



Universidad Abierta Interamericana

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

Estrategias de afrontamiento y estilos parentales en madres de niños y niñas con y sin
Trastorno del Espectro del Autismo.

Tutor: Gago, Lucas.

Tesista: Grasso, María Florencia

Legajo N: 3098

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Fecha de presentación: 01/06/2020

Agradecimientos

Principalmente a mi familia, por ser mi sostén día a día, porque me acompañaron desde el primer momento hasta el último de esta hermosa carrera y futura profesión, sin ellos no hubiese sido posible.

A quienes en un principio solo fueron compañeros de la facultad, pero que se mantuvieron a lo largo del tiempo, creando vínculos y momentos que hicieron de este recorrido algo hermoso, y son aquellos a quienes hoy en día me doy el lujo de llamar amigas y amigos.

A todas las personas que con una frase de aliento me dieron ese pequeño empujón que muchas veces fue tan necesario.

Al equipo docente de la facultad, el cual está conformado de profesionales que logran transmitir la pasión y dedicación por este trabajo tan increíble que es el de ser psicólogo/a. Por siempre incentivarnos a seguir creciendo, a ser curiosos, y a no bajar los brazos.

Resumen

La presente investigación tuvo por objetivo evaluar las estrategias de afrontamiento y estilos parentales presentes en las madres de hijos/as (de 3 a 10 años de edad) con Trastorno del Espectro del Autista (TEA) participantes en el estudio, para luego realizar la comparación con madres de niños o niñas con desarrollo neurotípico.

El estudio fue de enfoque cuantitativo de tipo correlacional, con un diseño cuasi experimental, de corte transversal. La muestra total fue conformada por 70 madres, entre ellas 35 madres con hijos o hijas que poseen diagnóstico de TEA, y 35 madres de hijos o hijas con desarrollo neurotípico.

Para realizar la evaluación se utilizó el inventario CRI-A (Moos, 1993; adaptación Argentina: Mikulic, 2008), el cual tiene como objetivo la evaluación del afrontamiento de un sujeto ante situaciones estresantes de la vida. Para evaluar estilos parentales se utilizaron dos escalas: Afecto y Normas-Exigencias, diseñadas y validadas por Bersabé et al. (2001).

Los resultados obtenidos indicaron que existe diferencia significativa entre las variables estrategias de afrontamiento y estilos parentales, las madres con niños con diagnóstico de TEA presentaron estrategias de afrontamiento de tipo aproximativas orientadas a la búsqueda de orientación y apoyo y un estilo parental con tendencia a la crítica-rechazo, mientras que las madres de niños/as con desarrollo neurotípico presentaron un Estilo Parental centrado en el afecto y la comunicación. Por lo que se concluye que las mujeres con hijos con TEA presentan esfuerzos para manejar o resolver el estresor con la intención de manipular o alterar las condiciones responsables del problema, pero que lo realizan acercándose a sus hijos de un modo más indulgente y desde el estilo de la crítica- rechazo. Mientras que las madres de niños con niños con

desarrollo neurotípico presentan un estilo el cual se caracteriza por presentar un grado de afecto más elevado, demostrando interés y comunicación con respecto a sus hijos a la hora de resolver sus dificultades o posibles problemas.

Palabras Clave

Estrategias de Afrontamiento – Estilos Parentales – Madres – Trastorno del Espectro Autista.

Abstract

The objective of this research was to evaluate the coping strategies and parenting styles present in the mothers of children (from 3 to 10 years old) with Autism Spectrum Disorder (ASD) participating in the study, to then make the comparison with mothers of boys or girls with neurotypical development.

The study was a correlational type quantitative approach, with a quasi-experimental, cross-sectional design. The total sample was made up of 70 mothers, including 35 mothers with sons or daughters who have a diagnosis of ASD, and 35 mothers of sons or daughters with neurotypic development.

To carry out the evaluation, the CRI-A inventory was used (Moos, 1993; Argentine adaptation: Mikulic, 2008), which aims to evaluate the coping of a subject in stressful life situations. Two scales were used to evaluate Parental Styles: Affection and Norms-Requirements, designed and validated by Bersabé et al. (2001).

The results obtained indicated that there is a significant difference between the coping strategies and parenting styles variables, the mothers with children with a diagnosis of ASD presented coping strategies of an approximate type oriented to the search for guidance and support and a parenting style with a tendency to criticism - rejection, while the mothers of children with neurotypic development presented a Parental Style focused on affection and communication. Therefore, it is concluded that women with children with ASD present efforts to manage or resolve the stressor with the intention of manipulating or altering the conditions responsible for the problem, but that they do it by approaching their children in a more forgiving and style of criticism-rejection. While mothers of children with children with neurotypical development have a style which is characterized by presenting a higher degree of affection, showing

interest and communication with respect to their children when it comes to solving their difficulties or possible problems.

Key Words

Coping Strategies - Parental Styles - Mothers - Autistic Spectrum Disorder.

Índice general

Agradecimientos.....	2
Resumen	3
Abstract.....	5
CAPITULO I.....	12
1. Planteamiento Del Problema.....	13
1.1 Introducción	13
1.1.1 Pregunta de Investigación.....	14
CAPITULO II.....	16
2. Marco Teórico	17
2.1 Definición de variables	17
2.1.1 Estrategias de Afrontamiento	17
2.1.2 Estilos Parentales.....	19
2.1.3 Trastornos del Espectro del Autismo	22
<i>Clasificación internacional de los Trastornos del Espectro del Autismo.</i>	23
<i>Etiología.</i>	25
<i>Diagnóstico y Prevalencia.</i>	25
<i>Comorbilidad.</i>	26
2.2 Relación entre variables.....	27
2.3 Antecedentes	27
2.4 Objetivos.....	36
2.4.1 Objetivo General.....	36
2.4.2 Objetivos Específicos.	36
2.5 Hipótesis	36
2.5.1 Hipótesis General.	36
2.5.2 Hipótesis Específicas.....	37
CAPITULO III	38
3. Metodología.....	39
3.1 Diseño de Investigación	39
3.2 Población y Muestra.....	39
3.3 Instrumentos	40
3.4 Procedimiento.....	43
CAPITULO IV	46
4. Resultados	47

4.1 Análisis de datos	47
4.2 Descripción de la muestra.....	48
4.2 Comparación de Variables.....	53
CAPITULO V	61
5. Discusión y Conclusiones.....	62
CAPITULO VI.....	69
6. Referencias Bibliográficas	70
CAPITULO VII.....	76
7. Anexos.....	77

Índice de Gráficos

Gráfico 1. <i>Distribución de Edad en la muestra general</i>	48
Grafico 2. <i>Distribución del Estado Civil en la muestra General</i>	48
Gráfico 3. <i>Distribución del Nivel de Institución en la muestra General</i>	49
Gráfico 4. <i>Distribución de la Ocupación de la muestra general</i>	49
Grafico 5. <i>Distribución de Grupo Familiar Conviviente de la muestra general</i>	50
Grafico 6. <i>Distribución de Cantidad de Hijos de la muestra general</i>	50
Gráfico 7. <i>Distribución tiempo dedicado a hijo de la muestra general</i>	51
Gráfico 8. <i>Distribución de madres con hijos con TEA de la muestra general</i>	51
Grafico 9. <i>Distribución de madres cuyos hijos realizan terapia de la muestra general</i>	52
Gráfico 10. <i>Distribución de realización de terapia de la muestra general</i>	52

Índice de Tablas

TABLA I. <i>Dimensiones estrategias de Afrontamiento en madres de niños con y sin TEA</i>	53
TABLA II. <i>Subescalas de estrategias de Afrontamiento Aproximativas en madres de hijos con y sin TEA</i>	53
TABLA III. <i>Subescalas estrategias de Afrontamiento Evitativas en madres de hijos con y sin TEA</i>	54
TABLA IV. <i>Dimensiones Estilos Parentales en madres de hijos con y sin TEA</i>	55
TABLA V. <i>Estrategias de afrontamiento y estilos parentales en madres según sus hijos realizan terapia o no</i>	56
TABLA VI. <i>Dimensiones estrategias de afrontamiento en función de la presencia o no de terapia en hijo/a</i>	57
TABLA VII. <i>Subescalas estrategias de afrontamiento en función de la realización o no de terapia en los hijos</i>	57
TABLA VIII. <i>Estilos Parentales en madres según sus hijos que realicen o no terapia</i>	58
TABLA IX. <i>Estrategias de afrontamiento en función de la realización de terapia en las madres</i>	59

«Mi desarrollo no es absurdo, aunque no sea fácil de entender.

*Tiene su propia lógica y muchas de las conductas que llamáis «alteradas»
son formas de enfrentar el mundo desde mi especial forma de ser y percibir.*

Haz un esfuerzo por comprenderme»

¿Qué nos pediría un autista?

Ángel Rivère

CAPITULO I

1. Planteamiento Del Problema

1.1 Introducción

Las estrategias de afrontamiento se definen como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman 1984). Estos autores entienden que el afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente. Además, señalan que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento no son un ente estático sino el conjunto de respuestas que una persona activa para hacer frente a situaciones que causan estrés en función de la situación de partida (Amarís, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013).

Dentro del ámbito, Baumrind define el estilo parental como una característica de la relación entre padres e hijos, entendiendo estas relaciones desde un enfoque bidireccional. Producto de estas relaciones se desarrollan cuatro estilos parentales: autoritario, permisivo, democrático y negligente. (Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001).

Acerca del Trastorno del Espectro Autista es pertinente definirlo utilizando el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (2015). El autismo es caracterizado por déficits persistentes en la comunicación e interacción social (manifestado por dificultades en el uso de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones adecuadas al nivel de desarrollo, ausencia de la tendencia espontánea a compartir con otras personas), alteración cualitativa de la comunicación (retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje, alteración en la capacidad de iniciar o mantener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje,

ausencia de juego realista espontáneo), patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados (preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, adhesión inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales, manierismos motores estereotipados y repetitivos, preocupación persistente por partes de objetos).

Acerca de los estudios que permitan comprender las estrategias de afrontamiento y los estilos parentales predominantes en las madres de niños con enfermedades o discapacidades como el Trastorno del Espectro Autista se ha encontrado poca evidencia que reporte resultados.

Es importante destacar que en este trabajo se limitará al análisis del estilo materno ya que, por un lado, se considera que son las madres quienes generalmente se encargan de supervisar las actividades, costumbres y rutinas de la vida cotidiana del niño, y por otro, porque el interés del presente trabajo reside en comparar su estilo con el de madres de hijos sin el trastorno, dejando para futuras investigaciones el análisis del estilo paterno (Gonzalez, Bakker y Rubiales, 2014).

1.1.1 Pregunta de Investigación.

¿Existe diferencia significativa en las estrategias de afrontamiento y los estilos parentales en madres de hijos e hijas con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista y las madres de niños/as con desarrollo neurotípico?

1.2 Relevancia Teórica

El presente trabajo de investigación pretende aportar información relevante sobre las diferencias y similitudes entre las estrategias de afrontamiento y los estilos parentales en madres de niños con y sin TEA, se hace pertinente llevar a cabo esta investigación debido a que se ha evidenciado un gran vacío teórico tanto en investigaciones realizadas en la población Argentina como en investigaciones en Latinoamérica.

1.3 Relevancia Practica

Se hace notable la necesidad de explorar y ahondar sobre la relación de las estrategias de afrontamiento y los estilos parentales utilizados con el fin de obtener implicaciones prácticas en el trabajo con las familias y en el tratamiento del paciente, que ayuden a incrementar el afrontamiento positivo y reducir el uso de estrategias desadaptativas.

1.4 Relevancia Social

Es importante atender a las familias como agentes directos de intervención. Estas familias presentan un alto riesgo de padecer estrés, lo cual tiende a empeorar la condición del niño con autismo, y además, repercute negativamente en todos los miembros de la familia (influyendo en las relaciones que se dan entre todos ellos). De este modo, se hace imprescindible no trabajar sólo sobre el niño sino también sobre la familia.

CAPITULO II

2. Marco Teórico

2.1 Definición de variables

2.1.1 Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se definen como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman 1984, p. 141). Estos autores entienden que el afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente y señalan, además, que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver. Por tanto, las estrategias de afrontamiento no son un ente estático sino el conjunto de respuestas que una persona activa para hacer frente a situaciones que causan estrés en función de la situación de partida (Amarís, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013).

Fernandez Abascal y Palmero (1999) consideran que las personas utilizan sus propias estrategias de afrontamiento, definiéndolas como la forma característica y relativamente estable que las personas tienen para enfrentarse a situaciones estresantes. Considerando esta definición mencionan tres dimensiones básicas que dan lugar a los diferentes estilos de afrontamiento posibles:

a. Dimensión del método de afrontamiento empleado:

- Estilo de afrontamiento activo: Aquel que moviliza esfuerzos para los distintos tipos de resolución de la situación estresante
- Estilo de afrontamiento pasivo: Aquel que se basa en no hacer nada sobre la situación. En este tipo de afrontamiento se establece una conducta de espera, expectativa de que cambien las condiciones.

- Estilo de afrontamiento de evitación: Se basa en intentar evitar o huir de la situación o de sus consecuencias.
- b. Focalización del afrontamiento:
- Estilo de afrontamiento dirigido al problema: Búsqueda de alterar o manipular las condiciones responsables de la amenaza o estrés.
 - Estilo de afrontamiento dirigido a la respuesta emocional: Este estilo está dirigido a reducir o eliminar la respuesta emocional resultado de la situación.
 - Estilo de afrontamiento dirigido a modificar la evaluación inicial de la situación: Estilo dirigido a realizar una reevaluación del problema o situación estresante.
- c. Actividad movilizada en el afrontamiento:
- Estilo de afrontamiento cognitivo: Se utilizan esfuerzos de tipo de análisis, búsqueda de alternativa, anticipación de consecuencias, etc.
 - Estilo de afrontamiento conductual: Los principales esfuerzos están orientados a la adaptación, la búsqueda de la misma puede ser pasiva o activa.

En el modelo de afrontamiento de Moos (1993) se postula que las selecciones de respuestas específicas de afrontamiento quedan contextualizadas sobre la base de las características específicas de la crisis que el sujeto atraviesa y de la evaluación que éste hace de la situación. En la evaluación de la situación el sujeto puede actuar con un Afrontamiento por Aproximación (el sujeto se focaliza en el problema y refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver los estresores vitales) o utilizar el tipo de Afrontamiento por Evitación (refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus implicancias, o para manejar el afecto asociado al mismo).

Dentro de las estrategias de Afrontamiento con foco en la aproximación se encuentran: Análisis Lógico y Revalorización/Reevaluación Positiva, presentando un método cognitivo. Y de método conductual la Búsqueda de Orientación y Apoyo, y la Resolución de Problemas. Por su parte, las estrategias de afrontamiento con foco en la evitación son las estrategias de Evitación Cognitiva y la Resignación o Evitación, ambas representan un método de afrontamiento cognitivo. Mientras que en el afrontamiento conductual se encuentran estrategias como la Búsqueda de Gratificaciones o Recompensas y la Descarga Emocional (Mikulic y Crespi, 2008).

2.1.2 Estilos Parentales

Dentro del ámbito de investigación, Baumrind (1966) define el estilo parental como una característica de la relación entre padres e hijos, entendiendo estas relaciones desde un enfoque bidireccional. En el “modelo de autoridad parental” propuesto por el autor se describen cuatro tipos de estilos parentales en función del grado de control que los padres ejercen sobre sus hijos: el estilo autoritario, el permisivo, el democrático y el negligente.

Maccoby y Martin (1983) describen los cuatro estilos parentales mencionados anteriormente a partir de dos dimensiones: afecto/comunicación y control/establecimiento de límites.

La dimensión apoyo/afecto refiere al amor, a la aprobación, a la aceptación y a la ayuda que se les brinda a los hijos. La dimensión control parental hace referencia al disciplinamiento, son padres controlan y/o supervisan el comportamiento de sus hijos y además velan por el cumplimiento de las normas establecidas por ellos mismos. Es a partir de éstas dimensiones se desarrollan y describen a continuación cuatro estilos parentales, el autoritario, el permisivo, el democrático y el negligente.

- *Estilo democrático*: Son padres que estimulan la expresión de las necesidades de sus hijos, promueven la responsabilidad y otorgan autonomía (Torío López, Peña Calvo e Inda Caro, 2008). Los padres con estilo democrático transmiten afecto, brindan apoyo, promueven la comunicación, establecen reglas a nivel familiar, procuran su cumplimiento utilizando el razonamiento inductivo como forma de disciplinamiento, logran autonomía y cooperación en sus hijos (Alonso y Román, 2005; Lila y Gracia, 2005).

- *Estilo autoritario*: Los padres que utilizan un estilo autoritario otorgan mayor importancia a la obediencia de los hijos, limitando de este modo la autonomía de los mismos. Caracterizado por normas minuciosas y rígidas. Padres que se esfuerzan en influir, controlar y evaluar el comportamiento de sus hijos en función de patrones rígidos. La comunicación suele ser cerrada o unidireccional, no facilitan el diálogo, llegan a utilizar el rechazo como medida disciplinaria (Baumrind, 1966).

- *Estilo permisivo*: Los padres y madres caracterizados por un estilo permisivo se comportan de una forma benigna hacia los impulsos y acciones del niño. Por lo general no son directivos, ni asertivos, y tampoco establecen normas en la distribución de tareas o en los horarios dentro del hogar. Acceden fácilmente a los deseos de los hijos. Son tolerantes en cuanto a la expresión de impulsos, incluidos los de ira y agresividad. A diferencia del estilo negligente, a los padres con estilo permisivo les preocupa la formación de sus hijos, y se sienten implicados y comprometidos, responden y atienden a sus necesidades. Promueven una

importante autonomía en sus hijos, los liberan del control, evitan el uso de las restricciones y el castigo (Torío López et al., 2008).

- *Estilo negligente*: Torio López, et al., describen indican que este estilo es caracterizado por la no implicación afectiva en los asuntos de los hijos y por la dimisión en la tarea educativa. Los padres permisivo-negligentes invierten en los hijos el mínimo tiempo posible y tienden a resolver las obligaciones educativas de la manera más rápida y cómoda posible. Les resulta más cómodo no poner normas, ya que las mismas implicarían diálogo y vigilancia. No pueden evitar, en algunas ocasiones, estallidos irracionales de ira contra los hijos. Arranz, Bellido, Manzano, Martín y Olabarrieta (2004) agregan que, cuando éstos traspasan los límites de lo tolerable, suele utilizarse el castigo físico hacia los hijos como medida disciplinaria. A su vez si sus recursos lo permiten, complacen a los hijos rodeándolos de halagos materiales.

Bersabé, Fuentes y Motrico (2001) describen cinco factores para evaluar los Estilos Parentales:

Factor I (Afecto-Comunicación): Se describe como el grado de afecto, interés y comunicación que manifiestan los padres a sus hijos.

Factor II (Crítica-Rechazo): Nivel de crítica, rechazo y falta de confianza de los padres hacia sus hijos.

Factor III (Forma Inductiva): Los padres explican a sus hijos el establecimiento de las normas, y las adaptan a las necesidades y posibilidades de sus hijos. Manifiestan más afecto, interés y comunicación con sus hijos, y también los que menos los critican y rechazan.

Factor IV (Forma Rígida): Los padres imponen a sus hijos el cumplimiento de las normas, y mantienen un nivel de exigencias demasiado alto e inadecuado a las necesidades de los hijos. La forma rígida de imponer las normas correlaciona positivamente con la manifestación de crítica, rechazo y falta de confianza del padre y la madre hacia sus hijos. Además, la forma rígida se relaciona directamente con la ausencia de afecto, interés y comunicación de las madres con sus hijos.

Factor V (Forma Indulgente): Los padres no ponen normas ni límites a la conducta de sus hijos y, si lo hacen, no exigen su cumplimiento.

Se ha encontrado evidencia que indica que las madres tienden a mostrar prácticas parentales más cercanas al estilo autoritario o democrático, mientras que los padres muestran prácticas más cercanas al estilo autoritario o rígido (Russel, Hart, Robinson y Olsen, 2003).

2.1.3 Trastornos del Espectro del Autismo

Los criterios diagnósticos del trastorno del espectro autista (TEA) han cambiado en los últimos años, respondiendo al desafío que supone la alta variabilidad clínica con la que se presenta esta condición (Gonzalez, Vasquez, Hernandez Chavez, 2019).

Según Wing y Gould (1979), el concepto «Espectro Autista» engloba diferentes grados y niveles y, hace referencia a un continuo de alteraciones que comparten características nucleares comunes. Sin embargo, todos los casos incluidos en los TEA presentan dificultades en las siguientes áreas (Barthélemy et al., 2000):

1. Desarrollo de la interacción social recíproca.
2. Comunicación verbal y no verbal

3. Repertorio restringido de intereses y comportamientos

Belinchón (2001), agrega otros rasgos asociados al TEA como los problemas de conducta y emocionales, estados de agitación y ansiedad, conductas heteroagresivas y autolesivas, epilepsia. El autor destaca que, además de los rasgos anteriormente mencionados, una de cada cuatro personas con TEA manifiesta a partir de la adolescencia trastornos del sueño y de la alimentación.

Clasificación internacional de los Trastornos del Espectro del Autismo.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales [DSM] (2015) el autismo es caracterizado por déficits persistentes en la comunicación e interacción social (manifestado por dificultades en el uso de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones adecuadas al nivel de desarrollo y ausencia de la tendencia espontánea a compartir con otras personas), alteración cualitativa de la comunicación (retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje, alteración en la capacidad de iniciar o mantener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, y ausencia de juego realista espontáneo), patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados (preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, adhesión inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales, manierismos motores estereotipados y repetitivos, y preocupación persistente por partes de objetos).

Niveles de gravedad del Trastorno del Espectro del Autismo según DSM – V

- Grado 1 - “Necesita Ayuda”: Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de

otras personas. La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos.

- Grado 2 - “Necesita Ayuda Notable”: Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos.
- Grado 3 - “Necesita Ayuda Muy Notable”: Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.

La diversidad de las formas clínicas del autismo justifica que el concepto se identifique actualmente más como un espectro de condiciones, que comparte una misma triada de síntomas, que como un trastorno unitario con rasgos clínicos fijos. Los sistemas internacionales de clasificación para el diagnóstico, como es el DSM IV, recogen esta diversidad y distinguen cinco tipos de trastornos en este espectro: el Trastorno Autista, el Trastorno de Asperger, el Síndrome de Rett, el Trastorno Desintegrativo infantil y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado. (Grupo de Expertos de TEA [GETEA], 2005).

Etiología.

En la actualidad no existe una respuesta sobre la naturaleza y causas que originan el Trastorno del Espectro Autista, sin embargo, estudios recientes sobre avances en genética del autismo indican una fuerte responsabilidad genética en su etiología (Abrahams y Geschwind, 2008). En general, el TEA se podría definir como una disfunción neuroevolutiva, con causas orgánicas diversas, que afectan a la ontogenia cerebral y psicológica (Asociación Española de Profesionales de Autismo. (2011).

Diagnóstico y Prevalencia.

El rango de edad promedio de diagnóstico oscila entre los 3 y los 10 años dependiendo de factores como la severidad de los síntomas e incluso el estrato socioeconómico (Daniels y Mandell, 2014).

Así mismo, Gutiérrez Ruiz (2019) expone que aunque los indicadores clínicos del TEA sean universales, su expresión y severidad podría variar teniendo en cuenta diversos factores, incluyendo, al igual que los autores anteriormente mencionados, los factores socioculturales. Agrega que un factor que dificulta el diagnóstico, y hace que este se realice de forma más tardía es el auto-reporte de los padres durante los procesos de seguimiento al desarrollo de los niños.

Existen múltiples estudios a nivel internacional acerca de la prevalencia del TEA, la estimación general, basada en un estudio poblacional de en múltiples comunidades de Estados Unidos, indica que la prevalencia de TEA es de 16.8 por cada 1,000 niños de 8 años, 1 niño cada 59 (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, 2014). Montiel Nava, Chacin y Gonzalez Ávila (2017) en su estudio acerca de la edad de diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista exponen que no hay

informes sobre la edad de diagnóstico de los niños que viven en países latinoamericanos. Agregan que, el TEA no solo se diagnostica de manera insuficiente en los niños latinos sino que tal diagnóstico también se alcanza en un promedio de 2,5 años después que con los niños caucásicos. Entre los factores que han sido explorados como responsables del diagnóstico posterior en la población latina de niños incluyen: acceso disminuido a servicios de salud y educación, severidad de los síntomas (niños con menos síntomas severos buscarían ayuda luego), síntomas y enfermedades comórbidas, deterioro intelectual, dominio del idioma de los padres.

Sin embargo, en los últimos años, se ha informado que los casos de autismo han aumentado considerablemente, lo que estableció un debate tanto público como científico sobre si estas estimaciones reflejan un cierto aumento en el número de niños con este trastorno, o el aumento se debe a una sensibilización y mejora de la detección junto con una ampliación de la definición de autismo (Dawson et al., 2006).

En Argentina se estima que cerca de 400.000 personas responden a este diagnóstico (Cadaveira, 2017).

Comorbilidad.

Según el Manual básico para el personal de atención de salud y formuladores de política (2014) las comorbilidades médicas son mucho más prevalentes entre individuos con TEA que entre integrantes de la población general. Estas comorbilidades además podrían ser más difíciles de reconocer, muchas de estas condiciones no se identifican en parte a razón de deficiencias en la comunicación y a veces por presentarse una sintomatología ambigua. A través de diversas investigaciones se ha concluido que los individuos diagnosticados con TEA tienen más riesgo de sufrir desregulaciones inmunológicas, alergias, sensibilidades alimenticias, una gama de trastornos

gastrointestinales, estrés oxidativo excesivo, disfunción metabólica y mitocondrial, perturbaciones autónomas, actividad convulsiva subclínica y epilepsia. Las investigaciones además demuestran que la intensidad de muchas de estas condiciones coincide con la intensidad de los síntomas de TEA.

2.2 Relación entre variables

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es uno de los trastornos más complejos y serios del desarrollo infantil, ya que sus características clínicas generan en padres y madres una constante fuente de estrés, de cambios físicos y emocionales que alteran definitivamente la vida familiar, de pareja y la vida social, requiriendo por parte del niño afectado intensos y continuos cuidados; convirtiéndose en un síndrome que compromete la calidad de vida de quien lo sufre y de su familia (Obando, 2009).

El impacto que produce la presencia de un hijo o hija con TEA en la dinámica familiar es claro, ya que las características particulares puede provocar sentimientos de frustración, ansiedad y estrés en los progenitores (Johnson, Frenn, Feetham y Simpson, 2011). Un estudio sobre estrés en padres de personas con TEA, realizado en España por Pozo et al. (2006), analizó el estrés maternal en familias de personas con autismo. En él se propuso un modelo multifactorial y global basado en el modelo teórico de estrés familiar Doble ABCX, en el cual el factor aA (estresor) en interacción con bB (apoyos) y cC (percepción) produce un resultado o factor xX (nivel de estrés). Los resultados establecieron relación entre estresor y estrés, donde variables como la severidad del trastorno y los problemas de conducta han mostrado una relación directa con el estrés.

2.3 Antecedentes

Si bien se han desarrollado diversos estudios de investigación tendientes a indagar acerca del estrés parental, los estilos educativos parentales, las estrategias de

afrontamiento, entre otras variables, las relaciones existentes entre el estilo parental y las estrategias de afrontamiento han sido escasamente estudiadas, ya que en su mayoría se han centrado en las estrategias de afrontamiento y los estilos parentales presentes y percibidos de los niños.

Como primer antecedente se remite a un estudio realizado por la Asociación Española de Profesionales del Autismo (AETAPI, 2001) acerca de las necesidades de las familias de niños y niñas con TE, el cual indica que las necesidades principales de estas familias, además de las necesidades utilitarias (supervisión del hijo, supervisión médica, servicios de cuidado), son las necesidades psicológicas e instrumentales. Las necesidades psicológicas incluyen el acceso a la información y conocimiento del trastorno, así como a la información del diagnóstico y de los diversos procesos de evaluación, información y conocimiento del autismo, y la necesidad de tener un lugar y espacio para compartir ideas y expresar sentimientos. Por otro lado, las necesidades instrumentales están conformadas por la necesidad de adquirir formas de favorecer el desarrollo, capacidades y adquisición de técnicas, formas de organizar el tiempo y energía de la familia, y el afrontamiento de problemas, de la educación e información sobre servicios, ayudas o becas.

Bersabé, Fuentes y Motrico (2001) analizan las propiedades psicométricas de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales: La Escala de Afecto (consta de dos factores afecto-comunicación y crítica-rechazo), y la Escala de Normas y Exigencias (se divide en tres factores sobre la forma de establecer y exigir el cumplimiento de las normas: forma inductiva, rígida e indulgente). Los autores encontraron que los padres y madres que tienen una forma inductiva de establecer normas son los que manifiestan más afecto, interés y comunicación con sus hijos, y también los que menos los critican y rechazan. Mientras que la forma rígida de imponer

las normas correlaciona positivamente con la manifestación de crítica-rechazo, y se relaciona directamente con la ausencia de afecto, interés y comunicación de las madres con sus hijos. La forma indulgente está asociada a una manifestación positiva del afecto.

En cuanto a la relación entre las estrategias de afrontamiento y los estilos Parentales y teniendo en cuenta las investigaciones precedentes en primer lugar se encuentra la investigación realizada por De Minzi (2005) la cual tuvo como objetivo estudiar la influencia de los estilos de relación parental percibidos por el niño, sobre el desarrollo de las estrategias de afrontamiento de la amenaza y las emociones asociadas a los afrontamientos. Los resultados de la investigación indican que las familias democráticas promueven afrontamientos adaptativos. Por el contrario, las familias rechazantes promueven afrontamientos desadaptativos.

En el siguiente año el papel del Trastorno del Espectro Autista como factor estresor es descrito por Pozo Cabanillas, Sarriá Sánchez y Méndez Zaballos (2006). Los autores afirman que el TEA constituye un factor de estrés y que este a su vez forma parte de un complejo modelo en el que intervienen otros factores como: el apoyo y el sentido de la coherencia (la percepción del problema o factor). A su vez indican que la mayoría de las madres (87%) mostraban un grado de estrés por encima del considerado clínicamente significativo.

En un estudio que comparó el tipo de apego y estilo de crianza en niños con trastorno del espectro autista, retraso mental, trastorno del lenguaje y niños no clínicos realizado por Rutgers et al. (2007) se encontró que los padres de niños clínicos informaron un estilo menos democrático y, asimismo, cuentan con menos apoyo social, en comparación con los padres de niños no clínicos. Aunque los padres de niños con TEA mostraron un estilo menos democrático en la crianza de los hijos, ellos reportaron el mismo grado de autoeficacia parental que los padres de los otros grupos, incluido el

grupo no clínico. Los resultados obtenidos indican que el mayor estatus socioeconómico se asoció con mayor edad de padres, menor edad infantil y más apoyo social. Los padres de los niños clínicos informaron un nivel socioeconómico más bajo que los padres de los niños no clínicos. Los padres de niños con apegos más seguros informaron menos molestias diarias. La mayor eficacia parental se asoció con un estilo de crianza democrático, los padres de este estilo presentaron menos problemas diarios y menos problemas psicológicos. Los niños en el grupo clínico estaban significativamente menos conectados con sus padres que los niños no clínicos. Asimismo, el menor apoyo social se asoció con más molestias parentales diarias y más problemas psicológicos. Además, se encontró que los niños en el grupo clínico estaban significativamente menos conectados con sus padres que los niños no clínicos. Los padres de niños con TEA de alto funcionamiento y los padres de niños no clínicos informaron más apoyo social que los padres de los niños con trastorno del lenguaje. Los niños con TEA fueron calificados como menos seguros en comparación con los otros grupos. Los resultados para los subgrupos de TEA (grupo combinado de niños con TEA con y sin retraso mental) hallaron que especialmente los niños con TEA de alto funcionamiento, mostraron una baja seguridad en comparación con los niños no clínicos. Se esperaba que los niños con TEA de alto funcionamiento mostraran más seguridad de apego que los niños en el grupo TEA de bajo funcionamiento.

En la investigación realizada por Bueno-Hernández, Cárdenas-Gutiérrez, Pastor-Zamalloa y Silva-Mathews (2012) cuyo objetivo fue identificar las experiencias de padres de familia en el cuidado de su hijo/a con TEA entre 3 a 8 años de edad, los resultados refieren que a pesar de que los padres dedican una gran parte de su tiempo al cuidado de su hijo con TEA, sólo un 50% no descuida la crianza de sus otros hijos. El

53.3% presenta sentimientos de negación, el 66.7% de impotencia y el 86.7% de paciencia. En la dinámica familiar, el 70% cuida a su hijo casi todo el día, el 63.3% renunció a su trabajo (en su mayoría madres) y el 70% suele turnarse en el cuidado de su hijo con TEA para de esta manera contrarrestar el cansancio. En lo físico somático, el 50% de los padres sintió agotamiento ante el cuidado de su hijo y el 66.7% estrés y el 46.7% refiere sentirse cansado y sin fuerzas. Además, se encontraron correlaciones positivas y significativas entre los niveles de sobrecarga y las dimensiones psicopatológicas y de salud evaluadas. Por otro lado, el 73% de los padres manifiestan que se encuentran un poco limitados para asistir a algunas actividades y un 26.7 se excluyó del entorno social sin darse cuenta.

El siguiente trabajo surge como una inquietud de los autores (integrantes de una ONG que se dedica al trabajo con niños y adolescentes que han sufrido la vulneración de algunos de sus derechos) por revisar en un rápido recorrido los desarrollos conceptuales sobre los estilos educativos parentales y las posibles consecuencias del ejercicio de uno u otro en niños y/o adolescentes. Los autores, Capano y Ubach (2013) encontraron que la formación de padres toma una gran relevancia constituyéndose como un camino necesario a recorrer por instituciones educativas, sociales y sanitarias, públicas y privadas. Es en ese marco que los autores concluyen que tiene sentido la formación de padres, ya que puede mejorar el desempeño de los adultos en su quehacer cotidiano, permitiendo el mejor desarrollo físico, psicológico y social de niños y adolescentes.

En el mismo año se encuentra la investigación realizada por Ruvalcaba Romero, Gallegos Guajardo, Villegas Guinea y Lorenzo Alegría (2013). El objetivo de este trabajo fue identificar la relación entre las habilidades emocionales de los padres, los

estilos de comunicación utilizados con sus hijos y el estilo parental ejercido sobre las dimensiones del clima familiar. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 468 padres de familia con al menos un hijo en edad escolar a quienes se aplicaron las siguientes escalas: Trait – Meta Mood Scale en Español (TMMS-24), Escala de Normas y Exigencias (ENEP), Escala de Afecto (EAP) y la Escala de Clima Social Familiar. Los resultados señalan que la inteligencia emocional percibida de los padres, tienen un efecto indirecto en el clima familiar a través de la comunicación de tipo afectivo y el estilo parental inductivo.

En el estudio elaborado por Fernández, Cerezuela y Botella Pérez (2014) se ha encontrado que estas familias utilizan la planificación para resolver problemas y el apoyo social como estrategias de afrontamiento activas (implican la focalización hacia la tarea, es decir, ambas se dirigen a manipular o alterar las condiciones responsables del problema).

Acerca de la diferencia entre la percepción de los estilos parentales de las madres de niños con TDAH en comparación con el grupo control (madres de niños y niñas con desarrollo neurotípico), la investigación realizada por Gonzalez, Bakker y Rubiales (2014) muestra resultados en los que se observa que las madres de hijos o hijas con TDAH manifiestan mayor crítica, menor expresión afectiva y comportamientos educativos más rígidos. A su vez, se ha evidenciado que estas madres tienden a utilizar más estrategias de afrontamiento desadaptativas que las madres de niños sin el trastorno. Los autores acentúan que si bien no se observan diferencias significativas entre los grupos en cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas, sí se evidencia una tendencia a utilizar en mayor medida estrategias de afrontamiento racional y emocional en madres de niños con TDAH. Los autores agregan que identificar el estilo parental más funcional y las estrategias de afrontamiento al estrés más efectivas para

estas madres tiene una implicación directa sobre el tratamiento del trastorno ya que podrían jugar un rol importante en el curso de la enfermedad de su hijo.

En un estudio realizado para establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento y las características sociodemográficas presentes en padres de niños con TEA elaborado por Albarracín Rodríguez, Rey Hernández y Jaimes Caicedo (2014). Se encontró mayor empleo de estrategias enfocadas a la emoción y al problema. Según los autores, estas estrategias permiten que los padres identifiquen las dificultades por las que están atravesando en el cuidado de su hijo/a, buscando ayuda para mejorar dicha situación. También se encontró que a mayor número de hijos los padres emplean más las estrategias de Evitación emocional, Evitación cognitiva y Autonomía; es decir, tienden a ocultar o inhibir las propias emociones, enfocándose en otras actividades lo que en ciertos momentos ayuda a nivelar los niveles de estrés.

Otros estudios, como el realizado por Lai, Goh, Oei y Sung (2015) muestran que el grupo de padres con hijos con TEA presenta un afrontamiento centrado en la emoción, de evitación activa, en mayor medida que el grupo de padres con desarrollo típico.

Los autores Ramirez, Ferrando y Sainz (2015) realizaron una investigación cuyo objetivo fue estudiar la relación entre los estilos parentales e Inteligencia emocional de los padres y la IE de sus hijos/as en edades tempranas. Han participado un total de 83 niños escolarizados en 2º ciclo de educación infantil; 52 padres y 62 madres. Los resultados mostraron que el estilo parental se relaciona con la Inteligencia emocional de los padres. Los padres/madres con mayor inteligencia emocional tienden a mostrar un estilo democrático. A su vez, el estilo democrático de los padres/madres correlaciona en mayor medida con la IE de los niños. Se encontró además que, dependiendo del estilo

parental, los alumnos tienden a desarrollar más ciertas habilidades emocionales que otras, así, los niños con madres autoritarias tenían mayores habilidades interpersonales.

Siguiendo la cronología en el siguiente año se estudiaron los estilos parentales según la percepción de padres, madres y sus hijos e hijas de 12 años de edad, realizada por Bosch, González Tornaría y Massonnier (2016). Para este estudio se aplicaron las escalas de Afecto y de Normas y Exigencias a 107 padres y madres y 107 hijos e hijas. Se encontraron diferencias significativas en la percepción de padres y madres, en el factor Crítica/Rechazo y en la subescala Inductiva, según el sexo de los hijos que respondieron. Las percepciones de hijos e hijas arrojaron diferencias significativas para los padres, en las escalas Afecto e Indulgentes y para las madres en las escalas Afecto, Indulgentes e Inductiva. Los padres con nivel de enseñanza primaria aparecieron significativamente más inductivos que quienes tuvieron estudios universitarios.

En el mismo año con el objetivo de analizar la calidad de vida de los cuidadores principales de personas con TEA los autores Durán, García-Fernández, Fernández y Sanjurjo (2016) realizaron una investigación que contó con una muestra de 50 cuidadores de personas con TEA con edades comprendidas entre 20 y 35 años. Los resultados expresaron que el estrés parental, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida no se asocian significativamente con la etapa evolutiva de la persona con TEA. Por otro lado, la calidad de vida en los dominios psicológico, social y ambiental es peor en los cuidadores con niveles de estrés parental clínicamente significativos y la calidad de vida en el dominio psicológico es mejor entre quienes utilizan estrategias de afrontamiento más adaptativas, como el apoyo social o la reevaluación positiva. Por el contrario, la utilización de estrategias del tipo reacción agresiva, evitación emocional o dificultades de afrontamiento se relaciona con una peor calidad de vida en los dominios psicológico, social y ambiental.

Los autores Sinha, Verma y Hershe (2016) realizaron un estudio comparativo de los estilos de crianza de los hijos, el estrés parental y resiliencia entre los padres de niños con TEA, padres de niños con trastorno de aprendizaje y padres de niños no diagnosticados con ningún trastorno psiquiátrico. La muestra consistió en padres de 98 niños, que incluyeron 53 madres y 45 padres. Los resultados arrojaron que 86 padres presentaban un estilo democrático, mientras que 10 estilo permisivo y solo 2 presentaban un estilo autoritario. La puntuación media en el estilo permisivo fue significativamente mayor en los padres con un niño diagnosticado con TEA. Este estudio encontró que el estrés de los padres era significativamente mayor en padres con un niño diagnosticado con TEA, que en los padres con hijos que tienen trastorno de aprendizaje y que los que no presentan ningún diagnóstico. El estudio ha demostrado que las madres reportan niveles significativamente más altos de estrés sobre factores parentales tales como rol parental, sentido de competencia y relación con el cónyuge.

Asimismo, los padres que emplearon más tiempo con el niño eran amas de casa o padres desempleados o padres que trabajan de manera temporal. Estos autores consideran que es bastante natural que las necesidades de un niño con discapacidad suela ser multidimensional. No obstante, aunque el estrés de los padres se vio afectado por el diagnóstico del niño, la resiliencia no fue afectada. Los padres con un niño sin TEA informaron niveles comparables de resiliencia, al igual que padres con un niño que tiene TEA o trastorno de aprendizaje. Por lo tanto, los autores suponen que la gravedad o tipo de situación estresante no afecta a las habilidades personales de afrontamiento y resiliencia. Se encontró que el único factor que afecta la resiliencia de los padres era el tipo de crianza. Los autores encontraron que la resiliencia es más alta en padres democráticos y menos autoritarios. Este estudio concluyó que el nivel de estrés percibido en un padre se ve afectado por el tipo de discapacidad, el tiempo que pasa con

el niño y el género del niño, mientras que la resiliencia de los padres se ve afectada por los estilos de crianza (Shina et al., 2016).

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo General

- Comparar las estrategias de afrontamiento y los estilos parentales presentes en las madres de hijos e hijas con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista y madres con hijos e hijas con desarrollo neurotípico.

2.4.2 Objetivos Específicos.

- Evaluar y describir los tipos de estrategias de afrontamiento presentes en las madres de hijos con TEA participantes en el estudio. Y a su vez, describir las estrategias de afrontamiento de madres con hijos e hijas con desarrollo neurotípico.
- Relacionar los estilos parentales presentes en las madres de hijos con y sin TEA participantes en el estudio.
- Relacionar las estrategias de afrontamiento y los estilos parentales en función de características sociodemográficas: si el hijo/a realiza o no terapia, entre las madres que realizan terapia y las madres que no realizan la misma, y el número de hijos.

2.5 Hipótesis

2.5.1 Hipótesis General.

- El diagnóstico de TEA en un hijo/a influye en las estrategias de afrontamiento y los estilos parentales de las madres.

2.5.2 Hipótesis Específicas.

- Se espera que las madres que poseen hijos/as con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista presenten en mayor grado estrategias de afrontamiento de tipo aproximativas, orientadas a la búsqueda de apoyo.
- Las madres de niños/as con desarrollo neurotípico presentarán estrategias de afrontamiento evitativas, con foco en la descarga emocional.
- En cuanto a los estilos parentales se espera que las madres de niños/as con TEA presenten un estilo más permisivo centrado en el afecto, en comparación a las madres de niños/as con desarrollo neurotípico de quienes se espera que presenten un estilo parental centrado en el afecto y la comunicación.
- Las características sociodemográficas como el número de hijos y realizar o no terapia (tanto en madres como en hijos) influiría en las estrategias de afrontamiento y los estilos parentales.

CAPITULO III

3 Metodología

3.1 Diseño de Investigación

El presente estudio será de enfoque cuantitativo de tipo cuasi experimental debido a que no hay control de variables, de corte transversal ya que el estudio se realizará en un único periodo de tiempo, comparativo ya que se contrastarán dos variables (estrategias de afrontamiento y los estilos parentales) en la muestra de madres.

3.2 Población y Muestra

En el estudio participará una muestra de 35 madres de niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y de 35 madres con hijos con desarrollo neurotípico. La selección de la muestra será por muestreo incidental, participarán personas de forma voluntaria y que a su vez cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.1 Criterios de Inclusión

- Tener un hijo o hija diagnosticado con TEA para conformar el primer grupo.
- Tener un hijo o hija con desarrollo neurotípico.
- No evidenciar ningún tipo de enfermedad fisiológica o discapacidad en los padres que impidiera la aplicación de los cuestionarios.

3.2.2 Criterios de Exclusión

- Madres de hijos con trastornos o enfermedades diferentes al TEA o comórbidas. Incluyendo antecedentes de enfermedades neurológicas o psiquiátricas, como trastornos del aprendizaje, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, entre otros.

- Poseer dificultades motoras, visuales o auditivas que impidan la clara interpretación y respuesta de los cuestionarios.

3.3 Instrumentos

En primer lugar se utilizará un cuestionario sociodemográfico elaborado ad hoc para los fines de la presente investigación. Se relevaron las características sociodemográficas de las madres como edad, nivel educativo, ocupación, estado civil, nivel socio económico, grupo familiar conviviente, número de hijos, y datos del niño/a respecto al cual contestaron el cuestionario como si posee o no diagnóstico de TEA (y la edad a la cual fue diagnosticado) o si acude o no a terapia.

El abordaje metodológico se realizará por medio de la aplicación de dos instrumentos. El inventario CRI-A (Moos, 1993; adaptación Argentina: Mikulic, 1998) tiene como objetivo la evaluación del afrontamiento del sujeto ante situaciones estresantes de la vida, combinando dos perspectivas, por un lado considera la orientación o el foco de afrontamiento (aproximación o evitación) y por el otro, el método del afrontamiento (cognitivo o conductual).

Desde el foco de afrontamiento, las respuestas se dividen en: aproximación y evitación. Cada uno de estos dos grupos de respuestas se divide en dos categorías que reflejan los métodos de afrontamiento cognitivo y conductual. En general, el Afrontamiento por Aproximación se focaliza en el problema y refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver los estresores vitales.

En cambio, el tipo de Afrontamiento por Evitación tiende a estar centrado en la emoción; refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus implicancias, o para manejar el afecto asociado al mismo.

Al sujeto que responde se le pide que piense un estresor o problema ocurrido en los últimos doce meses en función del cual se responden un conjunto de 10 ítems, utilizando una escala de cuatro puntos, entre 1 y 4, cuyas opciones varían entre “no” y “sí”, que suministran información sobre la forma en que el sujeto evalúa el problema seleccionado y sus consecuencias. Estos ítems cubren el contexto del estresor con información sobre si era esperado, si había ocurrido anteriormente, y, también, si el sujeto ha reaccionado como si fuera una amenaza o un reto. Además, se evalúa la percepción del individuo sobre la causa del estresor y si ha sido o no resuelto el problema.

Luego se responden 48 ítems, utilizando una escala de cuatro puntos, entre 0 y 3, cuyas opciones varían entre “Nunca” y “Muchas Veces”, que evalúan 8 dimensiones específicas o escalas de afrontamiento, cada una formada por 6 ítems, a saber:

- Análisis Lógico (AL), (ítems 1, 9, 17, 25, 33, 41): intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias.

- Revalorización Positiva (R), (ítems 2, 10, 18, 26, 34, 42): intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación.

- Búsqueda de Orientación y Apoyo (BA), (ítems 3, 11, 19, 27, 35, 43): intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación.

- Resolución de Problemas (RP), (ítems 4, 12, 20, 28, 36, 44): intentos conductuales de realizar acciones conducentes directamente al problema.

- Evitación Cognitiva (EC), (ítems 5, 13, 21, 29, 37, 45): intentos cognitivos de evitar pensar en el problema de forma realista.

- Aceptación/Resignación (A), (ítems 6, 14, 22, 30, 38, 46): intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo.

- Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (BG), (ítems 7, 15, 23, 31, 39, 47): intentos conductuales de involucrarse en actividades substitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción.

- Descarga Emocional (DE), (ítems 8, 16, 24, 32, 40, 48): intentos conductuales de reducir la tensión expresando sentimientos negativos.

Las subescalas de AL, R, RP y BA se consideran estrategias de aproximación al problema y las subescalas de EC, A, BG y DE se definen como estrategias de la dimensión evitativa. En cada uno de estos dos grupos, las primeras dos escalas evalúan las respuestas cognitivas, y la tercer y cuarta escala las respuestas conductuales del afrontamiento.

Es decir, que desde el punto de vista del método de afrontamiento, las estrategias que pertenecen a la dimensión cognitiva son AL, R, EC y A, mientras que RP, BA, BG y DE corresponden a la dimensión conductual.

La fiabilidad obtenida por esta escala corresponde a un Alpha de Cronbach de 0,85.

Para evaluar Estilos Parentales se utilizaron dos escalas: Afecto y Normas-Exigencias, diseñadas y validadas por Bersabé et al. (2001).

La Escala de Afecto consta de dos factores: Afecto/Comunicación y Crítica/Rechazo; esta posee una fiabilidad con consistencia interna alta. La Escala de Normas y Exigencias se divide en tres factores de acuerdo con la forma de establecer y exigir el cumplimiento de las normas: Forma Inductiva (democrática), Rígida (autoritaria) e Indulgente (permisiva).

Las dos escalas se corresponden con cuestionarios tipo Likert, en los cuales el participante expresa el grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación seleccionando una alternativa de respuesta (Nunca, Pocas veces, Algunas veces, Muchas veces, Siempre), marcando con una cruz (x) la opción que más se acerque a su forma de pensar. La Escala de Afecto/Comunicación (EA) y la Escala de Normas y Exigencias (ENE) constan de 20 y 28 ítems respectivamente.

La puntuación de la escala se obtiene sumando los valores de las respuestas individuales, lo que proporciona una puntuación total para cada factor. Los coeficientes de fiabilidad indican una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,78$ en afecto-comunicación; $\alpha = 0,66$ en crítica-rechazo; $\alpha = 0,68$ en forma inductiva; $\alpha = 0,68$ en forma rígida; y $\alpha = 0,60$ en forma indulgente).

Los datos serán procesados con el programa estadístico SPSS (Statistical Package For The Social Sciences) 20.0.

3.4 Procedimiento

El contacto con la muestra correspondiente a las madres con hijos o hijas con diagnóstico de TEA se realizará a través del Centro Educativo Terapéutico “Yo Quiero” ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, barrio Colegiales, espacio terapéutico formado por un equipo especializado en el modelo Cognitivo Conductual. A su vez se tomará contacto con las participantes a través de plataformas digitales como son grupos en redes sociales (Facebook e Instagram) cuyos miembros sean madres que estén dispuestas a participar del estudio.

Una vez establecido el acceso a la muestra para las tomas presenciales en el centro se pautarán día y horario para poder concurrir a realizar la evaluación

propriadamente dicha. Por otro lado, el contacto con madres de niños y niñas con desarrollo neurotípico se realizará de forma incidental.

En primer lugar, me presentaré en cada oportunidad ante cada madre, dando a conocer mi nombre y mi instancia actual en la Licenciatura. Se brindará una explicación de los objetivos y el alcance de la presente investigación. Se recordará que la misma tiene fines meramente académicos y que la información brindada es confidencial.

Una vez realizada la presentación y el establecimiento de un buen rapport serán entregados en papel los protocolos, adosando ambas técnicas de forma intercalada para evitar la aquiescencia, en conjunto con un cuestionario sociodemográfico. Se entregará lapicera a cada participante.

En la modalidad online (a través de Google Forms) primero el contacto será a través de un chat privado y luego se enviará el link del formulario de forma individual. Cada madre se encontrará en primer lugar con el título de la presente investigación y luego una sección que da a conocer los objetivos de la misma, donde se hace referencia a la confidencialidad de los datos y el modo de completar el formulario. Luego continuará completando dos secciones (cada una correspondiente a un instrumento).

Luego de que cada madre participante complete los protocolos se brindará un espacio donde cada una podrá emitir, en caso de que la evaluación haya generado, diversas inquietudes.

3.4.1 Aspectos Éticos

Ante todo, en esta investigación prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se solicitará aprobación de los mismos mediante Consentimientos Informados por escrito, se protegerá la

privacidad del individuo. Se contestarán los instrumentos anteriormente descritos en forma voluntaria, anónima y confidencial.

CAPITULO IV

4 Resultados

4.1 Análisis de datos

En primer lugar se realizó la estadística descriptiva de la muestra según las variables sociodemográficas evaluadas. Luego, se procedió a realizar una prueba de normalidad de Kormogolov-Smirnov y la prueba de homogeneidad de varianzas de Levenne, encontrándose que la mayoría de las variables empleadas muestran una distribución normal y homogeneidad de varianzas. Siendo además que los grupos fueron de más de 30 participantes, se decidió emplear pruebas paramétricas para el análisis de datos, con una probabilidad de .05 de cometer error de tipo I.

Se empleó la prueba de comparación de grupos t de student, para comparar las estrategias de afrontamiento y los estilos parentales según si la madre convivía con un hijo/a con diagnóstico de TEA o desarrollo neurotípico, y según estos niños realizaran o no terapia.

4.2 Descripción de la muestra

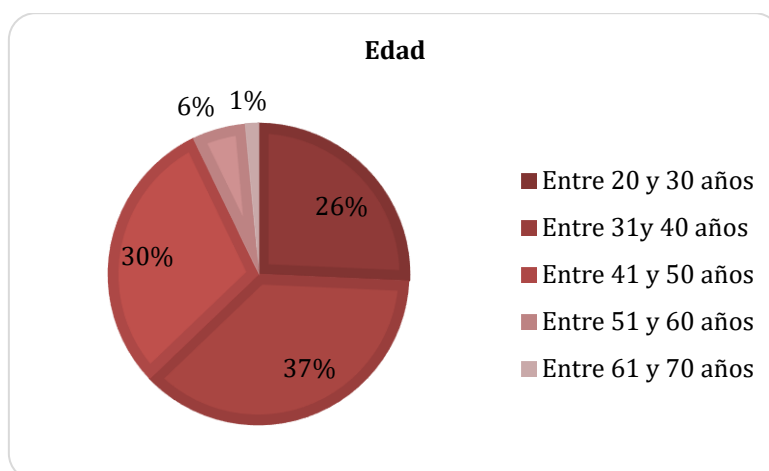


Gráfico 1. *Distribución de Edad en la muestra general*

Entre la muestra se observa que el 37% tiene una edad entre los 31 y 40 años, mientras que el 30% se encuentra con una edad entre 41 y 50 años, el 26% entre 20 y 30 años, el 6% entre 51 y 60 años y el 1% 61 y 70 años.

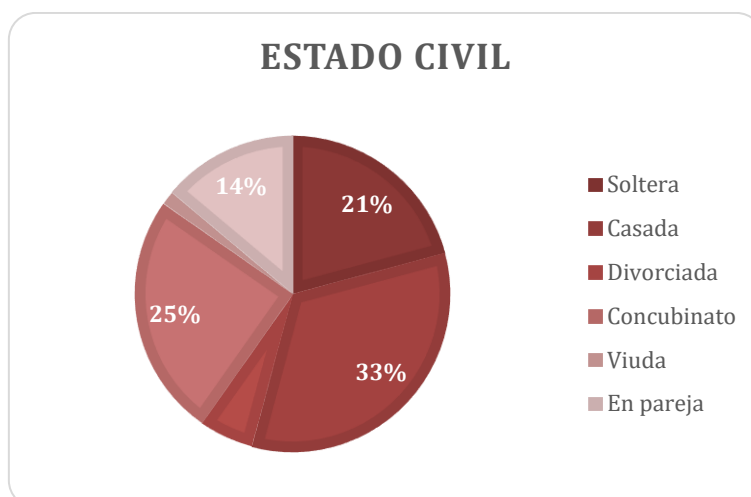


Grafico 2. *Distribución del Estado Civil en la muestra General*

En la muestra general se observa que el 33% de las madres se encuentran Casadas, el 25% en Concubinato, el 21% en la actualidad están Solteras, el 14% está En Pareja, el 6% Divorciada y el 1% Viuda.

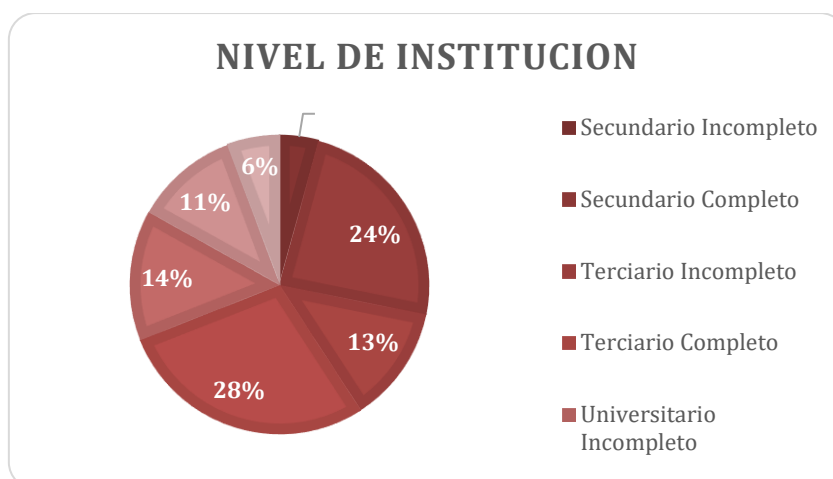


Gráfico 3. *Distribución del Nivel de Institución en la muestra General*

En la muestra general se evidencia que el 28% posee un Nivel de Institución alcanzado de Terciario Completo, el 24% alcanzó el nivel Secundario Completo, el 14% Universitario Incompleto, el 13% Terciario Incompleto, el 11% Universitario Completo, mientras que el 6% alcanzó un nivel de Posgrado o Doctorado y el 4% el Secundario Incompleto.

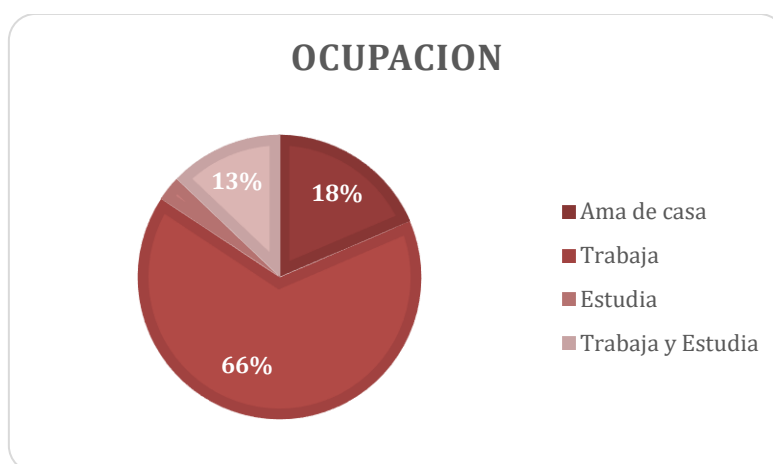


Gráfico 4. *Distribución de la Ocupación de la muestra general*

Se puede observar que el 66% de la muestra actualmente Trabaja, mientras que el 18% es Ama de casa, el 13% Trabaja y Estudia y el 3% Estudia únicamente.

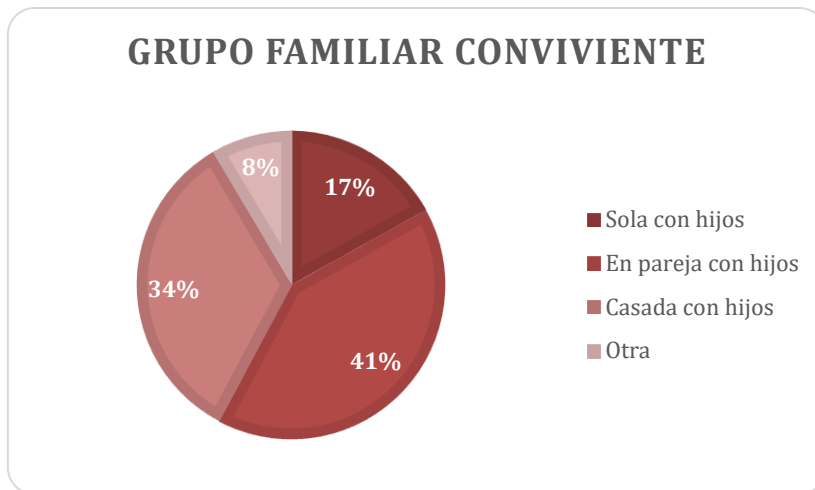


Grafico 5. *Distribución de Grupo Familiar Conviviente de la muestra general*

Del total de la muestra el 41% convive En pareja con hijos, mientras que el 34% con su Matrimonio e hijos, el 17% conviven Sola con hijos, y el 8% se encuentra conviviendo en otras condiciones.

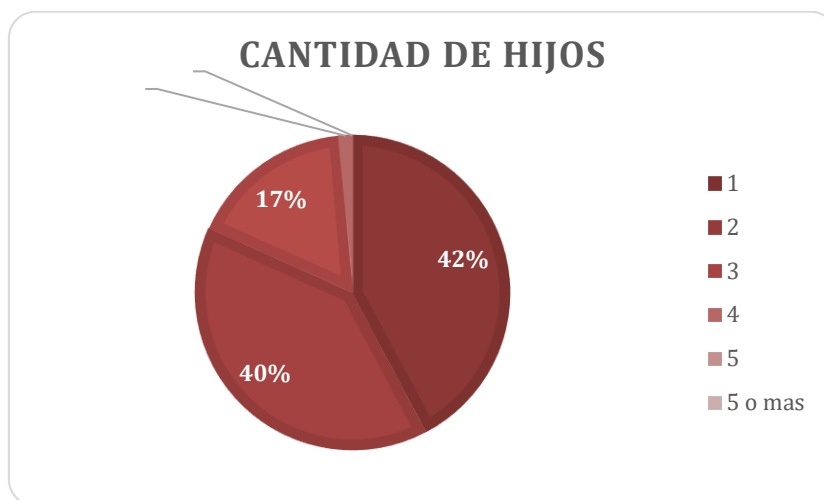


Grafico 6. *Distribución de Cantidad de Hijos de la muestra general*

Se observa que el 42% de las madres tiene un hijo solo, mientras que el 40% tiene 2 hijos, el 17% 3 hijos y el 1% 4 hijos. Ninguna participante reporto tener 5 o más hijos.

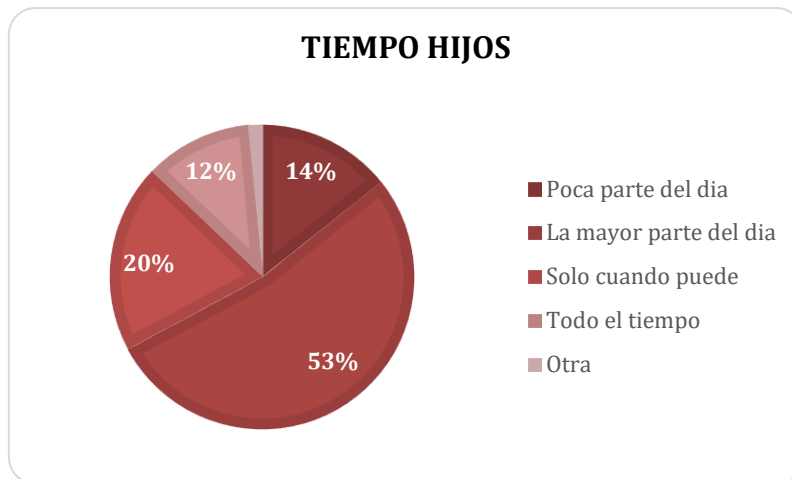


Gráfico 7. *Distribución tiempo dedicado a hijo de la muestra general*

En cuanto al tiempo dedicado a sus hijos, el 53% de las madres reportó que le dedica la mayor parte del día, mientras que el 20% informa que solo dedica el tiempo cuando puede, el 14% dedica poca parte del día, el 12% dedica todo su tiempo y el 1% reporto otras formas de distribución y dedicación del tiempo.



Gráfico 8. *Distribución de madres con hijos con TEA de la muestra general*

De la muestra general el 50% posee un hijo/a con Diagnostico de TEA y el otro 50% no posee un hijo con dicho diagnóstico.

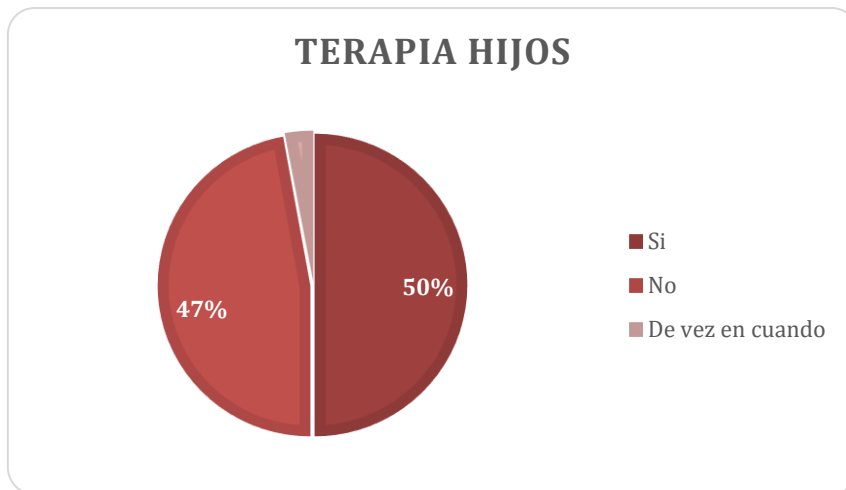


Grafico 9. *Distribución de madres cuyos hijos realizan terapia de la muestra general*

El 50% de las madres reportan que su hijo acude a terapia, el 47% reporta que su hijo no realiza terapia, mientras que el 3% indica que realiza terapia de vez en cuando.

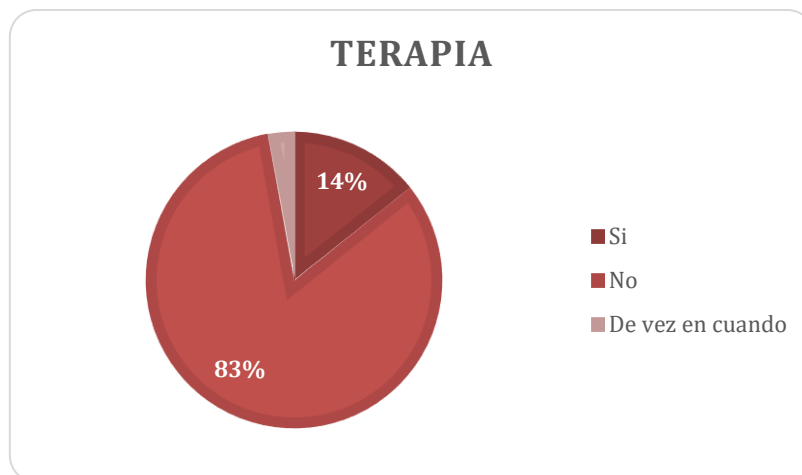


Gráfico 10. *Distribución de realización de terapia de la muestra general*

De la muestra general el 83% reporta que no realiza terapia, el 14% que reporta que sí acude a terapia, mientras que el 3% indica que la realiza de vez en cuando.

4.2 Comparación de Variables

Con el objetivo de indagar si existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento y los estilos parentales en las madres según sus hijos presenten diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista o la ausencia del mismo se utilizó el estadístico T de Student, en las variables generales no se han observado diferencias significativas. Por lo cual se procedió al desglose y análisis de las mismas, los detalles se presentan en las siguientes tablas:

TABLA I. Dimensiones estrategias de Afrontamiento en madres de niños con y sin TEA

Variable	Madres	N	Media	DS	p.
Aproximación Cognitiva	Hijo TEA	35	24,69	8,43	0,228
	Hijo Neurotipico	35	22,54	6,13	
Aproximación Conductual	Hijo TEA	35	24,71	6,47	0,014*
	Hijo Neurotipico	35	20,94	6,01	
Evitación Cognitiva	Hijo TEA	35	19,26	8,43	0,670
	Hijo Neurotipico	35	18,57	6,13	
Evitación Conductual	Hijo TEA	35	20,20	6,59	0,488
	Hijo Neurotipico	35	19,14	6,07	

Nota: Prueba Utilizada: T de Student. *p. <0,05. **p. <0,01

TABLA II. Subescalas de estrategias de Afrontamiento Aproximativas en madres de hijos con y sin TEA

Variable	Madres	N	Media	DS	p.
Análisis Lógico	Hijo TEA	35	12,60	4,66	0,055*
	Hijo Neurotipico	35	10,66	3,59	
Reevaluación Positiva	Hijo TEA	35	12,09	4,51	0,840
	Hijo Neurotipico	35	11,89	3,70	
Búsqueda de Apoyo y Orientación	Hijo TEA	35	12,54	3,24	0,000**
	Hijo Neurotipico	35	9,11	3,24	
Resolución de Problemas	Hijo TEA	35	12,17	3,79	0,697
	Hijo Neurotipico	35	11,83	3,54	

Nota: Prueba Utilizada: T de Student. . *p. <0,05. **p. <0,01

TABLA III. *Subescalas estrategias de Afrontamiento Evitativas en madres de hijos con y sin TEA*

Variable	Madres	N	Media	DS	p.
Evitación Cognitiva	Hijo TEA	35	9,74	3,98	0,574
	Hijo Neurotipico	35	9,23	3,61	
Aceptación o Resignación	Hijo TEA	35	9,51	3,74	0,848

	Hijo Neurotipico	35	9,34	3,69	
Búsqueda de Recompensas Alternativas	Hijo TEA	35	10,37	4,17	0,829
	Hijo Neurotipico	35	10,57	3,50	
Descarga Emocional	Hijo TEA	35	9,83	3,71	0,139
	Hijo Neurotipico	35	8,57	3,29	

Nota: Prueba Utilizada: T de Student

TABLA IV. Dimensiones Estilos Parentales en madres de hijos con y sin TEA

Variable	Madres	N	Media	DS	p.
Crítica –Rechazo	Hijo TEA	35	18,54	4,27	0,036*
	Hijo Neurotipico	35	16,53	3,14	
Afecto - Comunicación	Hijo TEA	35	32,26	6,22	0,002**
	Hijo Neurotipico	35	36,20	4,03	
Forma Inductiva	Hijo TEA	35	28,60	8,24	0,050*
	Hijo Neurotipico	35	31,79	4,47	
Forma Indulgente	Hijo TEA	35	10,26	5,89	0,029*
	Hijo Neurotipico	35	7,51	4,28	

Forma Rígida	Hijo TEA	35	18,14	6,39	0,524
	Hijo Neurotípico		17,17	6,28	

Nota: Prueba Utilizada: T de Student. . *p. <0,05. **p. <0,01

Se observa que diferencia significativa en la muestra siendo las madres de niños/as que realizan terapia quienes presentan mayor uso de estrategias de afrontamiento, dentro de las mismas utilizan estrategias de aproximación, presentando mayor uso del análisis lógico y de la búsqueda de orientación y apoyo que las madres de niños que no realizan terapia.

En cuanto a los estilos parentales se evidencia diferencia en las madres de hijos que realizan terapia en la presencia de un estilo parental orientado hacia la crítica-rechazo por sobre las madres de niños/as que no realizan la misma.

Los datos se detallan en las siguientes tablas:

TABLA V. *Estrategias de afrontamiento y estilos parentales en madres según sus hijos realizan terapia o no*

Variable	Terapia Hijo	N	Media	DS	p.
Estrategias de Afrontamiento	Si	35	91,40	4,37	0,011*
	No	33	78,30	3,74	
Estilos Parentales	Si	34	110,94	17,65	0,242
	No	33	106,66	11,17	

Nota: Prueba Utilizada: T de Student. . *p. <0,05. **p. <0,01

TABLA VI. Dimensiones estrategias de afrontamiento en función de la presencia o no de terapia en hijo/a

Variable	Terapia Hijo	N	Media	DS	p.
Aproximación Cognitiva	Si	35	25,51	7,50	0,022*
	No	33	21,42	6,80	
Aproximación Conductual	Si	35	25,37	6,39	0,000**
	No	33	20,06	5,31	
Evitación Cognitiva	Si	35	19,66	6,41	0,340
	No	33	18,12	6,76	
Evitación Conductual	Si	35	20,86	6,09	0,161
	No	33	18,70	6,45	

Nota: Prueba Utilizada: T de Student. *p. <0,05. **p. <0,01

TABLA VII. Subescalas estrategias de afrontamiento en función de la realización o no de terapia en los hijos

Variable	Terapia Hijo	N	Media	DS	p.
Análisis Lógico	Si	35	12,83	4,08	0,008**
	No	33	10,15	4,00	
Resolución de Problemas	Si	35	12,60	3,60	0,154
	No	33	11,33	3,63	

Reevaluación	Si	35	12,69	4,37	0,158
Positiva					
	No	33	11,27	3,74	
Búsqueda de	Si	35	12,77	3,24	0,000**
Orientación y					
Apoyo					
	No	33	8,73	2,99	
Evitación	Si	35	9,80	3,87	0,500
Cognitiva					
	No	33	9,18	3,63	
Aceptación o	Si	35	9,86	3,48	0,308
Resignación					
	No	33	8,94	3,88	
Búsqueda de	Si	35	10,97	3,62	0,431
Recompensas					
Alternativas					
	No	33	10,24	3,95	
Descarga	Si	35	9,89	3,56	0,089
Emocional					
	No	33	8,45	3,25	

Nota: Prueba Utilizada: T de Student. *p. <0,05. **p. <0,01

TABLA VIII. *Estilos Parentales en madres según sus hijos que realicen o no terapia*

Variable	Terapia Hijo	N	Media	DS	p.
----------	--------------	---	-------	----	----

Critica -Rechazo	Si	35	18,86	4,47	0,004**
	No	33	16,21	2,61	
Afecto - Comunicación	Si	35	33,71	5,68	0,516
	No	33	34,61	5,57	
Forma Inductiva	Si	35	30,12	7,38	0,870
	No	33	30,39	6,30	
Forma Indulgente	Si	35	9,60	5,81	0,310
	No	33	8,27	4,79	
Forma Rígida	Si	35	18,29	6,29	0,480
	No	33	17,18	6,50	

Nota: Prueba Utilizada: T de Student. *p. <0,05. **p. <0,01

TABLA IX. Estrategias de afrontamiento en función de la realización de terapia en las madres

Variable	Realiza terapia	N	Media	DS	p.
Aproximación Cognitiva	Si	10	24,80	6,69	0,527
	No	58	23,19	7,49	
Aproximación Conductual	Si	10	25,00	6,01	0,218
	No	58	22,26	6,49	
Evitación Cognitiva	Si	10	18,50	5,64	0,869
	No	58	18,88	6,86	

Evitación	Si	10	20,60	4,74	0,566
Conductual					
	No	58	19,34	6,57	

Nota: Prueba Utilizada: T de Student

A su vez, y siguiendo con los objetivos, se comparó el Número de Hijos de la muestra y las estrategias de afrontamiento y los estilos parentales utilizando prueba T de Student, solo se han reportado resultados significativos en el estilo parental orientado a la crítica-rechazo ($p.0,030$).

CAPITULO V

5. Discusión y Conclusiones

El objetivo de la presente investigación fue comparar las estrategias de afrontamiento y los estilos parentales en madres de niños/as con diagnóstico de TEA y en madres de niños/as con desarrollo neurotípico. Los resultados obtenidos permiten confirmar la hipótesis principal de manera parcial ya que se han encontrado diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento y los estilos parentales pero dentro de subescalas y estrategias y estilos en particular.

Comparación entre estrategias de afrontamiento y estilos parentales

Fernández, Cerezuela y Botella Pérez (2014) indican que las familias de niños/as con TEA utilizan la planificación para resolver problemas y el apoyo social como estrategias de afrontamiento activas. Los resultados de la presente investigación indican que las madres de niños con Trastorno del Espectro Autista utilizan estrategias de afrontamiento de aproximación conductual.

Dentro de las estrategias aproximativas en las madres de niños/as con TEA predomina el uso de estrategias de análisis lógico y búsqueda de orientación y apoyo. Es decir, que las madres pertenecientes a la muestra de mujeres con hijos con TEA presentan esfuerzos para manejar o resolver el estresor (implican la focalización hacia la tarea, es decir, ambas se dirigen a manipular o alterar las condiciones responsables del problema). Esto encuentra coincidencia con lo que exponen Albarracín Rodríguez, Rey Hernández y Jaimes Caicedo (2014) acerca de que los padres de niños con TEA presentan un mayor empleo de estrategias enfocadas al problema. Según los autores, estas estrategias permiten que los padres identifiquen las dificultades por las que están atravesando en el cuidado de su hijo/a, buscando ayuda para mejorar dicha situación. Justamente, esta estrategia de buscar soporte en personas e instituciones cuando se

experimentan situaciones de tensión se ha considerado una forma positiva y adaptativa de afrontar los problemas, ya que implica el manejo directo de estos por medio de la orientación que otros puedan proveer, disminuyendo la tendencia a huir o a evitar (De la Huerta, Corona y Méndez, 2006). Precisamente, en estudios previos se demostró que, frente a las dificultades crónicas de los hijos, la mayoría de las madres movilizan esfuerzos para hacer frente a la situación, es decir, utilizan estrategias de afrontamiento activas, racionales o focalizadas en el problema, otorgándole un nuevo significado al problema intentando extraer lo positivo de la crisis con el objetivo de modificar la situación (Loubat y Cuturrufo, 2007; Wang, Michaels y Day, 2011).

Estos datos obtenidos permitieron corroborar la primera hipótesis específica acerca de que las madres que poseen hijos/as con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista presenten en mayor grado estrategias de afrontamiento de tipo aproximativas, orientadas a la búsqueda de apoyo.

Gonzalez, Bakker y Rubiales (2014) exponen que las madres de niños con TDAH evidencian una tendencia a utilizar en mayor medida estrategias de afrontamiento racional y emocional, en las madres de niños con TEA se ha observado un mayor uso de estrategias de análisis lógico y de búsqueda de orientación y apoyo. Si bien se trata de otro tipo de trastorno las dificultades que conllevan en el ámbito familiar y el grado de estrés que generan en las madres y padres son similares.

Tampoco se ha encontrado similitud con otros estudios, como el realizado por Lai, Goh, Oei y Sung (2015), donde, al contrario de los resultados obtenidos en esta investigación, el grupo de padres con hijos con TEA presenta un afrontamiento de evitación centrado en la emoción en mayor medida que el grupo de padres con desarrollo típico.

Siguiendo con el objetivo de la presente investigación se ha comparado la muestra en relación a los Estilos Parentales. Los resultados indican que las madres de niños/as con TEA presentan un Estilo Parental con tendencia hacia la Crítica-Rechazo y la Forma Indulgente (Estilo permisivo). El estilo parental de estas madres se caracteriza por un alto nivel de crítica, rechazo y falta de confianza de las madres a sus hijos. Bersabé et al. (2001) sostienen que cuando estas madres establecen los límites, con regularidad no exigen su cumplimiento, y al mismo tiempo imponen dicho cumplimiento desde la crítica y no tendientes a un estilo más democrático que implicaría establecer las normas desde el afecto, el interés y la comunicación. Por lo tanto, las normas no serían explicadas por los padres y madres ni adaptadas a las necesidades y posibilidades de sus hijos e hijas, lo cual estaría mostrando, por un lado, un alto nivel de exigencia y, por otro, cierta dificultad en la comunicación. Si bien no habría ausencia de afecto e interés por parte de los padres y madres, este podría ser percibido en menor medida a causa de que se siente menor comunicación y aceptación y mayor crítica.

De este modo, la tercera hipótesis específica se confirma de manera parcial, ya que se esperaba que las madres de niños/as con TEA presenten un Estilo más permisivo centrado en el Afecto, los resultados indican que presentan un estilo parental permisivo/indulgente pero con tendencia a la crítica-rechazo.

Estos resultados coinciden con los hallazgos realizados por Sinha, Verma y Hershe (2016) quienes realizaron un estudio comparativo de los estilos de crianza de los hijos, el estrés parental y resiliencia entre los padres de niños con TEA, padres de niños con trastorno de aprendizaje y padres de niños no diagnosticados con ningún trastorno psiquiátrico. El estilo permisivo fue significativamente mayor en los padres con un niño diagnosticado con TEA, este mismo estilo es el que se observa en las madres de la

presente muestra. A pesar de tratarse de diferentes trastornos estos datos coinciden parcialmente con los hallazgos Gonzalez, Bakker y Rubiales (2014) quienes sostienen que las madres de hijos o hijas con TDAH manifiestan mayor crítica, menor expresión afectiva y comportamientos educativos más rígidos.

Por su lado, las madres de niños con desarrollo neurotípico presentan un Estilo Parental más orientado al Afecto-Comunicación y hacia la Forma Inductiva. Estas madres se caracterizan por presentar un grado de afecto más elevado, demostrando interés y comunicación con respecto a sus hijos. La Forma Inductiva indica un estilo parental democrático, esto significa que las madres de niños/as con desarrollo neurotípico de la muestra presente explican el establecimiento de normas y las adaptan a las necesidades de sus hijos. Estos datos permiten confirmar la tercera hipótesis específica en la cual se esperaba que las madres de niños con desarrollo neurotípico presenten un estilo parental centrado en el afecto y la comunicación.

Descripción características sociodemográficas

A nivel sociodemográfico la mayoría de las madres participantes posee una edad entre los 30 y los 50 años, la mayor parte de ellas se encuentra casada o en pareja. Los resultados permiten observar que las madres en su mayoría refieren dedicarles a sus hijos la mayor parte del día. Se puede pensar que estas madres cuentan con la presencia de factores protectores como afecto y apoyo, que permitirían el acceso a recursos y capacidades para hacer frente a diversos estresores psicosociales que complican la tarea de la maternidad (discapacidad en el desarrollo del niño/a, desorganización doméstica, entre otros.). Se considera que las madres son quienes generalmente se encargan de supervisar las actividades, costumbres y rutinas de la vida cotidiana del niño (Gonzalez, Bakker y Rubiales, 2014).

Con el propósito de enriquecer los resultados del estudio se procedió a comparar las estrategias de afrontamiento de las madres en función de algunas características sociodemográficas. Entre ellas la condición de que su hijo/a realice terapia en la actualidad, que la misma madre realice terapia o no, y la cantidad de hijos.

En cuanto a las características de los hijos no se ha de olvidar que el autismo es una de las psicopatologías más limitantes, tanto para la persona afectada como para la familia. Por lo tanto, la severidad del trastorno y los problemas de conducta implican una importante fuente de estrés. Se ha evidenciado una diferencia significativa en las estrategias de afrontamiento de las madres cuyos hijos actualmente acuden a terapia. Las madres pertenecientes a este grupo utilizan estrategias de aproximación (cognitiva y conductual) por sobre las madres cuyos hijos no realizan terapia. Dentro de las estrategias de aproximación cognitiva se encuentra diferencia entre el uso de estrategias fundadas en el análisis lógico y en la búsqueda de orientación y apoyo. Si bien la terapia en este caso está dirigida hacia los hijos hay que considerar que son niños de 3 a 10 años de edad, es decir que son pacientes con los cuales debe realizarse un trabajo en conjunto con el entorno, en particular con los padres y madres. Es por lo anteriormente dicho que podría pensarse que el resultado de las estrategias de afrontamiento en las madres de niños con TEA que realizan terapia podría ser producto o verse fortalecidas por el terapeuta de su hijo. Acerca de los estilos parentales en las madres cuyos hijos no realizan terapia se ha observado diferencia en crítica-rechazo.

Comparando el número de hijos de la muestra y las estrategias de afrontamiento y los estilos parentales solo se han reportado resultados significativos en el estilo parental orientado a la crítica-rechazo siendo las madres que presentan mayor cantidad de hijos (4 en este caso) quienes presentan en predominancia dicho estilo parental.

Limitaciones y direcciones futuras

En cuanto a las limitaciones que presenta el estudio realizado, se pueden mencionar las siguientes: en primer lugar el número de sujetos evaluados, se utilizó una muestra reducida y homogénea (perteneciente únicamente a Buenos Aires). Por otro lado, no fue evaluado el nivel de severidad del diagnóstico TEA ni la comorbilidad con otro/s trastorno/s, la duración del tratamiento (hace cuanto lo realiza y cuantas horas semanales). Finalmente, el estudio es de tipo transversal (no longitudinal) y no experimental, por ende no pudieron ser controladas todas las variables.

Para futuras investigaciones se espera aumentar la muestra, hacerla heterogénea (de diferentes regiones), y con un estudio experimental y longitudinal.

A su vez, sería importante analizar el efecto que pudiese tener la comorbilidad con otros trastornos, el nivel de severidad del diagnóstico TEA. Si bien se estudió el acceso al tratamiento no se indagó la cantidad de horas semanales del mismo y hace cuanto el niño/a lo realiza, entre otras variables, que no pudieron ser incorporadas en este estudio dada la extensión del cuestionario.

Una mejor comprensión de las interacciones entre estas variables parece fundamental de cara a la implementación de tratamientos que se centren en mejorar la calidad de vida de los padres. Es importante que los profesionales que trabajan en el campo del autismo, entiendan que un buen cuidado a los cuidadores redundará en un mejor cuidado de las personas con TEA. Es conveniente dar apoyo a la familia para que pueda desarrollar estrategias de afrontamiento más activas y, al mismo tiempo, fomentar iniciativas informativas y formativas dirigidas a los familiares que faciliten la vida familiar y la comprensión de las implicaciones del TEA, porque una familia con una adecuada formación entiende mucho mejor los planteamientos profesionales. Identificar el estilo parental más funcional y las estrategias de afrontamiento más efectivas para las

madres y padres (o cuidadores) tendrá una implicación directa sobre el tratamiento del trastorno.

CAPITULO VI

6. Referencias Bibliográficas

- Abrahams, B. & Geschwind, H. (2008). Advances in autism genetics: On the threshold of a new neurobiology. *Nature Review Genetics*, 9(5), 341-355.
- Albarracín Rodríguez, Á. P., Rey Hernández, L. A., & Jaimes Caicedo, M. M. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 2(42), 111-126.
- Alonso, J., & Román, J. M. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17(1), 76-82.
- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Arranz, E., Bellido, A., Manzano, A., Martín, J. L., & Olabarrieta, F. (2004). Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la infancia. En E. Arranz (Coord.), *Familia y desarrollo psicológico*. (pp. 70-95) Madrid: Pearson Educación
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (5ta ed.). Washington DC: Autor.
- Asociación Española de Profesionales de Autismo. (2011). *Investigación e Innovación en Autismo. Premios «Ángel Rivière»* (4ta ed.). Puerto Real: Autor.
- Asociación Española de Terapeutas del Autismo. (2001). *Resultados del estudio sobre familias de personas con TEA*. Conferencia presentada en X Congreso Nacional de AETEPI de Madrid, España.

- Barthélemy, C., Fuentes, J., Van der Gaag, R., Visconti, P. & Shattock, P. (2000). *Descripción del Autismo. (Documento oficial de la Asociación Autismo Europa, traducido de la edición original del 2000)*. Madrid: Autismo España y FESPAU.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Belinchón, M. (2001). *Situación y necesidades de las personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid*. Madrid, España: Caja Madrid. Obra Social.
- Bersabé, R., Fuentes, M. J., & Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, 13(4), 678-684.
- Bueno Hernández, A., Cárdenas Gutiérrez, M., Pastor Zamalloa, M., & Silva Mathews, Z. (2012). Experiencias de los padres ante el cuidado de su hijo autista. *Rev. enferm. herediana*, 5(1), 26-36.
- Cadaveira, M. (2017). *Argentina y el mundo, Autismo, Asperger y TEA*. Recuperado de <http://sudamerica hoy.com/pais-argentina/argentina-mundo-autismo-asperger-tea/>
- Capano Bosch, A., Tornaría, G., del Luján, M., & Massonnier, N. (2016). Estilos relacionales parentales: estudio con adolescentes y sus padres. *Revista de Psicología (PUCP)*, 34(2), 413-444.
- Capano, Á., & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias psicológicas*, 7(1), 83-95.
- Daniels, A. M., & Mandell, D.S. (2014). Explaining differences in age at autism spectrum disorder diagnosis: a critical review. *Autism*, 18(5), 583-97.

- Dawson, G., Munson, J., Webb, S. J., Nalty, T., Abbott, R., & Toth, K. (2006). Deceleration in rate of head growth and decline in skills in the second year of life in autism. *Biological Psychiatry*, *61*(4), 458-464.
- De la Huerta, R., Corona, J., & Mendez, J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, *39*(1), 46-51.
- De Minzi, M. C. R. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista latinoamericana de Psicología*, *37*(1), 47-58.
- Durán, M., García Fernández, M., Fernández, J., & Sanjurjo, B. (2016). Afrontamiento, estrés parental y calidad de vida de los cuidadores principales de personas con TEA. *Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, *3*(1), 60-68.
- Fernández Andrés, M., Pastor Cerezuela, G., & Botella Pérez, P. (2014). Estrés y afrontamiento en familias de hijos con trastorno de espectro autista. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *4*(1), 425-433.
- González, M. C., Vasquez, M., & Hernández Chávez, M. (2019). Trastorno del espectro autista: Diagnóstico clínico y test ADOS. *Revista chilena de pediatría*, *90*(5), 485-491.
- González, R., Bakker, L., & Rubiales, J. (2014). Estrategias de afrontamiento y estilos parentales en madres de niños con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pensando Psicología*, *10*(17), 71-84.
- Gutiérrez Ruiz, K. (2019). Características tempranas y predictores de la severidad del cuadro clínico en el Trastorno del Espectro Autista. *CES Psicología*, *12*(2), 12-25.

- Johnson, N., Frenn, M., Feetham, S., & Simpson, P. (2001). Trastorno del espectro autista: estrés de los padres, funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud. *Familias, Sistemas y Salud*, 29(3), 232-252.
- Lai, W. W., Goh, T. J., Oei, T. P., & Sung, M. (2015). Afrontamiento y bienestar en padres de niños con trastornos del espectro autista (TEA). *Autismo y trastornos del desarrollo*, 45(8), 2582-2593.
- Lázarus, R., & Folkman, S. (1984). Formas de afrontar la escala. Estrés, valoración y afrontamiento. *Personalidad y Psicología Social*, (45), 150-170.
- Lila, M., & Gracia, E. (2005). Determinantes de la aceptación-rechazo parental. *Psicothema*, 17(1), 107-111.
- López Soler, C., Puerto, J. C., López Pina, J. A., & Prieto, M. (2009). Percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores pediátricos. *Anales de Psicología*, 25(1), 70-77.
- Loubat, M., & Cuturrufo A. N. (2007). Estrategias de afrontamiento de padres respecto de los primeros brotes psicóticos de sus hijos y su relación con la adhesión a tratamiento. *Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(4), 269-277.
- Maccoby, E. E., & Martín, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En E. M. Hetherington., & P. H. Mussen (Eds), *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development* (Vol.4). (pp. 1-101). New York: Wiley.
- Mikulic, I., & Crespi, M. (2008). Adaptación y validación del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de investigaciones*, 15(2), 305-312.

- Montiel Nava, C., Chacín, J. A., & González Ávila, Z. (2017). Age of diagnosis of autism spectrum disorder in Latino children: The case of Venezuelan children. *Autism, 21*(5), 573-580.
- Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory*. Florida, Estados Unidos: Psychological Assessment Resources.
- National Center for Health Statistics. (2014). *Health, United States, 2014: with a special feature in emergency care*. Hyattsville: Autor.
- Obando, D. (2009). *Experiencia de los cuidadores en niños y niñas con autismo* (Tesis inédita de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Pozo Cabanillas, P., Sarriá Sánchez, E., & Méndez Zaballos, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema, 18*(3), 342-347.
- Ramirez, L.A., Ferrando, M., & Sainz, A. (2015). ¿Influyen los estilos parentales y la inteligencia emocional de los padres en el desarrollo emocional de sus hijos escolarizados en 2º ciclo de educación infantil? *Acción psicológica, 12*(1), 65-78.
- Riviére, A. (1986). *¿Qué nos pediría un autista?* Madrid, España: Trotta.
- Romero, N. A. R., Guajardo, J. G., Guinea, D. V., & Alegría, M. L. (2013). Influencia de las habilidades emocionales, los estilos de comunicación y los estilos parentales sobre el clima familiar. *Investigación y divulgación en Psicología y Logopedia, (2)*, 2-7.
- Russel, A., Hart, C. H., Robinson, C. C., & Olsen, S. F. (2003). Children's Sociable and Aggressive Behavior with Peers: A Comparison of the US and Australia and

Contributions of Temperament and Parenting Styles. *International Journal of Behavioral Development*, 27(1), 74-86.

Rutgers, A. H., Van Ijzendoorn, M. H., Bakermans Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H., Van Daalen, E., Dietz, C., & Van Engeland, H. (2007). Autism, attachment and parenting: A comparison of children with autism spectrum disorder, mental retardation, language disorder, and non-clinical children. *Journal of abnormal child psychology*, 35(5), 859-870.

Sinha, D., Verma, N., & Hershe, D. (2016). A comparative study of parenting styles, parental stress and resilience among parents of children having autism spectrum disorder, parents of children having specific learning disorder and parents of children not diagnosed with any psychiatric disorder. *Annals of International Medical and Dental Research*, (2), 106-12.

Thinking Autism. (2014). *Manual básico para el personal de atención de salud y formuladores de políticas. Comorbilidades médicas en los trastornos del espectro autista*. Inglaterra: Autor.

Torío López, S., Peña Calvo, J.V., & Inda Caro, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20(1), 62-70.

Wang, P., Michaels, C. A., & Day, M. S. (2011). Stresses and Coping Strategies of Chinese Families with Children with Autism and Other Developmental Disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(6), 783-795.

Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9(1), 11-29.

CAPITULO VII

7. Anexos

Este es un trabajo de investigación de la Universidad Abierta Interamericana en donde se estudiarán las Estrategias de Afrontamiento y Estilos Parentales en madres de niños/as con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, con la finalidad de obtener el Título de Grado en Licenciatura en Psicología

La información brindada es anónima y confidencial, sus datos no serán difundidos. Los resultados de la misma serán utilizados sólo para fines académicos- científicos y no tendrán devolución. Recuerde, no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Se agradecería su colaboración completando lo que se detalla a continuación.

Escala de Afecto- Comunicación

A continuación vas a leer unas frases. Marca con una cruz (X) la casilla que más se acerca a lo que verdaderamente piensas sobre la relación con tu hijo o hija. Responde de la manera más sincera posible. No hay respuestas buenas o malas.

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1	La acepto tal como es					
2	Si tiene un problema, puede contármelo					
3	Me enfado con mi hijo/a por cualquier cosa que hace					
4	Le dedico mi tiempo					
5	Siento que es un estorbo para mí					

6	Hablo con mi hijo/a de los temas que son importantes para él/ella					
7	Me pone nervioso/a, me altera					
8	Soy cariñoso/a con mi hijo/a					
9	Hablo con mi hijo/a de lo que hace con sus amigos					
10	Lo que hace me parece mal					
11	Consuelo a mi hijo/a cuando está triste					
12	Estoy a disgusto cuando está en casa					
13	Confío en mi hijo/a					
14	Dedico tiempo a hablar con mi hijo/a					
15	Aprovecho cualquier oportunidad para criticar a mi hijo/a					
16	Estoy contento de tenerle como hijo/a					
17	Me gustaría que mi hijo/a fuera diferente					
18	Le manifiesto mi afecto con detalles que le gustan					
19	Puede contar conmigo cuando me necesita					

20	Le confianza para que me cuente sus cosas					
----	---	--	--	--	--	--

Escala de Normas y Exigencias

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1	Tengo en cuenta las circunstancias ante de castigarle					
2	Intento controlar su vida en todo momento					
3	Le digo sí a todo lo que me pide					
4	Le digo que en casa mando yo					
5	Si me desobedece, no pasa nada					

6	Antes de castigar a mi hijo/a, escucho sus razones					
7	Le doy libertad total para que haga lo que quiera					
8	Le explico lo importante que son las normas para la convivencia					
9	Le impongo castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer					
10	Llorando y enfadándose, consigue siempre lo que quiere					
11	Le explico las razones por las que debe cumplir las normas					
12	Le exijo que cumpla las normas aunque no las entienda					
13	Hago la vista gorda cuando no cumple las normas, con tal de no discutir					
14	Le explico muy claro lo que se debe y no se debe hacer					
15	Por encima de todo mi hijo/a tiene que hacer lo que yo digo, pase lo que pase					

16	Me da igual que obedezca o desobedezca					
17	Razono y acuerdo las normas con mi hijo/a					
18	Le exijo respeto absoluto a la autoridad					
19	Le explico las consecuencias de no cumplir las normas					
20	Le digo que los padres siempre llevamos la razón					
21	Consiento que haga lo que le gusta en todo momento					
22	Si alguna vez me equivoco con mi hijo/a, lo reconozco					
23	Le trato como si fuera un/una niño/a pequeño/a					
24	Con tal que sea feliz, le dejo que haga lo que quiera					
25	Me disgusta que salga a la calle por temor a que le pase algo					
26	Le animo a que haga las cosas por sí mismo/a					

27	Le agobio porque siempre estoy pendiente de él/ella					
28	A medida que se hace mayor, le doy más responsabilidades.					

Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A)

Instrucciones

Este cuestionario contiene preguntas que se refieren a aquellos problemas significativos que han tenido trascendencia en su vida. Por favor, piense en los problemas más importantes o las situaciones más estresantes que le hayan sucedido en los últimos doce meses (por ejemplo, problemas con un familiar o un amigo, la enfermedad o muerte de un pariente o amigo, un accidente o enfermedad, problemas económicos o de trabajo, etc.). Elija uno de ellos y descríballo brevemente en los espacios correspondientes. Si no ha tenido ningún problema relevante, escriba una lista con los problemas menos importantes que ha enfrentado en este último tiempo y luego elija uno de ellos para relatarlo.

Descripción

Conteste, por favor, cada una de las preguntas que se refieren al problema o situación que describió anteriormente, haciendo una cruz en el casillero seleccionado.

- Hacer una cruz en “**N**” si su respuesta es **NO**.
- Hacer una cruz en “**GN**” si su respuesta es **GENERALMENTE NO**.
- Hacer una cruz en “**GS**” si su respuesta es **GENERALMENTE SI**.
- Hacer una cruz en “**S**” si su respuesta es **SI**.

	N	GN	GS	S
1. ¿Tuvo que enfrentar un problema como este antes?				
2. ¿Sabía que ese problema le iba a pasar?				
3. ¿Tuvo tiempo para prepararse para enfrentar este problema?				
4. Cuando sucedió este problema... ¿Pensó en él como una amenaza?				
5. Cuando sucedió este problema... ¿Pensó en él como un desafío?				
6. Este problema, ¿Fue causado por algo que Ud. hizo?				
7. Este problema, ¿Fue causado por algo que alguien hizo además de Ud.?				
8. ¿Hubo algo positivo al enfrentar este problema?				
9. ¿Se resolvió este problema o situación?				
10. Si el problema está resuelto, ¿Se resolvió en forma favorable para Ud.?				

- Hacer una cruz en **0** si su respuesta es **NUNCA**.
- Hacer una cruz en **1** si su respuesta es **UNA O DOS VECES**.
- Hacer una cruz en **2** si su respuesta es **ALGUNAS VECES**.
- Hacer una cruz en **3** si su respuesta es **MUCHAS VECES**.

	0	1	2	3
1. ¿Pensó en diferentes formas de solucionar estos problemas?				
2. ¿Se dijo cosas a sí mismo para sentirse mejor?				
3. ¿Hablo con su esposo/a u otro familiar sobre estos problemas?				
4. ¿Hizo un plan de acción para enfrentar esos problemas y lo cumplió?				
5. ¿Trató de olvidar todo?				
6. ¿Sintió que el paso del tiempo cambiará las cosas, que esperar era lo único que podía hacer?				
7. ¿Trató de ayudar a otros a enfrentar problemas similares?				
8. ¿Se descargó con otras personas cuando se sintió enojado, deprimido o triste?				
9. ¿Trató de salir de la situación, como para verla desde afuera y ser más objetivo?				
10. ¿Se dijo a Ud. mismo que las cosas podían ser peores?				
11. ¿Habló con algún amigo de estos problemas?				
12. ¿Se esforzó tratando de hacer algo para que las cosas funcionaran?				
13. ¿Trató de evitar pensar en el problema?				
14. ¿Se dio cuenta que no tenía control sobre los problemas?				
15. ¿Se dedicó a nuevas actividades como nuevos trabajos o distracciones?				

16. ¿Hizo algo arriesgado tratando de tener una nueva oportunidad?				
17. ¿Se imaginó, una y otra vez, qué decir o hacer?				
18. ¿Trató de ver el lado positivo de la situación?				
19. ¿Habló con algún profesional (médico, sacerdote, etc.)?				
20. ¿Decidió lo que quería hacer y trató firmemente de conseguirlo?				
21. ¿Se imaginó o soñó un tiempo o un lugar mejor del que Ud. vivía?				
22. ¿Pensó que el destino se ocuparía de todo?				
23. ¿Trató de hacer nuevos amigos?				
24. ¿Se mantuvo alejado de la gente en general?				
25. ¿Trató de prever o de anticiparse a cómo resultaría todo?				
26. ¿Pensó cuánto mejor estaba Ud. comparándose con otras personas con el mismo problema?				
27. ¿Buscó la ayuda de personas o de grupos con los mismos problemas?				
28. ¿Trató de resolver los problemas, al menos en dos formas diferentes?				
29. ¿Evitó pensar en el problema, aun sabiendo que en algún momento debería pensar en él?				
30. ¿Aceptó los problemas, porque pensó que nada se podía hacer?				
31. ¿Leyó, miró televisión, o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?				
32. ¿Gritó como forma de desahogarse?				
33. ¿Trató de encontrarle alguna explicación o significado a esa situación?				
34. ¿Trató de decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?				

35. ¿Trató de averiguar más sobre esa situación?				
36. ¿Trató de aprender cómo hacer más cosas por sí mismo?				
37. ¿Deseó que los problemas hubieran desaparecido o pasado?				
38. ¿Esperó que sucediera lo peor?				
39. ¿Le dedicó más tiempo actividades recreativas?				
40. ¿Lloró y descargó sus sentimientos?				
41. ¿Trató de prever o de anticiparse a los nuevos pedidos que le harían?				
42. ¿Pensó cómo podrían estos sucesos cambiar su vida en un sentido positivo?				
43. ¿Rezó pidiendo ayuda o fuerza?				
44. ¿Tomó las cosas de una por vez?				
45. ¿Trató de negar lo serio que eran en realidad, los problemas?				
46. ¿Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes?				
47. ¿Volvió al trabajo o a otras actividades que lo ayudaran a enfrentar las cosas?				
48. ¿Hizo algo que pensó que no iba a funcionar, pero por lo menos intentó hacer algo?				