruñan, 2015).

2.4.1 Teoría de sucesos cotidianos

La teoría de sucesos cotidianos está basada en la investigación de Kanner, Boyne, Schaefer y Lazarus (Sandín, 2003) quienes indican la existencia de acontecimientos diarios negativos, denominados hassles, y positivos como uplifts, en inglés. Estos eventos tienden a ser más frecuentes y menos impactantes en el momento, por lo que las personas suelen dejarlos de lado o sobre adaptarse a ellos, sin aplicar estrategias de afrontamiento para eliminar el estrés que produce (Morrison & Bennett, 2008). El estrés parental, se puede definir como resultado de estresores diarios, sucesos vitales o el estrés de rol. Los estresores diarios relacionados con los sucesos vitales con respecto a sucesos menores como el llanto del bebé o aplicación de normas, en sí eventos normativos cotidianos, irritantes, breves; producen malestar cuando se acumulan, pues los padres no tienden a afrontarlos provocando mayor disrupción en su ejercicio parental, y respecto a los sucesos vitales influye en los recursos emocionales de los padres. El estrés de rol se relaciona con procesos de ajuste, influyendo en la interacción parentofilial y en el desarrollo de los padres e hijos. En este sentido los padres se sienten desbordados ante las demandas propias del rol, lo que promueve sentimientos negativos sobre su persona como progenitor (Sandín, 2003).

Este modelo teórico es importante en el estudio del estrés parental porque considera los eventos diarios de la crianza como satisfacer las necesidades físicas de alimento, sueño, cuidado corporal del niño, así como solucionar conflictos entre hijos y manejar conductas inapropiadas. Organizar un horario de trabajo y de vida familiar es otra situación que puede generar estrés a los padres, ya que deben cumplir con varios roles de manera simultánea, lo cual dificulta alcanzar un estado de bienestar (Deater-Deckard, 2004 como se citó en Sánchez-Griñan, 2015).

2.4.2 Modelo multidimensional relación padre-hijo

Por otro lado, otra perspectiva en el estudio del estrés parental es la etiquetada como estrés de rol, que difiere conceptual y metodológicamente de la concepción de estrés basada en los estresores diarios o sucesos vitales. El estrés de rol es

entendido como un conjunto de demandas constantes que promueven que la persona reajuste su comportamiento durante un periodo de tiempo prolongado sin un final específico (Sandín, 2003).

Este modelo fue desarrollado principalmente por el psicólogo Richard Abidin (1995 como se citó en Vite & Vázquez, 2014), quien diseñó y construyó el Cuestionario de Estrés Parental para medir los niveles de estrés en padres de familia. Este modelo señala que el estrés parental está compuesto por tres elementos: dimensión del padre, dimensión del hijo, y relación padre-hijo. La dimensión del padre implica las características psicológicas internas del padre o madre, como la personalidad, creencias, autoconcepto, autoestima, sentido de competencia, estrategias de afrontamiento, etc. La dimensión del hijo involucra los atributos psicológicos del niño y las conductas que exhibe ante la crianza, como el temperamento, reacciones emocionales y el nivel de control de ellas, desarrollo físico y psicológico (atención, aprendizaje, relación con otros). La relación padre-hijo es la tercera dimensión, la cual se refiere a los aspectos que surgen de la interacción entre los padres de familia y sus hijos, como las expectativas de los padres hacia el desarrollo de sus hijos, el reforzamiento que reciben los padres de sus hijos, los conflictos entre ellos, y las interpretaciones y atribuciones de las conductas del otro.

Deater-Deckard (2004 como se citó en Sánchez-Gruñan, 2015) sostiene que la presencia de los tres elementos de manera negativa, tienden a deteriorar la calidad del vínculo afectivo entre padres e hijos, ya que cuando se encuentran en altos niveles, se reduce las muestras de cariño, incrementa el uso de métodos rígidos de disciplina, así como hostilidad hacia el niño, y en su máxima consecuencia, abandono total del rol de padre o madre. Por ende, este deterioro en la relación hace que aumenten los problemas emocionales y de conducta en el niño, como, por ejemplo, ansiedad, desobediencia, depresión y agresión. Por lo tanto, este modelo permite predecir los efectos bidireccionales entre el padre y el hijo, quienes se influyen mutuamente, produciendo un mecanismo circular. El estrés crónico puede interferir en la percepción de los padres respecto a la conducta de sus hijos, quienes tienden a inferir que es causada de manera intencionada y maliciosa por los niños. Los padres que realizan tales atribuciones, suelen utilizar

métodos de disciplina más rígidos, sienten ira y en consecuencia se estresan más. Del otro lado, los niños que interpretan las conductas de sus padres como agresivas y de rechazo, tienen mayor riesgo de exhibir problemas emocionales y de conducta (Abidin, 1995; Deater-Deckard, 2004; Valdés, 2007 como se citó en Sánchez-Gruñan, 2015).

Es así como a medida que aumenta el estrés parental, se deteriora la calidad de la relación entre el progenitor y el niño, generando un impacto negativo en el desarrollo psicológico del menor que se manifiesta en temores, ansiedad, violencia, conductas inapropiadas, etc. En cambio, cuando disminuye el estrés en los padres de familia, se mejora la calidad de crianza y relación entre ambos, llevando consigo una optimización en el desarrollo y bienestar socio-emocional del niño (Ostberg & Hagekull, 2000).

2.5 Estrés parental y discapacidad

El nacimiento de un hijo con algún tipo de discapacidad impacta sobre la estructura familiar y a sus miembros, produciendo modificaciones en su dinámica de funcionamiento, en sus roles, en su organización y calidad de vida general. Sus miembros deben hacer nuevos ajustes psicológicos en torno a sus expectativas, deseos, emociones y sentimientos (Moreno, 2017).

Cada padre o madre vive de forma diferente el tener un hijo con algún tipo de discapacidad, presentando diferentes niveles de estrés, ansiedad, depresión y distintas estrategias de afrontamiento. En los últimos años las investigaciones se han centrado en estudiar el estrés en padres de niños con discapacidad, encontrando que existe un grado importante de afectación en esta población. En esta línea, se plantea que los cuidadores principales experimentan altos niveles de fatiga, depresión, baja autoestima y elevados niveles de estrés crónico en general (Tehee, Honan & Hevey, 2009 como se citó en Moreno, 2017). De modo comparativo, los padres de niños con discapacidad intelectual presentan mayores niveles de estrés que los padres de niños con desarrollo normal y presentan mayores riesgos de sufrir depresión. Convivir con una persona que presenta alteraciones cualitativas en el desarrollo social y comunicativo provoca muy a

menudo sentimientos de frustración, ansiedad y estrés en los progenitores (Tijeras, Fernández-Andrés, Pastor-Cerezuela, Sanz-Cervera, Vélez, Blázquez-Gárces, & Tárraga 2015).

Inicialmente, los estudios se focalizaron en determinar el nivel de estrés, sobrecarga o sintomatología que afectaba a padres o cuidadores principales de niños con discapacidad. En otro momento surge el interés por determinar distintos elementos que se encuentran relacionadas con el aumento de los niveles de estrés en esta población, se analizan algunas variables puntuales (como tipo de discapacidad o severidad de los síntomas). Actualmente existe una tendencia a desarrollar modelos multicomponente para analizar la relación de distintas variables (como estilo de afrontamiento, recursos, apoyo percibido) con el nivel de estrés de los padres (Moreno, 2017).

2.5.1 Estrés parental y TEA

De acuerdo con el DSM V, el trastorno del Espectro Autista se encuentra en la clasificación de Trastornos del neurodesarrollo, que son un grupo de afecciones con inicio en el período del desarrollo. Los trastornos se manifiestan normalmente de manera precoz, a menudo antes de que el niño empiece la escuela primaria, y se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional. Las manifestaciones del trastorno también varían mucho según la gravedad de la afección autista, el nivel del desarrollo y la edad cronológica; de ahí el término espectro. Aunado a esto, muchos pacientes con trastorno del espectro autista también tienen un deterioro intelectual y/o del lenguaje. La discapacidad intelectual es frecuente entre los individuos con trastorno del espectro autista, pero aun los que tienen una inteligencia normal o alta tienen un perfil de capacidades desnivelado. La brecha entre las habilidades intelectuales y las habilidades funcionales adaptativas es a menudo grande. Muchas veces existen deficiencias motoras, pueden producirse autolesiones y son más comunes los comportamientos disruptivos/difíciles en los niños y en los adolescentes con trastorno del espectro autista que, en aquéllos con otros trastornos, incluida la discapacidad intelectual (APA, 2014).

El tener un niño con necesidades especiales además de asociarse con estrés a la hora de proporcionar cuidado, también supone que los padres tienen menos tiempo para satisfacer sus necesidades. Cuando a un hijo, se le ha diagnosticado trastorno del espectro autista, provoca angustia y estrés, generando sentimientos como ansiedad, tensión, y tristeza, entre otras situaciones dolorosas. La discapacidad de ese hijo es un hecho que impacta sobre las familias, produciendo modificaciones en su dinámica y calidad de vida general, sus miembros deben hacer ajustes psicológicos y se plantean nuevas necesidades que deben ser resueltas, y son los padres quienes deberán brindar amor, protección y educación a sus hijos, entre otras múltiples funciones y roles. (Cadaveira & Waisburg, 2014). En el caso de padres de niños con TEA (Trastorno del Espectro Autista) esto resulta particularmente complejo debido a las características propias del trastorno, ya que el desarrollo de los niños con Autismo suele ser normal durante el primer año de vida, la aparición de las primeras señales es sutil y el cuadro que se presenta con cierta ambigüedad por la falta de uniformidad en los síntomas y la amplia variabilidad en el diagnóstico y pronóstico (Martínez & Bilbao, 2008).

El estrés experimentado por los padres comienza desde que comienzan a notar que el desarrollo de su hijo/a va fuera de lo común. Pozo (2010) explica que los padres y madres de personas con TEA atraviesan por una serie de etapas comunes en las que cada una de ellas se presentan una serie de necesidades diferentes. En los primeros años, los padres atraviesan por un periodo estresante que desemboca en momentos críticos para la familia por la búsqueda del diagnóstico acertado y el proceso que esto conlleva. Se trata de un proceso estresante porque, hasta llegar a un diagnóstico acertado, los padres pasan por un sin fin de idas y venidas a diferentes consultas, de especialista en especialista, incluso viajando de una ciudad a otra, que les hace determinar que algo no va bien, pero no llegan a tener un diagnóstico claro de la situación (Martínez & Bilbao, 2008).

Las causas según Simarro (2013) que hacen saltar las alarmas de que algo no va bien son diversas. Durante el primer año de vida del niño o la niña, no se observa ningún problema, pues el autismo no provoca un rasgo físico característico de la discapacidad, por esto, los padres permanecen ajenos a cualquier problema.

Sin embargo, a partir del segundo año aparecen determinados aspectos que les hace ver que algo no va bien. Por ejemplo, el retraso en el desarrollo del lenguaje, o el aislamiento y las respuestas inusuales a determinados estímulos, sobre todo los auditivos. Esta respuesta a los estímulos auditivos en muchas ocasiones hace pensar que existe algún tipo de problema relacionado con la sordera. Además, los pediatras de atención primaria poseen un gran desconocimiento de esta problemática, y los padres reciben respuestas tales como "cada niño sigue su ritmo" y llegan incluso a ser tratados de histéricos o exagerados por las sospechas que tienen. La problemática suele ser descubierta por las escuelas infantiles o los centros educativos que son los que alertan a los padres de que el desarrollo del niño o la niña no es el "normal", o les hablan de la posibilidad de que el niño/a tenga autismo. En este momento es en el que los padres dan inicio a la búsqueda de un diagnóstico acertado, como se ha mencionado anteriormente. Y aunque parezca contradictorio, cuando consiguen un diagnóstico acertado sienten un alivio

El llegar al diagnóstico acertado de qué le pasa al hijo o hija, provoca un alivio en los padres. Sin embargo, según Simarro (2013), esta situación abre otra serie de interrogantes, tales como "¿cómo va a evolucionar?", "¿Qué necesita?", "¿Dónde puedo proporcionárselo?", etc. Por lo que los padres sustituyen la angustia inicial de saber qué le pasa a su hijo/a, por la tristeza de confirmar que padecen un trastorno del desarrollo. De acuerdo con Martínez y Bilbao (2008), los padres pasan por unas fases parecidas a las etapas de un duelo, las cuales se describen a continuación:

- ❖ En primer lugar, experimentan un sentimiento de pérdida al recibir el diagnóstico, puesto que renuncian a las expectativas que como padres se habían formulado en la crianza de su hijo/a. En el caso del diagnóstico de autismo, debemos tener en cuenta que hasta recibir el diagnóstico se pasa por un largo periodo buscando respuestas a "algo va mal", y que cuando reciben la respuesta pierden todas las expectativas del hijo "idealizado", un hijo en el que habían volcado muchas esperanzas e ilusiones.
- ❖ Cuando reciben la noticia, los padres entran en un estado de inmovilización, de shock. En el autismo, como en otras muchas discapacidades, los padres

no están preparados para escuchar la noticia de que su hijo/a padece un trastorno que no tiene cura. Una solución para que los efectos de esta fase sean leves es que desde los primeros indicios se les apoyará y se les proporcionará ayuda para identificar el trastorno.

- ❖ Se pasa también por una fase en la que los padres, al recibir la noticia de que su hijo padece autismo, niegan la evidencia o no quieren aceptar el problema y busquen otras alternativas. Esta es una fase peligrosa, pues los padres debido a que minimizan el problema y piensan que con el tiempo eso pasara, pueden llegar a creer los argumentos que les den esperanzas y pueden retrasar el inicio de acciones eficaces para sus hijos.
- ❖ También los padres experimentan un sentimiento de irritación y culpabilidad. En esta etapa los padres hacen una revisión por toda la vida del niño, incluso por el embarazo con la intención de averiguar si algo fue mal o si ocurrió alguna negligencia.
- ❖ Cuando los padres empiezan a convencerse de que el diagnóstico de autismo es cierto, atraviesan por una fase de desesperanza profunda y lógica que los puede conducir a un estado de depresión.
- ❖ Por último, se supera esta fase de depresión cuando se pasa a la fase de aceptación de la realidad en la que se aplicarán medidas racionales para abordar el problema. Adaptarse, reorganizarse y ayudar adecuadamente a los hijos no supone estar conforme con la discapacidad. Muchas familias aceptan a su hijo tal como es, pero toda la vida lamentan que sufra limitaciones y que tenga menos oportunidades de percepción, movilidad, comunicación o de autonomía. Pueden llegar a querer y disfrutar de sus hijos, pero no pueden olvidar la discapacidad que presentan.

El proceso de ajuste a la realidad, de acuerdo con Simarro (2013) se prolonga hasta los 5 o 6 años de vida de la persona con TEA, aunque en algunos casos, puede darse antes, y en otros casos, mucho más tarde o no llegarse a producir nunca. En esta etapa se presentan los siguientes retos, los cuales aumentan el estrés de los padres:

- Buscar servicios especiales capaces de cubrir las necesidades de su hijo/a.
- Cambiar rutinas y horarios de toda la familia para tener tiempo de atender al hijo/a con autismo.

- Sentimiento de estar aislado y de ser una familia “diferente”, con la asociación de que no son capaces de integrarse en las actividades que hacen la mayoría de padres.
- Enfrentar la evidencia inevitable de que el niño es realmente “diferente”.
- El niño/a demanda mayor tiempo y atención por parte de los padres, tiempo que restan a otras actividades que realizaban antes de tener un hijo/a con autismo.
- El progenitor que se haga cargo en mayor tiempo del hijo/a con autismo generalmente se siente solo, atrapado y sobrecargado.
- Rivalidad y emociones que son contradictorias por parte de los hermanos (amor, cuidado- coraje y envidia).

Los trabajos en los que se comparan padres de niños con un desarrollo normal frente a padres de niños con TEA se encuentran que estos últimos informan de mayores cargas familiares y presentan mayor riesgo de desajuste emocional y estrés psicológico. Estos padres soportan niveles elevados de estrés como consecuencia de los trastornos de sueño que sufren sus hijos, agitación y gritos, estereotipias y autolesiones, dificultades en la alimentación y control de esfínteres, falta de reciprocidad social o emocional, etc. (Durán, García-Fernández, Fernández, & Sanjurjo, 2016).

Ayon-Vázquez (2013) realiza una investigación en la cual los resultados revelan que los padres están sometidos a estrés crónico, ya que un 50% de la muestra evitan acudir a lugares públicos, los padres también reportan problemas de índole económica, debido a los gastos para el tratamiento del paciente, el estudio resaltó que el 45% de los padres están separados, y la madre asume la responsabilidad en ausencia total del padre. Los datos muestran que muchas familias con hijos con Trastorno del Espectro Autista presentan niveles de estrés crónico, significativamente superiores a los padres con hijos con otro tipo de discapacidades.

Algunos estudios se han centrado en analizar perfiles diferenciales entre padres e hijos con autismo y padres de niños con otros trastornos. Los resultados

demuestran que las madres de las personas con autismo presentan más elevados niveles de estrés, debido a las características propias del autismo, que las madres cuyos hijos tenían retraso mental y síndrome de Down; hiperactividad y desarrollo normal; trastornos de aprendizaje y retraso mental; síndrome de Down y desarrollo normal y grupo control sin trastornos (Pozo, Sarriá & Méndez, 2006). Los padres de niños autistas presentan mayores niveles de estrés que los padres de niños con otras discapacidades como Síndrome de Down y también en comparación con niños con otros problemas de salud, teniendo que el tipo de discapacidad de los hijos es un factor que influye sobre el nivel de estrés (Bromley, Hare, Davison & Emerson, 2004; Hastings, 2005 como se citó en Moreno, 2017). De acuerdo con lo anterior, se tiene que aquellas madres cuidadoras de un hijo afectado por TEA manifiestan una respuesta amortiguada en los niveles de cortisol matutino en comparación con un grupo control, lo cual es un indicador de que la condición de cuidado representa una situación de estrés crónico (Ruiz-Robledillo, Antón-Torres, González-Bono & Moya-Albiol, 2012), esto parece estar relacionado con los resultados de Lee, Harrington, Louie y Newschaffer (2008 como se citó en Durán, García-Fernández, Fernández & Sanjurjo, 2016) quienes reportan que las madres/cuidadores de personas con autismo presentan niveles más elevados de estrés y problemas familiares frente a las madres de niños con Síndrome de Down, X Frágil, hiperactividad u otros trastornos, lo cual puede deberse al tipo de dificultades de comportamiento que suelen ocurrir en los TEA, los cuales generan altos niveles de estrés.

En el caso de niños autistas, los problemas de conducta tienen un mayor impacto en el estrés que la gravedad de los síntomas. Un estudio realizado por Herring, Gray, Taffe, Tonge, Sweeney y Einfeld (2006 como se citó en Pozo, 2010) aporta evidencias de la estabilidad de la relación entre los problemas de conducta y el estrés a lo largo del tiempo, en dicho estudio analizan los problemas de conducta y emocionales de bebés (de 20 a 51 meses) con TEA y su asociación con la salud mental de los padres y el funcionamiento familiar. Encuentran que los problemas de conducta y emocionales que presenta el niño con TEA contribuyen significativamente al incremento de la disfunción familiar y del estrés y problemas de salud en las madres.

Por otro lado, Osborne y Reed (2009) agregan nuevas variables al estudio del estrés en padres de niños autistas evaluando las percepciones de los mismos sobre sus conductas parentales, proponen un diseño con medidas en dos tiempos (9 y 10 meses) para conocer la estabilidad de los resultados hallados. Estos autores analizaron distintas variables tradicionales como la severidad de los síntomas y las conductas adaptativas de los niños, los recursos de los padres y el estrés e introdujeron las características de los estilos de crianza. Encontraron que existe relación negativa entre el nivel de estrés de los padres y la percepción de sus habilidades de crianza (principalmente las conductas parentales relacionadas con la comunicación con sus hijos en el establecimiento de límites). Luego de repetir la evaluación en un período de seguimientos, observaron una importante estabilidad y consistencia en las percepciones de los padres. Así mismo, los padres que muestran mayor nivel de estrés parental perciben a sus hijos como más difíciles, muestran patrones de disciplina más ineficaces e interacciones paterno-filiales más disfuncionales, esto a su vez conlleva la presencia de mayores dificultades en el hijo (Basa, 2010).

2.5.2 Factores estresores en padres de niños con TEA

Los diferentes estudios que se describieron en el apartado anterior demuestran que la convivencia con un hijo con TEA provoca en los padres niveles de estrés muy superiores a los producidos por la paternidad en sí misma e incluso a la paternidad de hijos con otras discapacidades. Los patrones de depresión reactiva y aumento de estrés que presentan los padres de niños con TEA se relacionan con numerosos factores: la dificultad para comprender qué le sucede al niño, la naturaleza inherentemente culpógena del propio autismo, la gran dependencia mutua que se crea entre los niños con autismo y sus padres, la dificultad para afrontar las alteraciones de conducta y el aislamiento, la falta de profesionales expertos, la existencia de pocos o nulos programas de intervención temprana eficaces y accesibles, la limitación de las oportunidades vitales y de relación que supone en un primer momento la existencia de una atención constante al niño, las cargas económicas adicionales, la afectación y nueva organización de la dinámica familiar, aspectos relacionados a la educación como lo es la búsqueda de escuela adecuada e inclusiva, problemas de aprendizaje y conducta, acoso

escolar, así como los pensamientos y preocupaciones relacionados a la independencia del hijo/a con el trastorno (Martínez & Bilbao, 2008), otro factor que genera estrés son las comorbilidades asociadas a este trastorno y la atención que se debe brindar a éstas, en específico los problemas gastrointestinales, trastornos de ansiedad, de irritabilidad y/o otros problemas de conducta (Zavaleta-Rodríguez, Cordero-Oropeza, Hernández-Castrejón & Medina-Mora, 2018).

En el abordaje de un niño con TEA no es sólo importante seleccionar un método de intervención adecuado, sino también informar, contener y acompañar a la familia, mantener un contacto estrecho con los centros de atención temprana y educativos, y, además, asesorar respecto a las posibilidades de escolarización, para aprovechar mejor los recursos al alcance de las familias (Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad y Téllez de Meneses, 2010), todo este abordaje es complejo, por lo cual se puede volver un factor estresor si no se cuenta con el apoyo familiar y social (Martínez & Bilbao, 2008). A continuación, se explica de forma general la intervención en el TEA para comprender porque puede ser un factor estresor.

La intervención temprana se refiere al conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objeto dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los/as niños/as con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (Alcantud, Rico & Lozano, 2012).

En los centros de desarrollo infantil y atención temprana se trabaja con el niño y su entorno, a través de programas de intervención que se adecuan a las características individuales de cada paciente y su familia. La intervención temprana intensiva ha demostrado que puede modificar, al menos en ciertos casos, el mal pronóstico generalmente asociado a estos niños. Por tanto, parece justificado iniciar de forma precoz un programa de intervención, tanto desde el punto de vista social como de la evidencia científica, aunque queda por dilucidar cuál es su duración e intensidad idóneos. Los programas de intervención, aunque existen diferentes

aproximaciones según su orientación conceptual, están dirigidos a potenciar las diferentes áreas del desarrollo del niño, fomentando una mayor independencia en las actividades de la vida diaria (Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad y Téllez de Meneses, 2010).

De acuerdo con Alcantud, Rico y Lozano, 2012, los objetivos de la intervención temprana son:

- Reducir los efectos de los síntomas sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
- Optimizar el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- Evitar o reducir la aparición de efectos secundarios o asociados producidos por el trastorno.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en que vive el niño.
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

La educación y el apoyo comunitario son elementos fundamentales para el desarrollo de la comunicación y las competencias sociales, no sólo en niños con TEA. De esta manera, los métodos psicoeducativos se centran en tres enfoques distintos: comunicación, estrategias de desarrollo y educacionales, y uso de principios conductuales para mejorar el lenguaje y el comportamiento. Existe unanimidad en iniciar terapia de forma temprana, pero no en cuanto al mejor método. La evidencia sugiere unos elementos comunes que ha de tener un buen programa de intervención (Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad y Téllez de Meneses, 2010):

- ✚ Entrada precoz en el programa, sin esperar al diagnóstico definitivo.
- ✚ Intervención intensiva, el mayor número de horas que el niño pueda recibir por sus características.
- ✚ Baja tasa de niño-terapeuta, con numerosos momentos de terapia 1 a 1, para conseguir objetivos individualizados.
- ✚ Inclusión de la familia en el tratamiento.

- ✚ Oportunidades de interacción con niños sin problemas de su misma edad.
- ✚ Medición frecuente de los progresos.
- ✚ Alto grado de estructuración, con elementos como una rutina predecible, programas de actividades visuales y límites físicos para evitar la distracción.
- ✚ Estrategias para la generalización y perpetuación de las actividades aprendidas.
- ✚ Uso de un programa basado en la evaluación que promueva: a) Comunicación funcional y espontánea; b) Habilidades sociales (atención conjunta, imitación, interacción recíproca, iniciativa y autocuidado); c) Habilidades funcionales adaptativas para alcanzar mayor responsabilidad e independencia (p. ej., manejo del dinero); d) Reducción de las conductas disruptivas o mal adaptativas; e) Habilidades cognitivas, como el juego simbólico y el tomar un punto de vista; f) Habilidades de destreza y académicas, según su grado de desarrollo, y g) Desarrollo de funciones ejecutivas (planificación, programación, anticipación, autocorrección, etc.).

En los últimos años se ha observado un aumento en el número de personas con alguna discapacidad, en México y alrededor del mundo. Sin embargo, este aumento no necesariamente se traduce en un aumento en la atención proporcionado por agencias gubernamentales a esta población. Cuando la atención en el sector salud no es disponible, los padres mexicanos recurren a instituciones privadas, la mayoría de las cuales son fundadas por padres de niños con discapacidades que no han sido provistos con atención médica gubernamental y el tratamiento que sus hijos necesitan (Zavaleta-Rodríguez, Cordero-Oropeza, Hernández-Castrejón y Medina-Mora, 2018).

La infraestructura necesaria para la atención de los TEA es amplia e involucra primordialmente intervenciones psicosociales para tratar los déficits socio – comunicativos, así como servicios médicos, de rehabilitación física y de educación especial entre otros, los cuales si bien efectivos, a menudo son costosos y poco accesibles (Zavaleta-Rodríguez, Cordero-Oropeza, Hernández-Castrejón y Medina-Mora, 2018).

A través de la Ley General para la Atención y Protección de las Personas con la Condición del Espectro Autista (DOF-30-04-2015, 2015), el estado instruye a las instituciones a responder a las necesidades de salud de esta población. Con el objeto de atender este mandato se requiere disponer de información sobre las necesidades y servicios disponibles para TEA en el país. Es por esta razón que en el 2018 el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz desarrolló un estudio dirigido por Zavaleta-Rodríguez, Cordero-Oropeza, Hernández-Castrejón y Medina-Mora, en el cual el objetivo fue describir la infraestructura disponible para la atención de los TEA en los servicios de salud de la República Mexicana, que sirva de base para la toma de decisiones acerca de las acciones a implementar en el sistema de salud y responder dichas necesidades. En los resultados de este estudio se destaca lo siguiente:

- ✚ Se encontró que no existe disponibilidad de terapias de habilitación y/o rehabilitación, las cuales son el eje de la atención de los niños y adolescentes con TEA, ya que en el primer nivel de atención el máximo porcentaje alcanzado fue de solo 2%, mientras que en el segundo y tercer nivel el porcentaje de unidades que cuentan con estos servicios no es mayor al 25%.
- ✚ Existe la necesidad de desarrollar una estrategia de capacitación en temas de TEA a los profesionales de la salud, ya que el porcentaje de unidades del primer nivel de atención que cuentan con médico o psicólogo con conocimientos en esta área fue menor del 13%. En el segundo nivel de atención el panorama es más heterogéneo, con un porcentaje máximo del 50%, cabe mencionar obtenido para la Ciudad de México. Sin embargo, en este punto, es importante mencionar que la presencia de al menos un clínico es insuficiente para poder identificar o tratar a la población clínica.
- ✚ Se observa la necesidad de fortalecer el sistema de salud para desarrollar servicios coordinados para la entrega de servicios e intervenciones completas en el contexto del manejo de TEA y otros trastornos del neurodesarrollo.
- ✚ En México, la oferta de los servicios de salud que podrían otorgar el diagnóstico y tratamiento de la personas con TEA en instituciones públicas es a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) en el caso de población asalariada; o través de la Secretaría de Salud y el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en el caso de población no asalariada. Éste último incluye el autismo en su Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (Causes), y especifica que para este trastorno se brinda de una a tres consultas de evaluación diagnóstica, cinco citas de seguimiento, algunos auxiliares de diagnóstico y medicamentos psicotrópicos. (Secretaría de Salud, 2018).

✚ Específicamente, en la Ciudad de México existen pocos Centros de Intervención por parte del sector Salud para el abordaje y atención de personas con TEA. En específico los Hospitales y Clínicas que trabajan con personas con TEA son:

- ✓ Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”
- ✓ Hospital Psiquiátrico Infantil “Federico Gómez”
- ✓ Centro Integral de Salud Mental “CISAME”
- ✓ Clínica de Autismo de la CDMX

Estos Centros de Intervención atienden diferentes afectaciones de la salud mental, incluido el TEA, sin embargo, dada la alta demanda se han visto rebasados, recordando que la prevalencia del autismo en México es de 1 de 115 niños, estimándose que habría aproximadamente 400,000 personas menores de 18 años con dicho trastorno (Fombonne, et al. 2016) razón por la que los padres que tienen niños con TEA deben esperar bastante tiempo antes de que sus hijos sean admitidos y valorados por los especialistas y así puedan comenzar la intervención, por lo que a veces se pierde tiempo valioso para intervenir, en específico, Zavaleta, et al. 2018, reportan que para obtener el diagnóstico de TEA los padres entran en contacto con un amplio número de profesionales de la salud (de 1 a 11 contactos) y el tiempo de demora al diagnóstico es alrededor de 2.4 años a partir de que los padres consultan acerca de sus preocupaciones con un profesional de la salud. Algo importante de destacar es que los casos considerados menos graves tuvieron significativamente una mayor demora diagnóstica en comparación con los casos más graves, Esto hace que varios padres recurran a clínicas del sector privado, sin embargo, no todos tienen el alcance económico para sustentar el pago de la

intervención, la cual es por tiempo ilimitado dado que conforme los niños se vayan desarrollando se enfrentan a nuevos retos.

Como se mencionó anteriormente, de acuerdo con Zavaleta et al., 2018, diferentes asociaciones han surgido, a raíz de la demanda de atención hacia este sector de la población, la mayoría de las cuales son fundadas por padres de niños con discapacidades que no han sido provistos con atención médica gubernamental y el tratamiento que sus hijos necesitan, algunas de éstas son:

- ✚ Centro Autismo Teletón
- ✚ Apoyando a Angelitos con Autismo A.C.
- ✚ APYRE Apoyo y Rehabilitación A.C.
- ✚ Asperger México A.C.
- ✚ Centro Terapéutico de Autismo Emociones
- ✚ Centro de Atención al Autismo AURA
- ✚ Centro de Rehabilitación Psicopedagógica CREPSI
- ✚ Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C.
CLIMA
- ✚ Crea tu Mundo
- ✚ Abriendo posibilidades
- ✚ Iluminemos de azul
- ✚ Instituto DOMUS

Sin embargo, es importante reiterar que gran parte de este sector afectado no cuenta con los recursos económicos para sustentar el pago de la intervención por lo que recurren al sector salud y deben esperar el tiempo necesario para ser intervenidos sus hijos con TEA, resultando así un factor estresante que afecta a su vez en los demás factores.

Capítulo 3. Resiliencia y estrés en padres de niños con TEA

A través de la historia se han estudiado diferentes afectaciones al desarrollo del ser humano, una de estas es el autismo. La palabra autismo proviene del griego Autos el cual significa “yo” o “uno mismo”, en este síndrome los niños pasan por una etapa en la que se vuelcan en sí mismos y no se interesan por el mundo exterior (Cinta y Almeida, 2016). El término *autismo* es un término general muy conocido y usado para referirnos a un espectro de condiciones del neurodesarrollo, en el cual, una de sus características fundamentales es que es un trastorno muy heterogéneo, englobando diferentes grados de severidad y distintos niveles, y dando lugar a lo que se conoce como espectro autista (Cadaveira & Waisburg, 2014).

El ministerio de Educación (2010), y la Asociación Americana de Psicología (APA,2014) especifican que el Trastorno de Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que no posee un origen definido y que se define con base en una diada caracterizada por alteraciones en el área socio comunicativa y por la presencia de intereses fijos y conductas repetitivas, estas manifestaciones varían según la gravedad de la afección, el nivel del desarrollo y la edad cronológica de la persona. El trastorno del Espectro Autista se encuentra en la clasificación de Trastornos del neurodesarrollo, que son un grupo de afecciones con inicio en el período del desarrollo. Los trastornos se manifiestan normalmente de manera precoz, a menudo antes de que el niño empiece la escuela primaria, y se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional.

Los criterios de diagnóstico para el TEA En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) por la APA (2014) establecen las características principales del trastorno del espectro autista siendo éstas las siguientes:

- ✚ Criterio A: El deterioro persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social
- ✚ Criterio B: Los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos

- ✚ Criterio C: Los síntomas están presentes desde la primera infancia
- ✚ Criterio D: Los síntomas limitan o impiden el funcionamiento cotidiano

La etapa en que el deterioro funcional llega a ser obvio variará según las características del individuo y su entorno. Estas características diagnósticas centrales son evidentes en el período de desarrollo, pero la intervención, la compensación y las ayudas actuales pueden enmascarar las dificultades en, al menos, algunos contextos. Las manifestaciones del trastorno también varían mucho según la gravedad de la afección autista, el nivel del desarrollo y la edad cronológica; de ahí el término espectro. El trastorno del espectro autista incluye trastornos previamente llamados autismo de la primera infancia, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamiento, autismo atípico, trastorno generalizado del desarrollo no especificado, trastorno desintegrativo de la infancia y trastorno de Asperger (APA, 2014).

Como bien se ha mencionado en los capítulos anteriores, existen diversos estudios donde se ha encontrado que los padres de niños con TEA sufren de niveles altos de estrés, esto debido a las características que se ha explicado que poseen las personas con TEA, asimismo se sabe que, hace algunos años ha surgido un importante corpus teórico que ha analizado aspectos positivos relacionados con el TEA en la unidad familiar, tales como la resiliencia, la cual ha surgido como un nuevo tópico de interés en la investigación sobre el funcionamiento familiar. La inclusión de este elemento de análisis ha supuesto un giro en el enfoque de la investigación, que ahora se orienta a analizar los factores que conducen a un funcionamiento sano y positivo de la familia frente al estrés crónico, en un intento de identificar los moderadores y mediadores del estrés específicos (Ylvén, Björck-Åkesson, & Granlund, 2006 como se citó en Tijeras, 2017).

A continuación, se describen los estudios que se han encontrado respecto a la relación del estrés parental y la resiliencia y en específico en padres de niños con TEA.

3.1 Relación de estrés parental y resiliencia

Respecto a la relación del estrés parental y la resiliencia se encontraron las investigaciones que se describen a continuación:

Ruíz (2015) en su estudio sobre la relación del nivel de resiliencia y estrés en padres de niños con multidiscapacidad obtuvo que del total de la población estudiada el 56,14% con niveles altos de resiliencia presentan niveles medios de estrés parental y 15,79% con niveles altos de resiliencia presentan niveles bajos de estrés. Observándose que la resiliencia actúa como un paliativo en la presencia de rasgos de estrés, contando con los apoyos necesarios personales, familiares y sociales en la ecología de los padres con hijos o hijas con discapacidad múltiple.

En el 2015 Sánchez-Teruel & Robles-Bello realizaron una investigación en la cual el objetivo era comprobar si existen diferencias en 78 padres de niños con Síndrome de Down (entre 3 y 11 meses de edad), con edades comprendidas entre 37 y 56 años ($M=46.5$; $DT=1.94$), utilizando un entrenamiento basado en el fomento de la resiliencia. Para lograr este objetivo plantearon un diseño de evaluación en dos momentos (antes y después de entrenamiento), estableciendo un grupo de padres como experimental y otro como control. Los resultados muestran efectos positivos sobre el estrés que sufren los padres de niños con SD. En particular se reduce el nivel de estrés parental derivado del cuidado del niño (ECN) y el estrés total (ET) tras la aplicación del programa.

3.2 Relación de estrés parental y resiliencia en padres de niños con TEA

Específicamente en el caso de la relación de las variables estrés parental y resiliencia en padres de niños con Trastorno del Espectro Autista, se encontraron las siguientes investigaciones:

Plumb en el 2011 realiza una investigación en la cual el objetivo fue explorar los vínculos entre el apoyo social percibido, la resiliencia familiar y el estrés de los padres en una muestra de 50 cuidadores primarios de niños entre 6 y 12 años, diagnosticados con TEA. Los resultados obtenidos indican que la mayoría de las

familias experimentaron niveles clínicamente altos de estrés. Una mayor resiliencia se asoció con niveles más bajos de estrés. Inesperadamente, los niveles más altos de apoyo social percibido se asociaron con un mayor estrés de los padres. Lo cual puede sugerir que las familias que experimentan niveles clínicamente significativos de estrés buscan apoyos comunitarios a tasas más altas que otras familias.

Pastor-Cerezuela, Fernández-Andrés, Tárraga-Mínguez & Navarro-Peña (2016), en su estudio sobre la relación del estrés parental con la severidad de los síntomas autísticos, el CI y la resiliencia obtienen que los padres de niños con TEA se perciben a ellos mismos como moderadamente resilientes ante la adversidad. La resiliencia, además, predecía significativamente el estrés parental relacionado con las características de los padres. Específicamente, aquellos padres que se percibían como resilientes reportaban menos estrés asociado a síntomas depresivos y con sentimientos de competencia respecto de su rol parental.

Meriño (2016) realizó un estudio con 30 padres de niños con trastorno del espectro autista (18 madres y 12 padres) de la provincia de Cádiz. El objetivo fue conocer la influencia de las estrategias de afrontamiento y variables sociodemográficas en el estrés parental, así como los efectos directos y el posible papel moderador de la calidad de vida y la resiliencia materna. Los resultados revelaron que la resiliencia materna y la calidad de vida producen efectos directos beneficiosos frente al estrés parental, así como efectos moderadores en la relación de las estrategias de afrontamiento y de ciertas variables sociodemográficas con el estrés parental. Se concluye que aquellas familias que presenten una alta resiliencia materna y una buena calidad de vida verán reducidos sus niveles de estrés parental.

Jiménez realiza una investigación en el 2016, en la cual el objetivo fue conocer el impacto que supone el diagnóstico de TEA sobre la resiliencia, el papel de la resiliencia en la adaptación de los padres y su relación con factores individuales, sociales y familiares que son trascendentes tanto en el desarrollo de la resiliencia como en la adaptación exitosa al trastorno del desarrollo. La muestra fue conformada por 128 padres. Los resultados de dicha investigación muestran la importancia de los factores protectores familiares y sociales en la predicción de la

adaptación al TEA, pero no avalan el papel de la resiliencia en la misma ni la modulación de la resiliencia por parte de los factores protectores.

Como bien se puede observar son pocas las investigaciones que se hallaron sobre la relación de las variables de la presente investigación.

Capítulo 4 Método

Justificación

El nacimiento de un hijo es un episodio estresante para todos los padres, pero cuando el hijo nace con algún tipo de discapacidad, o la discapacidad es adquirida, este estrés se incrementa. En el caso del nacimiento de una persona con Trastorno del Espectro Autista va a cambiar las expectativas y va a influir en el grupo familiar, afectando al desarrollo de la persona con el desorden y la relación entre las redes de apoyo que se puedan poner en marcha y la pretendida calidad de vida (Baña-Castro, 2015), esto debido a que el Trastorno del Espectro Autista se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional. Aunado a esto, muchos pacientes con trastorno del espectro autista también tienen un deterioro intelectual y/o del lenguaje. La discapacidad intelectual es frecuente entre los individuos con este trastorno, pero aun los que tienen una inteligencia normal o alta tienen un perfil de capacidades desnivelado (APA, 2014).

En México no existe una estadística determinada por el INEGI acerca de la prevalencia del autismo, sin embargo en 2016, científicos financiados por la organización Autism Speaks llevaron a cabo un estudio sobre la prevalencia del TEA en León, Guanajuato; los resultados demostraron que 1 de cada 115 niños se encuentra dentro de esta condición, lo que significa que casi 1% de todos los niños en México, alrededor de 40,000, tiene autismo (Fombonne, Marcin, Manero, Bruno, Diaz, Villalobos, Ramsay & Nealy, 2016).

El Trastorno del Espectro Autista es un trastorno en el que se torna fundamental el trabajo con la familia, comprometiendo a los cuidadores en la intervención para mejorar los síntomas y potenciar el desarrollo evolutivo (Jiménez, 2016). En el 2012, Bekhet, Johnson y Zauszniewski realizaron una revisión sistemática de 22 estudios relacionados con la resiliencia en familias de niños con TEA. En los estudios incluidos en dicha revisión se evidenció que las familias que poseen indicadores de resiliencia son más capaces de hacer frente a las adversidades asociadas al cuidado de niños con TEA, lo que sugiere la

conveniencia de estudiar las características de estas familias para poder diseñar intervenciones encaminadas a promover la resiliencia en padres de niños con TEA siendo ésta una variable que ayude a reducir el estrés experimentado.

Planteamiento del problema

El TEA es un término usado para referirnos a un espectro de condiciones del neurodesarrollo. Dicho espectro se caracteriza por alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca y en la comunicación, y por la presencia de patrones de conductas repetitivas y estereotipadas, y de intereses restringidos; incluso pueden presentarse intereses sensoriales inusuales. Una de sus características fundamentales es que es un trastorno muy heterogéneo, que engloba diferentes grados de severidad y distintos niveles (Cadaveira & Waisburg, 2014).

Existen diversos trabajos en los que se comparan padres de niños con un desarrollo normal frente a padres de niños con TEA, en los cuales se ha encontrado que estos últimos informan de mayores cargas familiares y presentan mayor riesgo de desajuste emocional y estrés psicológico. Estos padres soportan niveles elevados de estrés como consecuencia de las características propias del trastorno, así como de los trastornos de sueño que sufren sus hijos, agitación y gritos, estereotipias y autolesiones, dificultades en la alimentación y control de esfínteres, falta de reciprocidad social o emocional, etc. (Durán, García-Fernández, Fernández & Sanjurjo, 2016), siendo la resiliencia un factor importante en la superación de situaciones de estrés y en la adaptación a nuevas situaciones problemáticas (Jiménez, 2016) y un factor protector de salud que modula las consecuencias negativas del estrés en padres y cuidadores (Ruíz-Robledillo, De Andrés-García, Pérez-Blasco, González-Bono & Moya-Albiol, 2014 en Jiménez, 2016) es importante conocer si existe relación entre el nivel de resiliencia y estrés de padres mexicanos de niños con TEA leve, moderado y severo, para de esta forma proponer el fomento de la resiliencia como un recurso que disminuya el impacto del estrés de dichos padres.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre los factores de resiliencia y estrés en padres mexicanos de hijos con TEA?

Objetivos

Objetivo general

Conocer la relación entre los factores de resiliencia y el estrés en padres mexicanos con hijos con TEA

Objetivos específicos

- Identificar la relación del factor de resiliencia, fortaleza y confianza en sí mismo, y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.
- Identificar la relación del factor de resiliencia, competencia social y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.
- Identificar la relación del factor de resiliencia, apoyo social y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.
- Identificar la relación del factor de resiliencia, apoyo familiar y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.
- Identificar la relación del factor de resiliencia, estructura y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.

Hipótesis

H_a Existe relación estadísticamente significativa entre el factor de resiliencia fortaleza y confianza en sí mismo, y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.

H_o No existe relación estadísticamente significativa entre el factor de resiliencia fortaleza y confianza en sí mismo, y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.

H_a Existe relación estadísticamente significativa entre el factor de resiliencia competencia social y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.

H₀ No existe relación estadísticamente significativa entre el factor de resiliencia competencia social y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.

H_a Existe relación estadísticamente significativa entre el factor de resiliencia apoyo social y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.

H₀ No existe relación estadísticamente significativa entre el factor de resiliencia apoyo social y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.

H_a Existe relación estadísticamente significativa entre el factor de resiliencia apoyo familiar y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.

H₀ No existe relación estadísticamente significativa entre el factor de resiliencia apoyo familiar y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.

H_a Existe relación estadísticamente significativa entre el factor de resiliencia estructura y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.

H₀ No existe relación estadísticamente significativa entre el factor de resiliencia estructura y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.

Variables

Resiliencia

Definición conceptual: Capacidad que tiene una persona o un grupo de personas para afrontar y sobreponerse a las adversidades y el estrés que producen, salir adelante después de situaciones estresantes y resurgir fortalecido (Neil. 2006).

Definición operacional: Puntuación obtenida en la Escala de Resiliencia Mexicana RESI-M (Palomar & Gómez, 2010) en la que una puntuación de 0-43 se interpretará como un nivel de resiliencia muy bajo, una puntuación de 44-86 como bajo, de 87-129 alto y de 130 a 172 muy alto. Esta escala cuenta con una confiabilidad de 0.93 (Alfa de Cronbach).

Estrés parental

Definición conceptual: La reacción psicológica aversiva a las demandas de ser padre o madre, experimentado con sentimientos negativos hacia sí mismo y hacia el hijo o hijos; dichos sentimientos se han atribuido a las demandas de la parentalidad (Deater, 1998 citado en Vite y Vázquez, 2014).

Categoría dentro del estrés, que surge cuando las percepciones que los padres poseen acerca de las exigencias que supone la crianza de los hijos superan sus recursos para hacer frente a dicha crianza (Deater-Deckard, 2004 citado en Mercader, Colomer & Berenguer, 2014)

Definición operacional: Puntuación obtenida en el índice de Estrés parental PSI-SF (Abidin, 1995) en la que a mayor puntuación se interpreta un mayor grado de estrés parental. Una puntuación global mayor a 90 indica un nivel de estrés clínicamente significativo. Los coeficientes de consistencia interna encontradas en población mexicana son: para la puntuación total de la escala tiene un alfa de Cronbach de 0.90, la subescala de malestar paterno 0.87, la subescala interacción disfuncional padre-hijo 0.80 y la subescala niño difícil 0.85 (Vite & Vázquez, 2014).

Tipo de investigación

La investigación es cuantitativa ya que la recolección de los datos es de tipo numérico y estandarizado, siendo cuantificable mediante procedimientos estadísticos, se ha delimitado el estudio del problema y se cuenta con una hipótesis, según la literatura, que se desea comprobar. Así mismo es correlacional debido a que busca la relación entre las variables. Es de corte transversal debido a que se hará una única evaluación en un momento del tiempo, siendo también no experimental correlacional (Muñoz, 2011)

Diseño

No experimental: En el proceso se obtuvieron los datos en su estado natural, en el cual no hubo manipulación ni control de las variables.

Participantes

Colaboraron 55 padres y madres de niños de 3 a 12 años de edad con diagnóstico de TEA, de las cuales el 91% (50) son mujeres y el 9% (5) restantes representa a hombres, con edades que oscilan entre los 25 y los 58 años de edad (M= 39.65).

Muestreo: Se trabajó con una muestra no aleatoria accidental, o bien llamada de testigos privilegiados, es decir que los participantes se seleccionarán sin ningún plan prefijado, por medio de preguntas filtros establecidas en la ficha de identificación (Zapata, 2005; Muñoz 2011).

Criterios de inclusión

- Padres de niños de 3 a 12 años con diagnóstico de TEA leve, moderado o severo que vivan en la Ciudad de México y zona metropolitana.

Criterios de exclusión

- Padres sin hijos con diagnóstico de TEA
- Padres de hijos con diagnóstico de Autismo de alto funcionamiento o asperger
- Cuidadores que no tengan relación parental con el niño con TEA
- Padres de hijos menores de 3 años, y mayores de 12 años, con diagnóstico de TEA
- Padres que se encuentren en proceso de diagnóstico de sus hijos (sospecha de TEA).

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron para llevar a cabo esta investigación fueron:

- a) Ficha de identificación para recolección de datos sociodemográficos elaborado para este estudio:

Aplicado a los padres y madres. Recopila: Sexo del padre y/o de la madre, edad del padre y/o de la madre, último grado de estudios del padre y/o de la madre, ocupación del padre y/o de la madre, número de hijos en total; número de hijos con diagnóstico de TEA, posición ordinal del hijo con TEA, fecha del diagnóstico, grado del TEA del hijo, sexo del hijo con TEA, edad del hijo con TEA.

- b) *Escala de Resiliencia Mexicana*

La Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) está conformada por 43 reactivos divididos en 5 factores: Fortaleza y confianza en sí mismo con 19 reactivos, Competencia social con 8 reactivos, Apoyo familiar con 6 reactivos, Apoyo social con 5 reactivos y Estructura con 5 reactivos. El rango de respuesta de los 43 ítems es de cuatro puntos (de 1=totalmente en desacuerdo a 4=totalmente de acuerdo) una respuesta totalmente en desacuerdo se interpretará como resiliencia muy baja, una respuesta en desacuerdo como resiliencia baja, una respuesta de acuerdo como

resiliencia alta y una respuesta totalmente de acuerdo como resiliencia muy alta (Palomar & Gómez, 2010).

Esta escala fue desarrollada por Palomar y Gómez (2010), con base en los factores de fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura, los cuales fueron tomados con base en dos escalas que miden resiliencia en adultos: The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC) de Connor y Davidson (1999 como se citó en Palomar & Gómez, 2010) y The Resilience Scale for Adults (RSA) de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen (2001 como se citó en Palomar y Gómez, 2010). Esta escala cuenta con una confiabilidad de .93 (Alfa de Cronbach).

Contiene 43 reactivos que miden la resiliencia en población mexicana, respondidos en escala Likert, al respecto en 5 factores, que son:

1) Fortaleza y confianza en sí mismo: Se refiere al conjunto de expectativas positivas sobre uno mismo o más específicamente sobre las acciones de uno mismo, así como también a la capacidad para aceptar o sobrellevar los acontecimientos a pesar del estrés que estos traen consigo (Connor & Davidson, 1999 como se citó en Palomar y Gómez, 2010).

2) Competencia social: Capacidad o habilidad del sujeto para interactuar exitosamente con su ambiente y lograr la satisfacción legítima de sus necesidades, al ejercer determinada influencia sobre sus semejantes, es una cualidad muy relacionada con la salud, el ajuste emocional y el bienestar de los individuos (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2001 como se citó en Palomar y Gómez, 2010).

3) Apoyo familiar: Se refiere al tiempo que comparten los miembros de la familia, la lealtad que existe entre ellos y fortaleza de los lazos familiares (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2001 como se citó en Palomar y Gómez, 2010).

4) Apoyo social: Se refiere a los vínculos existentes entre el sujeto y un conjunto definido de personas con las cuales es factible el intercambio de comunicación, solidaridad y confianza (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2001 como se citó en Palomar y Gómez, 2010).

5) Estructura: Se entiende como las reglas y las actividades que llevan a cabo las personas y que les facilitan tener organización y orden en su vida

(Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2001 como se citó en Palomar y Gómez, 2010).

c) *Índice de Estrés Parental, versión corta (PSI-SF) (Abidin, 1995)*

Este instrumento es la versión corta del instrumento original (PSI), fue el mismo autor, Abidin (1995), que a partir del instrumento original y de los resultados obtenidos en una muestra de 530 madres (caucásicas, casadas, y con hijos e hijas sin problemas de en torno a cuatro años de edad) desarrolló el *Parenting Stress Index - Short Form*. Esta versión reducida se compone de 36 ítems, pero los resultados de los análisis factoriales de los que informa este autor no replican exactamente los originales (dominio parental, dominio del niño y sucesos vitales), componiéndose el PSI-SF de tres subescalas: *Parental distress*, *Parent-child dysfunctional interaction* y *Difficult child*. Las propiedades psicométricas de esta prueba han sido analizadas en diferentes poblaciones, obteniéndose diversas evidencias de validez y coeficientes de fiabilidad satisfactorios (Pérez, 2014). Los coeficientes de consistencia interna encontradas en población mexicana son: para la puntuación total de la escala tiene un alfa de Cronbach de 0.90, la subescala de malestar paterno 0.87, la subescala interacción disfuncional padre-hijo 0.80 y la subescala niño difícil 0.85 (Vite & Vázquez, 2014).

Es un cuestionario de autoinforme compuesto por 36 ítems, en su versión abreviada, a la que los padres deben responder en una escala tipo Likert de 5 puntos, desde 1 (muy de acuerdo) hasta 5 (muy en desacuerdo). Pretende evaluar el estrés que se experimenta en el ejercicio de la paternidad/maternidad, asumiendo que éste puede producirse por las características de los padres, por ciertos rasgos conductuales del niño y/o por variables situacionales que se relacionan directamente con el rol parental. Consta de tres subescalas de 12 ítems cada una:

1. La subescala de Malestar Paterno (ítems del 1 al 12) determina el malestar que experimentan los progenitores al ejercer el papel de padres, provocado por factores personales que están directamente relacionados con el ejercicio de las funciones derivadas de este papel

(sentido de competencia, tensiones asociadas con las restricciones impuestas a otras funciones que desarrollamos en la vida, conflictos con el otro padre del niño, falta de apoyo social, depresión, etc.).

2. La subescala de Interacción Disfuncional Padres-Hijo (ítems del 13 al 24) se centra en la percepción que los padres tienen del grado en que su hijo satisface o no las expectativas que tenían sobre él o ella y del grado de reforzamiento que su hijo les proporciona.

3. La tercera se denomina Niño Difícil (ítems del 25 al 36), es una valoración de cómo perciben los progenitores la facilidad o dificultad de controlar a sus hijos en función de los rasgos conductuales que poseen. Pero también se incluyen una serie de patrones o pautas aprendidas de conducta desafiante y de desobediencia. Las puntuaciones altas en esta variable sugieren que los niños pueden estar sufriendo problemas importantes en los procesos y mecanismos de autorregulación.

Calificación: La suma de las puntuaciones de los 36 ítems de la escala nos indica el grado de estrés parental total que experimenta una persona en el rol de padre/madre (no incluye el estrés motivado por otras situaciones). Una puntuación superior a 90 indica un nivel de estrés clínicamente significativo.

Procedimiento

Se solicitó el apoyo para poder llevar a cabo la aplicación en diferentes Centros de Intervención sin embargo no se obtuvo respuesta más que solo en uno, por lo tanto la aplicación de los instrumentos: Cuestionarios sociodemográfico, Índice de Estrés Parental (PSI) y Escala Mexicana de Resiliencia (RESI-M), fue llevada a cabo en los alrededores del Hospital Psiquiátrico Infantil donde se pidió el apoyo de los padres, también en los alrededores del Centro Integral de Salud Mental (CISAME) y se contó con el apoyo del Centro Crea tu Mundo. Se realizaron un total de 55 aplicaciones, el procedimiento fue el siguiente:

1. Se les explicó a los padres de qué trataba la investigación y que su participación era voluntaria.

2. Una vez que los padres aceptaban se les explicó que todos los datos recabados serían tratados éticamente y confidencialmente.
3. Posteriormente se realizó la aplicación explicando las instrucciones de cada uno de los instrumentos y resolviendo dudas.

Capítulo 5. Resultados

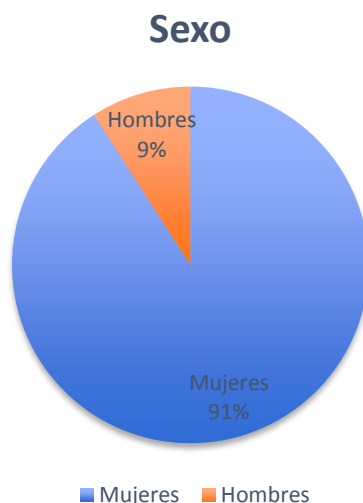
Los resultados de la aplicación del Cuestionario Sociodemográfico, el Índice de Estrés Parental (PSI-SF) y la Escala Mexicana de Resiliencia (RESI-M) se analizaron mediante el programa estadístico SPSS para windows (Statistical Program for Social Sciences) versión 22.0.

Los resultados obtenidos se presentarán de la siguiente manera:

1. Análisis descriptivo sociodemográfico
2. Perfiles descriptivos de resiliencia y estrés parental.
3. Análisis de correlación.

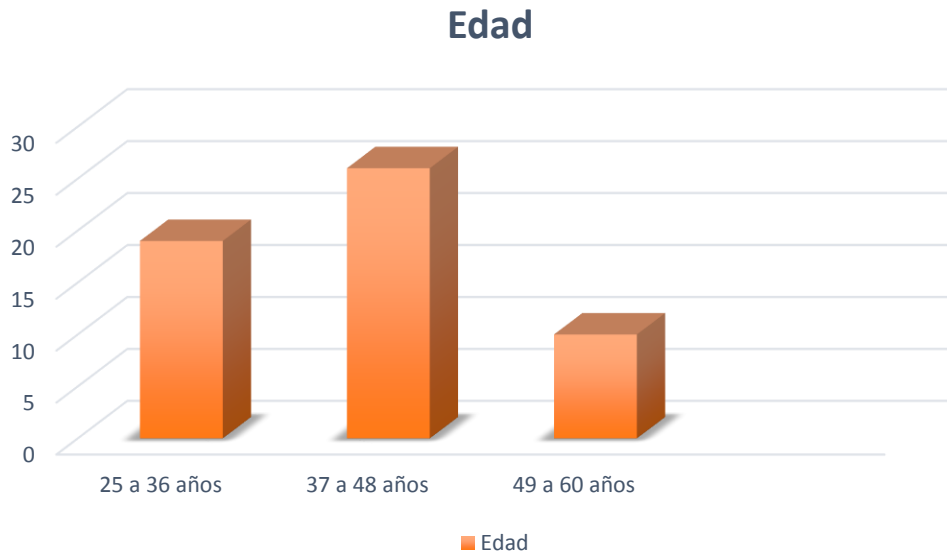
Análisis descriptivo sociodemográfico

La muestra se integró por 55 personas de las cuales el 91% (50) son mujeres y el 9% (5) restantes representa a hombres tal como se puede observar en la siguiente gráfica:



Gráfica 1. Porcentaje de mujeres y hombres que conformaron la muestra.

En cuanto a la edad el rango fue de los 25 a los 58 años de edad con una media de $M= 39.65$ y una desviación estándar de $s= 8.884$. Para hacer más claros los resultados se agruparon en 3 categorías, de 25 a 36 años de 37 a 48 años y de 49 a 59 años (Gráfica 2).



Gráfica 2. Distribución por edad

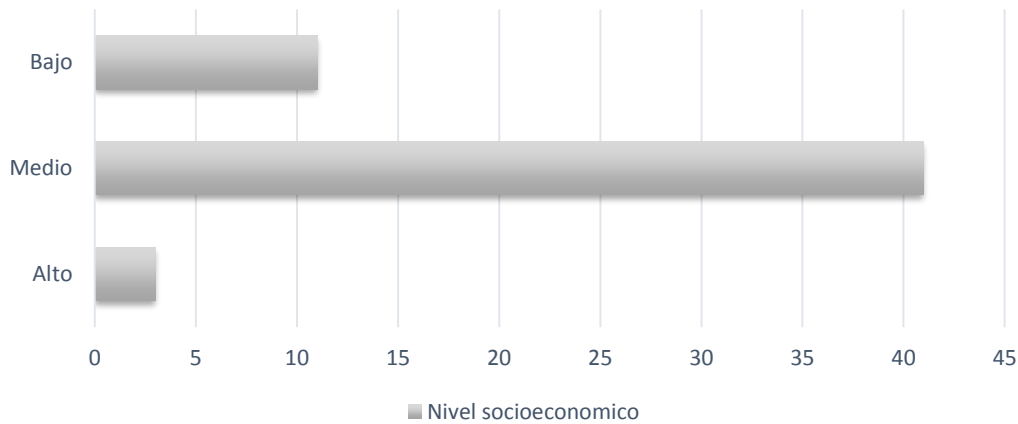
En lo que respecta al estado civil de la muestra se observa que la mayoría se encuentra casado/a, que representa el 60% (33), mientras que el 18.2% (10) se encuentra en unión libre, el 12.7% (7) se encuentra divorciado/a-separado/a y el 9.1% (5) se encuentra soltero/a (Gráfica 3).



Gráfica 3. Distribución de la muestra por estado civil.

Respecto al nivel socioeconómico se categorizó en alto, medio y bajo, en donde la mayoría 74.5% (41) reportaron tener un nivel medio, seguido de un 20% (11) que reportó un nivel bajo y el resto 5.5% (3) un nivel alto, lo cual se puede observar en la gráfica 4.

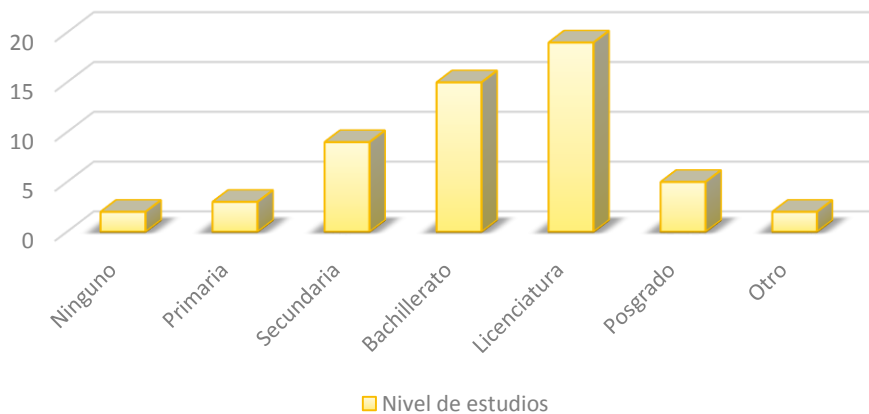
Nivel socioeconómico



Gráfica 4. Distribución por nivel socioeconómico

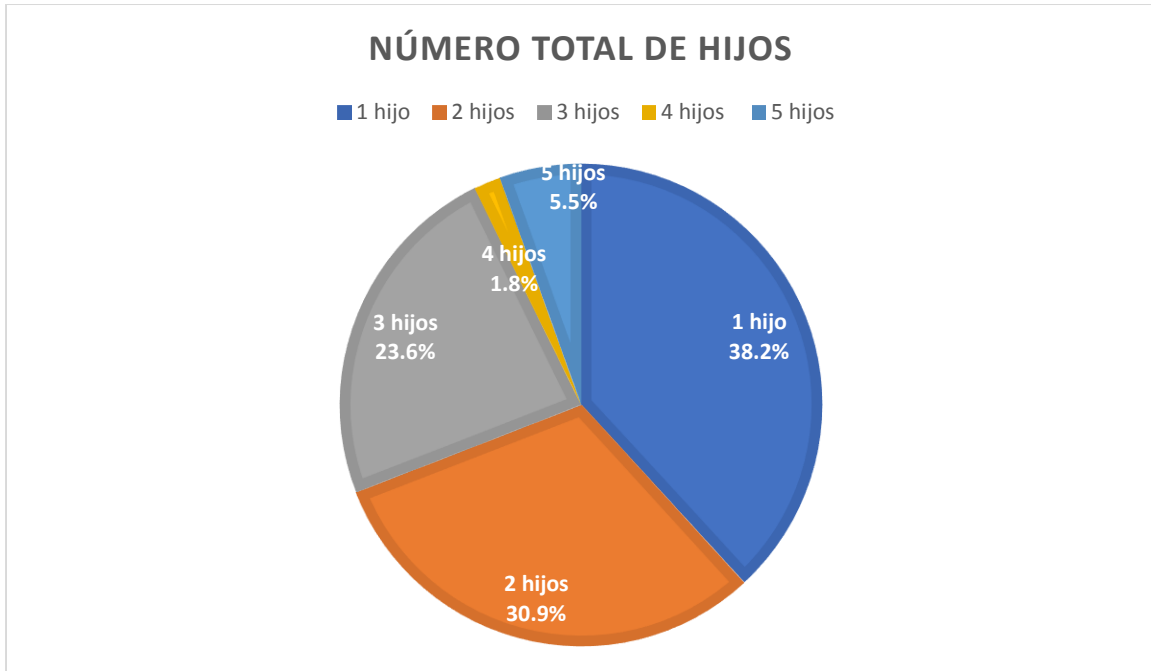
En cuanto al nivel de estudios el 34.5% (19) reportó tener licenciatura, el 27.3% (15) bachillerato, el 16.4% (9) secundaria, el 9.1% (5) posgrado, el 5.5% (3) primaria, el 3.6% (2) otro grado de estudios, mientras que el resto 3.6% (2) no tiene ningún grado de estudios, esta información se visualiza a continuación (Gráfica 5).

Nivel de estudios



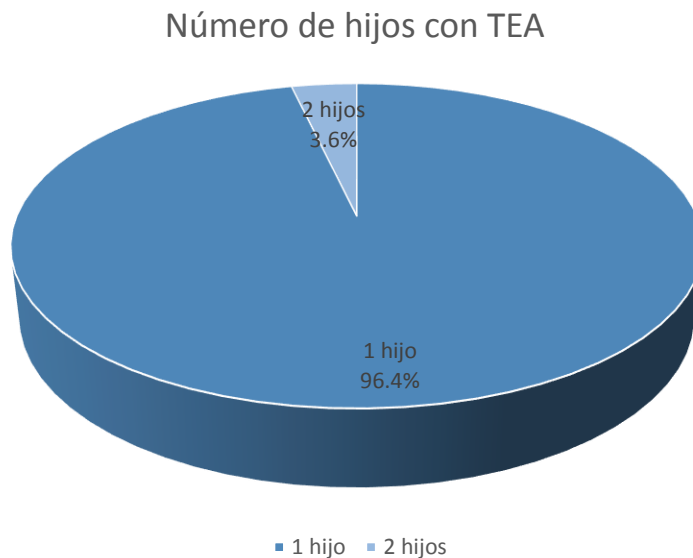
Gráfica 5. Distribución de la muestra por escolaridad.

En la siguiente grafica (6) se observa que respecto al número de hijos el 38.2% (21) tiene solo un hijo, el 30.9% (17) tiene 2 hijos, mientras que el 23.6% (13) tiene tres hijos, el 5.5% (3) tiene 5 hijos y el 1.8% (1) tiene 4 hijos.



Gráfica 6. Distribución de la muestra de acuerdo al número total de hijos

En la gráfica 7 se observa que de acuerdo al número de hijos con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista el 96.4% (53) tiene solo un hijo con el diagnóstico, mientras el 3.6% (2) tienen dos hijos con el diagnóstico.

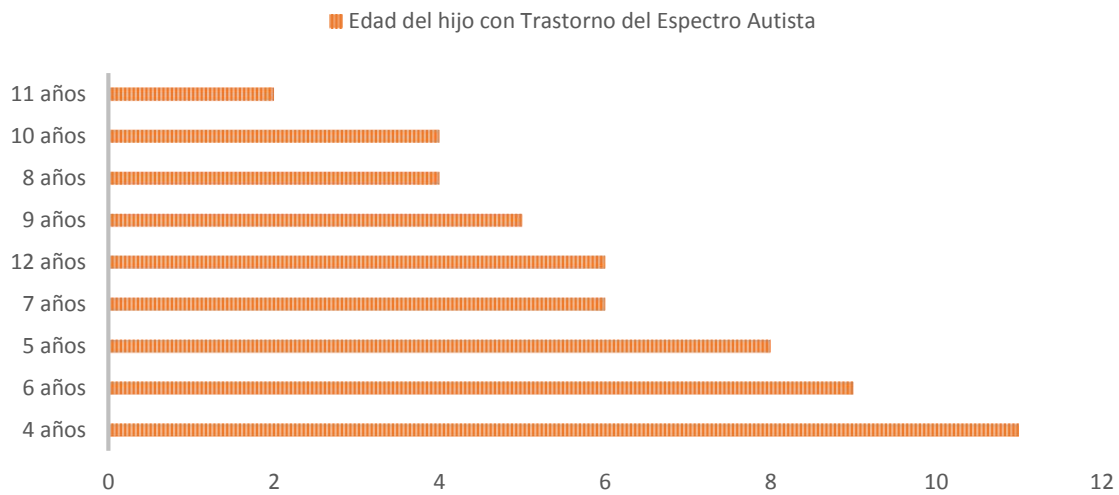


Gráfica 7. Distribución de la muestra de acuerdo al número de hijos con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista

Respecto a la edad actual del hijo diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista del 20% (11) su hijo tiene 4 años, del 16.4% (9) tiene 6 años, del 14.5% (8) tiene 5 años, del 10.9% (6) tienen 7 años, igual porcentaje para los que tienen 12 años, del

9.1% (5) tienen 9 años, del 7.3% (4) tienen 8 años, igual porcentaje para los que tienen 10 años y del 3.6% (2) tienen 11 años. Esta información se puede observar en la gráfica 8.

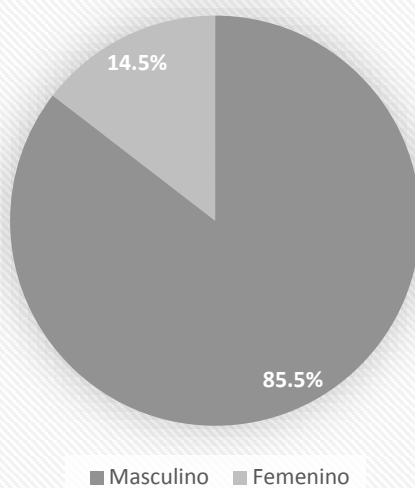
EDAD DEL HIJO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA



Gráfica 8. Distribución de la muestra de acuerdo a la edad del hijo con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.

En lo que respecta a la edad del hijo con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista el 85.5% (47) son del sexo masculino mientras el 14.5% (8) son del sexo femenino (Gráfica 9).

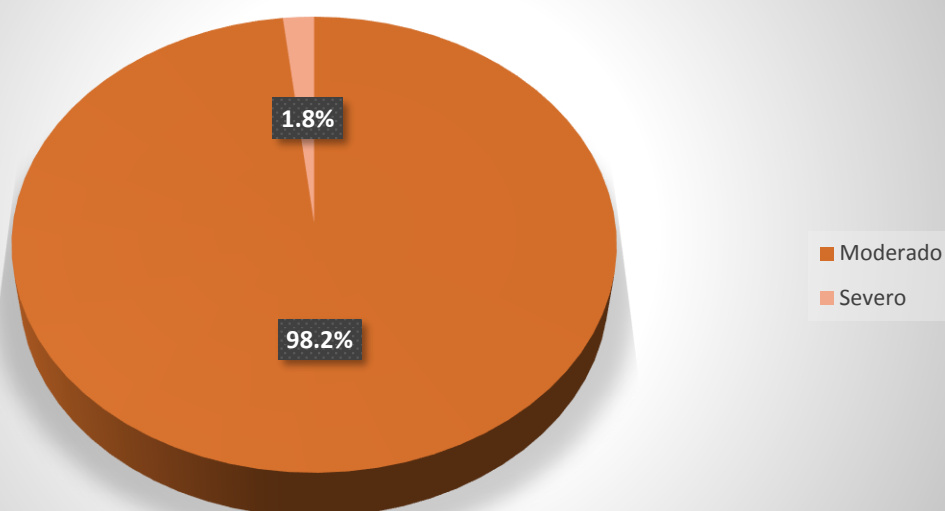
Sexo del hijo con Trastorno del Espectro Autista



Gráfica 9 Distribución de la muestra de acuerdo al sexo del hijo con Trastorno del Espectro Autista.

En la gráfica 10 se puede observar que, de acuerdo al nivel de autismo del hijo diagnosticado, el 98.2% (54) presenta grado moderado mientras el 1.8% (1) presenta grado severo.

Nivel de autismo



Gráfica 10. Grado de autismo del hijo diagnosticado.

Perfiles descriptivos de resiliencia y estrés parental

Una vez concluido el análisis estadístico, se procedió a realizar un análisis de perfiles de los instrumentos utilizados para medir resiliencia y estrés parental.

Como puede observarse en la tabla 2 con respecto a la Resiliencia, el factor apoyo familiar es el que obtiene la media más alta (M= 3.32) sin embargo, es importante mencionar que todos los factores están puntuando por arriba de 3, lo que indica un alto nivel de resiliencia en todos los factores.

Tabla 2.
Estadística descriptiva de la Escala Mexicana de Resiliencia.

Resiliencia	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Fortaleza y confianza	55	1,68	4	3,2766	,54104
Competencia social	55	1,63	4	3,1955	,54207
Apoyo familiar	55	1,50	4	3,3212	,61183
Apoyo social	55	1,60	4	3,2982	,64964
Estructura	55	1,80	4	3,2073	,55905

En la tabla 3 se observa que, respecto al Estrés parental, la subescala malestar parental es la que obtiene la media más alta (M=2.39) sin embargo, es importante mencionar que las tres subescalas puntúan cerca del valor 2.5 lo cual indica un nivel de estrés medio en todas

Tabla 3.
Estadística descriptiva del Índice de Estrés parental.

Estrés parental	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Malestar parental	55	1,08	4,42	2,3924	,74478
Interacción disfuncional	55	1,08	4,33	2,0803	,69128
Niño difícil	55	1,25	4,25	2,3439	,69962

Análisis de correlaciones

A continuación, se presentan los resultados de la correlación de las variables de estudio, los cuales dan respuesta a la pregunta de investigación de este trabajo. Para este análisis se utilizó la correlación producto momento de Pearson, en la cual se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 4.

Correlaciones entre las variables de estudio.

	Interacción		
	Malestar parental	disfuncional padre-hijo	Niño difícil
Fortaleza y confianza	-,790**	-,715**	-,725**
Competencia social	-,670**	-,646**	-,696**
Apoyo familiar	-,633**	-,577**	-,582**
Apoyo social	-,685**	-,619**	-,618**
Estructura	-,608**	-,612**	-,656**

**P<.01

Los resultados mostrados en la tabla 4** muestran los 5 factores de la Escala Mexicana de Resiliencia (RESI-M) correlacionados con las 3 subescalas del Índice de Estrés Parental (PSI).

Se obtuvo una correlación negativa estadísticamente significativa entre los cinco factores de la RESI-M y las tres subescalas del PSI-SF.

Una vez obtenidos los resultados se pudo dar respuesta a la pregunta de investigación y se lograron confirmar las hipótesis:

- Existe relación estadísticamente significativa entre el factor de resiliencia fortaleza y confianza en sí mismo, y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.

- Existe relación estadísticamente significativa entre el factor de resiliencia competencia social y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el factor de resiliencia apoyo social y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el factor de resiliencia apoyo familiar y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el factor de resiliencia estructura y las subescalas de estrés parental: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil.

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

Discusión

Las familias en cuyo seno reside un niño o niña con TEA presentan un elevado riesgo de sufrir estrés y sus consecuencias, sobre la salud física y mental, su economía y su funcionamiento en general. Estos riesgos hacen que sean más vulnerables y se puedan desestabilizar (Seperak, 2016). Hace algunos años ha surgido un importante corpus teórico que ha analizado aspectos positivos relacionados con el TEA en la unidad familia, tales como la resiliencia, la cual ha surgido como un nuevo tópico de interés en la investigación sobre el funcionamiento familiar. La inclusión de este elemento de análisis ha supuesto un giro en el enfoque de la investigación, que ahora se orienta a analizar los factores que conducen a un funcionamiento sano y positivo de la familia frente al estrés crónico, en un intento de identificar los moderadores y mediadores del estrés específicos (Ylvén, Björck-Åkesson, & Granlund, 2006 como se citó en Tijeras, 2017).

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre los factores de resiliencia y el estrés en un grupo de padres mexicanos con hijos con TEA, considerando a la resiliencia como un factor protector ante el estrés parental que se genera en dicha función cuando el hijo/a presenta la condición de Trastorno del Espectro Autista.

Antes de discutir sobre los datos obtenidos en la correlación es importante mencionar información sobre los datos sociodemográficos de la muestra con la que se llevo a cabo esta investigación contrastándolos con otras investigaciones.

En cuanto a las características de la muestra de la que se obtuvieron los datos, podemos observar que predomina el sexo femenino, de acuerdo a lo observado durante la aplicación de los instrumentos, son más las madres que acuden con sus hijos a terapias, sin embargo se ha comprobado que las tasas de divorcio en parejas con un hijo/a con autismo no son superiores a los de parejas con hijos con desarrollo normal (Martínez & Bilbao, 2008), lo anterior se puede explicar debido a los roles de género en los que la madre es la que principalmente

lleva la parte de crianza y en el caso de los niños con TEA, la asistencia a sus terapias (Baña-Castro, 2015).

En cuanto a los niveles de resiliencia, los resultados indican que se obtuvieron niveles altos, al ser la mayor parte de la población del sexo femenino esto podría explicarse con lo encontrado en la investigación de Prado y Del Águila (2003) quienes explican que no encuentra diferencias significativas en la resiliencia en general de acuerdo al género sin embargo en la variable de interacción si encuentra diferencias significativas a favor de las mujeres. El nivel de interacción establece la capacidad de tener lazos íntimos y satisfactorios con otras personas, balanceando las propias necesidades con la simpatía y capacidad de dar a los otros. Esto se puede explicar con lo descrito por Fahad y Sandman (2000 como se citó en Palomar & Gómez, 2010) quienes explican que se ha demostrado que en algunas culturas no es bien visto que los hombres expresen sus problemas o sentimientos porque significa debilidad. Esta restricción social necesariamente limita el tipo de soporte social disponible para los varones. Otros estudios reportan resultados contradictorios ya que en algunos explican que si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (Consedine, Magai & Krivoshekova, 2005; Nygren, Jonsen, Gustafson, Norberg & Lundman, 2005 como se citó en González & Valdez, 2013) sin embargo hay quienes no encuentra diferencia alguna (Keneally, 2003 como se citó en González & Valdez, 2013). Lo que es un hecho es que existen diferencias en las habilidades interpersonales de las mujeres comparadas con los hombres (González & Valdez, 2013) y este es un aspecto que se mide en la resiliencia.

Respecto a la edad, la muestra se conformó por personas en la etapa adulta, en esta etapa las personas sienten la demanda de cultivar vínculos afectivos, laborales, sociales, que aseguren el cuidado de quienes están en proceso de crecimiento. La tarea de la adultez es la generatividad, el sentimiento de producir algo con el propio esfuerzo, crear algo y verlo crecer y desarrollarse, implica el cuidado de la nueva generación y el riesgo no adecuado en esa tarea es el estancamiento, el sentirse no creador o que no aporta nada. La promoción de la resiliencia está estrechamente ligada a la capacidad de aprender de los resultados de sus esfuerzos, sean de éxito o de fracaso y a la iniciativa para emprender y

concluir proyectos (Saavedra & Villalta, 2008), los estudios de mencionados autores indican que los niveles de resiliencia no están relacionados directamente a los tramos de edad, sin embargo, se encuentran diferencias entre los 19 y 24 años de edad que reportan puntajes más altos. En la presente investigación la edad de la muestra comienza a partir de los 25 años, por lo que se sugiere que esta variable no influyó en el nivel de resiliencia que se reporta.

De acuerdo al nivel socioeconómico, Prado y Del Águila (2003) explican que en su estudio no encuentra diferencias significativas de acuerdo a la clase social. Sin embargo, Baldwin (1982, en Prado & Del Águila, 2003) en sus estudios de niños y familias resistentes al estrés, afirma que la clase social es una importante variable de riesgo. En las clases bajas el área de creatividad es más significativa, dado que se refiere a la capacidad de poner orden al caos y sobreponerse a los sentimientos de dolor, en dicha área la clase baja puntúa con valores bajos. El área de interacción es con la cual la clase baja contrarresta sus deficiencias en creatividad, ya que es la capacidad de interacción con otras personas balanceando sus propias necesidades con simpatía y capacidad de dar a otros, es decir, buscan una red de apoyo fuera del contexto familiar que se preocupe por ellos (Prado & Del Águila, 2003), en el caso de la muestra utilizada la mayoría pertenecía a la clase media por lo que se considera que tampoco es una variable que afectará los resultados.

Algunos autores sostienen que las responsabilidades sociales que tienen las personas casadas, en comparación con las solteras, las hacen más fuertes, más flexibles y menos afectadas por los cambios o sucesos inesperados (Fahad & Sandman, 2000 como se citó en Palomar & Gómez, 2010). En el caso de esta investigación la mayor parte de la muestra se encuentran casados.

La mayor parte de la muestra tuvo hijos varones, lo cual coincide con los índices de prevalencia, los cuales indican que es mayor la prevalencia en varones que en mujeres (OMS, 2018).

Respecto al estrés los resultados se contrastan con diversas investigaciones donde se reporta que el nivel de los padres de niños con TEA es moderado o alto. Los padres de niños con TEA informan de mayores cargas familiares y presentan mayor

riesgo de desajuste emocional y estrés psicológico. Estos padres soportan niveles elevados de estrés como consecuencia de los trastornos de sueño que sufren sus hijos, agitación y gritos, estereotipias y autolesiones, dificultades en la alimentación y control de esfínteres, falta de reciprocidad social o emocional, etc. (Durán, García-Fernández, Fernández & Sanjurjo, 2016).

De acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis de correlación realizado, se puede plantear lo siguiente respecto a los padres de niños con Trastorno del Espectro Autista:

- ✓ A mayor fortaleza y confianza en sí mismo será menor el malestar paterno, existirá una menor relación disfuncional padre-hijo y será menor la percepción que los padres tengan de su hijo como un niño difícil, es decir, a mayores expectativas positivas sobre uno mismo será menor el malestar experimentado al ejercer el papel de padres, también será menor la percepción negativa que tienen del grado en que su hijo satisface o no sus expectativas y percibirán menor dificultad de controlar a sus hijos en función de los rasgos conductuales que poseen.
- ✓ A mayor competencia social será menor el malestar paterno, existirá una menor relación disfuncional padre-hijo y será menor la percepción que los padres tengan de su hijo como un niño difícil, esto quiere decir que a mayor capacidad o habilidad de los padres para interactuar exitosamente con su ambiente será menor su malestar experimentado al ejercer el papel de padres, también será menor la percepción negativa que tienen del grado en que su hijo satisface o no sus expectativas y percibirán menor dificultad de controlar a sus hijos en función de los rasgos conductuales que poseen.
- ✓ A mayor apoyo familiar será menor el malestar paterno, existirá una menor relación disfuncional padre-hijo y será menor la percepción que los padres tengan de su hijo como un niño difícil, es decir, a mayor tiempo, lealtad y fortaleza de los lazos familiares será menor su malestar experimentado al ejercer el papel de padres, también será menor la percepción negativa que tengan del grado en que su hijo satisface o no sus expectativas y percibirán menor dificultad de controlar a sus hijos en función de los rasgos conductuales que poseen.

- ✓ A mayor apoyo social será menor el malestar paterno, existirá una menor relación disfuncional padre-hijo y será menor la percepción que los padres tengan de su hijo como un niño difícil, lo cual quiere decir que a mayores vínculos existentes entre los padres y otras personas entre las cuales existe comunicación, solidaridad y confianza será menor su malestar experimentado al ejercer el papel de padres, también será menor la percepción negativa que tengan del grado en que su hijo satisface o no sus expectativas y percibirán menor dificultad de controlar a sus hijos en función de los rasgos conductuales que poseen.
- ✓ A mayor estructura será menor el malestar paterno, existirá una menor relación disfuncional padre-hijo y será menor la percepción que los padres tengan de su hijo como un niño difícil, esto se puede interpretar en que, a mayor organización y orden en la vida de los padres será menor su malestar experimentado al ejercer el papel de padres, también será menor la percepción negativa que tengan del grado en que su hijo satisface o no sus expectativas y percibirán menor dificultad de controlar a sus hijos en función de los rasgos conductuales que poseen.

Por lo que, en los resultados de la presente investigación se puede observar que, en términos generales, a mayor nivel de resiliencia disminuye el nivel de estrés en los padres, lo cual se puede contrastar con los resultados encontrados en las siguientes investigaciones:

Ruíz (2015) realizó un estudio sobre la relación del nivel de resiliencia y estrés en padres de niños con multidiscapacidad obteniendo que del total de la población estudiada el 56,14% con niveles altos de resiliencia presentan niveles medios de estrés parental y 15,79% con niveles altos de resiliencia presentan niveles bajos de estrés. Observándose que la resiliencia actúa como un paliativo en la presencia de rasgos de estrés, contando con los apoyos necesarios personales, familiares y sociales en la ecología de los padres con hijos o hijas con discapacidad múltiple.

Plumb en el 2011 realiza una investigación en la cual el objetivo fue explorar los vínculos entre el apoyo social percibido, la resiliencia familiar y el estrés de los padres en una muestra de 50 cuidadores primarios de niños entre 6 y 12 años

diagnosticados con TEA. Los resultados obtenidos indican que la mayoría de las familias experimentaron niveles clínicamente altos de estrés. Una mayor resiliencia se asoció con niveles más bajos de estrés.

Pastor-Cerezuela, Fernández-Andrés, Tárraga-Mínguez y Navarro-Peña (2016) reportan que de acuerdo a los resultados de su investigación la resiliencia predecía significativamente el estrés que presentaban los padres, es decir, aquellos padres que se percibían como resilientes reportaban menos estrés.

Meriño (2016) realizó un estudio con 30 padres de niños con trastorno del espectro autista (18 madres y 12 padres) de la provincia de Cádiz. Los resultados revelaron que la resiliencia materna y la calidad de vida producen efectos directos beneficiosos frente al estrés parental, así como efectos moderadores en la relación de las estrategias de afrontamiento y de ciertas variables sociodemográficas con el estrés parental. Se concluye que aquellas familias que presenten una alta resiliencia materna y una buena calidad de vida verán reducidos sus niveles de estrés parental.

Como se puede observar estos resultados son similares a los encontrados en la presente investigación, sin embargo, no se encontraron investigaciones en población mexicana.

Un aspecto interesante es que las madres y padres a los que se les aplicaron los instrumentos de evaluación tenían más de 1 año de haber recibido el diagnóstico de sus hijos y habían recibido psicoeducación al respecto, es importante destacar esto debido a que nos podría indicar que, probablemente, la resiliencia pueda ser diferente de acuerdo a la etapa en que se encuentren los padres, sin embargo, solo se encontró una investigación al respecto, en la cual Soto, Valdez, Morales y Bernal (2014) buscaron identificar el nivel de resiliencia ante las etapas de ajuste ante el diagnóstico de su hijo con discapacidad, en las parejas de padres y/o tutores del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Chihuahua, encontrando que de 30 parejas se muestra que en las etapas de shock predomina la resiliencia media (19 personas), en la etapa de reacción también predomina una resiliencia media (10 personas), pero en las etapas de adaptación predomina tanto la resiliencia media como la alta (cuatro personas respectivamente). No existiendo en esta etapa la

población de resiliencia baja. Concluyen que la resiliencia es un recurso en el proceso de duelo ante la adaptación y afrontamiento del diagnóstico que conlleva a un proceso de por vida.

Asimismo existen estudios realizados en familias con niños con TEA que han encontrado de manera consistente que algunos de los factores determinantes para la existencia de elevados niveles de resiliencia son la aceptación del diagnóstico, la percepción de los padres de tener disponibles apoyos para el cuidado de sus hijos y la utilización efectiva de dichos apoyos (Blanche, Diaz, Barretto & Cermak, 2015; Santoso, Ito, Ohshima, Hidaka & Bontje, 2015; Potter, 2016; Whitehead, Dorstyn, & Ward, 2015 como se citó en Tijeras, 2017). Esto sugiere que los padres al aceptar el diagnóstico de sus hijos estarían en la fase de aceptación en el duelo que viven ante el diagnóstico. Por este motivo Soto, Valdez, Morales y Bernal (2014) sugieren seguir trabajando en el apoyo a proyectos donde el objetivo sea el rescatar la resiliencia en el sistema familiar como un recurso para acompañar a la familia en el proceso de rehabilitación y adaptación hacia la discapacidad. Funcionando como un escudo protector ante el estrés para mantener al sistema saludable, y que sea la resiliencia parte de su proyecto de vida.

Es importante que se realicen más investigaciones al respecto en población mexicana, dado que en el estudio que se encontró la muestra es pequeña y los resultados no se pueden contrastar con más estudios.

Conclusiones

Existen muchos estudios donde se indagan los niveles de estrés que padecen los padres, cuidadores y familiares de personas dentro del Trastorno del Espectro Autista, estos estudios han reportado que los niveles son entre medios y altos, sin embargo, existen pocos estudios donde se indague formas de promover la salud de estos padres, cuidadores y familiares.

Es importante que se desarrolle más investigación con relación a factores que puedan proteger o moderar el estrés que presentan los padres con hijos con Trastorno del Espectro Autista, debido a que ante un problema tan complejo como es este trastorno, los conocimientos generales y el sentido común de los padres que, normalmente son suficientes para criar y educar a la mayor parte de los niños, no lo son en este caso. Los padres tienen que aprender a vivir con un hijo con unas características especiales que exige unas adaptaciones importantes en todos los sentidos. La vivienda tiene que reorganizarse al igual que cada una de las personas que convivan en el hogar familiar (Martínez y Bilbao, 2008). El rol de cuidador supone importantes repercusiones para la salud física y mental de la persona encargada de cuidar, hablándose en la actualidad de "*síndrome del cuidador*" para referirse a dichas consecuencias negativas. Se ha demostrado que la provisión de cuidados diarios y de larga duración a niños con severa discapacidad supone una amenaza para el bienestar del cuidador. Diversas investigaciones demuestran que ser madre de niños con retraso en el desarrollo es un importante factor de riesgo para la salud física y mental (Seguí, Ortiz & De Diego, 2008).

Limitaciones

Es importante mencionar las principales dificultades a las que me enfrente al realizar la presente investigación, ya que es un factor que contribuye a que se realicen pocos estudios en esta población, específicamente en México. Dichas dificultades fueron las siguientes:

- Poco acceso a la población, por lo cual mi muestra se conformó de 55 padres/madres.

- Pocas instituciones de atención a personas con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.
- Instituciones con procedimientos muy burocráticos para poder realizar las investigaciones o sin área de investigación, razón por la cual no autorizaron que se pudieran recolectar datos.
- Padres con poca disposición o con tiempo limitado para apoyar, esto debido a que la mayoría están preocupados por cuidar de su hijo/a con autismo y el tener que llenar formularios no les permite estar pendientes de lo que están haciendo en ese momento sus hijos.
- Padres con hijos con un diagnóstico poco certero o sin diagnóstico realizado, lo cual tiene que ver con las dificultades para realizarlo, esto es debido a que el diagnóstico de autismo se basa en la conducta y la interpretación de la significación de una conducta alterada, ausente o retrasada y depende de una sólida base de conocimiento clínico. En la actualidad cada vez se va teniendo más claro que la elaboración de un diagnóstico de autismo es una tarea multidisciplinar que requiere un nivel adecuado de especialización y dominio de los instrumentos y técnicas de evaluación y de apoyo a la persona y las familias (Martínez & Bilbao, 2008).

Futuras líneas de investigación.

De acuerdo a los datos obtenidos en la presente investigación se resalta la importancia de realizar la parte práctica, es decir, talleres que promuevan la resiliencia en esta población y así poder complementar los resultados obtenidos.

También es importante investigar en población mexicana la influencia de diferentes variables que pueden influir en el nivel de resiliencia en padres de niños con Trastorno del Espectro Autista, tal es el caso del tiempo de haber recibido el diagnóstico, ya que de acuerdo con lo investigado se puede pensar que la resiliencia va a variar de acuerdo con la etapa del duelo en que se encuentren estos padres y solo se encontró un estudio al respecto.

Es importante realizar estudios donde se relacionen las variables de la presente investigación, pero con una muestra más grande y estos resultados puedan generalizarse, debido a que se encontraron pocos estudios al respecto y ninguno es en población mexicana.

Sería importante involucrar otro tipo de variables, tales como nivel socioeconómico, educativo, tipo de familia para conocer si estas variables influyen en los niveles de resiliencia y estrés parental.

También es importante realizar investigaciones en población mexicana donde se compruebe si el nivel de resiliencia en padres influye en la mejora o avance de sus hijos con TEA, ya que de acuerdo a la teoría esto debería suceder así, sin embargo, no se encontraron investigaciones al respecto.

Referencias

- Alcantud, F., Rico, D., y Lozano, L. (2012). Trastornos del Espectro Autista. Guía para padres y profesionales. Centro Universitario de Diagnostico y Atención Temprana. Universidad de Valencia. Recuperado de <http://www.researchgate.net/publication/233811780>
- Ayon-Vázquez, F. (2013). *Causas de tensión familiar en pacientes con autismo de 2 a 15 años de edad*. (Tesis de Posgrado). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Baña-Castro (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323-336. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=179210#ArticulosRevistas>
- Basa, J. (2010). *Estrés parental con hijos autistas: un estudio comparativo*. (Tesis de grado). Universidad católica de Argentina, Argentina.
- Bayat, M. (2007). Evidence of resilience in families of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(9), 702–714. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2788.2007.00960.x>
- Bekhet, A; Johnson, N; y Zauszniewski, J. (2012). Resilience in family members of persons with autism spectrum disorder: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(10), 650-656. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01612840.2012.671441#aHR0cHM6Ly93d3cudGFuZGZvbmxpbmUuY29tL2RvaS9wZGYvMTAuMzEwOS8wMTYxMjg0MC4yMDEyLjY3MTQ0MT9uZWVkbWVjZXNzPXRydWVVAQEAw>
- Bitsika, V., Sharpley, C. F., y Bell, R. (2013). The buffering effect of resilience upon stress, anxiety and depression in parents of a child with an autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25(5), 533-543. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10882-013-9333-5>
- Cadaveira, M. y Waisburg, C. (2014). Autismo: Guía para padres y profesionales. Argentina: Planeta.
- Cinta, M & Almeida, N; (2016). El enfoque neuropsicológico del Autismo: Reto para comprender, diagnosticar y rehabilitar desde la Atención Temprana. *Revista*

- Chilena de Neuropsicología*, 11(2), 34-39. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179348853007>
- Cabrera, V. E., González, M. R. & Guevara, I. P. (2012). Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factores asociados a la conducta agresiva. *Universitas Psicológica*, 11(1), 241-254. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64723234020>
- Crespo, M. & Fernández, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31(1), 19-27. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000100003
- Díaz-Herrero, Á., Brito de la Nuez, A., López Pina, J., Pérez-López, J., & Martínez-Fuentes, M. (2011). Validity of the Parenting Stress Index-short form in a sample of spanish fathers. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 990-997. http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.44
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(1), 314-332.
- Durán, M., García-Fernández, M., Fernández, J., & Sanjurjo, B. (2016). Afrontamiento, estrés parental y calidad de vida de los cuidadores principales de personas con TEA. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 3(1), 60-68. Recuperado de: http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/viewFile/reipe.2016.3.1.1749/pdf_414
- Fernández, V., & Crespo, M. (2011). Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 22(1), 21-40. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618548002.pdf>
- Flores, C., Hernández, O., Vega, B., Palestino, M., Aguilar, R., Vásquez, V., Castillo, A., González, N., Colli, H., y Frausto, L. (2019). Resiliencia de los padres de niños atendidos en los CRITs Teletón Baja California Sur, Hidalgo, Puebla y Quintana Roo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(3), 2634-2657. Recuperado de <https://www.mediagraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi193h.pdf>

- Fombonne, E., Marcin C., Manero, A., Bruno, R., Diaz, C., Villalobos, M., Ramsay, K. & Nealy, B. (2016). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Guanajuato, Mexico: The Leon survey. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(5), 1669-1685. Recuperado de link.springer.com/10.1007/s10803-016-2696-6
- García- Vesga, M. & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 63-77. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/773/77325885001.pdf>
- Gamarra, K. (2019). *Programa de resiliencia para padres de niños con discapacidad en un CEBE, de Trujillo-2019*. (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo, Perú.
- González, N. y Valdez, J. L. (2013). Resiliencia: diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 941-956.
- González-Berrú, J. (2017). *Resiliencia y bienestar psicológico en madres de hijos con Trastorno del Espectro Autista de un centro de educación básica especial de Lima del Sur*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma de Perú, Perú.
- Grotberg, (2003). ¿Qué entendemos por resiliencia? ¿Cómo promoverla? ¿Cómo utilizarla? En Grotberg, E. (Ed.), *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*, pp. 17-58. Buenos Aires: Gedisa.
- Hernández, K. (2016). *Resiliencia, estilos de enfrentamiento y actividades de crianza en madres e hijos ante la presencia de la condición especial y/o discapacidad en un miembro de la familia*. (Tesis de maestría). Facultad de Ciencias de la Conducta. México, Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Jiménez, M. (2008). *Resiliencia psicológica en la edad adulta y la vejez. Un estudio transcultural*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=31174>
- Jiménez, E. (2016). *Resiliencia en padres y madres de niños con Trastorno del Espectro Autista*. (Tesis de doctorado). Facultad de Psicología. Universidad de Valencia, España.

- Landesman, S., DeLuca, S., & Echols, K. (2003). La resiliencia en familias con niños con capacidades diferentes. En Grotberg, E. (Ed.), *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*, pp. 131-160. Buenos Aires: Gedisa.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Madrid: Martínez Roca.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., & Cyrulnik, B. (2001). La resiliencia: estado de la cuestión. En Manciaux, M. (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*, pp. 17-26. Barcelona: Gedisa.
- Martin, J. C., Maiquez, M. L., Rodrigo, M. J., Byrne, S., Rodríguez, B. & Rodríguez, G. (2009). Programas de educación parental. *Intervención Psicosocial*, 18(5), 121-133.
- Martínez, M. y Bilbao, M. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Intervención psicosocial*, 17(2). 215-230.
- Mateu, R., García, M., Gil, J., y Caballer, A. (2009). *¿Qué es la resiliencia? Hacia un modelo integrador*. Jornades de Foment de la Investigació. Universitat de Jaume. Recuperado de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77669/forum_2009_15.pdf
- Mercader, J., Colomer, C. & Berenguer, C. (2014). Relación entre las características de resiliencia, estrés parental y satisfacción con la vida en familias con hijos con TDAH. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(4), 435-444. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/3498/349851787049/>
- Meriño, C. (2016). *El impacto del Trastorno del Espectro Autista en la familia*. (Tesis de grado). Universidad de Cádiz, España.
- Moreno, E. (2017). Instrumentos de evaluación y variables de estrés en padres y madres de niños con autismo. Revisión de la literatura y líneas futuras de investigación para la promoción de la salud. Córdoba, España. Recuperado de <http://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/15172/moreno1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Educación.

- Mulas, F., Ros-Cervera G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L., y Téllez de Meneses, M. (2010) Modelos de intervención en niños con autismo. *Neurología*, 50(3), 77-84.
- Neil, S. E. (2006). Intensificar la resiliencia en el grupo familiar: un enfoque transgeneracional hacia el cambio positivo en las familias disfuncionales. En Grotberg, E. (Ed.), *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*, (pp. 91-130). Buenos Aires: Gedisa
- Noriega, A. (2015). Resiliencia en padres y tutores de personas con discapacidad. (Tesis de grado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Trastornos del Espectro Autista. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Osborne, L., Reed, P. (2009). Stress and self-perceived parenting behaviours of parents of children with autistic spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 4(11), 405-414.
- Ostberg, M., & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(4), 615-625. doi: 10.1207/S15374424JCCP2904_13
- Palomar, J. y Gómez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18014748002>
- Pastor-Cerezuela, G., Fernández-Andrés, I. M., Tárraga-Mínguez, R., y Navarro-Peña, M. J. (2016). Parental stress and ASD: Relationship with autism symptom severity, IQ, and resilience. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 31(4), 300-311.
- Pérez, J. (2014). *El estrés parental en familias en situación de riesgo psicosocial*. (Tesis de doctorado). Universidad de Huelva. Huelva, España.
- Pérez, M. (2013). *El papel mediacional de los estilos parentales y esquemas cognitivos maternos en la relación prácticas de crianza y frecuencia en problemas de comportamiento infantil*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Plumb, J. C. (2011). *The impact of social support and family resilience on parental stress in families with a child diagnosed with autism spectrum disorder*. (Tesis

- de doctorado). Universidad de Pennsylvania, Pennsylvania. Recuperado de http://repository.upenn.edu/edissertations_sp2/14/
- Ponce-Espino, J. y Torrecillas-Martín, A. (2014). Estudio de factores resilientes en familiares de personas con discapacidad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 7(1), 407-416. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851791040>
- Pozo, P. (2010). *Adaptación psicológica en madres y padres de personas con trastorno del espectro autista. Un estudio Multidimensional*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=tesisuned:Psicologia-Mppozo&dsID=Documento.pdf>
- Pozo, P., Sarriá, E. y Méndez, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema*, 18(3), 342-347. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718302>
- Prado, R. y Del Águila, M. (2003). *Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico*. (Tesis de grado). Universidad Nacional Federico Villareal, Lima: Perú.
- Rodríguez, A. (2009). Resiliencia. *Revista de psicopedagogía*, 26(80), 291-302. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v26n80/v26n80a14.pdf>
- Ruíz, E. (2015). *Relación del nivel de resiliencia y estrés en padres de niños con multidiscapacidad*. (Tesis de licenciatura). Universidad central del Ecuador, Quito: Ecuador.
- Ruiz-Robledillo, N., Antón-Torres, P., González-Bono, E. y Moya-Albiol, L. (2012). Consecuencias del cuidado de personas con Trastorno del Espectro Autista sobre la salud de sus cuidadores: Estado actual de la cuestión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1571-1590. Recuperado de www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin
- Saavedra, E. (2005). Resiliencia: La historia de Ana y Luis. *Liberabit. Revista de Psicología*, 11(11), 91-10. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100011

- Saavedra, G. E. y Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *LIBERABIT*, 14(1), 31-40.
- Sánchez-Griñan, 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 de Licenciatura). Facultad de comunicación, Universidad de Lima, Lima.
- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. (2015). Respuesta a un programa de resiliencia aplicado a padres de niños con Síndrome de Down. *Universitas Psychologica*, 14(2), 645-657. Recuperado de
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730109>
- Seguí, J., Ortiz, M, y De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de psicología*, 24(1), 100-105.
- Seperak, R. (2016). Influencia de la resiliencia en la sobrecarga subjetiva de madres de niños con trastorno del espectro autista. *Revista de Psicología*, 6(1), 25-48. Recuperado de <http://ucsp.edu.pe/investigacion/psicologia/wp-content/uploads/2017/03/2.-Influencia-de-la-resiliencia-en-sobrecarga-de-madres-TEA.pdf>
- Sevilla, V. (2014). *Resiliencia. Revisión sistemática*. (Tesis de grado). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de Jaén, España.
- Simarro, L. (2013). *Calidad de vida y educación en personas con autismo*. Madrid: España.
- Smith, C. (2010). Multiple determinants of parenting: Predicting individual differences in maternal parenting behavior with toddlers. *Parenting: Science and Practice*, 10, 1-17.
- Theis, A. (2001). La resiliencia en la literatura científica. En Manciaux, M. (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*, pp. 45-59. Barcelona: Gedisa.
- Tijeras, A. (2017). *Estrés parental e impacto familiar del Trastorno del Espectro Autista: Factores psicosociales implicados*. (Tesis de doctorado). Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, España.

- Tijeras, A., Fernández-Andrés, M., Pastor-Cerezuela, G., Sanz-Cervera, P., Vélez, X., Blázquez-Gárces, J. & Tárraga, R. (2015). Estrategias y estilos de afrontamiento parental en familias con niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) con o sin Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 311-321. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851784030>
- Vite, A. y Vázquez, C. (2014). El papel mediacional del estrés parental y estrategias disciplinarias en relación a estilos de crianza y la frecuencia de problemas de conducta infantil. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(3), 389-402.
- Vázquez, P. (2010). *Influencia del estrés parental en la conducta agresiva infantil*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Zavaleta-Rodríguez, P., Cordero-Oropeza, M., Hernández-Castrejón, A., y Medina-Mora, M. (2018). Infraestructura disponible para la atención de los Trastornos del Espectro Autista en el Sistema Nacional de Salud: Informe Final. Secretaría de Salud: México.

Anexos

Anexo 1.

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación, se presentan algunas preguntas con el fin de recabar información acerca de usted. Esta información será tratada ética y confidencialmente, con fines de investigación.

DATOS DEL PADRE/MADRE

Fecha:

Sexo: **F** **M**

Edad: _____

Marque con una **X** último grado de estudios:

Ninguno	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	Posgrado	Otro

Marque con una **X** su estado civil:

Soltero/a	Casado/a	Unión libre	Divorciado/a	Otro (especifique)

Actualmente ¿Dónde vive?

Ciudad de México _____ **Estado** ¿Cuál? _____

Nivel socioeconómico: Alto () Medio () Bajo ()

Ocupación: _____

¿Cuántos hijos tiene en total?: _____

¿Tiene más de un hijo con Trastorno de Espectro Autista? **SI/NO**

¿Cuántos? _____

DATOS DEL MENOR

Según el orden de nacimiento de sus hijos, ¿Qué lugar ocupa entre sus hermanos el, o los, hijo(s) con Trastorno del Espectro Autista?: _____

¿Cuántos años tenía el hijo con Trastorno del Espectro Autista, cuando se hizo el diagnóstico?: _____

¿Qué edad tiene actualmente el hijo con Trastorno del Espectro Autista? _____

Grado de autismo que presenta: _____

Sexo: F () M ()

Anexo 2

ÍNDICE DE ESTRÉS PARENTAL

Abidin (1995)

Instrucciones: Al contestar las siguientes preguntas piense en lo que le preocupa más de su niño/niña. En cada una de las siguientes preguntas circule las respuestas que mejor describan sus sentimientos. Si no encuentra una respuesta que exactamente describa sus sentimientos, indique la que más se parezca a ellos.

DEBE RESPONDER DE ACUERDO A LA PRIMERA REACCIÓN QUE TENGA DESPUÉS DE LEER CADA PREGUNTA. Recuerde, no hay respuestas buenas ni malas.

Las posibles respuestas son:

1	2	3	4	5
Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro/a	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

Ejemplo: Me gusta ir al cine.

1	2	3 X	4	5
---	---	-----	---	---

Para esta pregunta, si a veces le gusta ir al cine, circule o tache el número 3.

		M u y d e a c u e r d o	D e a c u e r d o	N o e s t o y s e g u r o / a	E n d e s a c u e r d o	M u y e n d e s a c u e r d o
1	Muchas veces siento que no puedo manejar la situación muy bien.	1	2	3	4	5
2	Me encuentro dando más de mi vida para satisfacer las necesidades de mi hijo/hija de lo que esperaba.	1	2	3	4	5
3	Me encuentro atrapado con las responsabilidades de ser padre/madre.	1	2	3	4	5
4	Desde que mi hijo nació no he podido hacer cosas nuevas y diferentes.	1	2	3	4	5

5	Desde que tuve a mi hijo/hija descubrí que no puedo hacer las cosas que desearía.	1	2	3	4	5
6	No estoy contenta con la ropa que me compré la última vez.	1	2	3	4	5
7	Hay muchas cosas que me molestan acerca de mi vida.	1	2	3	4	5
8	Tener un hijo /hija ha causado más problemas de lo que esperaba en mi relación con mi esposo/esposa (amigo/amiga)	1	2	3	4	5
9	Me siento solo/sola y sin amigos/amigas.	1	2	3	4	5
10	Cuando voy a una fiesta normalmente no espero divertirme.	1	2	3	4	5
11	No estoy tan interesado/interesada en la gente como antes acostumbraba a estar	1	2	3	4	5
12	No disfruto tanto las cosas como antes	1	2	3	4	5
13	Mi hijo/hija casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien.	1	2	3	4	5
14	Casi siempre siento que mi hijo/hija no me quiere y no quiere estar cerca de mí.	1	2	3	4	5
15	Mi hijo/hija me sonrío mucho menos de lo que esperaba.	1	2	3	4	5
16	Cuando yo hago algo para mi hijo/hija, tengo la sensación de que mis esfuerzos no son apreciados.	1	2	3	4	5
17	Generalmente, mi hijo/hija no se ríe mientras juega.	1	2	3	4	5
18	Mi hijo/hija no parece aprender tan rápidamente como la mayoría de los niños.	1	2	3	4	5
19	Mi hijo/hija no parece sonreír tanto como los otros niños.	1	2	3	4	5
20	Mi hijo/hija no puede hacer tantas cosas como yo esperaba.	1	2	3	4	5
21	Mi hijo/hija tarda mucho y se le hace difícil acostumbrarse a cosas nuevas.	1	2	3	4	5
22	Para la siguiente oración, escoja su respuesta de las siguientes selecciones: Siento que yo: 1. No soy muy buen padre/madre. 2. Soy una persona que tiene alguna dificultad siendo padre/madre. 3. Soy un padre/madre promedio. 4. Soy mejor que un padre/madre promedio. 5. Soy muy buen padre/madre.	1	2	3	4	5
23	Yo esperaba tener una relación más cercana y amorosa con mi hijo/hija que la que tengo y esto me molesta.	1	2	3	4	5
24	Algunas veces, mi hijo/hija hace cosas que me molestan, por el mero hecho de ser malo.	1	2	3	4	5
25	Mi hijo/hija parece llorar y encapricharse más a menudo que la mayoría de los niños.	1	2	3	4	5
26	Mi hijo/hija generalmente se despierta de mal humor.	1	2	3	4	5
27	Yo siento que mi hijo/hija es muy malhumorado y se enoja fácilmente.	1	2	3	4	5

28	Mi hijo/hija hace algunas cosas que me molestan bastante.	1	2	3	4	5
29	Mi hijo/hija responde con un carácter muy fuerte.	1	2	3	4	5
30	Mi hijo/hija se enoja fácilmente por la menor cosa.	1	2	3	4	5
31	El horario de comer y dormir de mi hijo fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba	1	2	3	4	5
32	Para la siguiente oración, escoja su respuesta de las siguientes selecciones: He notado que cuando le pido a mi hijo que haga algo o que pare de hacer algo es: 1. Mucho más difícil de lo que yo esperaba. 2. Algo más difícil de lo que yo esperaba. 3. Igual a lo que yo esperaba. 4. Algo más fácil de lo que yo esperaba. 5. Mucho más fácil de lo que yo esperaba.	1	2	3	4	5
33	Para la siguiente oración, escoja su respuesta de las siguientes selecciones "10+" a "1-3", 5 correspondientes a las opciones de la 1 a la 5. <i>5 Piense cuidadosamente y cuente el número de cosas que su hijo/ hija hace que le molestan.</i> Por ejemplo: pierde el tiempo, no escucha, es demasiado activo, llora, interrumpe, pelea, se queja, etc. Por favor circule el número que incluya el número de cosas que contó. 1. 10+ 2. 8-9 3. 6-7 4. 4-5 5. 1-3					
34	Hay algunas cosas que mi hijo/hija hace que realmente me molestan mucho.	1	2	3	4	5
35	Mi hijo/hija ha sido más problema de lo que yo esperaba.	1	2	3	4	5
36	Mi hijo/hija me exige más de lo que exigen la mayoría de los niños.	1	2	3	4	5

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 3.

RESILIENCIA – RESI M

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Recuerde, no hay respuestas buenas ni malas.

Sexo: Hombre () Mujer () Edad: _____ años

Reactivo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos.				
2.- Sé dónde buscar ayuda.				
3.- Soy una persona fuerte.				
4.- Sé muy bien lo que quiero.				
5.- Tengo el control de mi vida				
6.- Me gustan los retos.				
7.- Me esfuerzo por alcanzar mis metas.				
8.- Estoy orgulloso de mis logros.				
9.- Sé que tengo habilidades.				
10.- Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles.				
11.- Creo que voy a tener éxito.				
12.- Sé cómo lograr mis objetivos.				
13.- Pase lo que pase siempre encontraré una solución.				
14.- Mi futuro pinta bien.				
15.- Sé que puedo resolver mis problemas personales.				
16.- Estoy satisfecho conmigo mismo.				
17.- Tengo planes realistas para el futuro.				
18.- Confío en mis decisiones.				
19.- Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores.				
20.- Me siento cómodo con otras personas.				
21.- Me es fácil establecer contacto con nuevas personas.				
22.- Me es fácil hacer nuevos amigos.				

23.- Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.				
24.- Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.				
25.- Es fácil para mí hacer reír a otras personas.				
26.- Disfruto de estar con otras personas.				
27.- Sé cómo comenzar una conversación.				
28.- Tengo una buena relación con mi familia.				
29.- Disfruto de estar con mi familia.				
30.- En nuestra familia somos leales entre nosotros.				
31.- En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.				
32.- Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.				
33.- En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.				
34.- Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí.				
35.- Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.				
36.- Siempre tengo alguien que puede ayudar me cuando lo necesito.				
37.- Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.				
38.- Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades.				
39.- Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.				
40.- Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.				
41.- Prefiero planear mis actividades.				
42.- Trabajo mejor cuando tengo metas.				
43.- Soy bueno para organizar mi tiempo.				

Muchas gracias por su colaboración.