



ISSEMUM

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN**

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO
DE MEXICO Y MUNICIPIOS**

**APLICACIÓN DE DASS-21 A MADRES CON HIJOS AUTISTAS EN
TOLUCA, DE JUNIO-JULIO 2021**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

MC. DENIA ERENDIRA VILCHIS PÉREZ

UNAM
La Universidad
de la Nación

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO 2021



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.

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO 2021

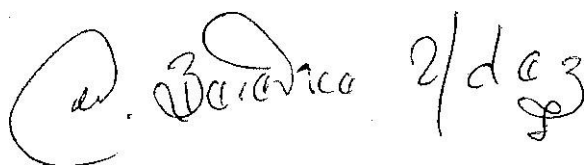
**APLICACIÓN DE DASS-21 A MADRES CON HIJOS AUTISTAS
EN TOLUCA, DE JUNIO A JULIO DEL 2021**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

MC. DENIA ERENDIRA VILCHIS PEREZ

AUTORIZACIONES

Handwritten signature in black ink, reading "M.ESP. M.F. MARTHA BERENICE HERNANDEZ MIRANDA" with a date "2/dic/21" written below it.

**M.ESP. M.F. MARTHA BERENICE HERNANDEZ
MIRANDA ASESOR DE TESIS Y PROFESOR TITULAR
DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS
SEDE HOSPITAL MATERNO INFANTIL**

**APLICACIÓN DE DASS-21 A MADRES CON HIJOS
AUTISTAS EN TOLUCA, DE JUNIO-JULIO 2021**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

MC. DENIA ERENDIRA VILCHIS PÉREZ

AUTORIZACIONES



DR. GUILLERMO VICTAL VAZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD



ING. JOANA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN
EDUCATIVA EN SALUD

**APLICACIÓN DE DASS-21 A MADRES CON HIJOS
AUTISTAS EN TOLUCA, DE JUNIO-JULIO 2021**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. DENIA ERENDIRA VILCHIS PEREZ

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA

**JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA
FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS
DE POSGRADO FACULTAD DE
MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA
FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA,
U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

ESTA TESIS ESTA DEDICADA A:

**A DIOS POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD DE NO RENDIRME Y
ALCANZAR MIS METAS.**

**A MIS PADRES LUZ Y HERIBERTO, QUIENES DESDE NIÑA ME ENSEÑARON
EL AMOR POR LA MEDICINA, GRACIAS POR INCULCAR EN MI EL
EJEJEMPLO DEL ESFUERZO, LA HONESTIDAD Y LA VALENTIA DE SEGUIR
SIEMPRE ADELANTE.**

**A MIS HEMARNOS CINDY, HECTOR, HERIBERTO, POR SU CARIÑO Y EL
APOYO INCONDICIONAL, DURANTE TODO ESTE PROCESO, GRACIAS POR
EL CUIDADO QUE BRINDARION A LA LUZ DE MI VIDA.**

**A MI PEQUEÑA LUZ, QUIEN A PESAR DE LOS CAMBIOS RESISTIO HASTA
EL FINAL, GRACIAS HIJA, TE AMO.**

ÍNDICE

1. Marco Teórico	.....	1
1.1 Autismo	.....	1
1.1.2 Definición	.....	2
1.1.3 Epidemiología	.....	2
1.1.4 Etiología	.....	3
1.1.5 Cuadro Clínico	.....	5
1.1.6 Diagnóstico	.....	6
1.1.7 Tratamiento	.....	8
1.1.8 Consecuencias Emocionales	.....	10
1.8.1 Definición de Estrés	.....	10
1.8.2 Diagnóstico	.....	11
1.8.3 Definición de Depresión	.....	11
1.8.4 Diagnóstico	.....	13
1.8.5 Definición de Ansiedad	.....	13
1.8.6 Diagnóstico	.....	15
1.9 Definición de cuidador	.....	15
1.9.1 Colapso del Cuidador	.....	15
1.10 Redes de Apoyo	.....	16
1.11 Ausentismo laboral	.....	17
1.12 Instrumento de medición para Estrés, Depresión y Ansiedad	.....	19
1.2 Planteamiento del Problema	.....	22

1.3	Justificación	.....	24
1.4	Objetivos	.....	25
2.0	Material y Métodos	.....	26
2.1	Tipo de Estudio	.....	26
2.2	Diseño de la investigación	.....	26
2.3	Población, lugar y muestra	.....	26
2.4	Tipo de Muestra	.....	27
2.5	Criterios de Inclusión	.....	27
2.6	Criterios de Exclusión	.....	27
2.7	Criterios de Eliminación	.....	27
2.8	Conceptualización de variables	.....	28
2.9	Método de recolección de datos	.....	29
2.10	Procesamiento y análisis de datos	.....	29
2.11	Consideraciones Éticas	.....	29
2.12	Organización	.....	31
3.	Resultados	.....	32
4.	Discusión	.....	41
5.	Conclusiones	.....	43
6.	Referencias	.....	47
7.	Anexos	.....	54

Resumen

Objetivo: Evaluar los resultados de la escala DASS-21 a madres con hijos autistas, en Toluca, de junio a julio del año 2021.

Material y métodos: se realizará un estudio Observacional, Descriptivo, Transversal, la muestra, serán 30 madres cuyos hijos reciben atención en el Instituto Mexicano para la Atención del Autismo y Desórdenes del Desarrollo (IMPAADD) en la ciudad de Toluca, las cuales responderán el cuestionario sociodemográfico y la escala DASS-21. Una vez obtenidos los datos se realizará estadística descriptiva, con medidas de tendencia central para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas.

Resultados: De las 30 madres estudiadas, se encontró que el 63.3% son casadas, y el 16.7% divorciadas, el 93.3% tienen un hijo autista, el 86.7% tiene estudios de licenciatura y posgrado. Con respecto a la ocupación, la mayor frecuencia está representada por 10 madres (33.4%) con actividades en la docencia y en el servicio público y sólo 4 de ellas (13.3%) desempeñan labores propias del hogar. Se reportó que poco más del 90% cursan con niveles de estrés, ansiedad y depresión que requieren de apoyo terapéutico y socioemocional, siendo el grupo de edad más afectado el de 35 a 49 años.

Conclusiones: el estudio realizado da una visión de oportunidad para mejorar la calidad de vida de las mujeres con hijos Autistas detectando de forma temprana los factores estresantes y dando manejo oportuno para evitar comorbilidades crónicas que pongan en riesgo su salud y el cuidado de los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Palabras clave: Familia, Autismo, Escala DASS-21.

Summary

Objective: To evaluate the results of the DASS-21 scale for mothers with autistic children, in Toluca, from June to July 2021.

Material and methods: an Observational study will be carried out. Descriptive, Cross-sectional, the sample will be 30 mothers whose children receive care at the Mexican Institute for Autism and Developmental Disorders (IMPAADD) in the city of Toluca, who will answer the sociodemographic questionnaire and the DASS-21 scale. Once the data are obtained, descriptive statistics will be carried out, with measures of central tendency for quantitative variables and percentages for qualitative variables.

Results: Of the 30 women studied, it was found that 63.3% are married, and 16.7% divorced, 93.3% have an autistic child, 86.7% have undergraduate and graduate studies. About occupation, the highest frequency is represented by 10 mothers (33.4%) with activities in teaching and public service and only 4 of them (13.3%) perform housework. It was reported that just over 90% have levels of stress, anxiety and depression that require therapeutic and socio-emotional support, the most affected age group being 35 to 49 years.

Conclusions: the study carried out gives a vision of opportunity to improve the quality of life of women with autistic children by detecting stressors early and giving timely management to avoid chronic comorbidities that put their health and the care of children with autism spectrum disorder (ASD).

Keywords: Family, Autism, DASS-21 Scale.

1. Marco Teórico.

1.1 Autismo.

En 1887, John Langdon Down publicó la observación de niños con retraso en el desarrollo con características autísticas. En 1911, Bleuler describió los síntomas de ensimismamiento y la pérdida de contacto con la realidad en los pacientes con esquizofrenia. En 1933, Eugene Minkowski definió las conductas autistas como disruptivas. En 1943, Kanner publicó el artículo titulado “Alteraciones autísticas de contacto afectivo”, aplicándolo a niños con desarrollo socioemocional atípico, donde hacía la observación de que los síntomas eran muy similares a los de la esquizofrenia. La primera publicación registrada con el término de autismo fue en 1946.¹

Veinte años posteriores al informe de Kanner, se produjo un gran desacuerdo sobre el autismo, se sugirió el rol de la disfunción del sistema nervioso central como el origen del trastorno: los niños con esta patología eran propensos a manifestar retraso en la evolución del dominio de la mano y reflejos primitivos persistentes, las diferencias en las manifestaciones clínicas, evolución e historia familiar permiten la diferencia del autismo en relación con otros desórdenes asociados como la esquizofrenia, desórdenes mentales, convulsiones, síndrome del cromosoma X frágil o esclerosis tuberosa.²⁻⁴

En los años 60 se vinculó por primera vez la etiología del autismo a una condición biológica. En 1977 se publicaron los primeros estudios que relacionaron lesiones cerebrales y predisposición genética al autismo.

En 1980, el DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), acuñó el término autismo infantil, y en 1987, en la revisión de la tercera edición del DSM, se cambió el término a trastorno autista. Con la publicación del DSM IV se añadió el término trastorno generalizado del desarrollo no específico y el término síndrome de Asperger. Se elaboraron criterios diagnósticos para diferenciar a los pacientes con autismo tipo Kanner y tipo Asperger, pues esta confusión diagnóstica de términos similares entorpecía la atención clínica.⁵

En 2013 el DSM V eligió el término Trastorno del Espectro Autista (TEA), para todos los que cumplieran con los criterios clínicos, independientemente de su gravedad e impacto en los ambientes social, escolar o familiar. ⁶

1.2 Definición

Leo Kanner psiquiatra de la Universidad Norteamericana John Hopkins, agrupó bajo el término autismo, a niños con severos problemas de tipo social, comportamiento y comunicación.

Actualmente esta definición ha presentado cambios sustanciales de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en quinta edición, el cual describe al Trastorno del Espectro Autista (TEA) como una combinación de alteraciones del neurodesarrollo (trastorno autista, asperger y desintegrativo) caracterizado por déficits en la comunicación social, presencia de intereses restringidos y comportamientos repetitivos, excluyendo a un gran número de trastornos asociados al autismo como el síndrome de Red. ^{3,5,7,8}

1.3 Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud en 2017 estimó la prevalencia internacional del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en un 0,76%; sin embargo, esto sólo representa aproximadamente el 1.6% de la población infantil mundial. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos de Norteamérica estiman una prevalencia del 1,68%, en 2016 esta se incrementó al 2.5%.

Otros estudios realizados a gran escala en Estados Unidos e Inglaterra revelan una incidencia del 4.5 por cada 10,000 nacidos vivos, se calcula que los niños que muestran conductas parecidas al autismo se sitúan entre 15 a 20 casos por cada 10.000 niños. ^{8,9} La razón en los cambios de la prevalencia de los TEA es motivo de debate constante.

Algunos autores apuntan a que el Trastorno del Espectro Autista presenta una incidencia y prevalencia creciente derivado de la metodología empleada, cambios de criterio diagnóstico o la mayor divulgación y conocimiento de la sintomatología

entre profesionales y familiares o el desarrollo de mejores métodos de detección lo cual es referido por autores como Fombonne, Charman, Wing y Potter, otros,2008.⁹

El autismo se puede encontrar en todo el mundo, los cálculos de prevalencia para el autismo varían considerablemente dependiendo del país desde 2 por cada 10,000 en Alemania, hasta 16 por cada 10,000 en Japón. Las posibles variaciones de discrepancia en el índice de prevalencia del TEA pueden ser por la diversidad de criterios diagnósticos, factores genéticos y/o influencias ambientales.¹⁰

Es más frecuente en hombres que en mujeres, con una relación 4:1, ocurre en todos los grupos raciales, étnicos y socioeconómicos, pero su diagnóstico está lejos de ser uniforme en todos estos grupos. En la población caucásica se identifican más frecuentemente niños con TEA que en la población infantil de raza negra o en hispanos.

Desde 2013, el TEA está entre las primeras cinco causas de consulta psiquiátrica infantil. En pocos años, se ha convertido de ser una anécdota en los informes oficiales a un problema de salud pública. La prevalencia de este en México antes de 2013 era de 30 a 116 casos por 10,000 habitantes.

Un estudio realizado en el estado de Guanajuato, México, calculó una prevalencia menor al 1%, lo que representa casi 400,000mil niños con este trastorno.

La aplicación de los criterios actuales (DSM-5) ha modificado la prevalencia del TEA, por lo cual se requieren estudios actualizados, aplicando escalas confirmatorias (ADOS, CARS), las cuales presentan una sensibilidad diagnóstica del 93% y una especificidad al 85%.¹¹

1.4 Etiología

El DSM-5 considera al TEA como un trastorno multifactorial resultante de la interacción de factores de riesgo genéticos y ambientales. Se han encontrado causas genéticas y anomalías cromosómicas en el 10-20% de las personas con TEA. Los gemelos monocigotos, presentan una tasa de concordancia de 82-92% para el desarrollo del TEA, en relación con 1-10% en gemelos dicigóticos. Estudios

poblacionales y familiares sugieren que la estimación de la tasa de recurrencia en una misma familia y el antecedente de autismo es aproximadamente el 2.2%. ⁸

Algunos otros investigadores, evaluaron la contribución de diversos factores genéticos y factores no genéticos del riesgo de TEA., estimando la heredabilidad en países nórdicos como Dinamarca, Finlandia, Suecia y Australia, los resultados del estudio proporcionaron evidencia de que el mayor riesgo para el desarrollo del Trastorno del Espectro Autista (TEA) es de origen genético del 64 al 91%. ¹²

Lo estudiado en relación a la anatomía cerebral de los niños autistas ha evidenciado que el cerebro es más largo, en base a lo reportado por Hardan A. y col. Psychiatry, existe hipoplasia de los lóbulos cerebelosos IV y VI, anomalías en las estructuras del sistema límbico (amígdalas, hipocampo, cuerpos mamilares, lóbulo frontal, lóbulo parietal y cuerpo calloso), inmadurez del desarrollo dendrítico neuronal en el área frontal y parietal (áreas que intervienen en el procesamiento de la información).

8,13,14

Hermanos de sujetos con TEA presentan un riesgo 50 veces mayor de TEA, con una tasa de recurrencia del 5-8%, estudios genómicos sugieren enlaces en los cromosomas 2q, 7q, 15q y 16p. Patologías como la fenilcetonuria, síndromes de deficiencia de creatina, deficiencia de adenilosuccinato liasa y trastornos metabólicos de la purina se presentan en menos del 5% de las personas con TEA.

15,16

Se ha estudiado e informado de la correlación entre el gen del patrón de desarrollo cerebeloso ENGRAILED 2 y el autismo hasta el 40% de los casos. Otros genes como el UBE3A, los genes del sistema GABA y los transportadores de la serotonina también se han considerado como factores genéticos para el TEA.

Dentro de los factores ambientales encontramos a los factores de riesgo prenatal como edad avanzada de los padres, exposición a teratógenos (talidomida, ácido valpróico, organofosforados y toxicidad por mercurio), diabetes materna e infecciones virales y el estado emocional de la madre. ^{13,17}

1.5 Cuadro Clínico

La sintomatología puede estar presente a edades muy tempranas entre los 18 a 30 meses de edad, con alteraciones del neurodesarrollo según la escala de Haizea-Llevant en el ámbito social, cognitivo y motor del niño de 0 a 5 años.

El segundo modo de presentación es el llamado cuadro de regresión del desarrollo o regresión autística, el cual se manifiesta por una pérdida de las habilidades de comunicación, interacción social y motora previamente adquirida antes de los 36 meses de edad. La regresión ocurre entre los 12 y 24 meses y raramente entre el segundo y el tercer año. ⁵

Existen casos en los cuales el reconocimiento de la sintomatología es difícil, secundario a que no existe déficit del desarrollo cognitivo y no hay retraso significativo del lenguaje, en estos casos la edad de detección es más tardía.

Las alteraciones clínicas del Neurodesarrollo que se presentan antes de los 12 meses son: no hace uso de mirada dirigida a personas, no muestra interés por juegos interactivos para su edad, ausencia de sonrisa social, falta de ansiedad ante los extraños a los 9 meses.

Después de los 12 meses: no presenta contacto ocular, no responde a su nombre, no señala cosas, no muestra objetos, presenta respuesta inusual a los estímulos auditivos (hipersensibilidad), falta de interés a los juegos, no mira hacia donde otros señalan, ausencia de imitación espontánea.

Entre los 18 y los 24 meses: no señala con el dedo, dificultad para seguir la mirada del adulto, retraso del desarrollo del lenguaje comprensivo y expresivo, falta de juego funcional con juguetes o formas repetitivas lúdicas, ausencia de juego simbólico, falta de interés en otros niños o hermanos, no muestran objetos, no acuden al llamado, pocas expresiones para compartir afecto. ^{5,18,19} Las manifestaciones que hacen sospechar a los padres y maestros de probable TEA en niños preescolares es alteraciones en la aparición del lenguaje, ecolalia, deterioro en la comunicación no verbal, tendencia a hablar libremente de temas de su interés únicamente, falta de contacto visual, reacciones inusuales a estímulos sensoriales,

con falta de empatía hacia sus iguales y padres, falta de juego imaginativo, cooperativo o flexible, dificultad para organizarse en un espacio no estructurado, incapacidad para enfrentarse a cambios inesperados, o situaciones no estructuradas.^{20,21}

En los adolescentes las manifestaciones son más sutiles, presentan discrepancia significativa entre la capacidad académica y la inteligencia social, sobre todo en situaciones no estructuradas, no presentan independencia, falta de integración al grupo, así como a las normas establecidas, rigidez de pensamiento y comportamiento, preferencia de intereses muy específicos y selectivos, dificultad para iniciar y mantener relaciones sociales. En los adultos, existe dificultad intelectual de moderada a severa, rutinas rígidas con resistencia al cambio.

Dentro de las comorbilidades asociadas a TEA se ha detectado la presencia de epilepsia, depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, particularmente comunes en adultos jóvenes con TEA, algunos estudios sugieren que 30-84% de los adultos con TEA podrían tener alguna forma de enfermedad mental diagnosticable.^{5,22}

1.6 Diagnóstico.

La Academia de Pediatría ha recomendado la vigilancia permanente del desarrollo en cada visita de control del niño sano haciendo énfasis a los 9, 18, 24 y 30 meses de edad. Las escalas utilizadas para la valoración del neurodesarrollo en los controles periódicos de salud, son sensibles a una gama amplia de trastornos del neurodesarrollo en los primeros dos años de vida, que pueden mostrar fenotipos conductuales similares al TEA.²³

La evaluación y búsqueda intencionada de indicadores tempranos en niños es a través de cribados o pruebas específicas para TEA, la más validada hasta el momento es el Modified CHAT o M-CHAT-R (The checklist for autism in toddlers) que tiene como propósito discriminar el neurodesarrollo de los niños con TEA, puede aplicarse entre los 18-30 meses de edad, presentando una especificidad del 99%, algunos otros instrumentos utilizados son el ADI-R encuesta semiestructurada

que valora los aspectos centrales del autismo, como socialización, comunicación y restricción de conductas e intereses, consta de 93 ítems, Developmental, dimensional and diagnostic interview es una entrevista diseñada para valorar síntomas de TEA, desde una perspectiva dimensional aplicada a familiares, consta de 193 ítems, los cuales abarcan antecedentes demográficos, familiares, historia del desarrollo de habilidades motoras del niño, así como desarrollo mental. ^{14,19,24}

Los criterios diagnósticos para TAE más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM).

La CIE-10 clasifica al autismo dentro de los trastornos generalizados del desarrollo.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) presenta los siguientes criterios para el diagnóstico del TEA. ²⁵

A.- Deficiencia persistente en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, manifestados por lo siguiente:

A.1.- Deficiencia en la reciprocidad socioemocional.

A.2.- Deficiencia en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social.

A.3.- Déficit en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones.

B.- Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades:

B.1.- Movimientos, uso de objetos o habla estereotipada o repetitiva:

B.2.- Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad a rutinas o patrones permanentes de comportamiento verbal y no verbal:

B.3.- Intereses muy restrictivos y fijos, anormales en cuanto a su intensidad e interés:

B.4.- Hiperactividad o hipoactividad a los estímulos sensoriales o interés inusual por los aspectos sensoriales del entorno.

C.- Causan deterioro clínico significativo en el área social, o en otras importantes para el funcionamiento habitual.

D.- Las alteraciones no se explican mejor por una discapacidad intelectual o por un retraso global del desarrollo.

La discapacidad intelectual y el TEA se asocian frecuentemente, también debe de especificarse el nivel de severidad del TEA:

Nivel 1.- necesita ayuda.

Nivel 2.- necesita ayuda notable.

Nivel 3.- necesita ayuda muy notable. ^{11,25,26}

1.7 Tratamiento

El tratamiento del Trastorno del Espectro Autista es multidisciplinario, involucrando áreas como pediatría, neurología, psicología, psiquiatría y genética, hasta el momento no existen tratamientos curativos para el autismo, sin embargo, el manejo actual se divide en farmacológico y psicopedagógico.

El manejo farmacológico se considera en base a las afecciones psiquiátricas o del neurodesarrollo coexistentes, ya que tiene un papel coadyuvante a corto plazo en el alivio de los síntomas centrales del TEA.

El uso de Haloperidol es útil para disminuir la impulsividad, la agresividad, las estereotipias y la labilidad emocional, sin embargo, la presencia de efectos colaterales tempranos y tardíos determina su uso por periodos cortos o de manera intermitente, otros reportes muestran igual eficacia en el uso de la Risperidona, con menos efectos secundarios por lo que este fármaco es actualmente el más utilizado.

De igual manera se afirma que existen alteraciones en el metabolismo serotoninérgico, con elevación significativa de la concentración de serotonina, lo que ha dado lugar al uso de inhibidores de la recaptura de serotonina como fluvoxamina y la sertralina con buenos resultados, demostrando disminución de

los pensamientos repetitivos, conducta ritualista y mal adaptativa, disminución en la agresividad, mejoría en el uso de lenguaje y la conducta social, aunque se señala que el efecto puede ser transitorio. ^{11,26}

El manejo psicopedagógico juega un papel central en el tratamiento, el más aceptado actualmente es intensivo y de tipo multimodal, el cual incluye: terapia de lenguaje, programas de socialización, estimulación sensorial múltiple (auditiva, visual, somestésica) y terapia recreativa, etc. ²⁵

La terapia psicosocial es importante para el manejo de comportamientos adaptativos, comunicación, habilidades sociales, empleo, calidad de vida y dificultades de salud mental concomitantes.

La mayoría de las intervenciones psicosociales se llevan a cabo en niños y jóvenes, hay poca evidencia sobre su eficacia en adultos. ²⁷

El pronóstico del niño (as) y adolescentes con TEA, es reservado en base al déficit intelectual, alteraciones profundas del lenguaje y conducta, pero también está demostrado que un porcentaje importante de pacientes puede mejorar de forma notable y desarrollar capacidades académicas incluso de nivel universitario hasta en el 25% de los casos.

Los expertos señalan como factores asociados a un mejor pronóstico la presencia de algún lenguaje comunicativo antes de los seis años, presencia de retardo mental ligero en pruebas de inteligencia no verbal, sexo masculino y la intervención psicoterapéutica temprana, de aquí la importancia de realizar el diagnóstico temprano, derivación y tratamiento oportuno por médicos de primer contacto (médicos generales, familiares, pediatras). ^{28,29}

1.8 Consecuencias emocionales en las madres de hijos con Trastorno del Espectro Autista.

1.8.1 Definición de Estrés.

La organización mundial de la salud define al estrés como la presencia de reacciones fisiológicas que alistan al cuerpo humano para la acción. Constituye una serie de estímulos o alarmas que conducen a una respuesta necesaria para la supervivencia, la cual puede ser coherente con las demandas o exigencias del entorno. Cuando esta respuesta natural del organismo es de forma exagerada, se produce una crisis o sobrecarga de tensión la cual repercute en el estado de salud del individuo, provocando la presencia de alteraciones emocionales y biológicas, que impiden el adecuado funcionamiento y desarrollo del organismo con el consecuente riesgo de enfermar.³⁰⁻³²

Diversos estudios refieren que altos niveles de estrés parental influyen en la competencia de los padres, en el apoyo social y la satisfacción con el rol y la responsabilidad hacia los hijos.

Autores como Miller señala que los padres de niños autistas expuestos a niveles altos de estrés tienden a evaluar las situaciones de manera menos compleja, originando mayores niveles de impulsividad, lo cual está asociado a un uso más frecuente de prácticas punitivas y correctivas, según lo reportado por Dpokelundahl, Dunsterville, Lovejoy. En este sentido el estrés está relacionado con la potencial aparición del maltrato infantil, siendo esto un factor relevante a la hora de evaluar y analizar la dinámica del funcionamiento familiar.^{30,31}

La revista Americana de Psicología, describe tres tipos de estrés: a) Estrés agudo, considerado el más frecuente, puede manifestarse con diversos síntomas que incluyen; irritabilidad, dolores de cabeza, dolores musculares, trastornos estomacales, hipertensión, taquicardias, mareo, vértigo, ansiedad y depresión, la duración de los cuadros es corta, por lo que no causa daños severos la salud; b) Estrés agudo-episódico, el cual es repetitivo sin llegar a establecerse como crónico. Las personas que lo desarrollan son personas melancólicas o pesimistas, ansiosas

y/o depresivas además de ser sumamente hostiles; c) Estrés crónico, encierra los síntomas de los anteriores, pero de manera prolongada, por lo cual tiende a ser agotador, generando cambios en el individuo lo cual lo hace más vulnerable a desarrollar comorbilidades que pudieran llevarlo a desenlaces fatales. ^{30,32,33}

1.8.2 Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de estrés más utilizados, en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association.

La Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), clasifica al estrés dentro de las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación con el código F43. ^{6,34}

1.8.3 Definición de Depresión

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo y la capacidad para afrontar la vida diaria.

La depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, de los cuales solo un 25% tiene acceso a tratamiento, una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, la depresión es una de las principales causas de discapacidad por lo que se ha convertido en un problema importante de salud pública en México. La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales.

La depresión es un proceso multifactorial cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos.³⁵⁻³⁷

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco también son factores de riesgo. También, la presencia de comorbilidad asociada parece aumentar el riesgo de depresión.^{38,39}

Dentro de las circunstancias sociales se ha mencionado el bajo nivel de recursos económicos, las circunstancias laborales (desempleo y baja laboral), el estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.³⁷ Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidad de presentar depresión que la población general. Uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas. De entre todas las variantes genéticas estudiadas, un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor.

El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de manifestaciones como: agitación, inquietud, sentimientos de desesperanza, llanto, vacío o tristeza, arrebatos agresivos, irritabilidad o frustración, alteraciones del sueño, cambios en el apetito, sentimientos de culpa, problemas de concentración y toma de decisiones, problemas físicos como cefalea, dolor de espalda, pensamientos suicidas y en casos graves la muerte.

La depresión se asocia con una variedad de efectos negativos en los padres de estos niños, dentro de los que se ha observado una mala salud física, falta de autocuidado, funcionamiento social limitado y un vínculo de desconexión entre los niños con TEA y sus padres.³⁸

Un estudio realizado por Singer, reportó la presencia de depresión en el 29% de madres con hijos diagnosticados con discapacidad intelectual (autismo y parálisis cerebral) en comparación con el 19% observado en madres con hijos sin discapacidad,^{39,40} el 49.6% de madres iraníes con hijos autistas reportaron niveles de depresión y puntuaciones bajas de calidad de vida relacionada con la salud, de acuerdo con los resultados de este estudio se estimó que los niveles más altos de depresión se presentaron en las madres en comparación con los padres.³⁹

Otras publicaciones reportadas en 2019 refieren que la carga depresiva en las madres de niños con TEA es alta y la calidad de vida deficiente a pesar de que los sus hijos acudían a escuelas de educación especial y contaban con servicio médico.

41

1.8.4 Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión clasifica a la depresión mayor en trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente.³⁴

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas típicos de la depresión: 1) ánimo depresivo, 2) pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar, 3) aumento de la fatigabilidad.⁶

1.8.5 Definición de Ansiedad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como el estado emocional displacentero que se acompaña de alteraciones somáticas y psíquicas, que pueden presentarse como una reacción adaptativa o como un síntoma o síndrome de diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Se manifiesta por

reacciones somáticas como aumento de la tensión muscular, mareo, sudoración, hiperreflexia, alteraciones de la tensión arterial, palpitaciones, midriasis, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, alteraciones urinarias, diarrea; las reacciones conductuales, cognoscitivas y afectivas que se presentan son intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedo irracional, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón, sensación de muerte inminente.

La ansiedad produce distorsiones en la percepción del entorno, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud los problemas de ansiedad afectan la vida personal, laboral y productiva de más de 450 millones de personas en el mundo, la prevalencia mundial es del 18%, la edad de presentación es bimodal con inicios tempranos a los 15 años alcanzado su prevalencia más alta entre los 25 y 45 años y afecta más a las mujeres que a los hombres, es el trastorno mental más común en México y Estados Unidos. En México la prevalencia es del 14.3%.^{42,43}

Dentro de las causas que pueden desencadenar ansiedad se encuentran los factores biológicos, estructurales, (alteraciones en los sistemas neurobiológicos, anomalías del sistema límbico) factores ambientales y psicosociales. Los factores más importantes para la presencia de ansiedad son el genético, antecedentes personales, eventos estresantes o traumáticos, comorbilidad psiquiátrica (principalmente depresión) y consumo de sustancias como tabaco, alcohol, cafeína y drogas.

Un niño con autismo crea ansiedad grave en la familia por muchas razones, incluida la incertidumbre del diagnóstico, gravedad del trastorno y la falta de cumplimiento del niño de las reglas socialmente aceptadas. En una revisión realizada por Da Paz Wallandre, encontraron que algunas de las variables asociadas a la salud de las madres de hijos con TEA, están relacionadas con la severidad de los síntomas, apoyo social recibido, estilos de afrontamiento, resiliencia, entre otros.

Las madres de infantes Autistas o discapacidad del desarrollo tienden a sufrir niveles altos de ansiedad, lo cual deteriora su salud mental y sus habilidades de crianza al menor. ⁴⁴

Investigación realizada en la Universidad de Nashville (Elisabeth Dynkens) demostró que las madres con hijos autistas presentan niveles altos de ansiedad que con ayuda conductual a través de habilidades de afrontamiento disminuye significativamente el nivel de ansiedad en estas mujeres.

1.8.6 Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de ansiedad más utilizados, en base al CIE-10, clasifica a la ansiedad con el código F40, F41, F42. La categoría F40 incluye trastornos de ansiedad fóbica y F41, otros trastornos de la ansiedad. ^{6,34,40}

1.9 Definición de Cuidador

Se define como cuidador a la persona de género masculino o femenino que cuida o asiste a otra persona con alguna discapacidad sin importar el vínculo de consanguinidad.

El cuidador principal dedica la mayor parte de su tiempo en atender las necesidades básicas y psicosociales de las personas con discapacidad. En la mayoría de los casos los cuidadores primarios son mujeres debido a la asignación tradicional de roles, el cuidador más frecuente de niños con trastorno autista es la madre. ⁴⁶

1.9.1 Colapso del Cuidador

Se define como la respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido, resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar que padece de alguna condición médica incapacitante. Las manifestaciones principales son agotamiento físico y psíquico, frustración, estrés, irritabilidad, ansiedad, depresión, insomnio, fatiga, sentimiento de culpa y empeoramiento patológico preexistente, por la dificultad de llevar roles y tareas que previamente se tenían. ⁴⁷⁻⁴⁹

Los factores predisponentes para el colapso del cuidador son los múltiples roles que desarrolla, la falta de capacitación para los cuidados básicos o primarios de las

personas discapacitadas, el tiempo de cuidado mayor de 8 horas, la gravedad y duración de las enfermedades, los síntomas asociados a la discapacidad y comportamiento, falta de recursos económicos, ausencia o escaso apoyo familiar o social.

Las repercusiones psicológicas en el cuidador son: aislamiento, soledad, frustración, impaciencia, angustia, codependencia, depresión, tristeza, culpa, ira, enojo, irritabilidad, somatización y miedo.

Las repercusiones sociales abarcan falta de apoyo familiar, conflictos familiares y de pareja, restricción del tiempo libre, pérdida de interés por otras actividades, aislamiento, incertidumbre, disfunción familiar, cargas económicas, baja productividad y ausentismo laboral. ^{46,48}

Algunos autores como Pearlin, mencionan que ha sido poco estudiada la relación existente entre los problemas de conducta de los niños autistas y su capacidad de incrementar los niveles de estrés en los cuidadores, de manera que a mayor gravedad de la sintomatología autista mayor será la gravedad del estrés y por lo tanto mayor depresión, ansiedad y colapso del cuidador. ⁵⁰

1.10 Redes de Apoyo

Se definen como un sistema familiar y social que constituye una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios que se ponen en movimiento para hacer frente a diversas situaciones de riesgo que se presentan en las familias, no importando el parentesco de consanguinidad, ya que dentro de estos grupos se crean lazos de unión y apoyo que cobran importancia a lo largo de un proceso de ayuda mutua con el propósito de mejorar la calidad de vida de los individuos. ^{51,52}

El apoyo social es un proceso interactivo donde las necesidades de afecto, pertenencia, identidad, seguridad, aprobación y económicas del individuo son satisfechas dentro de la red social. En dichas redes los integrantes mantienen su identidad, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y adquieren nuevos contactos.

Las características del entorno familiar en términos de nivel sociocultural y económico pueden desempeñar un factor importante en este sentido, ya que hay evidencias de que los padres de nivel sociocultural y económico bajo tienden a manifestar niveles mayores de estrés probablemente por la dificultad de acceso a la información y servicios o para afrontar los costos económicos de una persona con discapacidad. Por esta razón son muy importantes las redes de apoyo social, que puedan atenuar las circunstancias adversas a las que se enfrentan las familias con hijos autistas.

Existen diferentes tipologías familiares y con esto variables de riesgo familiar, dentro de las que se encuentran las sociodemográficas (nivel educativo, estado laboral, estado civil, salud mental de las madres) y factores relacionados con el ambiente de la familia (estrés, habilidades de afrontamiento y apoyo percibido por las madres), la combinación de ambas variables nos muestra un patrón familiar con diferentes perfiles de riesgo (alto, moderado y bajo) lo cual es de vital importancia para el abordaje profesional en combinación con las redes de apoyo social a las madres de niños autistas. ^{52,53}

1.11 Ausentismo Laboral

Ausentismo laboral: Álvarez Nebreda lo define como la ausencia de una persona al trabajo por enfermedad o accidente, aceptada por la empresa o la seguridad social a la que se pertenece, la cual debe estar debidamente justificada por el médico, siendo esta la primera causa en más del 50% de los casos de ausentismo laboral. La Organización Internacional del Trabajo define el ausentismo laboral como la inasistencia al trabajo por parte de un empleado, por un periodo de uno o más días, quedando excluidos los periodos vacacionales, permisos, huelgas, incapacidades y privación de la libertad.

La Organización Mundial de la Salud hace alusión a este como la inasistencia por causa directa o indirecta evitable, tal como la enfermedad sea cual sea su duración y carácter, así como las ausencias injustificadas durante toda o parte de la jornada laboral y los permisos circunscritos dentro del horario laboral establecido.

El ausentismo se reconoce como una problemática de salud pública, que presenta un creciente interés de estudio por su impacto nocivo en la economía, la competitividad de las empresas y el desarrollo del talento humano que afecta de forma global la salud mental del trabajador. Las investigaciones sobre el tema a nivel mundial son de gran relevancia ya que esta problemática se ha incrementado en un 30% en los últimos 25 años, aumentando los costos empresariales en salud, lo cual interfiere con la productividad y genera desgaste físico en el recurso humano. En función de las causas médicas, se clasifica en ausentismo legal o involuntario, teniendo como causa enfermedad, accidente laboral, licencias legales y enfermedad profesional, en este el trabajador continúa recibiendo remuneración, el segundo tipo se refiere al ausentismo personal o voluntario donde el trabajador no recibe remuneración, y comprende permisos particulares, ausencias no autorizadas y conflictos laborales.⁵⁴

El ausentismo laboral presenta etiología multifactorial, los factores más estudiados se han dividido en tres grandes grupos, el primero relacionado con los factores individuales como el estado de salud del empleado (enfermedades osteomusculares, osteoarticulares, respiratorias, gastrointestinales, infecciosas, traumatismos, alteraciones del sistema circulatorio, enfermedades mentales y del comportamiento), siendo estos la primera causa de ausentismo e incapacidad médica a mediano y largo plazo, por ello es importante generar acciones de promoción y prevención dentro de las organizaciones trabajadoras con el propósito de sensibilizar a los trabajadores frente a la necesidad de preservar su salud en bien de ellos mismos y la empresa., el segundo grupo engloba factores sociodemográficos como la edad, el sexo, bajo nivel de escolaridad y estado civil y finalmente el tercer grupo habla de los factores propios de la organización tales como sobrecarga de trabajo, cargo desempeñado, insatisfacción laboral y jornada laboral.⁵⁴

En México la ausencia de los empleados, vinculado a enfermedades, asuntos personales y vacaciones, resta 40% de la productividad en las empresas del país, siendo diciembre el mes con mayor índice de ausentismo, según encuestas y

estudios realizados por Kronos Incorporated, en nuestro país solo el 30% de las empresas utilizan trabajadores de reemplazo para compensar estas inasistencias por maternidad, o enfermedades, en Estados Unidos la cifra es del 69% y en Europa del 63%, según el estudio ausentismo global de Kronos.

Un estudio realizado en Latinoamérica reporta que México tiene uno de los índices más altos de utilización de tiempo extra para cubrir las ausencias, además de que el 78% de las empresas al no contratar personal suplente modifica el trabajo de otros empleados, lo que se traduce en una sobrecarga laboral en el 67% y estrés en un 48% para los empleados.⁵⁵

Los costos del ausentismo laboral en nuestro país representan el 7.3% del costo de la nómina anual para las empresas mexicanas, las causas por las que se dan estas inasistencias laborales son vacaciones, enfermedad (1 de cada 3), luto y responsabilidades civiles.

Cifras del INEGI evidenciaron en 2011 que la productividad en México fue del 8.2% inferior a la registrada en 1990, así mismo la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) apuntó que, en 2013, México fue uno de los países que trabaja u mayor número de horas y es uno de los que menos productividad arroja en comparación con otros países como Alemania o Estados Unidos.⁵⁶ Independientemente del tipo de ausentismo laboral, este tiene consecuencias directas tanto para las empresas, como para el trabajador y para el sistema de seguridad social al que pertenezca el empleado. Las madres con hijos autistas presentan ausentismo laboral debido a las múltiples necesidades de tratamiento médico y cuidados parentales que requieren estos niños.

1.12 Instrumento de Medición para Estrés, Depresión y Ansiedad.

Si bien es cierto que la mayoría de los estudios hablan de la prevalencia del Estrés, Depresión y Ansiedad de forma individual en los niños con Trastorno del Espectro Autista, sin embargo, hay pocos estudios que hablan de estas consecuencias en conjunto en las madres y cuidadores de los niños (as) Autistas.

Escala DASS

Este instrumento de medición fue desarrollado en 1995 (Livibond, Livibond), en Australia, la adaptación de esta se ha extendido en Estados Unidos en 1998 (Antony et al, Brown), Canadá (Clara Cox y Enns), los países bajos (Beurns Van Dyck, Marquenie, Lange y Blonk, 2001), también ha sido traducida y validada en otros idiomas incluidos el chino, el malayo, el italiano, y español. La consistencia interna (alfa de Cronbach) de la depresión, ansiedad y estrés son del 0.91, 0.84 y 0.90 respectivamente.

Diversas investigaciones realizadas en Perú, Chile, Venezuela, Portugal, Vietnam, Italia, Corea, Estados Unidos y Australia han reportado el uso de la Escala DASS para el tamizaje de las alteraciones emocionales negativas. ⁵⁷⁻⁶⁴

En México, se realizaron tres investigaciones utilizando como instrumento de medición la escala DASS-21, en 2006 (Gurrola Peña, UNAM), 2014 (García Rivera en Baja California) y 2018 (García Rivera en Nuevo León) con resultados estadísticos aceptables sobre los niveles de estrés, depresión y ansiedad en personal de salud y estudiantes.

El objetivo de la escala fue incluir el máximo de síntomas esenciales de Estrés, Depresión y Ansiedad cumpliendo las exigencias psicométricas de una escala de auto reporte y logrando una discriminación máxima entre las tres subescalas.

La escala de Depresión evalúa disforia, desesperanza, devaluación de la vida, autodesprecio, falta de interés/participación, inercia y anhedonia.

La escala de Ansiedad valora la excitación autónoma, efectos sobre el aparato musculoesquelético, ansiedad situacional y la experiencia subjetiva de ansiedad.

La escala de tensión es sensible a los niveles de excitación crónica no específica, evalúa la dificultad para relajarse, la excitación nerviosa, a ser fácilmente molesto/agitado, irritable/sobre reactivo e impaciente. ⁶⁵

De la escala original DASS-42, se desprende una versión simplificada llamada DASS-21, la cual presenta solo 21 ítems, divididos en cada subescala (7 ítems), tipo

Likert. Los ítems son valorados mediante una escala de gravedad y frecuencia de 4 puntos, la sumatoria total refleja una puntuación total de 0 a 63 puntos. Cada pregunta tiene 4 posibles respuestas con una puntuación de 0, 1, 2 y 3 respectivamente. Sumando la puntuación de cada subescala nos proporciona un rango para cada una; escala de tensión (ítems 1,6,8,11,12,14,18), depresión (ítems 3,5,10,13,16,17, 21), ansiedad (ítems 2,4,7,9,15,19, 20). Las puntuaciones obtenidas para tensión o estrés: 8-9 estrés leve, 10-12 estrés moderado, 13-16 estrés severo, 17 y más estrés extremadamente severo.

La puntuación para depresión: 5-6 depresión leve, 7-10 depresión moderada, 11-13 depresión severa y 14 y más depresión extremadamente severa.

La puntuación para ansiedad es: 4 ansiedad leve, 5-7 ansiedad moderada, 8-9 ansiedad severa, 10 y más ansiedad extremadamente severa.⁶⁶

1.2 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) se estima que la incidencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA) a nivel mundial es de 1/ 160 niños; en México, en el año 2016 se realizó un estudio por la Organización Autism Speaks (asociación estadounidense dedicada a la información y concienciación del autismo), en el cual la prevalencia encontrada fue de 1 por cada 115 niños/as con esta condición.

Casi el 1% de los niños de México, tienen autismo, lo que equivale a casi 400,000 niños/as; situación que convierte a esta patología en un problema de salud pública.

9

El TEA, se define como un síndrome conductual que afecta el desarrollo motor y neuropsicológico, altera la interacción social, la cognición y la comunicación en los niños, generando cambios drásticos en la familia para atender las múltiples necesidades de desarrollo del niño mediante un monitoreo muy de cerca.⁵⁻²². El diagnóstico de enfermedad crónica en niños causa ajuste de roles, lo que afecta el trabajo, los ingresos, las relaciones sociales, familiares, y ocasiona grados variables de estrés, depresión y ansiedad en el sistema familiar, produciendo alteraciones de cohesión y adaptabilidad, secundario al comportamiento de un miembro con TEA,⁴⁷⁻⁴⁹. Los más grandes factores estresantes en la familia con miembros autistas son la permanencia de la sintomatología, falta de aceptación del comportamiento y carencia de involucramiento de las redes de apoyo.

El distanciamiento social en el que se ve involucrado el cuidador primario conlleva a una serie de alteraciones psicológicas, sociales y económicas como el ausentismo laboral que pueden ocasionar afecciones emocionales que a la larga son perjudiciales tanto para el cuidador como a la persona con TEA, (54-56) es por ello que desde la medicina familiar, es importante identificar el TEA y brindar la orientación necesaria para el cuidado, apoyo y tratamiento de la persona diagnosticada, otros miembros de la familia y especialmente al cuidador primario, para que tenga la orientación necesaria, métodos y alternativas para cuidar de sí mismo y a su familiar.

En México no se encontraron estudios que utilicen la escala DASS-21 para determinar el impacto de las consecuencias emocionales del TEA (estrés, depresión y ansiedad) al interior del núcleo familiar.

Investigaciones realizadas en Perú, Chile, Venezuela, Portugal, Vietnam, Italia, Corea, Estados Unidos y Australia han reportado el uso de la Escala DASS-21 para el tamizaje de las alteraciones emocionales negativas, con resultados estadísticos aceptables. ⁵⁷⁻⁶⁴

Cabe mencionar que no existen estudios realizados en el Instituto Mexicano para la Atención del Autismo y Desordenes del Desarrollo en la ciudad de Toluca, (IMPAADD), por lo que es un área de oportunidad para investigar las consecuencias emocionales que genera el diagnóstico de TEA en las madres de niños en con esa condición especial de salud.

Por lo que se realiza la siguiente pregunta:

¿Cuál es el resultado de la escala DASS-21 a madres de hijos autistas en la ciudad de Toluca, de junio a julio del año 2021?

1.3 Justificación.

La aplicación de la escala DASS-21 favorecerá la identificación y tratamiento temprano de las manifestaciones emocionales negativas en madres con hijos autistas, para prevenir cuadros severos que alteren la adecuada crianza de los menores con autismo.

A nivel institucional el manejo multidisciplinario oportuno del binomio madre-hijo autista repercutirá en un menor nivel de estrés, depresión y ansiedad, lo cual, daría como resultado una atención de calidad a los usuarios y, serviría de referente para futuras investigaciones para el trabajo de asociaciones dedicadas al manejo psicoterapéutico y conductual para el Autismo.

A nivel institucional público y privado, no se cuenta con estudios sobre los niveles de estrés, depresión y ansiedad en madres con hijos que presentan diagnóstico de TEA.

Se debe incidir desde el primer nivel de atención con enfoque preventivo en la búsqueda de deficiencias en el neurodesarrollo infantil para integrar el diagnóstico temprano e iniciar un plan de tratamiento y rehabilitación que disminuya costos institucionales y el impacto familiar negativo.

1.4 Objetivos

Objetivo general:

•Evaluar los resultados de la aplicación la Escala DASS-21 a madres con hijos autistas, en Toluca de junio a julio del 2021.

Objetivos específicos:

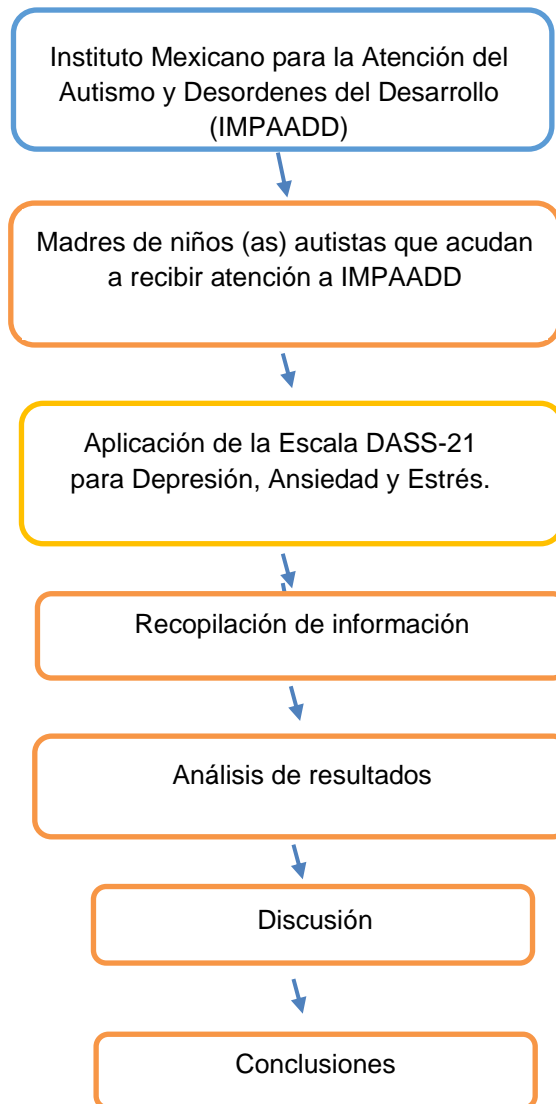
- Evaluar el grupo de edad más frecuente con hijos autistas, en Toluca de junio a julio del 2021.
- Analizar el grado de escolaridad en las madres con hijos autistas, en Toluca de junio a julio del 2021.
- Evaluar el estado civil en las madres estudiadas, en Toluca de junio a julio del 2021.
- Determinar la religión profesante de las madres estudiadas, en Toluca de junio a julio del 2021.
- Identificar si las madres estudiadas cuentan con seguridad social, en Toluca de junio a julio del 2021.
- Estimar el porcentaje de ausentismo laboral en las madres de niños, con Trastorno del Espectro Autista, en Toluca de junio a julio del 2021.
- Calcular el grado de depresión en la muestra de estudio, en Toluca de junio a julio del 2021.
- Determinar el grado de ansiedad en las madres estudiadas, en Toluca de junio a julio del 2021.
- Estimar el grado de estrés en las madres con hijos autistas, en Toluca de junio a julio del 2021.

2.0 Material y Métodos

2.1 Tipo de Estudio

Observacional. Descriptivo. Transversal.

2.2 Diseño de la Investigación.



2.3 Población, lugar y tiempo.

Madres de hijos autistas que acudan a recibir atención en el Instituto Mexicano para la Atención del Autismo y Desordenes del Desarrollo en la ciudad de Toluca, en el periodo comprendido de junio a julio del año 2021.

2.4 Tipo de muestra.

No probabilística, por conveniencia.

El estudio se enfocará a 30 madres de niños y niñas con diagnóstico de trastorno del espectro autista entre los 3 a los 17 años que reciban atención en el Instituto Mexicano para la Atención al Autismo y Desórdenes del Desarrollo (IMPAADD) en la ciudad de Toluca.

2.5 Criterios de Inclusión.

Madres entre los 15 a 50 años, cuyos hijos reciban atención en Instituto Mexicano para la Atención al Autismo y Desórdenes del Desarrollo en la ciudad de Toluca.

Madres de 15 a 50 años que sepan leer y escribir.

Madres con hijos diagnosticados con trastorno del espectro autista.

2.6 Criterios de Exclusión.

Madres de niños que no pertenezcan al Instituto Mexicano para la Atención al Autismo y Desórdenes del Desarrollo.

Madres de niños con diagnóstico de Asperger.

Madres de niños con diagnóstico de síndrome de Rett.

2.7 Criterios de Eliminación.

Encuestas / Cuestionarios mal llenados e ilegibles.

Encuestas / Cuestionarios que sean llenados por padres o abuelos de niños y niñas con autismo.

Encuestas /Cuestionarios que no cuenten consentimiento informado firmado.

2.8 Conceptualización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
AUTISMO	Dificultad persistente en el desarrollo del proceso de socialización, junto con un patrón restringido de conductas e intereses, dentro de lo cual se incluyen restricciones sensoriales.	Cualitativa Dicotómica	Si No
ESTRES	Estado de cansancio mental, provocado por la exigencia de un rendimiento superior a lo normal, provocando trastornos físicos y mentales	Cualitativa ordinal	Escala DASS-21 Leve Moderado Severo Extremadamente severo
AUSCENTISMO LABORAL	Faltas de asistencia a una jornada laboral voluntaria o involuntaria.	Cuantitativa Nominal	Enfermedad Accidente Vacaciones Hijos enfermos Hijos con discapacidad Tramites personales
DEPRESION	Trastorno mental caracterizado por tristeza, pérdida del interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño, apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Cualitativa Ordinal	Escala DASS-21 Leve Moderado Severo Extremadamente severo
ANSIEDAD	Estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos	Cualitativa Ordinal	Escala DASS-21 Leve Moderado Severo Extremadamente severo
ESCOLARIDAD	Número de años estudiado y grado escolar obtenido	Cualitativa Nominal	Primaria Secundaria Bachillerato Carrera técnica Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado
EDAD	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona	Cuantitativa Ordinaria	15 a 20 21 a 24 25 a 29 30 a 34 35 a 44 45 a 54 55 y más
ESTADO CIVIL	Situación de las personas físicas, determinada por sus relaciones familiares provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y obligaciones.	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Unión libre Divorciada
RELIGION	Conjunto de creencias religiosas, normas de comportamiento, ceremonias de oración o sacrificio, propias de un grupo de individuos y su relación con una divinidad.	Cualitativa nominal	Católica Cristiana Protestante Mormona Evangélica Otras
SEGURIDAD SOCIAL	Protección proporcionada a un individuo para asegurar y garantizar el acceso a los servicios de salud en caso de enfermedad, vejez, invalidez, desempleo, o pérdida del sostén de la familia, accidentes de trabajo	Cualitativa Nominal	IMSS ISSSTE ISSEMYM OTRA
OCUPACION O TRABAJO	Actividad que realiza	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No
AUSCENTISMO LABORAL	Número de inasistencia al trabajo por parte de un empleado, de forma directa o indirecta.	Cuantitativa Ordinaria	Uno Dos Tres 5 y más

2.9 Método de recolección de datos.

El protocolo de investigación se dará a conocer al responsable legal del Instituto Mexicano para la Atención del Autismo y Desórdenes del Desarrollo en la ciudad de Toluca, una vez que este haya sido aprobado por el comité de ética del Hospital Materno Infantil del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM).

Se realizarán las encuestas vía correo electrónico y/o presenciales en el Instituto Mexicano para la Atención del Autismo y Desórdenes del Desarrollo en la ciudad de Toluca, dependiendo del color del semáforo epidemiológico vigente al momento de la aplicación, con intervalos de tiempo de 20 minutos entre cada uno por cuestiones de seguridad sanitaria por la pandemia, enviando vía electrónica un formato a las participantes o dando un formato por escrito el cual está constituido por lo siguiente: un consentimiento informado, que deberá estar firmado para poder participar en el estudio, un cuestionario sociodemográfico o ficha de identificación y la escala DASS-21

La información obtenida se vaciará al programa estadístico SPPSS versión 11.

2.10 Procesamiento y Análisis de datos.

Terminada la fase de captura de datos con los formularios y en cuanto los datos de la investigación estén disponibles, se procederá a realizar el análisis de la información a través, del programa Estadístico de Ciencias Sociales (SPPSS versión 11)

2.11. Consideraciones éticas.

Se tomará la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964, y enmendada por la 29a Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989, 48a Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

y la 52a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000. Nota de clarificación sobre el párrafo 29 añadida por la Asamblea General, Washington 2002.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Se seguirán las disposiciones de la Ley general de salud en materia de investigación, la cual establece en el artículo 13 que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y el bienestar; el artículo 16 establece la protección a la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, así como en el artículo 17, en el que la Investigación sin riesgo lleva a cabo estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. ⁽⁶⁷⁾

La información relacionada con este estudio será estrictamente confidencial, garantizando a los participantes que en ningún momento se hará evidente su identidad, y que en todo momento los resultados obtenidos se presentarán en bloque de forma general.

La investigación seguirá los principios y normas éticas correspondientes, la participación será totalmente voluntaria y confidencial, las participantes, autorizarán su colaboración mediante la firma de un consentimiento informado.

El proyecto se someterá al comité de ética del Hospital Materno Infantil del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) para su aprobación.

2.12 Organización.

Recursos humanos:

Asesor Especialista en Medicina Familiar Dra. Berenice Hernández Miranda.

Denia Eréndira Vilchis Pérez, Residente de Medicina Familiar.

Recursos Materiales:

Se requerirán USB, computadoras, programa office, programa Estadístico de Ciencias Sociales (SPPSS versión 11).

Recursos financieros:

Corren a cargo del autor del presente trabajo.

3. Resultados

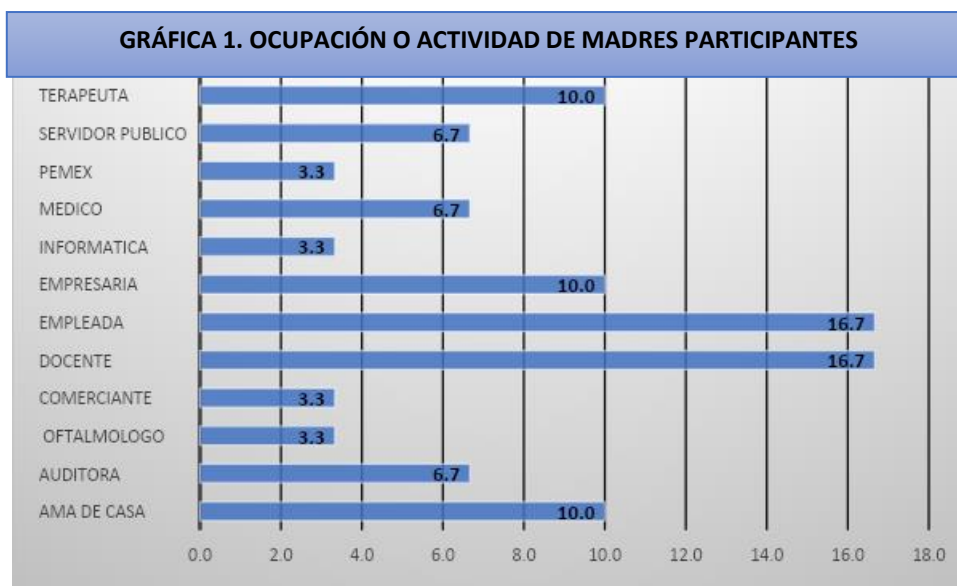
Con respecto al nivel educativo de las madres que tienen uno o más hijos autistas, el 86.7% que participaron en el estudio, tienen en proporción más o menos igual el grado de licenciatura y/o posgrado que va de maestría a doctorado, solo el 6.6 % tiene en la misma proporción estudios de nivel básico y medio superior.

Cuadro 1. Nivel de escolaridad en las madres estudiadas.		
Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	1	3.3
Preparatoria	1	3.3
Carrera técnica	2	6.7
Licenciatura	14	46.7
Maestría, Especialidad, Doctorado	12	40.0
Total	30	100.0

En el estudio observamos que el 63.3% de las madres está casada y el 36.7% viven en otra condición poco favorable para la vida y cuidado de los hijos.

Cuadro 2. Estado civil de las madres estudiadas		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	4	13.3
Unión Libre	2	6.7
Casada	19	63.3
Divorciada	5	16.7
TOTAL	30	100.0

Con respecto a la ocupación, la mayor frecuencia está representada por 18 madres (60,0%) que desempeñan diversas actividades profesionales en el servicio público, privado y docencia; un grupo de 12 madres (40.0%) realizan actividades de tipo técnico, comercio y labores propias del hogar.



En relación con la seguridad social, el 73.3% de las madres encuestadas si tiene esa prestación asociada a su actividad laboral, solo el 26.7% no tiene ese beneficio por no ser asalariadas.

Cuadro 3. Seguridad Social de las madres estudiadas.

SEGURIDAD SOCIAL	Frecuencia	Porcentaje
SI	22	73.3
NO	8	26.7
TOTAL	30	100.0

El Instituto Mexicano del Seguro Social, es el principal proveedor de servicios de salud y otras prestaciones al 43% de las madres encuestadas, sin embargo, la atención de sus hijos no está a cargo de las instituciones de seguridad social.

Cuadro 4. Tipo de seguridad Social con la que cuentan las madres estudiadas		
TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	13	43.3
ISSTE	6	20.0
ISSEMYM	6	20.0
OTRA	5	16.7
TOTAL	30	100.0

En cuanto a días laborados, el 66.7% de las madres trabaja 5 días continuos utilizando dos horas de traslado y 8 horas laborables, lo cual complica la comunicación y la interacción con sus hijos que requieren de cuidados especiales.

Cuadro 5. Días laborales de las madres estudiadas.			
DIAS LABORADOS	Frecuencia	Porcentaje	
5 DIAS	20	66.7	
7 DIAS	3	10.0	
3 DIAS	1	3.3	
FINES DE SEMANA Y FESTIVOS	6	20.0	
TOTAL	30	100.0	

En relación a número de hijos-mujer con autismo de las madres participantes del estudio, 28 de ellas (93.3%) tiene solo un hijo y 2 (6.7%) tienen hijos gemelos, ambos con la misma condición.

Cuadro 6. Número de hijos con Autismo en la familia.		
HIJOS CON DIAGNÓSTICO DE AUTISMO	Frecuencia	Porcentaje
Uno	28	93.3
Dos	2	6.7
Total	30	100.0

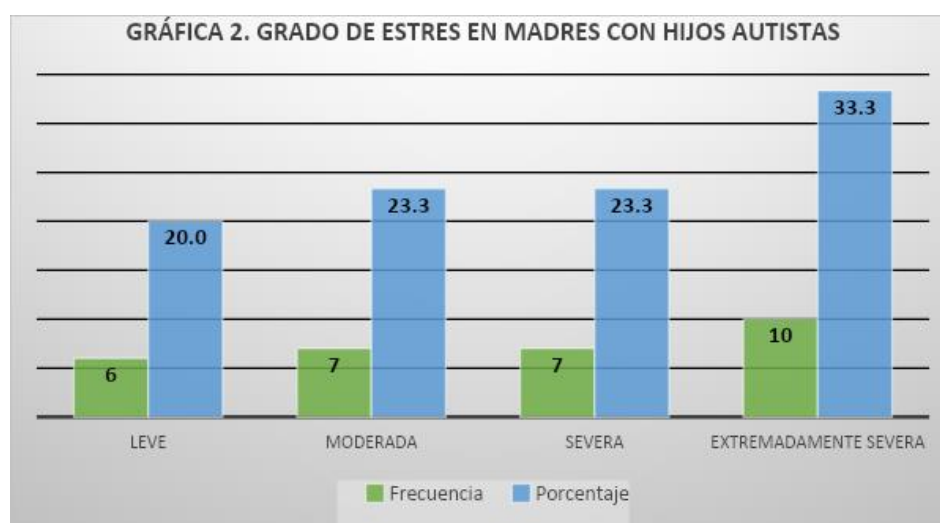
La mayor frecuencia de ausencia laboral la representan 11 mujeres (36.7%) teniendo como causa principal, hijos con discapacidad que requieren cuidados y atención diferente. otra causa frecuente fue la enfermedad personal (17.7%).

Cuadro 7. Causas de Ausentismo laboral en las madres estudiadas.		
Ausentismo Laboral	Frecuencia	Porcentaje
ENFERMEDAD	5	16.7
VACACIONES	5	16.7
HIJOS ENFERMOS	5	16.7
HIJOS CON DISCAPACIDAD	11	36.7
TRAMITES PERSONALES	4	13.3
TOTAL	30	100.0

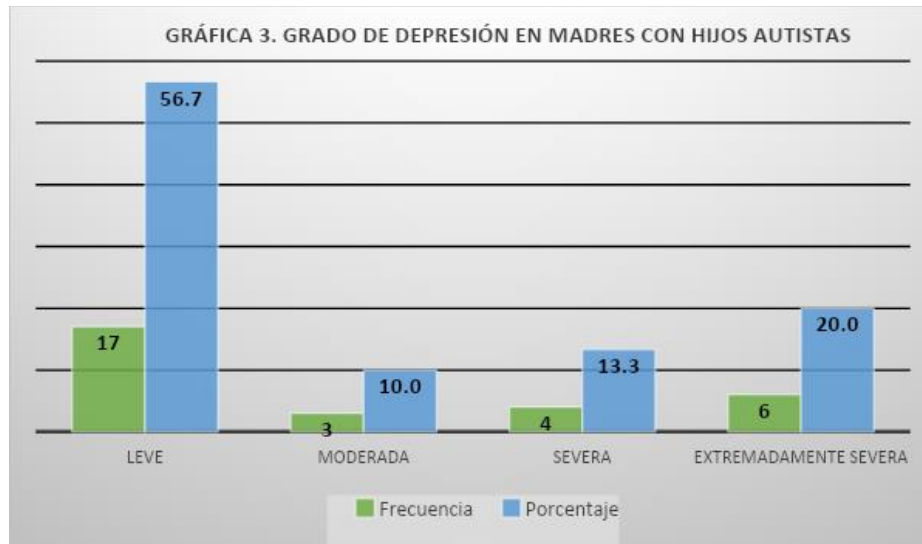
El 33% de las mujeres participantes manifestaron haber tenido una falta de asistencia a su trabajo por dar cuidados y atención a un hijo con autismo, enfermo por alguna causa diferente al autismo.

Cuadro 8. Número de inasistencias laborales.		
Inasistencias laborales	Frecuencia	Porcentaje
Uno	10	33.3
Dos	5	16.7
Tres	6	20.0
5 y más	9	30.0
Total	30	100.0

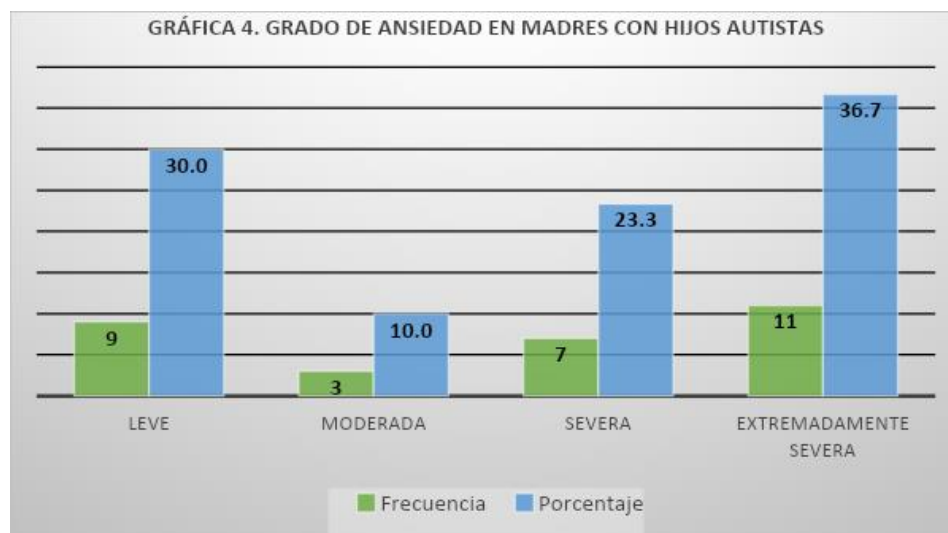
En el estudio se encontró que el 56.6% de las mujeres manifestaron estrés de severo a extremadamente severo; el 43.3 % expuso experimentar estrés de moderado a leve, en ambos grupos se refleja la necesidad de ayuda especializada para evitar el deterioro personal y su impacto en la familia.



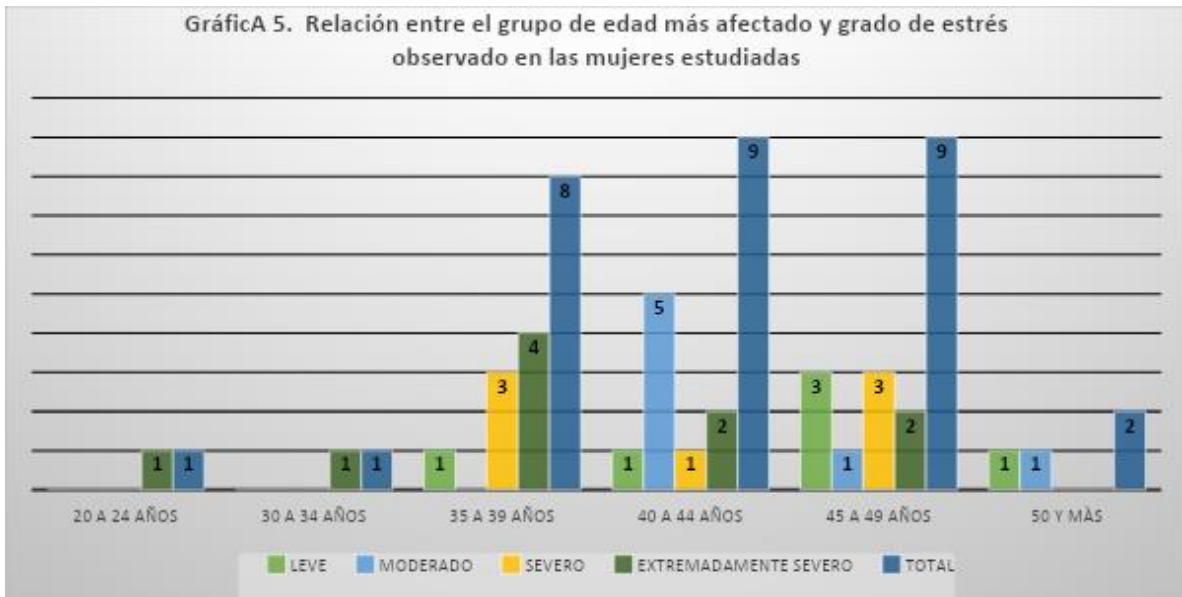
El 56.7% de las mujeres participantes revelaron signos leves de depresión como tristeza, pérdida de interés, fatiga, sin embargo, un 20% manifestó síntomas extremadamente severos, en ambos grupos es necesario reforzar autoestima para evitar un deterioro más grave.



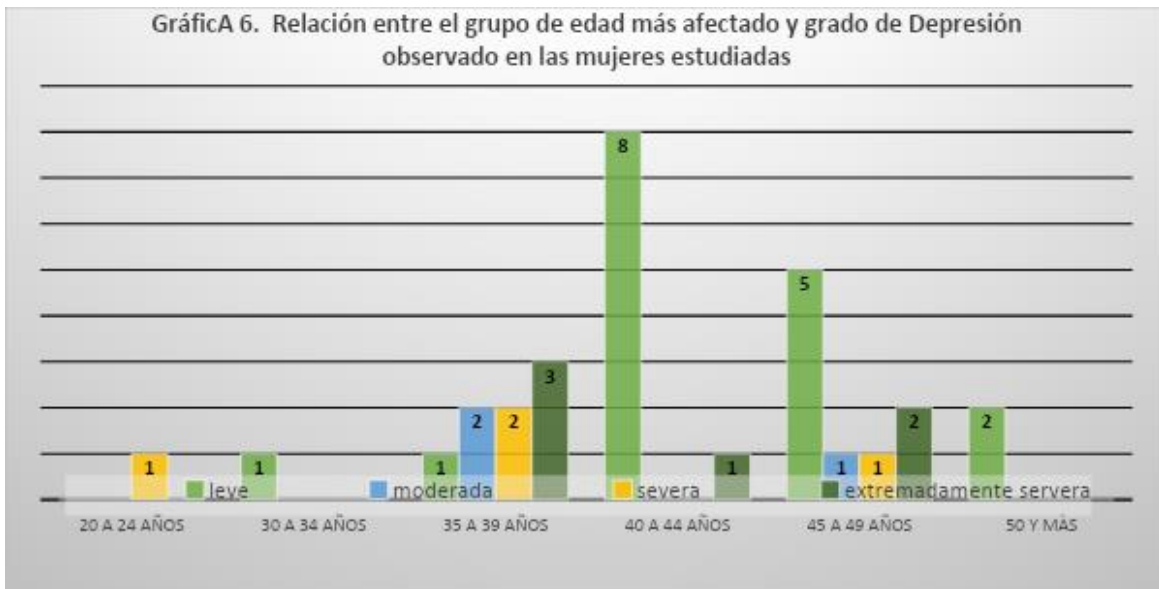
Se encontró que 18 madres participantes en el estudio (60.0%) manifestaron síntomas de ansiedad severa a extremadamente severa como miedo, enfado extremo y baja autoestima lo cual impacta de forma negativa en la calidad de la relación con los hijos autistas.



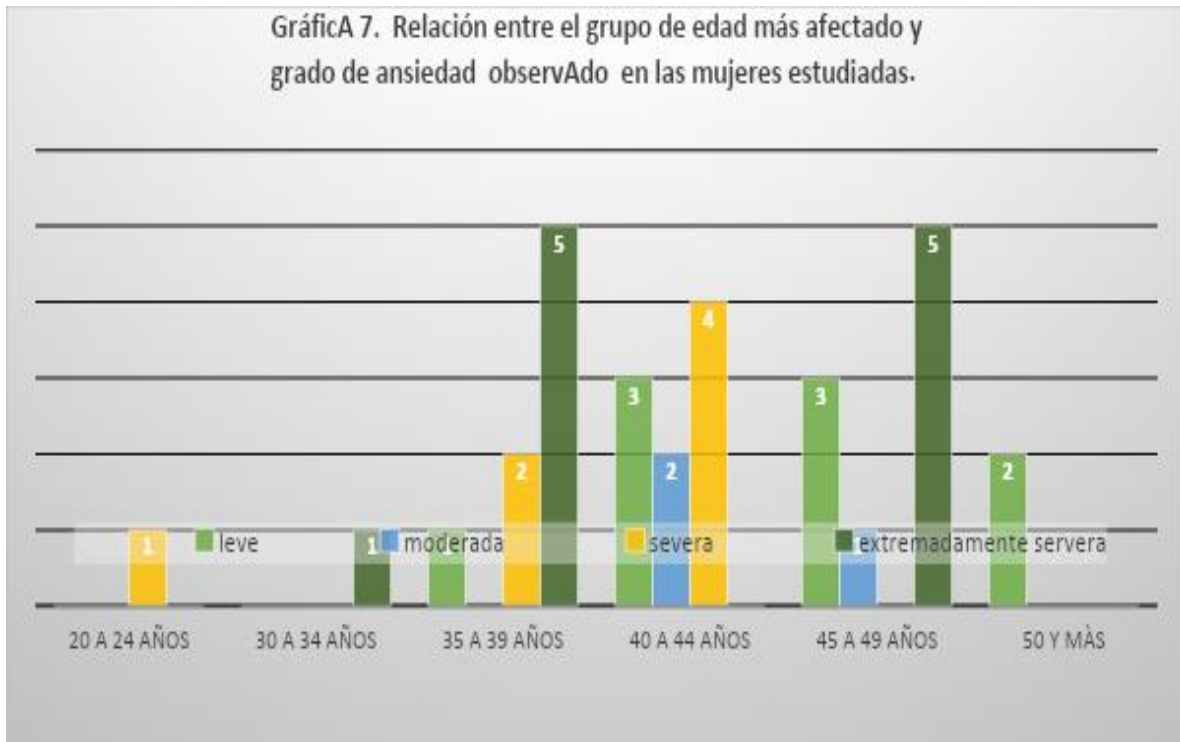
En la relación de edad y estrés, se observa que mujeres entre los 35 y 49 años manifestaron mayor grado de estrés, asociado probablemente a la presión laboral desintegración familiar, necesidad y requerimientos de los hijos y la poca o nula oferta de servicios de apoyo y rehabilitación en el sistema nacional de salud.



En el estudio se observa que el estado depresivo de las participantes es más frecuente y leve entre los 35 y los 49 años.



El estado de ansiedad de las mujeres participantes fue más evidente entre los 35 y 49 años y la condición de extremadamente severa en 11 casos que representan el 36.6% de las participantes.

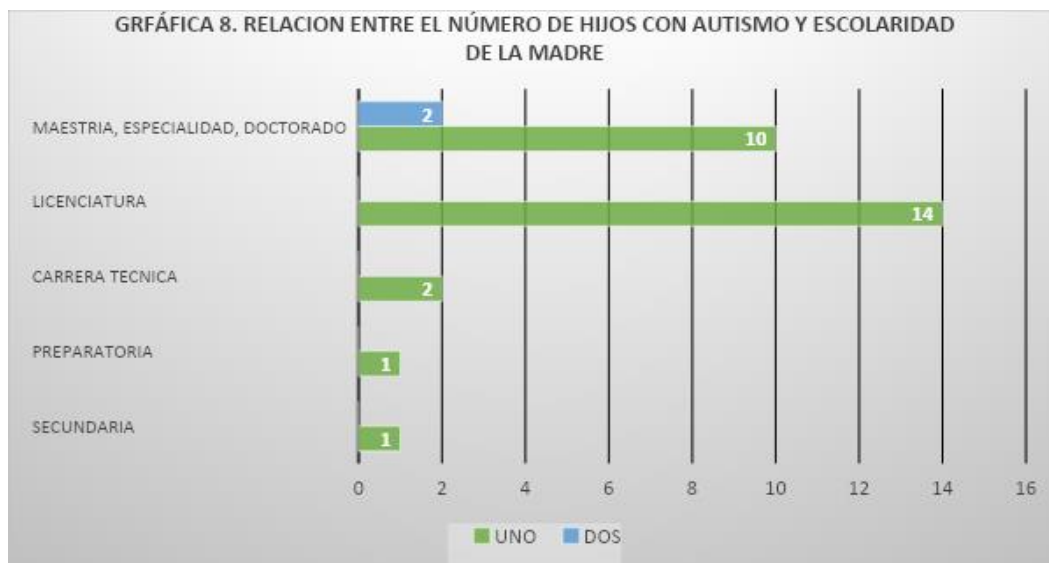


Del total de madres participantes, el 93.3% tiene un hijo con autismo y solo el 6.3% tiene dos hijos en condición de salud similar (gemelos).

La edad actual de la mayoría de las madres oscila entre los 35 y 49 años.

Cuadro 9- Número de hijos con Autismo en madres estudiadas			
Edad de la madre	Número de hijos		
	Uno	Dos	Total
15 a 19 años	0	0	0
20 a 24 años	1	0	1
25 a 29 años	0	0	0
30 a 34 años	1	0	1
35 a 39 años	8	0	8
40 a 44 años	9	0	9
45 a 49 años	7	2	9
50 y más	2	0	2
Total	28	2	30

Con relación al grado de escolaridad de madres con hijos autistas, se encontró que el total de ellas tiene algún grado de escolaridad, predominando los grados de licenciatura, maestría, especialidad y doctorado en el 93.3%. El 6.7% poseen un grado menor.



4. Discusión

El presente trabajo tiene como propósito demostrar el grado de estrés, depresión, ansiedad y ausentismo laboral en las madres de niños y niñas con trastorno del espectro autista que reciben atención y cuidados en el Instituto Mexicano para la Atención del Autismo y Desordenes del Desarrollo (IMPADD) en la ciudad de Toluca; problema de salud pública con poco estudio e investigación en el país, afectando a 1 de cada 115 niños en México; 1 de cada 60 niños en Estado Unidos de Norteamérica; y según la Organización Mundial de la salud 1 de cada 160 niños en el mundo, lo cual ha sido reportado por Lampert-Grassi María del Pilar 2018; Guízar Sánchez Boletín UNAM 2020.

En el estudio la edad de las madres al momento de la entrevista oscila entre los 15 y 49 años y la de sus hijos entre los 3 y 15 años, similar a la de otros estudios (Pozo, Sarría, Méndez, Psicothema 2006).

La asociación de edad, estrés, depresión y ansiedad muestra que las madres entre el rango de edad de 35 y 49 años manifestaron mayor grado de estrés, ligado probablemente al tipo, grado de desarrollo psicomotriz y conductual de sus hijos, la incomprensión del problema en pareja, la consecuente desintegración familiar en algunas familias, la presión laboral, necesidades y requerimientos de los hijos y la poca o nula oferta de servicios de atención y rehabilitación en el sistema nacional de salud (Baña Castro 2015).

Así mismo las madres cursan con un estado depresivo severo influido por la lenta evolución de la salud de niño o niña autista, situación laboral, ingresos o falta de redes de apoyo. El estado de ansiedad de las madres participantes se encontró en 4 de cada 10. Del total de madres participantes, la mayoría, 28 de ellas, (93.3%) tiene un hijo con autismo y, solo 2, el 6.3% tiene dos hijos en condición de salud similar. Si bien, el nivel educativo de las madres participantes es alto, su resiliencia no ha dado la fortaleza suficiente para afrontar la situación llevándolas a grados variables de estrés, depresión y ansiedad que no favorecen la interacción con sus hijos y la visión futura de ellos (Carmen Mariño Peña, Tutora: Paloma Braza Lloret; Universidad de Cádiz. Andalucía, España.) Es importante considerar que en la

población objeto de estudio (23%), no tiene una relación estable de pareja, apoyo económico y familiar, lo que, contribuye a un mayor grado de estrés, depresión y ansiedad por tener que afrontar la situación con sus propios recursos, los cuales, en la mayoría de los casos son insuficientes para sufragar el elevado gasto en instituciones privadas que implica la atención especial del niño o niña autista, este es un patrón común en sociedades en desarrollo como la nuestra, sin embargo, el hecho de estar casada no es una garantía de estabilidad y apoyo total de la pareja pues la interacción con el niño o niña autista implica actitudes de competencia, complacientes o restrictivas (CIT-Santiago)¹, (Dababnah & Parish, 2015; Universidad de Chile². Lee, 2013; Ooi, Ong, Jacob & Khan, 2016; Whitmore, 2016; Bonis & Sawin, 2016.)

5. Conclusiones

Se cumplió el objetivo de estudio, sin embargo, se tiene como limitación el tamaño de la muestra, pero no existe este tipo de investigación en el Instituto Mexicano para la Atención del Autismo y Desordenes del Desarrollo de la ciudad de Toluca, así como en el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), lo que puede dar pauta para una oportuna detección y control de casos en el primer nivel de atención a la salud.

Es importante señalar que la edad de madre es un factor clave en la vida de niños con autismo, pues entre más jóvenes mayor dificultad para comprender, entender y poder interactuar con los hijos.

Por otra parte, se identificó que el nivel de escolaridad observado, es un indicador favorable que contribuye a la mejor comprensión y manejo de los hijos en su desarrollo social.

El estado civil de la madre es un valor social que influye en la seguridad y respaldo de los hijos en su desarrollo psicosocial y sobre todo en niños con alguna limitación como el autismo ya que su comportamiento y necesidades personales, educativas y otras requieren de apoyo constante. Sin embargo, ese respaldo se ve afectado por la amenaza de la desintegración familiar, los recursos económicos insuficientes, la presión laboral, las necesidades y requerimientos de los hijos y la poca o nula oferta de servicios de apoyo y rehabilitación en el sistema nacional de salud.

La aplicación de la escala DASS-21 permitió identificar la presencia de manifestaciones relacionadas al estrés, lo cual nos ayuda a orientar la consulta con especialistas de trastornos de la conducta, sin embargo, en el Instituto Mexicano para la Atención del Autismo y Desordenes del Desarrollo, solo se da atención y cuidados a los niños en situación especial, dejando abierta una brecha poco favorable para lograr una interacción efectiva entre padres e hijos.

En el grupo de estudio según niveles de estrés, ansiedad y depresión expresado queda la evidencia y necesidad de ayuda especializada para reforzar la autoestima, evitar un deterioro mental grave en las madres y mejorar la calidad de vida familiar. Las condiciones de estrés, depresión y ansiedad de severa a extremadamente severa se asocian con la falta de resiliencia al diagnóstico y manejo del TEA como familia, derivado de que las expectativas de los padres hacia los hijos son totalmente diferentes a las que se establecen cuando existe un hijo con TEA, son niños con condiciones diferentes los cuales siempre requieren vigilancia estricta por los padres desde la niñez hasta la etapa adulta y vejez, a pesar de que el objetivo del manejo psicoterapéutico es enseñarles conductas de vida independiente, siempre existirá el temor en el núcleo familiar de que una sociedad que no está preparada para ser empática con los niños (as) con TEA y su familia los lastime, humille o excluya por no cumplir con las reglas sociales y de comportamiento estipuladas en una sociedad, aunado a esto es importante señalar que los costos en la atención de estos niños en instituciones privadas (médica, de rehabilitación, psicológica, psiquiátrica así como de inclusión escolar) son muy altos, factor estresor importante para las madres de este estudio.

Si bien, la mayoría de las madres tiene un empleo (86.3%) esta situación las presiona para conservar el puesto de trabajo como fuente de ingresos indispensable para costear la atención de los hijos y les aleja de ellos entre 8 y 10 horas, 5 y hasta 7 días por semana, lo cual, complica la interacción con sus hijos, quedando al cuidado de terapeutas, familiares o terceros, así mismo las relaciones sociales y el esparcimiento se ven afectados ante la no integración esperada de los hijos con otros niños sin afección del desarrollo.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) son los principales proveedores de servicios de salud y otras prestaciones (73%), sin embargo, no son un elemento de gran ayuda por no contar con servicios especializados para atención, capacitación y rehabilitación de hijos y la familia y, en caso de existir, son incompatibles con su horario de trabajo.

Cabe mencionar que en la ciudad de Toluca existen 2 centros de rehabilitación y educación especial públicos (CREE Y CEREE) y aunque la mayoría de las madres participantes tienen seguridad social, la atención en estos centros es gratuita y dan servicios a población sin ningún tipo de seguridad social, sin embargo la atención de los niños en estos centros está sujeta a largos tiempos de espera para citas, debido a la gran demanda de niños y adultos con enfermedades neurológicas, psiquiátricas, etc., dichas instituciones no cuenta con estancia para tener a los niños entre 5 y 7 horas diarias tiempo en el que las madres de los niños con TEA trabajan, motivo por el cual acuden a instituciones particulares para la atención de sus hijos.

Por otra parte, la composición familiar es reducida a uno, máximo 2 hijos por el temor a que se repita el patrón genético. La ausencia laboral de las madres no siempre está asociada a necesidades de atención y cuidados del hijo o hija autista, pues las crisis de estrés, ansiedad, depresión y otras enfermedades agudas o crónicas, son causa frecuente de demanda de servicio de salud e incapacidad laboral en el grupo de estudio.

Es necesario abrir varias líneas de investigación que aborden el diagnóstico situacional de las familias con hijos autistas, y no solo direccionar los esfuerzos al diagnóstico y atención de los hijos.

Formular proyectos de formación de padres mediante terapia cognitivo-conductual individualizada para el manejo de los desencadenantes del estrés, ansiedad y depresión fomentando el aprendizaje de habilidades y técnicas de afrontamiento para el control del estrés.

Las relaciones sociales o de amistad de las madres y padres se deben estimular para que las redes de apoyo (familia o amigos) sean capaces de entender la situación que viven, otra línea de investigación involucraría la aplicación de la escala DASS-21 a los padres y hermanos, para la estimación de los niveles de estrés, ansiedad y depresión, ya que generalmente no son los cuidadores principales en la mayoría de los casos, pero forman parte del sistema familiar, subsistema conyugal y filial, los cuales requieren de igual manera atención.

Es necesario implementar alternativas de atención psicológica, psiquiátrica, nutricional y de actividad física para mejorar las condiciones de salud y relaciones familiares, así como la capacidad de respuesta ante el estresor principal en estas madres y familias de niños con TEA.

6. Referencias

1. Artigas-Pallares J, El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. septiembre de 2012;32(115):567–87.
2. De Lara JG. El autismo. Historia y clasificaciones. 2012;35(3):5.
3. Balbuena Rivera F. Breve revisión histórica del autismo. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 2007;27(2):61–81.
4. Nahmod M. Tres modelos de historia crítica sobre autismo. :10.
5. Romero M. Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorder: A comparative study between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnosis. *Int J Clin Health Psychol*. septiembre de 2016;16(3):266–75.
6. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013. 1414 p.
7. Hodges H. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Transl Pediatr*. febrero de 2020;9(S1): S55–65.
8. Reynoso C. El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. :9.
9. Alcantud Marín F. Prevalencia de los trastornos del espectro autista: revisión de datos. *Prevalence of Autism Spectrum Disorders: data review [Internet]*. el 1 de octubre de 2017 [citado el 15 de marzo de 2021]; Disponible en: <https://gredos.usal.es/handle/10366/137892>
10. Duchan E. Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Pediatr Clin North Am*. febrero de 2012;59(1):27–43.
11. Reynoso C. El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. :9.
12. Bai D Yip BHK. Association of Genetic and Environmental Factors with Autism in a 5-Country Cohort. *JAMA Psychiatry*. el 1 de October de 2019;76(10):1035.
13. Taylor MJ. Autism Spectrum Disorders and Autistic Traits Over Time. *JAMA Psychiatry*. el 1 de septiembre de 2020;77(9):936.

14. Zalaquett D. Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Rev Chil Pediatr*. marzo de 2015;86(2):126–31.
15. Gaugler T. Most genetic risk for autism resides with common variation. *Nat Genet*. agosto de 2014;46(8):881–5.
16. Varela-González DDM. Conceptos actuales sobre la etiología del autismo. 2011;11.
17. Zalaquett D. Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Rev Chil Pediatr*. marzo de 2015;86(2):126–31.
18. Carabantes CC. Señales de alerta de los trastornos del espectro autista. :4.
19. Ruiz-Lázaro PM. Trastornos del espectro autista: Detección precoz, herramientas de cribado. *Pediatría Aten Primaria*. diciembre de 2009;11:381–97.
20. Soto Calderón R. Comunicación y lenguaje en personas que se ubican dentro del espectro autista. *Actual Investig En Educ* [Internet]. el 28 de marzo de 2011 [citado el 6 de abril de 2021];7(2). Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/9269>
21. La ecolalia en el Trastorno del Espectro Autista. Qué es y por qué se produce [Internet]. *Red Cenit*. 2016 [citado el 15 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.redcenit.com/la-ecolalia-en-el-trastorno-del-espectro-autista-que-es-y-por-que-se-produce/>
22. Rico-Moreno J. Comorbilidad de TEA y TDAH: revisión sistemática de los avances en investigación. *An Psicol*. el 28 de julio de 2016;32(3):810.
23. Ivanov I. The Route to Autism Spectrum Diagnosis in Pediatric Practice in Bulgaria. *Diagnostics* [Internet]. el 11 de enero de 2021 [citado el 28 de febrero de 2021];11(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7827839/>
24. Hallett V. Exploring the Manifestations of Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*. octubre de 2013;43(10):2341–52.

25. Sandín B. DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Rev Psicopatología Psicol Clínica*. 2013;18(3):255–86.
26. Lord C. Autism spectrum disorder. *The Lancet*. agosto de 2018;392(10146):508–20.
27. Massani Enríquez JF. La evaluación psicopedagógica de niños (as) con trastornos del espectro autista mediante el perfil psicoeducativo. *Rev Univ Soc*. agosto de 2015;7(2):145–51.
28. Médica G. Diagnosticar eficazmente el autismo mejora el pronóstico de los síntomas [Internet]. *Gaceta Médica*. 2019 [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/diagnosticar-eficazmente-el-autismo-mejora-el-pronostico-de-los-sintomas-cb1993567/>
29. Gómez SL. Curso y pronóstico del trastorno autista. :12.
30. Tacca Huamán DR, Alva Rodríguez MA, Chire Bedoya F. Estrés parental y las actitudes de las madres solteras hacia la relación con los hijos. *Rev Investig Psicol*. junio de 2020;(23):51–66.
31. Davis NO, Carter AS. Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Associations with Child Characteristics. *J Autism Dev Disord*. agosto de 2008;38(7):1278–91.
32. Ávila J. El estrés un problema de salud del mundo actual. *Rev CON-Cienc*. 2014;2(1):117–25.
33. Toumeh MDK. Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático. :49.
34. Organization WH. Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes [Internet]. Madrid, España: Editorial Panamericana; 2001 [citado el 24 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42399>
35. OMS | La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_2012_1009/es/

36. Salud Mental - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado el 17 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
37. Fuhrmann CM. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. Rev Cuba Salud Pública. :3.
38. 4. Definición, factores de riesgo y diagnóstico [Internet]. GuíaSalud. [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-definicion/>
39. Kousha M. Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder. J Child Health Care Prof Work Child Hosp Community. 2016;20(3):405–14.
40. Scherer N. Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE [Internet]. el 30 de julio de 2019 [citado el 16 de marzo de 2021];14(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6667144/>
41. Naheed A. Burden of major depressive disorder and quality of life among mothers of children with autism spectrum disorder in urban bangladesh. Autism Res Off J Int Soc Autism Res. 2020;13(2):284–97.
42. Martin GH, Segura PC. Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad. :43.
43. GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf [Internet]. [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
44. Fernández Suárez MP. Salud mental e intervenciones para padres de niños con trastorno del espectro autista: una revisión narrativa y la relevancia de esta temática en Chile. Rev Psicol PUCP. 2019;37(2):643–82.
45. Dykens EM. Distress in Mothers of Children With Autism and Other Disabilities: A Randomized Trial. Pediatrics. agosto de 2014;134(2): e454–63.
46. Detección y manejo del Colapso del Cuidador.pdf.
47. Guerrero-Nava JA. Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. :8.

48. Menéndez Tuàrez G. El estrés como factor principal del síndrome del cuidador en los representantes de las personas con discapacidad de la fundación FADINNAF. Caribeña Cienc Soc [Internet]. el 17 de enero de 2019 [citado el 17 de marzo de 2021];(enero). Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/01/estres-sindrome-cuidador.html>
49. Seguí JD. Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología, y estado de Salud. An Psicol Ann Psychol. 2008;24(1):100–5.
50. Robledillo NR. Consecuencias del cuidado de personas con trastorno del espectro autista sobre la salud de sus cuidadores: 2012; 20.
51. Aranda B. C. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Rev Investig En Psicol. el 5 de marzo de 2014;16(1):233.
52. Watanabe BYA. Redes de apoyo social y fortalecimiento de la calidad de vida de familias a través de la política social. :6.
53. Baña Castro M. EL rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. Cienc Psicológicas. noviembre de 2015;9(2):323–36.
54. Tatamuez-Tarapues RA. Revisión sistemática: Factores asociados al ausentismo laboral en países de América Latina. Univ Salud. el 21 de diciembre de 2018;21(1):100–12.
55. Ausentismo laboral cuesta a empresas 40% en productividad - Noticias, Deportes, Gossip, Columnas | El Sol de México [Internet]. [citado el 17 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.elsoldemexico.com.mx/finanzas/ausentismo-laboral-cuesta-a-empresas-40-en-productividad-429532.html>
56. Solís A. Ausentismo laboral “golpea” a empresas mexicanas • Forbes México [Internet]. Forbes México. 2014 [citado el 17 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/ausentismo-laboral-golpea-empresas-mexicanas/>
57. Román F. Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. :13.

58. Antúnez Z. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Ter Psicológica*. diciembre de 2012;30(3):49–55.
59. Campo-Arias. Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Rev Fac Med*. el 10 de febrero de 2015;62(3):407–13.
60. Mella FR. Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): adaptación y propiedades psicométricas en estUdiantes secUndarios de Temuco. 2014;13.
61. Camacho Á. Psychometric Properties of the DASS-21 Among Latina/o College Students by the US-Mexico Border. *J Immigr Minor Health*. 2016;18(5):1017–23.
62. Gloster AT. Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. *J Affect Disord*. October de 2008;110(3):248–59.
63. Bottesi G. The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Compr Psychiatry*. julio de 2015; 60:170–81.
64. Tran TD. Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*. December de 2013;13(1):24.
65. Overview of the DASS and its uses [Internet]. [citado el 17 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/over.htm>
66. Henry JD. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psico*. junio de 2005;44(2):227–39.
67. Mancini JL. Declaración de Helsinki: Principios Éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioética* [Internet]. diciembre de 2000 [citado el 25 de agosto de 2020];6(2). Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=en

7. Anexos

7.1 Tabla de puntuación para escala DASS-21.

Depresión	Ansiedad	Estrés
5-6 puntos, depresión leve	4 puntos ansiedad leve	8-9 puntos, estrés leve
7-10 puntos, de depresión moderada	5-7 puntos, ansiedad moderada	10-12 estrés moderado
11-13 puntos depresión severa	8-9 puntos ansiedad severa	13-16 estrés severo
14 o más depresión extremadamente severa	10 o más ansiedad extremadamente severa	17 o más estrés extremadamente severo

7.2 CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO:

1.- ¿Qué edad tienes?

- a) 15 a 19 años b) 20 a 24 años c) 25 a 29 años
d) 30 a 34 años e) 35 a 39 años f) 40 a 44 años
g) 45 a 49 años h) 50 y más

2.- ¿Cuál es tu escolaridad?

- a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria d) carrera técnica
e) Licenciatura f) Maestría, Especialidad, Doctorado.

3.- ¿Cuál es tu estado civil?

- a) Soltera b) Unión libre c) Casada d) Divorciada

4.- ¿Cuál es tu religión?

- a) católica b) cristiana c) evangélica d) mormona
e) protestante f) Otra

5.- ¿Cuál es tu ocupación?

0.- No me ha ocurrido

1.- Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo

2.- Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo

3.- Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo

1.-Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.-Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.-No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.-Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.- Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.- Reaccioné exageradamente en ciertas circunstancias	0	1	2	3
7.- Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.- He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.- Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico, o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.- He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.- Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.- Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.- Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.- No tolere nada que no permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15.- Sentí que estaba a punto del pánico	0	1	2	3
16.- No me puedo entusiasmar por nada	0	1	2	3
17.- Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.- He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.-Senti los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.- Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.- Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

7.4 Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación médica.

Título del protocolo: Aplicación de la Escala DASS-21 a madres con hijos autistas, en Toluca, de junio a julio del año 2021.

Investigador principal: M.C. Denia Eréndira Vilchis Pérez.

Sede donde se realizará el estudio: Instituto Mexicano Instituto Mexicano para la Atención del Autismo y Desordenes del Desarrollo en la ciudad de Toluca.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Se plantea la realización de este estudio aplicar la Escala DASS-21 a madres con hijos autistas, en Toluca, de junio a julio del año 2021, con el fin de determinar las consecuencias emocionales y laborales que genera esta patología.

OBJETIVO DEL ESTUDIO.

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo la aplicación de la escala DASS-21 a madres con hijos autistas, en Toluca, de junio a julio del año 2021.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.

En caso de aceptar participar en el estudio se le pedirá firmar un consentimiento informado y posteriormente completar una encuesta, lo que tomará aproximadamente entre 10 a 15 minutos de su tiempo. Ayudando de esta forma al investigador con la meta del estudio antes informada.

ACLARACIONES.

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

La información obtenida en este estudio será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto permanecerán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el.

Si algunas de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas, así como de contactare con el investigador a la siguiente dirección electrónico deniavilchis@gmail.com y/o número telefónico 7223500313 para atender con gusto sus dudas y sugerencias.

De antemano le agradecemos su participación.

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Nombre y Firma del participante

Firma de testigo 1

Firma de testigo 2

CRONOGRAMA											
	2019				2020				2021		
	MARZO MAYO	JUNIO AGOSTO	SEPTIEMBRE NOVIEMBRE	DICIEMBRE FEBRERO	MARZO MAYO	JUNIO AGOSTO	SEPTIEMBRE NOVIEMBRE	DICIEMBRE FEBRERO	MARZO ABRIL	MAYO JUNIO	JULIO AGOSTO
PLANEACION DEL PROYECTO											
ELABORACIÓN DEL MARCO TEORICO	X	X	X	X							
MATERIAL Y MÉTIODOS					X	X	X				
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO								X			
EJECUCIÓN DEL PROYECTO									X		
RECOLECCIÓN DE DATOS										X	
ALMACENAMIENTO DE DATOS										X	
ANÁLISIS DE DATOS Y DESCRIPCION DE RESULTADOS											X
DISCUSIÓN DE RESULTADOS											X
INTEGRACIÓN Y REVISION FINAL											X
AUTORIZACIONES											X
IMPRESIÓN DEL TRABAJO FINAL											X
ENVIO Y SOLICITUD DE TITULACIÓN											X

"2021, Año de la Consumación de la Independencia y la Grandeza de México"

JEFATURA DE INVESTIGACION DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL
MEMORANDUM 203F 39103 JIHMI/028/2021

TOLUCA, MÉXICO
JUNIO 29 DE 2021

DRA. MARTHA BERENICE HERNÁNDEZ MIRANDA
DIRECTORA DE TESIS
PRESENTE:

Por este medio, hago de su conocimiento que el comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación ha aprobado el protocolo titulado "**APLICACIÓN DE DASS-21 A MADRES CON HIJOS AUTISTAS, EN TOLUCA, DE JUNIO-JULIO DE 2021**", con No de registro **13-2021**.

Le recordamos que el registro tiene vigencia de 1 año y tendrá que mostrar su avance semestral.

Sin otro particular por el momento, les envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE


JEFATURA DE ENSEÑANZA
MONICA DENNISE MARTIN DE SARO
JEFA DE INVESTIGACION
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
103F 39103

c.c.p. Consecutivo

MDMS/atm*

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIO:

Av. Miguel Hidalgo pte. núm. 600, col. La Merced, C.P. 50080, Toluca, Estado de México.

