

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología



**Estrés parental y resiliencia en padres de hijos con trastorno en el
neurodesarrollo de un CEBE de Arequipa**

Tesis presentada por los Bachilleres:

Hurtado Ticona, Xiomara Alessandra

ORCID: 0009-0008-6517-0787

Macedo Rojas, Diego Alexander

ORCID: 0009-0003-4867-2172

para optar el Título Profesional de

Licenciado en Psicología

Asesor:

Dr. Puma Huacac, Roger Freddy

ORCID: 0000-0002-5439-1700

Arequipa- Perú

2024

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PSICOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 11 de Enero del 2024

Dictamen: 009385-C-EPSIC-2024

Visto el borrador del expediente 009385, presentado por:

2017701292 - HURTADO TICONA XIOMARA ALESSANDRA

2016601671 - MACEDO ROJAS DIEGO ALEXANDER

Titulado:

**ESTRÉS PARENTAL Y RESILIENCIA EN PADRES DE HIJOS CON TRASTORNO EN EL
NEURODESARROLLO DE UN CEBE DE AREQUIPA**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29281582 - VILCHES VELASQUEZ FLOR ALEIDA
DICTAMINADOR**



**29680041 - LARA QUILLA JAIME ERNESTO
DICTAMINADOR**



**29689357 - QUISPE FLORES LITA MARIANELA
DICTAMINADOR**



Estrés parental y resiliencia en padres de hijos con trastorno en el neurodesarrollo de un CEBE de Arequipa

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to usmp Trabajo del estudiante	1%
2	Submitted to Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas Trabajo del estudiante	1%
3	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	dspaceapi.uai.edu.ar Fuente de Internet	1%
5	dspace.unach.edu.ec Fuente de Internet	1%
6	revista.inie.ucr.ac.cr Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a:

El presente trabajo de investigación lo dedico principalmente a Dios, por ser la fuente de mi fe eterna y darme fuerza para continuar en este proceso de conseguir mi objetivo tan deseado.

A mis padres porque sin ellos, por su amor incondicional y sacrificio en todos mis años de universidad, gracias a ellos he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy, me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, orgullosamente de ser su hijo.

A todas las personas que nos han apoyado en este proceso largo y en especial aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Diego Alexander Macedo Rojas

Dedico esta tesis a mi amada familia, a mi mamá, Natalia Ticona Diaz por ser mi ejemplo y fuerza de todo lo que hago y que con gran maestría supo educarme para ser la persona que soy; a mi tío Danny Ticona Diaz, que con su ejemplo me impulso siempre a ser mejor y con su apoyo incondicional me guía para conseguir mis metas y sueños; a la hermosa familia que ahora estoy formando que serán siempre mi motor y motivo para salir adelante ante cualquier adversidad, de quienes aprendo a diario y me reconfortan con muchísimo amor, gracias hijita por ser mi inspiración en todo lo que hago.

A todos los que me apoyaron les dedico esta tesis y les agradezco por estar en este proceso extenso, a ustedes les dedico esto y todos los logros que tengo planeados conseguir.

Xiomara Alessandra Hurtado Ticona

Agradecimientos

Gracias a Dios por cada bendición que dio a mi vida y a su infinita misericordia
Gracias a mis padres por su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos, ellos fueron los que siempre me motivaron a seguir mis sueños, afrontando conmigo cada obstáculo que se presentó en todo este proceso y gracias por no abandonarme frente a las adversidades.

Diego Alexander Macedo Rojas

Gracias a mis padres por su apoyo en todo momento, su comprensión y estímulo constante a lo largo de mis estudios, por guiarme y acudir a mí en todo este proceso; ayudándome a cumplir mis sueños.

A mis queridos docentes de la Escuela Profesional de Psicología, quien a lo largo de mi formación profesional supieron orientarme con gran cariño y exigencia, a ustedes que confiaron en mi potencial y que estuvieron prestos siempre a compartirme el gran conocimiento del que son poseedores.

Por último, a mi asesor Mg. Roger Puma quien con su paciencia y orientación supo guiarme en el proceso de realización de esta tesis.

Xiomara Alessandra Hurtado Ticona

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la relación entre estrés parental y resiliencia en padres con hijos con trastorno del neurodesarrollo de un CEBE de Arequipa. La muestra estuvo conformada por 80 padres de hijos con trastorno en el neurodesarrollo de un CEBE de Arequipa, las edades que oscila desde los 18 años en adelante. Esta investigación posee un diseño no experimental transversal de tipo descriptivo correlacional. Se utilizó como primer instrumento una ficha sociodemográfica para recolectar información relevante el segundo instrumento a utilizar será el cuestionario de estrés parental versión corta y como tercer instrumento se utilizará escala de resiliencia. Los resultados evidenciaron que existe una correlación significativa, negativa y alta ($p < .001$, $\rho = -0.692$) entre estrés parental y resiliencia, lo cual indicaría que, a mayor capacidad de resiliencia, el estrés disminuye en los padres de niños con trastorno en el neurodesarrollo. En cuanto al test de resiliencia tenemos que al mantener una vida en equilibrio, afrontar experiencias adversas y creer en sí mismo, nos ayuda a disminuir los síntomas de estrés, esto reflejaría que a mayor resiliencia menor estrés y la percepción que tienen los padres sobre el rol que ejercen aumenta, del mismo modo las expectativas que tienen sobre la crianza que dejaron sus antepasados, el aporte que ellos dan a sus hijos y las conductas difíciles que tienen los niños se verá más llevadera para los padres que son más resilientes.

Palabras clave: Resiliencia, Estrés Parental, Trastornos del Neurodesarrollo.

ABSTRACT

The main objective of the present study was to determine the relationship between parental stress and resilience in parents with children with neurodevelopmental disorder from a CEBE in Arequipa. The sample was made up of 80 parents of children with neurodevelopmental disorders from a CEBE in Arequipa, ages ranging from 18 years and older. This research has a non-experimental cross-sectional descriptive correlational design. A sociodemographic sheet will be used as the first instrument to collect relevant information. The second instrument to be used will be the short version parental stress questionnaire and the resilience scale will be used as the third instrument. The results showed that there is a significant, negative and high correlation ($p < .001$, $\rho = -0.692$) between parental stress and resilience, which would indicate that, the greater the resilience capacity, the stress decreases in the parents of children with disorder in neurodevelopment. Regarding the resilience test, we have to maintain a balanced life, face adverse experiences and believe in ourselves, it helps us reduce the symptoms of stress, this would reflect that the greater the resilience, the less stress and the perception that parents have about the role they play increases, in the same way the expectations they have about the upbringing left by their ancestors, the contribution they give to their children and the difficult behaviors that children have will be more bearable for parents who are more resilient.

Keywords: Resilience, Parental Stress, Neurodevelopmental Disorders.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

1

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO..... 5

Pregunta de investigación..... 5

Definición Operacional de las variables..... 5

Variable 1. Estrés Parental..... 5

Variable 2. Resiliencia..... 5

Objetivos..... 6

Objetivo General..... 6

Objetivos específicos..... 6

Antecedentes teórico – investigativos..... 7

Trastornos del neurodesarrollo..... 7

Trastorno del espectro autista..... 10

Síndrome de Down..... 15

Estrés..... 23

Sintomatología del estrés.....	24
Fases del estrés.....	25
Clasificación de estrés.....	26
Resiliencia.....	31
Modelos teóricos de resiliencia.....	33
Características de personas resilientes.....	36
Dimensiones de resiliencia.....	39
Resiliencia y padres de hijos con trastornos en el neurodesarrollo.....	40
Hipótesis.....	41
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	42
Método.....	42
Instrumentos.....	42
Instrumento 1. Ficha sociodemográfica.....	42
Instrumento 2. Cuestionario de Estrés Parental.....	43
Instrumento 3. Escala de Resiliencia (ER).....	44
Participantes.....	45
Procedimiento.....	47
Consideraciones Éticas.....	47
Análisis de Datos.....	48
DISCUSIÓN.....	56

CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES.....	63
LIMITACIONES.....	65
REFERENCIAS.....	66
ANEXOS.....	83
ANEXO 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO.....	83
ANEXO 2. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA PARA LOS PADRES DE FAMILIA.....	84
ANEXO 3. FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO ESTRÉS PARENTAL.....	85
ANEXO 4. FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO.....	88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	<i>Niveles de gravedad del TEA</i>	13
Tabla 2	<i>Signos de las personas diagnosticadas con TEA conforme su edad</i>	15
Tabla 3	<i>Niveles de discapacidad intelectual</i>	18
Tabla 4	<i>Criterios Diagnósticos del DSM-5 para el TDAH</i>	23
Tabla 5	<i>Características de la muestra (N=80)</i>	46
Tabla 6	<i>Características sociodemográficas en padres de hijos con Trastorno en el Neurodesarrollo</i>	50
Tabla 7	<i>Relación de estrés parental con el sexo de los padres, gravedad del trastorno y diagnóstico del hijo</i>	52
Tabla 8	<i>Relación de resiliencia con el sexo de los padres, gravedad del trastorno y diagnóstico del hijo</i>	53
Tabla 9	<i>Pruebas de normalidad</i>	54
Tabla 10	<i>Correlación entre estrés parental y resiliencia en padres de hijos con Trastorno en el Neurodesarrollo</i>	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	<i>Trastornos del neurodesarrollo: características y afecciones</i>	9
Figura 2	<i>Fenotipo del S. de Down</i>	17



INTRODUCCIÓN

La Organización mundial de la salud (OMS, 2012) hace mención a la existencia de 93 millones de niños con alguna clase de discapacidad, a su vez, indica que a nivel mundial los niños con estas dificultades son víctimas de algún tipo de violencia o exclusión con una frecuencia exacta 3,7 veces superior a las personas que no tienen ninguna condición. Es por ello que esta población de niños con habilidades diferentes es notablemente vulnerable y expuesta a ser partícipes de problemas dentro de la sociedad. El Perú no es ajeno a esta realidad, pues según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2013) menciona que el 5,2% de habitantes, es decir, 1 millón 575 mil personas, muestran algún tipo de discapacidad, evidenciando que un 50,9% pertenece a discapacidad motora y la más afectada, seguida por la dificultad de ver 50,9%, dificultades relacionadas con problemas de audición en un 33,8%, las dificultades intelectuales en un 32,1%, para socializar en un 18,8% y para poder hablar en un 16,6% de las personas.

Consecuentemente, la familia se torna en la principal fuente de apoyo al individuo ante una dificultad. Cuando esperan el nacimiento de un hijo, los padres de familia crean en torno a las elevadas expectativas sobre cómo va a ser, su futuro, los rasgos físicos y otros aspectos generados en la convivencia social. Esto da cabida sobre ellos una presión emocional, haciéndolos sentir que deben complacer sus deseos de un hijo o una hija sin discapacidad o condición. Así mismo, al nacer un hijo con discapacidad, todo es más difícil, se genera un gran impacto en el entorno familiar y emocional, ya que, se derrumban los ideales formados antes del nacimiento, y ello puede afectar enormemente al ciclo vital de la familia. Por este motivo, el padre o la madre requieren de orientación, no solamente para el manejo de su hijo, sino para

sobrellevar el estado emocional y familiar, el cual se verá complicado al existir en la familia un miembro con discapacidad y lidiar con la condición presente en su hijo (Soto, 2008).

El estrés es considerado como suceso de carácter adaptativo para el ser humano, debido a que muchos factores fisiológicos y psicológicos lo acompañan, actuando de manera conjunta como un tipo de alarma natural que ponen en estado de alerta a las personas y sus organismos listos para actuar, al incitar la respuesta más adaptativa para responder a las demandas del entorno (Jiménez, 2016). Los padres que afrontan con este diagnóstico reciben un gran impacto emocional, dicho impacto puede suponer un trauma acompañado de estrés y unas dificultades para adaptarse a esta nueva situación. Pero, a su vez, en el seno de la misma familia que presenta este problema puede estar la solución y la superación de las dificultades que pueden presentarse, este es un componente importante en el ajuste psicológico favorecedor para un individuo, el cual se conoce como resiliencia, ya que, podemos afrontar y adaptarnos exitosamente a esa situación traumática, que se puede promover y desarrollar para mejorar la adaptación familiar al trastorno y favorecer el desarrollo del niño (Jiménez, 2016).

De esta manera, varios estudios indican que la resiliencia es un componente fundamental en el ajuste psicológico positivo. En el caso de los padres de niños con habilidades diferentes, la resiliencia es una capacidad para adaptarse a situaciones traumáticas es determinante para superar el duelo que se atraviesa en función al diagnóstico Wagnild y Young (Angulo, 2019). Otra investigación, nos menciona que es fundamental ser personas resilientes, ya que, esto ayuda a un mejor cuidado para los hijos que, a su vez, es una contribución a que ellos potencien sus capacidades (Tello, 2019). Las personas a lo largo de sus vidas, en alguna ocasión, han tenido que hacer frente a situaciones difíciles y tener sentimientos negativos y desesperantes, sin embargo, pueden transformarse en personas resilientes, al tener el valor de enfrentarse a las

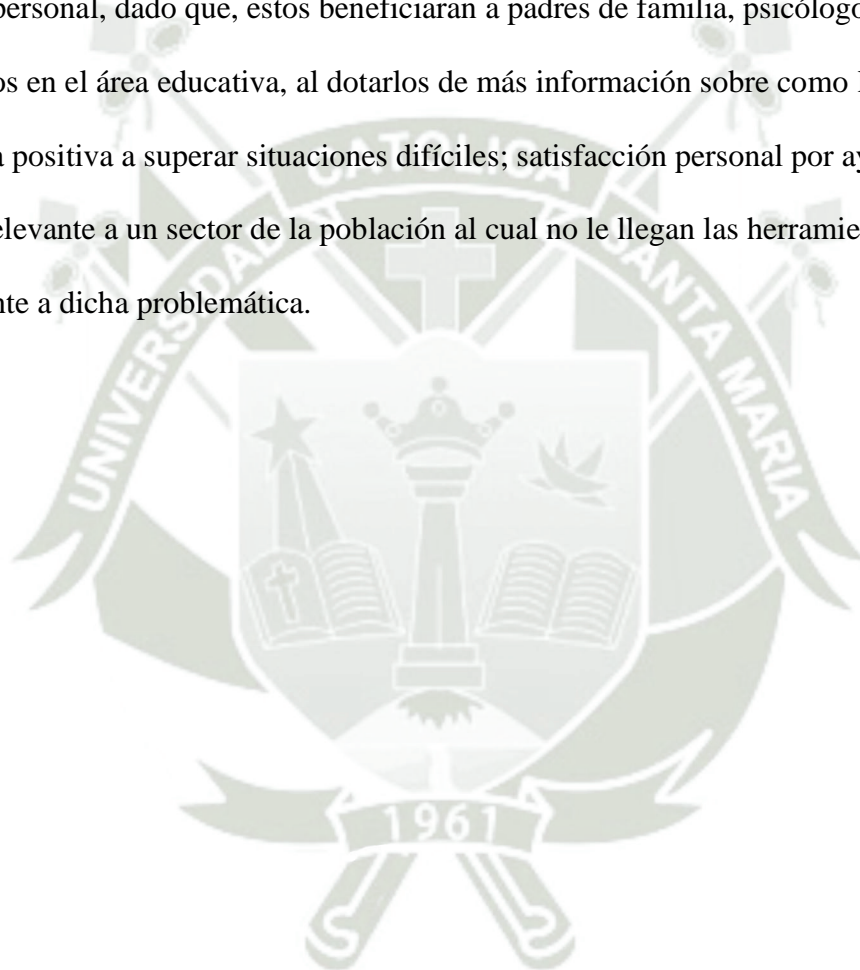
adversidades, superando incluso una transformación que signifique superación. Teniendo en cuenta que al abordar el tema a investigar nace de la dificultad existente en los padres y/o cuidadores para poner en práctica la resiliencia como un conector para afrontar el estrés parental al tener a su cargo un niño y/o adolescente con autismo, es importante mencionar que el autismo no puede tener solo una visión biológica, sino también una visión social y cultural, por tal motivo un factor importante es ser personas resilientes (Rivera, 2022).

Se realizó una investigación sobre el estrés parental y resiliencia en padres de hijos con trastornos del neurodesarrollo, donde los resultados indicaron que los padres de niños sin ningún tipo de problema del neurodesarrollo podrían mostrarse menos estresados en cuanto a su parentalidad y con una resiliencia más grande que los padres de hijos con alguna alteración. Entonces se pone en manifiesto la patente necesidad directa para con los padres debido a su mayor susceptibilidad de percibir la relación con su hijo como disfuncional. El estrés parental está relacionado con interacciones disfuncionales entre padres e hijos, como ordenes excesivas, escasa atención a las conductas apropiadas, y gran número de críticas, entre muchas otras (Cara, 2019).

Tras lo expuesto anteriormente, cabe resaltar que el propósito principal de esta investigación es conocer el grado de correlación entre el estrés parental y la resiliencia, y posteriormente determinar los niveles de las variables y dimensiones, para obtener datos actuales. Al realizar este proyecto, se aportará nuevos conocimientos acerca de esta problemática puesto que no existen muchas investigaciones acerca de este fenómeno y como brindar el apoyo necesario teniendo como factor clave la resiliencia en los padres con hijos con problemas en su neurodesarrollo; población la cual ha sido señalada con dificultades para poder sobrellevar el estrés parental.

Así mismo, los resultados que se obtengan serán de relevancia social debido a que, el conocer la existencia de una relación entre dichas variables de estudio, permitirá que se implementen estrategias de apoyo y soporte para los padres que sufran de estrés parental, promocionando la capacidad de resiliencia de la persona para afrontar situaciones difíciles.

Por último, los hallazgos que se logren al realizar esta investigación serán de relevancia profesional y personal, dado que, estos beneficiaran a padres de familia, psicólogos y psicopedagogos en el área educativa, al dotarlos de más información sobre como la resiliencia actúa de forma positiva a superar situaciones difíciles; satisfacción personal por ayudar y brindar información relevante a un sector de la población al cual no le llegan las herramientas pertinentes para hacer frente a dicha problemática.



CAPITULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

Pregunta de investigación

¿Existe relación significativa entre Estrés Parental y Resiliencia en padres con hijos con trastorno en el neurodesarrollo de un Centro Educativo Básico Especial en Arequipa?

Definición Operacional de las variables

Variable 1. Estrés Parental

Es un proceso por el cual una persona al ingresar a la etapa de paternidad, evalúa las exigencias de su rol de padre o madre como algo que excede sus recursos para manejarlo, el que consta de tres dimensiones; características del padre o madre, características del hijo, y la relación entre ambos (padre-hijo) (Abidin, 1995). Se pudo medir la variable usando el cuestionario de estrés parental, versión abreviada, a través de tres dimensiones malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil (Abidin, 1995; citado por Sánchez, 2015).

Variable 2. Resiliencia

Wagnild y Young (1993) describe el termino resiliencia como una competencia de una persona, que le permite resistir los obstáculos y frustraciones de la vida, que a su vez sale de aquellas situaciones fortalecido, considerándose como valentía y adaptabilidad que demuestra una persona. Se pudo medir la variable a través de la escala de resiliencia (ER), versión abreviada con el propósito de identificar el grado de resiliencia individual, esta variable se pudo medir por las dimensiones competencia personal y aceptación de sí mismo, teniendo como indicadores: ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza de sí mismo, perseverancia y satisfacción (Wagnild y Young, 1993; citado por Gómez, 2019).

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre estrés parental y resiliencia en padres de hijos con trastorno del neurodesarrollo de un CEBE de Arequipa.

Objetivos específicos.

Conocer las características sociodemográficas de los padres e hijos con trastorno del neurodesarrollo de un CEBE de Arequipa

Identificar los niveles de estrés parental que presentan los padres de hijos con trastorno del neurodesarrollo de un CEBE de Arequipa.

Identificar los niveles de resiliencia que presentan los padres de hijos con trastorno del neurodesarrollo de un CEBE de Arequipa.

Relacionar los niveles del estrés parental con el sexo de los padres, el tipo de diagnóstico de los hijos y la gravedad de la condición de un CEBE de Arequipa.

Relacionar los niveles de resiliencia con el sexo de los padres, el tipo de diagnóstico y la gravedad de la condición de un CEBE de Arequipa.

Antecedentes teórico - investigativos

El nacimiento de un hijo representa un cambio importante en la historia personal de una persona, lo que lo lleva a reorganizar el rumbo de su existencia, de cambiarla a nivel personal, de pareja y familiar; cuando este nuevo nacimiento va acompañado de alguna discapacidad, se convierte en un acontecimiento inesperado, extraordinario e insondable, en ciertas ocasiones esto es visto de una manera traumática, difícil de entender y disruptivo para la dinámica familiar, desde el diagnóstico inicial se puede apreciar un cambio en la actitud de los padres lo que significa un largo proceso de educación a los altos grados de estrés y requerimiento de ayuda profesional.

Trastornos del neurodesarrollo

Emplear el término de trastornos en el neurodesarrollo nos referimos a trastornos con base neurológica que pueden perjudicar la adquisición, retención o aplicación de habilidades específicas o grupos de información. Se basa en alteraciones de habilidades específicas como con la memoria, la percepción, el lenguaje, la resolución de problemas o la interacción social. Los trastornos pueden ser leves o graves, pero son totalmente abordables con intervenciones conductuales y educativas, de tal manera que los niños afectados todo el apoyo tanto de familia como del entorno que lo rodea (Sulkes, 2022). De igual manera Más (2019) define que tener un trastorno en el neurodesarrollo es un retraso o una desviación del desarrollo esperado para la edad, el cual está vinculado a la formación de redes cerebrales, de tal manera, estos se inician a temprana edad, pero su expresión es distinta en cada una de las etapas de crecimiento, las causas pueden ser genéticas o ambientales y pueden generarse durante la gestación, en el periodo neonatal o en los primeros años de infancia. Dichos trastornos del neurodesarrollo deben detectarse cuanto antes, para apoyar al niño de forma adecuada, porque cuando más tiempo

pasen sin ser atendidos menos probable será influir en el crecimiento de esos circuitos anómalos y más difícil será mejorar su pronóstico.

Por otro lado, López y Förster (2022) indica que el termino trastornos del neurodesarrollo (TND) es la denominación común para agrupar discapacidades/condiciones que son originadas en alguna forma de disrupción precoz, significativa y persistente de procesos del desarrollo cerebral, lo que puede desencadenar en déficits crónicos de funcionamiento y de conducta adaptativa.

- Los TND comparten las siguientes características:
- Se inician o son más notorias en etapas de escolaridad.
- Producen dificultades significativas en la adquisición y ejecución de algunas tareas, como el funcionamiento personal, social, académico u ocupacional, con la consiguiente alta vulnerabilidad psicológica.
- Tienen un curso crónico, con gran impacto lo cual puede durar hasta la edad adulta (Figura 1).

Figura 1

Trastornos del neurodesarrollo: características y afecciones



Nota. Trastornos del neurodesarrollo: características y afecciones. Adaptado de “Trastornos del neurodesarrollo: dónde estamos hoy y hacia dónde nos dirigimos” por López, I., & Föster, J. *Revista médica clínica las Condes* 33(4), p.368.

Etiología de trastornos en el neurodesarrollo

El término “trastornos del neurodesarrollo” hace referencia al grupo de problemas que interfieren en la adecuada maduración y funcionamiento y que logran identificarse desde el nacimiento o, con mayor frecuencia, en la infancia. Dichas alteraciones dificultan el desarrollo y buen funcionamiento del cerebro, que no siempre son lesiones estructurales, y se pueden expresar en desfases motrices, de lenguaje, de aprendizaje o conductuales, así como en la interacción social (Galán et al., 2017).

Los trastornos del neurodesarrollo pueden evidenciarse como un tipo de desarrollo inapropiado en uno o varios aspectos cognoscitivos o conductuales; es decir, algunas habilidades no se presentan o lo hacen de una manera diferente en edades clave para su aparición. Podemos encontrar los trastornos que se manifiestan de manera general en casi todos los dominios del desarrollo, como por ejemplo la discapacidad intelectual, del mismo modo aquellos dominios específicos, como es el caso de los trastornos de la comunicación, el trastorno de espectro autista, el específico del aprendizaje y el de la coordinación motora. Dichos trastornos del neurodesarrollo tienen relación con la existencia de una alta comorbilidad entre ellos; como el TDAH que es muy común encontrarla con el trastorno del aprendizaje y el del espectro autista (Yáñez, 2016).

De manera adicional el origen de estos trastornos del neurodesarrollo, pueden ser provocados desde la etapa gestacional del desarrollo o del sistema nervioso, pero realmente la manifestación cognoscitiva o conductual se hace notoria en etapas más tardías, generalmente conforme aparezcan situaciones difíciles y no puedan controlar o manejar la situación, se espera que aparezcan o se desarrollen de una manera congruente con la edad algunas habilidades y estas no aparecen o lo hacen de forma muy inapropiada (Yáñez, 2016).

Trastorno del espectro autista

El Trastorno del Espectro Autista (TEA), está definido como un trastorno del neurodesarrollo y su origen es neurobiológico en la etapa de la infancia, el cual afecta el desarrollo de la comunicación social, como de la conducta, con presencia de comportamientos e intereses repetitivos y restringidos. Su evolución es crónica, con diferentes grados de afectación,

adaptación funcional y funcionamiento en el área del lenguaje y desarrollo intelectual, según el caso y momento de evolución (Zúñiga et al., 2017).

En el año 2014, la Asociación Americana de Psiquiatría presentó una nueva clasificación junto con un nuevo volumen del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) con la finalidad de promover e incentivar un enfoque más integrativo y humano de la persona, dentro del cual elimina la clasificación anterior y deja la categoría como TEA y el nivel de gravedad se deberá especificar según el grado de comunicación social y ciertos patrones de conducta restringidos y repetitivos que el niño manifiesta, siendo así el nivel 3 aquel donde el menor requiere “ayuda muy notable”, el nivel 2 donde “necesita ayuda notable” y el nivel 1, siendo el más leve donde solo “requiere ayuda” o así mismo llamado de bajo, medio y alto funcionamiento respectivamente (DSM-5, 2014).

Síntomas del TEA

Como anteriormente se explicó, este trastorno afecta muchos ámbitos del menor, tanto en el aspecto social como familiar, por ello es de gran importancia saber identificarlo a temprana edad, algunas alteraciones que se evidencian en el niño con TEA están centradas en dos focos:

- La dificultad en el lenguaje expresivo y comprensivo, que altera el desempeño social.
- La presencia de intereses o actividades muy restringidas que afectan su comportamiento.

Es por esto, que las identificaciones de algunos patrones, como son el fijar pobremente la mirada, el retraso en el seguimiento visual, la falta de interés en el grupo familiar, la no respuesta del hijo al pronunciar su nombre y la disminución de la intención comunicativa, pueden ayudar a sospechar un posible cuadro de autismo en el hijo (Bonilla y Chaskel, 2016).

La detección y tratamiento precoz del niño con autismo se considera uno de los factores importantes para mejorar la condición de los afectados por este trastorno. Cuanto antes sea detectado el diagnóstico, mejorara el resultado a la larga, algunos síntomas para el diagnóstico del TEA pueden estar presentes a partir de los 18 – 24 meses, sin embargo, la edad promedio para poder detectar dicho trastorno se ve a partir de los 5 años en adelante, ya que la carencia de instrumentos o diagnóstico eficaz son señaladas como culpables del fracaso para la temprana detección del trastorno. Dicha demora en el diagnóstico entra en contradicción con el cuadro de síntomas iniciales: el 30% de los padres de hijos con TEA sospecha problemas de desarrollo antes del primer año del niño; 50%, a los 18 meses; y el 80%, a los 2 años, es por ello que la mediana de edad para el diagnóstico viene a ser a los 5,5 años (Klin et al., 2015).

Niveles de gravedad del TEA

Con respecto a la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5, 2013) en la guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos hace mención a la gravedad del TEA en base al deterioro de la comunicación social y patrones de comportamiento repetitivos y restringidos. De acuerdo a la gravedad se registrará el grado de ayuda necesaria para cada uno de los dominios psicopatológicos, así mismo corresponde a Grado 1 si la persona necesita ayuda, Grado 2 si necesita ayuda notable y el más riguroso que se refiere al Grado 3 donde el sujeto necesita ayuda muy notable, tal como se observa en la tabla 1:

Tabla 1

Niveles de gravedad del TEA

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	“Corresponde a deficiencias graves de las aptitudes de comunicación verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las”	“Inexorable de comportamiento, dificultad para afrontar cambios, los comportamientos repetitivos/restringidos interfieren considerablemente en el desempeño de los demás ámbitos”.

Grado 2 “Necesita ayuda notable”	interacciones sociales y respuesta mínima da la apertura social de otras personas”. “Deficiencias notables en la comunicación social verbal y no verbal, dificultades sociales aun con ayuda <i>in situ</i> , limitado inicio en interacciones sociales, disminución en las respuestas sociales con las personas”.	“Inflexibilidad en el comportamiento, dificultad de hacer frente a los cambios, los comportamientos restringidos/repetitivos se evidencian con frecuencia los cuales interfieren en el funcionamiento de diversos contextos. Se puede presenciar ansiedad y/o inconvenientes para cambiar el foco de acción”.
Grado 1 “Necesita ayuda”	“Si no cuenta con ayuda <i>in situ</i> , las imperfecciones en la comunicación ocasionan problemas importantes. Inconvenientes para iniciar interrelaciones sociales con respuestas atípicas, suele darle poco interés en las interacciones sociales”	“Rigidez en el comportamiento causando interferencia en el desempeño en diferentes contextos. Inconvenientes en alternar actividades. Problemas de organización/planificación impiden la autonomía”.

Nota: Niveles de TEA. Adaptado de “Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5” por Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, Arlington VA: Asociación Americana de Psiquiatría, p.31.

Características de hijos con TEA de acuerdo a su edad

De acuerdo con el DSM-5 (2013) en la guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos, hace referencia que generalmente algunos de los síntomas que se identifican son a los 12-24 meses de edad, pero anteriormente de esta edad se puede observar si la demora es grave o más adelante si son más tenues. Las señales frecuentemente son marcadas durante la infancia temprana y en los primeros años de escolarización, en la infancia un poco más tardía los indicios pueden mejorar en algunos ámbitos, en el transcurso de la adolescencia la gran parte de pacientes mejoran conductualmente.

A lo largo del desarrollo de las personas diagnosticadas con TEA, su detección precoz nos da un perfil teniendo en cuenta su edad, el que puede contener problemas en el desarrollo de la comunicación, alteraciones sociales, intereses y conductas; a una corta edad suele pasar desapercibido, conforme pasa el primer año las señales del TEA son más notorias; a 36 meses de edad coincide con el inicio de educación infantil y hay posibles alteraciones en la comunicación e interacciones con otros niños de su edad, a los 5-6 años de edad se dan a conocer a los niños

con TEA de alto funcionamiento debido a que manifiestan dificultades sociales y escolares, en la adolescencia que se podría considerar entre los 10 a 12 años hasta los 19 años los individuos diagnosticados con TEA manifiestan una baja motivación por los estudios, dificultad para establecer metas/objetivos y limitado interés en las relaciones sociales (Hervás et al., 2012).

Acorde con la Tabla 2, se mencionan los signos que se evidencian en las personas diagnosticadas con TEA teniendo en cuenta su edad:

Tabla 2

Signos de las personas diagnosticadas con TEA conforme su edad

Áreas	A partir de los 36 meses	A partir de los 4-5 años	Adolescencia
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> -Atraso en el desarrollo del lenguaje. -Limitado uso del lenguaje. -Retraso de ecolalias. -Reducida imitación de acciones espontáneas. -Carencia de la comunicación no verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> -Inapropiada o extraña entonación. -Escasez de gestos. -Vocabulario inusual para su edad. -Reducido uso del lenguaje. -Expresiones inapropiadas sin importar el contexto. -Preferencia a hablar inesperadamente solo sobre temas de su interés. 	<ul style="list-style-type: none"> -Limitado uso del lenguaje para comentar vivencias y experiencias con sus pares y familiares. -Entendimiento literal del lenguaje. -Dificultad para mantener una conversación.
Intereses y conducta	<ul style="list-style-type: none"> -Inflexibilidad ante los cambios. -Desmesurada sensibilidad general al ruido. -Juegos repetitivos. -Hipersensibilidades. -Estereotipias. 	<ul style="list-style-type: none"> -Inconvenientes para planificar actividades. -Dificultades en su comportamiento en diferentes lugares. -Intereses intensos. -Rituales o compulsiones. 	<ul style="list-style-type: none"> -Intereses muy intensos. -Sin dirección para desarrollar una orientación vocacional.
Alteraciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> -Limitado uso de contacto visual para comunicarse. -Ausencia de interés por sus pares. -Escasez de sonrisa social. -Carencia en acciones con juguetes/objetos. -No hay acción de consuelo. -Sin iniciativa para juegos simples con sus pares. -Gusto de actividades solitarias. -No hay juegos de ficción. 	<ul style="list-style-type: none"> -Problemas para integrarse. -Intentos impropios para jugar con otros niños. -No ejecuta normas sociales para su edad. -Las demandas sociales dan lugar a confusión o desagrado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Limitado interés para pertenecer a un grupo. -Dificultad para comprender la socialización. -Inconvenientes para actuar en diversas situaciones.

-Limitación para reconocer o responder a estados emocionales de otros niños.

Nota. Signos de TEA por edades. Adaptado de “Los trastornos del espectro autista” por Hervás et al., 2012, *Pediatr Integral*, XVI (10), p.785.

Síndrome de Down

El termino Síndrome de Down hace alusión al Dr. John Langdom Down, quien en el año 1866 lo definió clínicamente por primera vez y discernió a los niños con síndrome de Down de los que mostraban otras formas de retraso mental, lo que significaría que es una alteración congénita vinculada a la triplicación total o parcial del cromosoma 21, donde el 95% de todos los casos se debe a una diferencia en el desarrollo de formación de celular en el feto. Este síndrome contiene diferentes síntomas que varían entre las personas que lo padecen; siendo así el más característico el retraso mental y de crecimiento (Langdown, 1866; citado por Pérez, 2014).

Existen diferentes manifestaciones físicas que pueden hacerse evidentes en las personas que presentan dicha condición (Figura 2). Las clínicas son la microcefalia, orejas caídas, aplanamiento facial, los ojos almendrados, puente de la nariz ancha y presentan manchas en el periodo neonatal, piel exuberante, cuello corto, estatura baja, tono muscular disminuido, manos pequeñas y cuadradas, hendidura en el pie (Pérez, 2014). Se menciona también, que el 95% de los casos de esta condición presentan una predisposición materna, en donde la edad de la madre juega un papel muy importante, ya que la incidencia de la que concibe aumenta a partir de los 45 años de edad.

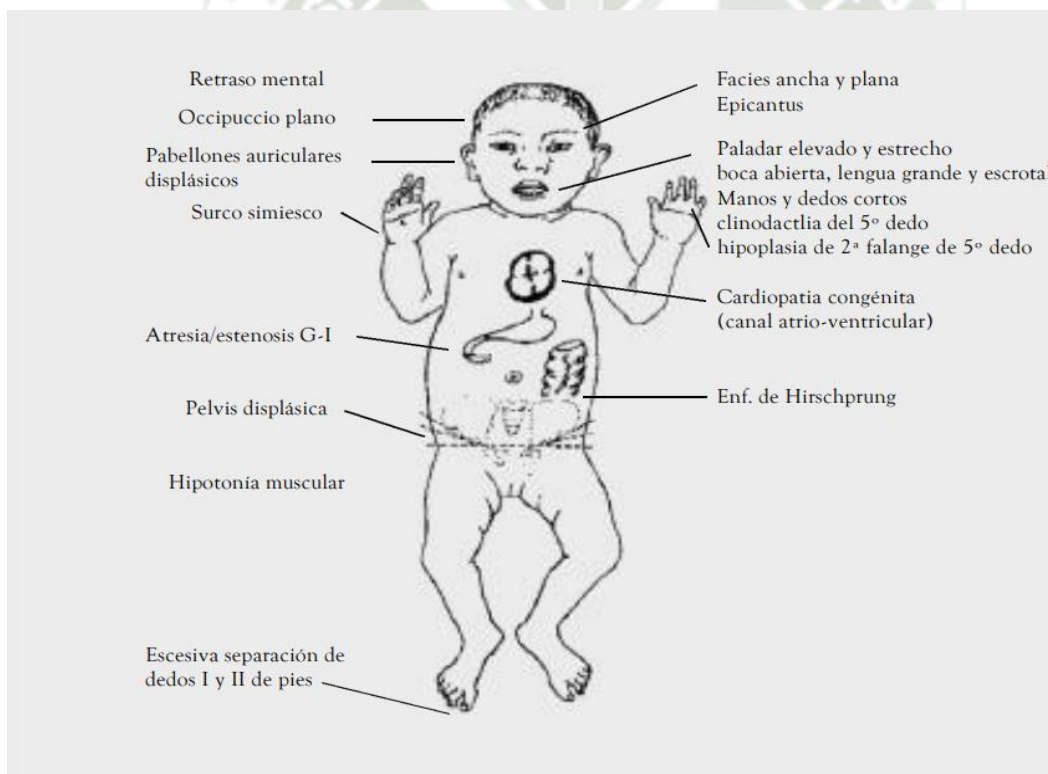
Cabe resaltar, los que son diagnosticados con síndrome de Down presentan muchísimos riesgos superiores al de la población con algún otro trastorno del neurodesarrollo. Entre ellas se encuentran las enfermedades tiroideas, leucemias, estreñimiento, trastornos de conducta,

alteraciones en la columna y el tórax, displasia de cadera, apnea del sueño y TEA (Capone, 2018).

Algunas de las dificultades presentadas, es la del retardo mental que se da en diferentes niveles. También existen múltiples alteraciones como la del aprendizaje, lenguaje y el habla que se da a nivel morfológico, fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático. En la dificultad del lenguaje y el habla no son derivados de la misma condición sino más bien de su capacidad para llegar a aprender, comprender la realidad y los inconvenientes para la conceptualización de las personas con síndrome de Down (Cortes y Romero, 2015; citado por Rodríguez, 2018).

Figura 2

Fenotipo del S. de Down



Nota. Fenotipo del Síndrome de Down. Adaptado de “Síndrome de Down (trisomía 21)” por M. López, 2005, *Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría*, 6, p.38.

Niveles de discapacidad intelectual

El síndrome de Down entra bajo la clasificación de discapacidad intelectual según la OMS (2016) y de acuerdo con el DMS-5, tienen una nueva conceptualización de habilidades adaptativas divididas en conceptuales, sociales y prácticas; y el trastorno requiere una especificación de la gravedad que en este caso son leve, moderado, grave y profundo, los cuales se definen por el funcionamiento adaptativo de la persona con cierta condición (DSM-5, 2013), tal como se muestra en la tabla 3:

Tabla 3

Niveles de discapacidad intelectual

Nivel de Gravedad	Área conceptual	Área social	Área práctica
Leve	<ul style="list-style-type: none"> -Existen dificultades en el aprendizaje de habilidades académicas tal como la lectura, la escritura, la aritmética, control de tiempo, o del dinero, y se necesita el apoyo. -Disminuye el pensamiento abstracto y la memoria a corto plazo, y hay un planteamiento más concreto para solucionar problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Inmaduros en las interacciones sociales. -La comunicación, la conversación y el lenguaje es más concreto o inadecuado. -Puede existir dificultades en la regulación de emociones y la conducta apropiada. -Hay limitaciones para la comprensión de situaciones sociales, el juicio social es inmaduro, y la persona corre riesgo de manipulación por otras (inocencia, credulidad). 	<ul style="list-style-type: none"> -Necesitan ayuda para realizar tareas complejas. -Necesitan apoyos típicos como hacer las compras de comida, el transporte, organizar la casa y cuidado de niños, preparación de alguna comida saludable, arreglar asuntos bancarios y administrar el dinero. -En cuanto a lo laboral, es bueno en trabajos que no tienen mucho peso en habilidades conceptuales. -Apoyo necesario para formar una familia.
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> -El lenguaje y las habilidades pre-académicas se desarrollan lentamente. -Surgen problemas en la lectura, escritura, matemáticas, y la comprensión del tiempo y dinero. -Requieren de apoyo en el trabajo y en su vida cotidiana. 	<ul style="list-style-type: none"> -Diferencias en la conducta social y comunicativa. -Se puede tener éxito para crear amistades e incluso establecer relaciones románticas, pero pueden estar limitadas. -No suelen percibir o interpretar claves sociales de manera correcta. -Los juicios y aptitudes para tomar decisiones son limitada. -Se necesita apoyo para tener éxito en situaciones sociales o de comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Puede cubrir sus necesidades personales como vestirse, comer, higiene personal. -Necesita largos periodos de enseñanza para realizar tareas domésticas. -Puede conseguir un trabajo, pero necesitará apoyo de otros o supervisión para alcanzar expectativas sociales. -La conducta no adaptativa está presente, causando problemas sociales.
Grave	<ul style="list-style-type: none"> -Limitación en habilidades sociales. -Escasa comprensión del lenguaje escrito o 	<ul style="list-style-type: none"> -Lenguaje hablado limitado en vocabulario y gramática. -Palabras o frases simples. 	<ul style="list-style-type: none"> -Requiere ayuda para todas las actividades de la vida diaria. -Se requiere supervisión todo el tiempo.

	comprensión de números. (tiempo, dinero). -Los cuidadores aportan apoyo intenso para la solución de problemas.	-El habla y la comunicación están centradas en el aquí y el ahora. -Lenguaje usado más comunicación social. -Relaciones familiares son fuente de placer y ayuda.	-No se puede tomar decisiones sobre su bienestar o el de otros. -Requiere asistencia en el trabajo. -La conducta desadaptada, incluye autolesiones.
Profundo	-Se usa objetos para el autocuidado, el trabajo, y el ocio. -Puede adquirirse habilidades visoespaciales. -Deficiencias motoras o sensoriales puede impedir el uso funcional de objetos.	-Limitada comprensión de la comunicación simbólica. -Expresa sus propios deseos y emociones, a través de la comunicación no verbal, no simbólica -Las deficiencias sensoriales y físicas impiden actividades sociales.	-Depende de otras personas para todos los aspectos (salud, seguridad, cuidado físico). -Actividades vocacionales con altos niveles de apoyo. -Conductas desadaptadas están presentes en una minoría significativa.

Nota: Niveles de discapacidad intelectual. Adaptado de “Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5” por Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, Arlington VA: Asociación Americana de Psiquiatría, p.04.

Todos los diagnosticados son síndrome de Down obtiene buenas puntuaciones en pruebas de manipulación, perceptivas y motrices, sin embargo, suelen presentar puntuaciones más bajas en factores de tipo verbal, numérico de inteligencia formal y abstracta y pensamiento creativo. Durante la etapa de la niñez los niños con esta condicional al ser evaluados con las pruebas anteriormente mencionadas, no suelen dar resultados significativos con respecto a la media estimada de personas sin retraso, pero se pueden apreciar ciertos déficits en la capacidad de discriminación auditiva y visual (Calero, Robles y García, 2010). Mientras que, en la etapa de adolescencia, los puntajes en las pruebas de inteligencia disminuyen drásticamente ya que durante esta etapa se encuentra el pensamiento abstracto, capacidad con la cual las personas con síndrome de Down tienen especiales dificultades (Ruiz y De Cantabria, 2001).

Tipos de Síndrome de Down

Existen tres tipos de síndrome de Down según el Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC, 2022), por lo general no se puede distinguir entre un

tipo y otro sin antes observar los cromosomas porque las características físicas y los comportamientos son similares:

-Trisomía 21: también se le conoce como trisomía libre o regular por ser la más común. Con este tipo de síndrome de Down, cada célula del cuerpo tiene tres copias separadas del cromosoma 21 en lugar de las 2 normales, por lo que uno de los gametos tendrá 24 cromosomas.

-Síndrome de Down por traslocación: Este tipo representa a un pequeño de porcentaje de las personas diagnosticadas con esta condición. Ocurre durante la meiosis, un cromosoma 2 puede romperse, lo que da lugar a que se una a otra pareja de cromosomas o “traslocado”. Suele ser aproximadamente el 4% de los casos.

-Síndrome de Down con mosaicismo: Mosaico significa mezcla o acoplamiento. Los niños con síndrome de Down con mosaicismo, pueden tener las mismas características que otros con síndrome de Down, sin embargo, puede que presente menor grado de discapacidad intelectual. Pero los rasgos físicos, así como su desarrollo potencial dependerán del porcentaje de células trisómicas que se hayan generado en el organismo. Solo el 1% de los casos.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) puede definirse por un patrón persistente de conductas activistas de inatención, hiperactividad e impulsividad (DSM-5, 2013), se manifiesta de manera anticipada antes de la edad escolar lo que persiste hasta la edad adulta, lo que puede producir deficiencias en el funcionamiento familiar, escolar, social y ocupacional; teniendo según su sintomatología tres predominios: inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado. Entonces, al hablar de TDAH se reconoce como un trastorno intrincado donde se

puede encontrar mucha diversidad respecto a los criterios diagnósticos (Ramos, 2010; citado por Catalan, 2022).

La carencia de atención y confusión incluyen la incompetencia para realizar a su totalidad tareas, parece no escuchar, ni ser escuchado y la persistente pérdida de materiales en niveles consistentes de acuerdo a la edad o a la etapa de desarrollo. Dentro de los principios están la hiperactividad-impulsividad que se relaciona con la incapacidad para quedarse quieto, capacidad para interferir en las actividades de los demás; exhibiendo de manera repetitiva excesos, que no son los acordes a los hitos dentro del desarrollo infantil (Cunha, 2022).

Dicha condición “tiene como origen neurobiológico y fisiológico donde se compromete el córtex prefrontal, ganglios basales, cuerpo caloso, y vermis cerebeloso, de la misma forma podemos encontrar neurotransmisores asociados como la noradrenalina y dopamina” (Pelaz y Autet, 2015).

Mercader, Colomer y Berenguer (2014) realizaron una investigación sobre la relación entre características de resiliencia, estrés parental y satisfacción con la vida en familias con hijos con TDHA, tuvieron como dos objetivos: a) analizar las diferencias en el estrés de los padres de niños y adolescentes con TDAH con altas y bajas puntuaciones en factores de éxito relacionadas con la resiliencia b) estudiar la relación entre estos factores de éxito y nivel de satisfacción con la vida del niño en distintos dominios. La muestra se realizó para 46 familias, utilizaron los siguientes instrumentos: cuestionario de evaluación de atributos de éxito, el dominio del padre del Parenting Stress Index y las Escalas de Satisfacción vital. Los resultados muestran que existe diferencias significativas en el estrés de los padres de niños con TDHA y puntuaciones altas y bajas en autoconciencia, proactividad y establecimiento de metas. Esta investigación mostró que tener hijos con TDAH que desarrollen capacidades y limitaciones propias, que puedan

establecer estrategias por cuenta propia a pesar de las dificultades que puedan surgir, reduce considerablemente el estrés de los padres. En conclusión, el estudio demuestra que el comportamiento y las necesidades de los niños con discapacidad neuropsicológica afectan la salud física y mental de los padres, lo que provoca enfermedades y debilita la dinámica familiar, por lo tanto, dicho esto, el impacto que genera en la familia el hecho de tener un hijo con discapacidad, se presente a distintos niveles como, por ejemplo, en lo económico, social y emocional, ya que exige una reorganizarse y adaptación a la situación.

De acuerdo con diferentes estudios, el TDAH puede ser el resultado del déficit en mecanismos neuronales, y con el apoyo de pruebas psicológicas se encuentran características cognitivas en las se evidencia un cuadro de disfunción ejecutiva como control inhibitorio, flexibilidad cognitiva, fallos en la atención selectiva y sostenida, inconvenientes en el procesamiento de información, dificultad en el lenguaje y en el procesamiento de la información visoespacial (Pérez et al., 2016).

Criterios diagnósticos para el TDAH

Como menciona Rodillo (2015) las conductas descriptivas que se encuentran en el DSM-5 se pueden hallar en el desarrollo normal de los niños y adolescentes, por lo cual para realizar una identificación como criterios diagnósticos se necesita que estas características sean desmedidas y severas, para ello se describen las siguientes (tabla 4):

Tabla 4

Criterios Diagnósticos del DSM-5 para el TDAH

*Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- A menudo no presta la debida atención a los detalles o, por descuido, comete errores en las tareas de la escuela, el trabajo y otras actividades.
- A menudo tiene problemas para concentrarse en las tareas o en los juegos.

- A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue las instrucciones y no termina las tareas de la escuela, los quehaceres o cualquier otra responsabilidad en el trabajo (no por conducta oposicional o por no entender las instrucciones).
- A menudo le cuesta organizar las actividades.
- A menudo evita, rechaza o se niega a hacer cosas que requieren mucho esfuerzo mental por mucho tiempo (como tareas escolares o quehaceres de la casa).
- A menudo pierde las cosas que necesita para hacer ciertas tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, trabajos escolares, lápices, libros, o herramientas).
- Se distrae con frecuencia.
- Tiende a ser olvidadizo en la vida diaria.

Hiperactividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- A menudo juguetea o golpea con las manos ni los pies mientras está sentado.
- A menudo se levanta de la silla cuando se quiere que permanezca sentado.
- A menudo corre o trepa en lugares y en momentos inoportunos (En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).
- A menudo tiene problemas para jugar o disfrutar tranquilamente de las actividades de recreación.
- A menudo "está en constante movimiento o parece que tuviera "un motor en los pies".
- A menudo habla excesivamente.

Impulsividad:

- A menudo suelta una respuesta sin haber oído antes toda la pregunta.
- A menudo le cuesta esperar su turno.
- A menudo interrumpe al que está hablando o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

Además, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad están presentes antes de los 12 años de edad.
- Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en casa, escuela o trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).
- Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral.
- Los síntomas no aparecen exclusivamente motivados por esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad).

Nota. Criterios diagnósticos del TDAH. Adaptado en “DSM- 5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” por American Psychiatric Association, 2013.

Características de hijos con TDAH de acuerdo a su edad

De acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud (NIH, 2021) la gran mayoría que tienen esta condición del TDAH persisten con los síntomas a medida que entran a las diferentes etapas de desarrollo. Algunos, sin embargo, no se les hace evidente hasta el momento donde ingresan a la escuela. En los niños pequeños, la hiperactividad y la impulsividad son síntomas muy

recurrentes, ya que, no necesariamente hacen evidenciar algunos síntomas en el hogar sino también en la escuela, en reuniones sociales, etc. En estos niños, la condición se vuelve más notoria a medida que acrecientan las demandas académicas y se aglomeran las responsabilidades.

Para todos los adolescentes, dicha etapa es un reto. La hiperactividad tiende a reducir a medida que el niño va creciendo, los adolescentes que continúan siendo hiperactivos llegan a ser inquietos e intentar realizar muchas cosas al mismo tiempo. Puede que elijan actividades que les ofrezcan satisfacción o beneficios inmediatos, en lugar de las que puedan demandar más esfuerzo, pero ofrecen mayores recompensas a largo plazo, para aquellos adolescentes que principalmente padezcan de déficits de atención puede que en la escuela o en otras actividades logren ser más independientes, llegando a tomar decisiones sobre su propia salud. En esta etapa, existe mayor riesgo de baja autoestima, distorsión del autoconcepto, posiblemente como una consecuencia de disfunción familiar o relaciones sociales disfuncionales. Lo que podría conducir a un estado anímico bajo y sentimientos de infravaloración (Rusca y Cortez, 2020).

Algunos niños con esta condición del TDAH continúan teniendo el trastorno cuando son adultos. Y en algunos casos los adultos que tienen la condición no lo saben. Suelen tener problemas para organizarse, ser constante en el trabajo o recordar y cumplir con citas. En cuanto, a las tareas diarias como levantarse temprano, prepararse para ir al trabajo, llegar puntual y ser productivo puede ser difícil para los adultos con TDAH. Sin embargo, los trastornos comórbidos en adultos son parecidos a los hallados en la niñez, con la diferencia que existe mayor riesgo de drogodependencias y trastornos de la personalidad (Moreno et al., 2015).

Estrés

Un concepto tan conocido y estudiado durante las últimas décadas fue teniendo muchas definiciones que han ido variando a lo largo del tiempo. Se tiene como primeras definiciones de

Selye y Prioreshi (1960) que entendía al estrés como un denominador común ante reacciones de adaptación del ser humano, pero sin ninguna causa particular conocida. Al pasar de los años, se fueron modificando y agregando más características; de acuerdo con Lazarus y Folkman (1986) denotaron una valoración cognitiva que es respuesta a un suceso detonador de estrés en donde dependiendo del resultado, la transición de estrés puede ser positiva o negativa. Podríamos decir entonces, que la situación resulta estresante en la interacción del entorno y el sujeto. Dado que, dicha interacción dependerá del impacto del estresor ambiental y de los recursos personales, sociales o culturales.

Por otro lado, Burga (2009) menciona que diferentes autores indican que el estrés es algo inevitable en la vida del ser humano y se presenta de menor a mayor medida a lo largo del tiempo. Se puede hablar tanto en el ámbito de la psicología clínica, organizacional y educativa. Tal es el motivo, que este se presenta en algún momento determinado y según la experiencia o situación que ocurra. Llegando a ser un peligro para el bienestar, incluida la supervivencia, por ello, cuando una persona se ve afectada, intentara hacer frente a la situación, ya sea en contra de ella o intentando escapar.

Entonces, se asume que el estrés tiene múltiples manifestaciones que se presentan como una respuesta ante una situación que desequilibra a nuestro organismo y que puede ser manifestado como amenaza o no, interfiriendo en aspectos de nuestra vida.

Sintomatología del estrés

Capdevila y Segundo (2005) mencionan que el estrés es una respuesta tanto física como mental, a las adaptaciones del ser humano a situaciones difíciles, estas respuestas que pueden

ayudarnos a afrontar problemas, tienden a desencadenar serios problemas que se ven reflejados en:

- Emociones: Ansiedad, irritabilidad, miedo, confusión o turbación, fluctuación del ánimo.
- Pensamientos: Excesiva autocrítica, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, preocupación por el futuro, excesivo temor al fracaso, pensamientos repetitivos.
- Conductas: Tartamudez u otras dificultades para hablar, llantos, risa nerviosa, trato brusco a los demás, rechinar los dientes o apretar la mandíbula; aumento del consumo de sustancias alcohólicas; mayor riesgo a accidentes; aumento o disminución del apetito.
- Cambios físicos: Manos frías o sudorosas, dolor de cabeza problemas de espalda o cuello, musculatura contraída, perturbaciones del sueño, fatiga, malestar estomacal, respiración agitada o palpitaciones, boca seca, temblores.

Fases del estrés

Selye (1936); citado por Ávila (2014) define un conjunto de reacciones fisiológicas que pueden desencadenar por cualquier exigencia ejercida sobre el organismo, sobre cualquier estresor que pueden ser tanto físicos como psicológicos. Este proceso está conformado por tres fases:

Fase de alarma: En esta fase el cuerpo se prepara para generar el máximo de energía que se da cuando nos enfrentamos a una situación difícil. Puede provocar diferentes reacciones en el organismo, como tensión muscular, aumento en la frecuencia cardiaca, agudización de sentimientos.

Fase de resistencia: Cuando se mantiene la situación de alerta, sin que el cuerpo se relaje. El organismo pretende regresar a su estado normal, y se vuelve a producir una nueva respuesta fisiológica, conservando las hormonas en situación de alerta constante.

Fase de agotamiento: Sucede que el estrés llega a ser crónico, y sostiene un periodo de duración de acuerdo a cada individuo. Esta fase es la que ocasiona más problemas, pues si la tensión, los estímulos y demandas estresantes no se detienen, el nivel de resistencia llegará a agotarse, dando como resultado una nueva alarma y altos problemas físicos y psicológicos. Esta fase provoca debilidad, deseo de huida y sensación de angustia.

Clasificación de estrés

Según Tereucán y Treimún, (2016) el estrés puede clasificarse conforme a los factores que lo ocasionan; cantidad de estrés, consecuencia del estrés y grado del estrés. La cantidad de estrés, está compuesta por dos niveles, el hiperestrés e hipoestrés. El primero corresponde cuando la persona es impulsada más allá de lo que puede manejar, resulta de una sobrecarga o tiende a exagerar dicho estrés; por otro lado, el hipoestrés hace mención a una persona sin inspiración o motivación, y esa falta de ganas de disfrutar experiencias nuevas puede estar relacionada estrechamente con una baja autoestima o depresión (Vigo, 2014).

La consecuencia del estrés, está clasificado por eustrés y distrés. Donde el primero indica a aquel estrés positivo, se podría decir que el eustrés no solo aumenta la vitalidad, salud y energía sino favorece a la toma de decisiones, lo cual les permite resolver de manera ideal los inconvenientes que se presenten en la vida y aumentar sus capacidades y habilidades; sin embargo, el Distrés, es todo lo opuesto, lo negativo, actúa como un desequilibrio en la vida de la persona, cuando estas demandas son excesivas y/o prolongadas hacen difícil la adaptación de la persona y no logran superar la situación estresora, llegando al punto de no poder resolver ningún problema (Mantilla et al., 2014) .

El grado de estrés puede presentarse en dos, los cuales son, el estrés crónico y el agudo; el primero es la forma de estrés más frecuente el cual surge de las exigencias y presiones de un

pasado reciente o un futuro cercano, donde puede suponer un shock emocional; por otra parte, el estrés crónico es un estado constante de alarma que aparece cuando la persona no ve una salida a la situación estresante, puede durar mucho tiempo, haciendo enfermar y desgastando los recursos de la persona que lo padece, algunos casos también pueden provenir de vivencias traumáticas de la niñez que aún se mantienen constantes (Ávila, 2014).

Estrés Parental

Se puede hablar del estrés desde diferentes perspectivas, muchos de los cuales incluso, pueden ensamblarse perfectamente. Según (Hans, citado por Basa, 2010) menciona que el estrés es una respuesta corporal la cual no es específica, en presencia de cualquier circunstancia que le haga el organismo. La respuesta es normal y beneficiosa, ya que prepara al organismo tanto para hacer frente como para la evasión.

Como se mencionó anteriormente, el estrés es una reacción del ser humano que causa un sentimiento de angustia, que en la posición del estrés de crianza o parental esta ocasionada por el desafío de la paternidad. Según Abidin (1990), considera que tensión parental provocada por la crianza se ocasiona en función a ciertas peculiaridades del niño y de los padres. Algunas de las características que incluye el Abidin, son:

- Temperamento, (humor, nivel de hiperactividad, habilidad para adaptarse a los cambios y demandas ocasionadas por los hijos).
- Cumplir expectativas, el grado en que los hijos logran superar las aspiraciones puestas por los padres.
- Nivel de refuerzos, sobre todo los refuerzos positivos que los niños pueden ofrecer a sus padres cuando superan obstáculos.

Cara (2019) desarrollo en España una investigación, estrés parental y resiliencia en padres de hijos con trastornos del neurodesarrollo, este estudio fue de tipo correlacional, el objetivo fue determinar si existe una diferencia en los niveles de estrés parental y de resiliencia en padres de hijos con trastornos del neurodesarrollo y en padres con hijos sin tales neurotípicos, para el estudio la muestra fue un total de 160 participantes, los instrumentos que usaron fueron cuestionarios distintos, en primer lugar el Parenting Stress Index- Short Form (PSI-SF) y en segundo lugar la escala de resiliencia – 14. En esta investigación se llegó a la conclusión de si existe diferencia significativa entre la variable interacción disfuncional entre padre e hijo, lo que significa que los padres de hijos con problemas de neurodesarrollo ven su rol parental como menos reforzante de lo esperado lo cual los lleva a percibir en niveles bajos que sus hijos son capaces de satisfacer las expectativas que habían depositado en ellos.

En ocasiones si los niveles de estrés son moderados o flexibles, permitirán desarrollar practicas sensibles y conscientes a las peticiones del hijo, pero cuando supera la capacidad de respuesta o es persistente y eminente, afecta de manera desfavorable al padre (la mayoría de veces a madres) y el uso idóneo para la crianza (Dioses, 2017). El hecho de que las madres estén mucho más estresadas y que su estrés acreciente durante la crianza, puede evidenciarse en la cantidad de tiempo que ellas emplean para el cuidado del niño; en tanto el rol del padre como figura de crianza, por lo menos hasta el momento, ha sido menos definido en la sociedad (Belsky y Rovine, citado por Pérez et al., 2012).

Dimensiones de estrés parental

El psicólogo Richard Abidin (1995), quien diseño y construyó el Cuestionario de Estrés Parental para medir los niveles de estrés en padres de familia. Dicho modelo indica que el estrés parental este compuesto por 3 dimensiones:

Dimensión Padre. El cual implica las características psicológicas internas del padre o madre, como su personalidad, autoconcepto, sentido de competencia, creencias, autoestima, estrategias de afrontamiento, etc.

Dimensión del hijo. Hace referencia a los atributos psicológicos del hijo y las conductas que manifiesta ante la crianza, como el temperamento, reacciones emocionales y el nivel de control de ellas, desarrollo psicológico y físico (aprendizaje, relación con otros, atención).

La relación padre-hijo. Menciona los aspectos que surgen en la interacción entre los padres de familia con sus hijos, como el reforzamiento que reciben los padres de sus hijos y los conflictos entre ellos, las expectativas de los padres hacia el desarrollo de sus hijos, interpretaciones y atribuciones de las conductas del otro.

Enríquez y Rodríguez (2020) realizó una investigación en la ciudad de Arequipa-Perú, esta investigación se trataba de estrategias de afrontamiento y estrés parental en padres de niños con trastorno del espectro autista con edades de 3 a 11 años en centros de educación básica espacial de la ciudad de Arequipa, tenía como objetivo identificar la relación entre los niveles de estrés parental y las estrategias de afrontamiento en padres de niños diagnosticados con TEA, esta investigación corresponde a un diseño del tipo no experimental, donde se utilizó una muestra conformada por 35 padres de familia, los instrumentos que se utilizaron fue el cuestionario de estrés parental Abidin, 1995 versión resumida, también se usó el cuestionario de estrés parental (PSI-SF). En la investigación se pudo determinar que existe una relación apreciable entre la estrategia de búsqueda de soporte emocional y la dimensión de malestar paterno, lo que indica que el uso de estrategias que buscan soporte emocional disminuye el nivel de estrés parental.

Por su parte Tello (2019) realizó una investigación sobre el estrés parental y resiliencia en madres con hijos discapacitados de centros educativos básica especial del distrito de ventanilla, en este estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el estrés parental y resiliencia en madres con hijos discapacitados. El diseño de esta investigación fue de tipo correlacional con diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 110 madres, las edades de las madres oscilan entre los 23 y 60 años. Los instrumentos que fueron empleados fue el cuestionario de estrés parental (PSI-SF) desarrollado por Abidin en el 1995, también se utilizó la escala de resiliencia de Wagnild y Young, adaptado al Perú por Novella (2002). En la investigación realizada por Tello los resultados indicaron que el 81,8% de las madres presentan un estrés parental significativo y el 73.7% presenta niveles bajo de resiliencia. Basados en los resultados de la investigación se determinó que existe correlación significativa inversa entre el estrés parental y la resiliencia en madres con hijos discapacitados, lo que significa que a menos capacidad de resiliencia los padres experimental alto grado de estrés parental, en efecto menor resiliencia mayor dificultad en la crianza para el padre a causa de las de las características propias del hijo.

Según Deater, 2004 (como se cita en Sánchez, 2015) sostiene que, si las tres dimensiones se encuentran de manera negativa, tienden a deteriorar la calidad del vínculo afectivo entre padres e hijos, debido a que cuando se encuentran en altos niveles, se reduce las muestras de afecto, dando como resultado métodos rígidos de disciplina, así como hostilidad hacia el hijo, y en su máxima consecuencia, abandono total del rol de padre o madre. Lo que conlleva, que aumenten los problemas emocionales y de conducta del hijo (ansiedad, depresión, desobediencia y agresión).

Siendo así, que a medida que aumenta el estrés parental, se daña la calidad de relación entre el progenitor y el hijo, teniendo un impacto negativo en el desarrollo psicológico del menor que se hace notar en temores, ansiedad, violencia, conductas inapropiadas, etc. Todo lo opuesto, a cuando se disminuye el estrés en los padres, ya que, se mejora la calidad de crianza y relación entre ambos, llevando consigo un óptimo desarrollo y bienestar socio-emocional del hijo (Baker y Heller, 1996; Himmelstein et al., 1991; Ostberg y Hagekull, 200; citado por Sánchez, 2015).

Resiliencia

El termino de Resiliencia proviene de la palabra latina *resilio* que quiere decir volver al estado inicial, es utilizada para referirse a la plasticidad y fortaleza que tenía un objeto; en cambio, en psicología no se había utilizado el termino ya que no se acoplaba en la terminología de las ciencias de la salud y se acordó reemplazarlo por la “superación de adversidades”. Por lo tanto, la definición que se le dio a resiliencia radica en la capacidad humana para enfrentar, sobrellevar y salir adelante o fortalecido por experiencias de adversidad (Seperak, 2016).

Según Wagnild y Young (1993), mencionan que la resiliencia es un peculiaridad de la personalidad que mitiga o minimiza el resultado perjudicial del estrés, es la capacidad de soportar, tolerar la tensión, las dificultades y a pesar de todo eso actuar de manera correcta en cada situación, de forma positiva, a pesar de que todo esté en contra, facilitando el proceso de adaptación; es por eso que especifica y determina a las personas que tienen valor para afrontar las crisis o situaciones adversas.

Por su parte Mendoza y Sisa (2021) realizó una investigación en Arequipa-Perú, Bienestar psicológico y resiliencia en padres de niños con autismo de la ONG autismo Arequipa, el objetivo de la investigación fue determinar la relación entre el bienestar psicológico y la resiliencia en padres de niños con autismo, se trabajó bajo una paradigma cuantitativo con un

diseño descriptivo correlacional transversal, la muestra fue de 50 padres de niños con autismo , los resultados mostraron que no existe relación significativa entre el bienestar y la resiliencia, es decir el bienestar psicológico no varía en relación a la resiliencia en cuanto a los niveles de resiliencia los resultados fueron que los padres mostraron un nivel medio (26%) lo que significaría que los padres presentan medianamente la capacidad de resistir a los obstáculos y a las adversidades e la vida.

Ruiz (2015) realizó una investigación en Ecuador, fue un estudio exploratorio con el objetivo de determinar las relaciones existentes entre el nivel de resiliencia y el nivel de estrés en padres con multidiscapacidad, la investigación fue de tipo correlacional, donde la muestra fue de 57 padres. Determinaron que un nivel alto de resiliencia influye en el desarrollo de un nivel medio de estrés parental, también se pudo identificar que las dimensiones de resiliencia sobre competencias personales influyen en el apareamiento de menos niveles de estrés parental esta investigación nos lleva a pensar que desarrollar resiliencia, nos permite tener la capacidad de afrontar con éxito la adversidad, la tragedia, incluso fuentes importantes de estrés, puede ayudar a manejar los sentimientos de ansiedad e incertidumbre.

La resiliencia no está en los seres excepcionales sino en todas las personas y en el entorno. Por eso se puede entender que es una cualidad humana mundial concurrente en todas las situaciones estresantes y complicadas, guerra, desastres, violencia, explotaciones, abusos, maltratos y es de gran utilidad para afrontarlos y salir fortalecido e incluso convertido de estas experiencias (Vanistaendel, citado por Uriarte, 2005).

Entonces se puede asumir que la resiliencia es parte del proceso evolutivo de todas las personas, pero no se ha comprobado que sea una cualidad innata ni mucho menos que sea estrictamente adquirida (Grotberg, citado por Uriarte, 2005). Es así que se entiende como una

capacidad que se construye en el transcurso de interacción individuo-contexto (Rutter, citado por Uriarte, 2005).

Así, podemos comprender que la resiliencia no puede ser analizada como algo con lo que se nace, sino que esto evoluciona con la interacción que se tiene con el ambiente y las características de las personas de la sociedad, creando así una capacidad en el individuo de hacer frente de la mejor forma cualquier adversidad (Mendoza y Sisa, 2021).

Modelos teóricos de resiliencia

La resiliencia se ha transformado en tópico de investigación debido a que está relacionada a la salud mental y a las herramientas de adaptación al entorno como parte de la persona; en los últimos años han surgido múltiples teorías y modelos, en los cuales, a pesar de sus diferencias, la gran mayoría de los investigadores han agregado la idea de que la resiliencia es una evolución dinámica que cambia con el paso de los años (Ortunio y Guevara, 2016).

A lo largo del tiempo el perfeccionamiento del concepto se construyó diversos modelos, teóricos, los cuales se presentan a continuación.

Modelo del desafío de Wolin y Wolin

En el modelo de Wolin y Wolin (1993) proponen ir desde un enfoque de riesgo hasta un “Enfoque de desafío” el cual consiste que cada experiencia negativa pueda componerse en una capacidad de afrontamiento, de esta forma, la adversidad no dañara al individuo, sino que lo puede favorecer.

El modelo de desafío se focaliza en las cualidades que tienen las personas resilientes, así pues, que Steven Wolin y Sybil Wolin, intentaron descubrir los factores que benefician a las personas, llegando a desarrollar “los 7 pilares de Resiliencia”.

Los cuales son la introspección, independencia, interacción, iniciativa, humor, creatividad y moralidad, que se explicarán más adelante.

Teoría del desarrollo psicosocial de Grotberg

Realizado por Edith Grotberg, quien asegura que la Resiliencia es una reacción que se da ante la aparición de cualquier adversidad, la que suele manifestarse en muchas etapas de la vida o en un momento determinado. Grotberg (citado por Lozada, 2018) indica que la Resiliencia es como un elemento indispensable, tanto para retar a las adversidades como para la promoción de la salud emocional.

Grotberg (2009) en su libro “La resiliencia en el mundo de hoy” incorpora el estudio de la dinámica y la interacción de los diferentes factores de riesgo y protección, el punto de vista de promover la resiliencia como un proceso; debido a la interacción de factores personales y sociales. La resiliencia surge y se manifiesta en cada individuo de una manera determinada. Aunque previamente se trabajó para determinar las dinámicas que existen en el proceso resiliente para que puedan ser utilizados en intervención; esta visión sugiere que cualquiera puede entonces comenzar con factores relacionados con la resiliencia; es decir, la resiliencia es eficaz no solo para enfrentar desafíos; sino también para incluir la promoción de la salud mental.

Conforme con esta teoría de Grotberg, para hacer frente a las adversidades, así como reponerse y superarlas, las personas acaparan cuatro factores resilientes que son: Yo Tengo, Yo Soy, Yo Estoy y Yo Puedo, estarán presentes en las expresiones verbales de las personas con características resilientes.

Categoría de los factores resilientes

Yo tengo: Entorno social.

Personas en quienes se confía incondicionalmente y que me quieren, que me enseñan la establecer límites para evitar inconvenientes. Que capaces de enseñar la forma adecuada de comportarse a través del ejemplo, admirables que me ayudan a desenvolverme solo y que me brindan su apoyo para cubrir necesidades básicas; cuando se corre peligro, por enfermedad, cuando se necesita mejorar algún aspecto.

- Yo soy: Fortalezas intrapsíquicas y condiciones personales. Alguien por quien sienta amistad y cariño, bienestar cuando se ayuda a otros y manifiesta afecto hacia los demás con mucho respeto hacia uno mismo y hacia sus semejantes.
- Yo estoy: Dispuesto para responder por los propios actos y creer que todo irá bien, optimista y con esperanza.
- Yo puedo: Habilidades sociales: Mantener conversación sobre temas que, de inquietud, buscar soluciones a los problemas que se presenten, saber controlar los deseos de realizar algo peligroso y pueda generar consecuencias, expresar lo que se siente y pedir ayuda cuando se necesite y desarrollar novedosas ideas y formas de hacer las cosas.

Modelo integrador de Resiliencia

Mientras surgían nuevas investigaciones que explicaban con mayor profundidad el contexto de resiliencia también fueron planteados modelos que declaran como se produce la resiliencia. Cada uno de los modelos que aportaron diferentes autores construyen muchos aspectos para el concepto de resiliencia.

Como punto de partida en los procesos que generan la resiliencia existe una interacción continua entre el individuo, familia y comunidad, es así que cada uno de ellos aporta a dicha interacción sus propios recursos y debilidades. Durante los procesos que se presentan entre el

individuo, familia y comunidad, la persona logra incrementar mecanismos protectores ante las vivencias y las experiencias que surgen. Conforme se perciba estas experiencias y los mecanismos protectores activos que se pongan en marcha ante estas, se puede vivir como “pruebas” (más o menos intensas) o llegar aun a desarrollar un “trauma” (Mateu et al., 2009).

Es así que podemos entender que el trauma implica que se atravesó una situación de estrés, agudo o crónico, que produce un gran impacto de consecuencias negativas y que puede llegar a ser muy simbólico tanto que puede desencadenar consecuencias en uno mismo. Así mismo, el hecho traumático cambia la forma que tiene el individuo tiene de sí mismo y del mundo. Donde se marcará un antes y después. El modo en que resulte afectada la persona tendrá gran peso en su historia personal (creencias previas), tipo de situación traumática, las peculiaridades que estuvieron presentes y que esquemas cognitivos están presentes para armar un armazón en el individuo (con los que se idéntica y definen en mayor medida como ser en el mundo) (Saldaña, 2014).

Según Cyrulink (citado por Mateu et al., 2009) hace referencia y muestra que existen diferencias entre los conceptos de prueba y trauma, el autor al hablar de trauma menciona que es un “estado de haber muerto”, en otras palabras, el individuo vive y discierne la experiencia como una ruptura de su personalidad, y por consiguiente existe un antes y después en su vida. Con respecto al termino “prueba” considera que, aunque luchemos y nos deprimimos, toleremos o estemos muy enfadados poseemos la capacidad para sentirnos realmente vivos, continuar siendo nosotros mismos y superar las dificultades.

Características de personas resilientes

De acuerdo con Mrazek y Mrazek (citado por Palomar y Gómez, 2010) refiere que existen 12 habilidades que diferencian a una persona resiliente y son:

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

Madurez precoz: Desarrollo de la capacidad para hacerse cargo de uno mismo.

Desvinculación: Consiste en diferenciar y lograr separar sentimientos intensos sobre uno mismo.

Búsqueda de información: Hace referencia al interés de la persona por tratar de aprender todo lo que lo rodea.

Obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir: Capacidad para formar vínculos que favorezcan al individuo en circunstancias críticas.

Anticipación proyectiva positiva: Se refiere a la capacidad de soñar un futuro mejor al presente.

Decisión de tomar riesgos: Habilidad de responsabilizarse propiamente cuando se toman decisiones aun si la decisión implica algún tipo de riesgo.

La convicción de ser amado: El individuo demuestra sus emociones y asume que puede ser aceptada y percibir el mismo nivel de afecto por otros de su entorno.

Idealización del rival: El individuo se identifica con alguna característica de su rival, con el objetivo de poder aprender de él y llevar una competencia sana.

Reconstrucción cognitiva del dolor: Habilidad para reconocer ciertos eventos negativos de la forma más aceptable y tolerable, enfocada como medio de enseñanza y refuerzo de metas.

Altruismo: Se refiere al placer de poder ayudar a otros de manera voluntaria y desinteresada.

Optimismo y esperanza: Es la disposición de ver positivamente las cosas que podrían ocurrir en el futuro.

Así de la misma forma Wolin y Wolin (1993), mencionan la existencia de 7 características fundamentales de resiliencia en las personas, y estas son:

Introspección: Acto cognitivo que involucra el curso de conocimiento y resolución de posturas donde surge la confianza en las virtudes y aceptación de las debilidades permitiendo equilibrio de uno mismo.

Independencia: Tener consciencia para establecer límites en un contexto con adversidades.

Interacción: Destreza para desarrollar lazos afectivos y satisfactorios con diferentes personas.

Iniciativa: Capacidad que tiene una persona para exigirse y ponerse a prueba en actividades progresivamente más rigurosas.

Humor: Hace referencia a encontrar el lado positivo y cómico en la adversidad. Con una finalidad de poder superar obstáculos.

Creatividad: Competencia que le permite a la persona imponer orden y belleza con finalidad a partir del caos.

Moralidad: Capacidad que tiene la persona para comprometerse de acuerdo a valores sociales y distinguir entre el bien y el mal.

Según las investigaciones de Wagnild y Young para hacer pública la escala de resiliencia en 1993, se pudo encontrar 5 características presentes en personas resilientes, donde a su vez define a la resiliencia como un rasgo de la personalidad, siendo una cualidad para disminuir las consecuencias del estrés, para una mejor adaptación (Ramos, 2019).

Dimensiones de resiliencia

Las características identificadas incluyen la ecuanimidad, la perseverancia, la autoconfianza, la satisfacción personal y la soledad existencial, que se detallaran a continuación:

Ecuanimidad: Capacidad de conservar una perspectiva en equilibrio de la vida propia y experiencias, hacer frente a las circunstancias adversas de manera calmada, manteniendo una actitud moderada ante los problemas.

Perseverancia: Es la capacidad de ser persistente ante las adversidades, luchando ante todos los problemas que se puedan presentar y construyendo una vida estando involucrado y ejecutando la autodisciplina.

Confianza en sí mismo: Capacidad de crees en sí mismo y en todas las habilidades propias que se tiene, además autoexplorarse y reconocer las fortalezas y debilidades.

Satisfacción personal: Viene siendo la capacidad de entender que existe un significado en la vida y estimar cómo se contribuye a esta.

El sentirse bien solo: Ser consciente del verdadero significado de libertad, comprender que la vida es única y le pertenece a cada individuo, es posible compartir algunas experiencias, pero hay otras que deben afrontarse solos.

Factores de Resiliencia

La Escala de Resiliencia que construyó Wagnild y Young (1993) está conformada por dos factores, y también cuenta con 5 subescalas con el propósito de identificar el grado de resiliencia individual, que se detallan a continuación:

Factor I: Se denomino “Competencia personal” indicador de autoconfianza, decisión, poderío, independencia, invencibilidad, perseverancia e ingenio.

Factor II: Se llamó “Aceptación de uno mismo” representa flexibilidad, balance, adaptabilidad y una perspectiva de vida estable. Se ve reflejado en la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de las dificultades.

Ambos factores toman en cuenta las siguientes subescalas de resiliencia:

Ecuanimidad: Perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, lo que puede dar como resultado respuestas tardías ante la adversidad.

Perseverancia: Referida a un acto de persistencia a pesar de las dificultades o desaliento; connota un fuerte deseo de continuar luchando para formar la vida de uno mismo.

Confianza en sí mismo: Creencia de sí mismo y de las propias capacidades; se le puede considerar como la habilidad de depender de uno mismo.

Satisfacción personal: Comprensión del significado de la vida y evaluar las contribuciones de la misma.

Sentirse bien solo: Nos da un sentido de libertad y un significado de ser únicos.

Resiliencia y padres de hijos con trastornos en el neurodesarrollo

Los padres de hijos con alguna discapacidad no declaran reacciones patológicas inmediatas, pero llegan a experimentar sentimientos desfavorables, con una gran variabilidad, debido a que no saben que es lo que ocurre en el desarrollo del menor. Este hecho es una fuente principal de estrés en el seno de la familia, también se interiorizan preguntas como el porqué de algunos comportamientos que se van dando durante el crecimiento de los hijos (Jiménez, 2016).

Aparece una búsqueda incansable y desesperadamente de alguien que pueda ayudarlos como apoyar y entender a sus hijos. Dicha incertidumbre puede ser duradera por muchos años, pero algunas familias se arman de coraje y logran una resiliencia para hacer frente a la realidad diferente de su hijo/a. Sin embargo, existen familias que no encuentran el sendero y desgastan la

relación de pareja, pierden el dominio de la situación por no saber cómo actuar ante las adversidades (González, 2017).

Los progenitores de los hijos autistas tienen los mismos problemas que los padres de los hijos con otros diagnósticos: parálisis cerebral, síndrome de Down, etc., pero asimismo poseen dificultades especiales; esto debido a que la gran mayoría de los autistas suelen tener un aspecto normal y parecen generalmente normales al momento de nacer, es por ellos que los padres demoran uno o dos años, hasta darse cuenta que sus niños tienen dificultades en el neurodesarrollo (Tobar, 2005).

Hipótesis

Existe una correlación significativa e inversa entre la estrés parental y resiliencia, donde al aumentar la resiliencia se asociará a menor el estrés parental en padres con hijos con trastornos en el neurodesarrollo de un CEBE de Arequipa.

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

Método

Esta investigación posee un diseño no experimental transversal, no experimental debido a que las variables del estudio no fueron manipuladas deliberadamente, y se efectuó la medición en un contexto natural; de corte transversal debido a que los datos se reunieron en una sola ocasión, en un momento único. De tipo descriptivo correlacional, descriptivo porque permite detallar situaciones y eventos, es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno y buscar especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, de alcance correlacional, ya que asocia dos variables con el objetivo de entender la relación entre ellas. Es cuantitativa, ya que, pretende describir, exponer y pronostica los fenómenos investigados, indagando sobre las regularidades y relación de los elementos (Hernández et al., 2014).

Instrumentos

En la presente investigación se utilizó un primer instrumento que es una ficha sociodemográfica para recolectar información relevante (Anexo 1), el segundo instrumento que se utilizó fue el cuestionario de estrés parental versión corta (Abidin, 1995) adaptación por Sánchez 2015 (Anexo 2), y como tercer instrumento se utilizará escala de resiliencia (ER) de Wagnild y Young (1993) adaptación por Gómez 2019 (Anexo 3).

Instrumento 1. Ficha sociodemográfica

La ficha sociodemográfica recolectará información sobre datos relevantes de la muestra a estudiar. Por ello, considerando el objetivo de la investigación y antecedentes teórico investigativo, se formuló preguntas sobre sexo, edad, ocupación, entorno donde vive, estado civil, estructura familiar, número de hijos que conviven en el hogar, antecedentes de trastornos

de desarrollo en la familia, diagnóstico del hijo, sexo del niño, edad del hijo, tiempo que lleva en el institución y nivel de problemas generados para los padres el trastorno de neurodesarrollo de su hijo. Los ítems fueron redactados en forma de pregunta, ya sea de tipo abierta o cerrada, según sea conveniente.

Instrumento 2. Cuestionario de Estrés Parental

El cuestionario en su versión original fue elaborado por Richard Abidin (1995), versión peruana abreviada de Sánchez (2015). El cual tiene como objetivo medir el estrés parental que consta de 24 ítems, y dividida en tres dimensiones, la primera dimensión Malestar Paterno está compuesta por 7 ítems (ítem 1 al ítem 7), aquí se refiere al desacuerdo que presenta la pareja de padres con respecto a la crianza de los hijos, ausencia de apoyo para el cuidado y competencia o rivalidad para la atención de las necesidades de estos; la segunda dimensión Interacción Disfuncional Padre-Hijo tiene 6 ítems (ítem 8 al ítem 13) y nos brinda la medición del conflicto existente entre el padre e hijo, y la última dimensión Niño Difícil presenta 11 ítems (ítem 14 al ítem 24), que buscan la medición del grado en el cual el estrés se ve incrementado debido a las propias cualidades del hijo como su conducta, temperamento y adaptabilidad.

La puntuación del cuestionario se realizó por medio de una escala Likert con cinco niveles, los cuales son; Muy de Acuerdo “5”, De Acuerdo “2”, No estoy seguro “3”, Desacuerdo “4” y Muy en Desacuerdo “1”. Posterior a la resolución del cuestionario, se procedió a realizar la interpretación correspondiente según dimensión. Esta prueba tiene una duración de 10 a 15 minutos; y es útil para la intervención de aquellos padres de familia que presentaron estrés y lo traspasen al niño en cuestión, afectando la relación padre-hijo y se vea afectado el apego y la estabilidad en la vida familiar (Sánchez, 2015).

En Perú fu validada por (Sánchez, 2015) el cual reportó que diversos elementos señalaban un 58% de varianza mediante una evaluación de componentes principales donde se utilizó rotación varimax. Asimismo, se manifestó una numerosa cantidad de ítems lo cual extendió el tiempo de aplicación. La confiabilidad por consistencia interna se encontró coeficientes altos, en el área denominada dominio del niño (0.89), en el área denominada dominio de los padres (0.93) y en el cuestionario global (0.95).

De la misma forma, se realizó la confiabilidad de consistencia interna a través de la estimación de homogeneidad utilizando el coeficiente de alfa de Cronbach el cual es de 0,833.

Instrumento 3. Escala de Resiliencia (ER)

La escala de resiliencia (ER) fue elaborada por Wagnild y Young en 1998, y fue revisada por los mismos autores en 1993. El objetivo de esta escala es identificar el grado de resiliencia individual. Su aplicación dura de 8 a 10 minutos aproximadamente, y está dirigida para adolescentes y adultos. Está compuesta por 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es el puntaje más bajo, nombrado como “totalmente en desacuerdo”, 2 “en desacuerdo”, 3 “parcialmente en desacuerdo”, 4 “indiferente”, 5 “parcialmente de acuerdo”, 6 “de acuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos. Está conformada por dos factores, cada uno de ellos refleja la definición teórica de resiliencia, el factor I se denomina “competencia personal” (15 ítems) y el factor II se denomina “aceptación de uno mismo” (10 ítems), conjuntamente tiene 5 subescalas las cuales son: ecuanimidad (4 ítems), sentirse bien solo (4 ítems), confianza en sí mismo (6 ítems), perseverancia (7 ítems) y satisfacción personal (4 ítems). En cuanto a su confiabilidad en la adaptación peruana obtuvo un Alfa de Cronbach 0.89 (Novella, 2002).

En la revisión y estandarización peruana realizada por Gómez (2019), la confiabilidad que se obtuvo en la adaptación de la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young fue mediante un alfa de Cronbach es de $\alpha = .87$, demostrando una óptima consistencia interna y fiabilidad del instrumento de manera que, los reactivos miden precisamente las características de la resiliencia, esta información es similar a los hallazgos de Novella (2002), quien encontró un resultado de $\alpha = .89$, de esta manera mostro una similitud. Así mismo, se demostró que el instrumento se encuentra debidamente ajustado a las características y comprensión del medio peruano, ello reafirma los aportes de la autora en mención, así como los aportes de Prado y Del Águila (2003). En cuanto a la validez interna de la escala se usó el método estadístico de Prueba Medida Kaiser – Meyer – Olkin (KMO), como parte del análisis factorial exploratorio para determinar la validez interna de activos y su grado de correlación como de adecuación. Se denota un valor de $\alpha = .87$, lo que indica que los ítems son válidos y adecuados para la medición de los dos Factores principales a los cuales apela la prueba sobre Resiliencia en la población peruana (Gómez, 2019) a través de análisis factorial, se podemos apreciar que cada uno de los ítems muestra resultados mayores al establecido ($p \leq 0.05$).

Participantes

La población del estudio estuvo constituida por 120 padres con hijos con trastorno en el neurodesarrollo de un CEBE de Arequipa, durante el mes de agosto del 2023. No se realizó ningún tipo de muestreo debido a que se trabajará con la totalidad de la población en función a la accesibilidad y proximidad de los participantes (Johnson, 2014, Hernández et al., 2014). Por ello, la muestra de esta investigación estuvo conformada por 80 padres de familia y a continuación se detallan sus características en cuanto a sexo, edad y estado civil.

Tabla 5

Características de la muestra (N=80)

Sexo de los padres	<i>f</i>	Porcentaje
Masculino	34	42,5
Femenino	46	57,5
Edad del padre		
De 25 a 35 años	18	22.5
De 36 a 45 años	32	40
de 46 a 55 años	23	28.8
De 56 a 65 años	6	7.5
De 66 a 75 años	1	1.3
Total	80	100,0

En la tabla 5 se puede observar que el 57.5% de los encuestados son mujeres y el 42.5% son varones. Por otro lado, el grupo etario de mayor prevalencia corresponde al de 36 a 45 años con un porcentaje del 40%, seguido de 46 a 55 años con un porcentaje del 28.8%, seguido de 25 a 35 años con un porcentaje del 22.5%, continuando el de 56 a 65 años con un porcentaje de 7.5% y en una menor proporción el grupo etario de 66 a 75 años con 1.3%.

Para la selección de la muestra se tomará en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión

- Padres de familia pertenecientes al Centro Educativo Básico Especial en Arequipa.
- Padres de familia que sus edades sean mayores a 18 años.
- Padres de familia que deseen participar voluntariamente en la investigación.

Criterios de Exclusión

- Padres de familia no pertenecientes al Centro Educativo Básico Especial en Arequipa
- Padres de Familia que sus edades sean menores a 18 años.

- Padres de familia que no deseen participar voluntariamente en la investigación

Procedimiento

Para la realización de esta investigación, se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

En primera instancia, el proyecto se envió para su aprobación a la Escuela Profesional de Psicología. Como segundo paso, una vez aprobado se procedió a solicitar una carta de presentación a la dirección de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica de Santa María, dirigida a las autoridades correspondientes del Centro Educativo Básico Especial para la realización de la investigación, donde se procedió a exponer el propósito de la intervención y objetivos de la misma, se acordó y pactó el compromiso por parte de los examinadores de adecuarse a los horarios y disponibilidad de los padres de familia.

En un tercer momento, la investigación estuvo constituida por una programación de fechas para la aplicación de instrumentos con los padres de familia, la cual fue de manera colectiva dentro de un salón y horario acordado, donde primeramente se presentaron los investigadores ante los padres de familia, para seguidamente brindarles el consentimiento informado (Anexo 1), luego la ficha sociodemográfica (Anexo 2) y finalmente los instrumentos:

Cuestionario de Estrés Parental (PSI-SF) (Anexo 3) y la Escala de Resiliencia (ER) (Anexo 4), la aplicación duró aproximadamente 50 minutos.

Finalmente, se indicó a todos los participantes que los resultados serán confidenciales, y solo los investigadores son los que tendrán acceso para visualizarlos.

Consideraciones Éticas

Para la ejecución de la presente investigación, se tomó en cuenta los aspectos éticos para el desarrollo de todo el curso investigativo, por lo cual inició con la solicitud de la firma del consentimiento informado y la manifestación voluntaria de participar en el estudio, del mismo

modo se les indicó a los participantes que la información recibida sería sometida en estricta reserva para cumplir con el principio de confidencialidad; se respetaron horarios asignados donde se llevó a cabo las evaluaciones correspondientes de la investigación, las mismas que se desarrollaron en turnos de mañana, en ambientes que cuentan con las condiciones de privacidad necesarias del Centro Educativo Básico Especial, y que en esas instancias fueron facilitados por la directora de la institución. Se respetaron los procesos éticos durante la ejecución del proceso de investigación, respectivamente, el respeto, la responsabilidad, la libertad, la justicia y la honestidad de cada participante, de igual modo, los investigadores se desempeñaron de forma honesta y franca, actuando con claridad, responsabilidad y abordando de manera crítica el desarrollo de este estudio. Todos los documentos fueron presentados a solicitud de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica de Santa María, quien de la misma forma dio autorización para la aplicación de los instrumentos de investigación, esto permitió comprobar que la investigación que se realizó no incida en ningún tipo de falta de ética (American Psychological Association, 2017).

Análisis de Datos

Primeramente, se realizó la recolección, la limpieza y la codificación de los datos de los instrumentos a aplicar los cuales son: el PSI-SF y la ER. Posteriormente, se utilizó el programa SPSS en su versión 26 para el análisis estadístico de los datos.

El análisis estadístico inicio con el análisis de frecuencias de los datos recolectados mediante la ficha sociodemográfica, lo que permitió conocer las características de los participantes que integraron la muestra a estudiar, como también de los niveles obtenidos en las variables de estrés parental y resiliencia.

Posteriormente, se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov para verificar si los datos recolectados por cada variable de estudio presentan o no una distribución normal y de esta manera determinar el uso de estadísticos paramétricos o no paramétricos. Con la finalidad de identificar si existe relación entre las variables de la investigación, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, debido a que la distribución de los datos fue no paramétrica.

Con el propósito de saber si existe diferencia en estrés parental y resiliencia según sexo, la gravedad del trastorno y diagnóstico del hijo, se realizó el análisis de Chi cuadrado.



CAPÍTULO III. RESULTADOS

A continuación, se presenta la información obtenida del análisis estadístico realizado con el programa SPSS versión 26.

Tabla 6

Características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos en el neurodesarrollo

Estado civil	<i>f</i>	Porcentaje
Casado	20	25,0
Soltero	16	20,0
Conviviente	27	33,8
Separado	17	21,3
Estructura familiar		
Nuclear	48	60,0
Extensa	16	20,0
Mono parental	16	20,0
Antecedentes de trastorno		
No	56	70,0
Si	24	30,0
Diagnóstico del hijo		
Autismo	44	55,0
Síndrome de Down	32	40,0
TDHA	4	5,0
Sexo del hijo		
Masculino	52	65,0
Femenino	28	35,0
Edad del hijo		
De 5 a 10 años	19	23,8
De 11 a 15 años	41	51,3
De 16 a 19 años	20	25,0
Tiempo de escolaridad		
1 año	13	16,3
2 años	10	12,5
3 años	16	20,0
4 años	12	15,0
5 años	10	12,5
6 años	2	2,5

	7 años	11	13,8
	8 años	4	5,0
	9 años	1	1,3
	15 años	1	1,3
<hr/>			
Gravedad	Mucha	27	33,8
	Moderada	42	52,5
	Poca	10	12,5
	Ninguna	1	1,3
	Total	80	100,0

En la Tabla 6 se detallan las características demográficas y clínicas de la muestra seleccionada. Se observa que el 33.8% de los participantes están en convivencia, el 25% están casados, el 21.3% están separados y el 20% son solteros. Respecto a la estructura familiar, el 60% pertenece a una familia nuclear, el 20% a una familia extensa y otro 20% a una familia monoparental. En cuanto a los antecedentes de trastorno en la familia, el 70% reporta la ausencia de antecedentes, mientras que el 30% indica la presencia de antecedentes familiares de algún trastorno. Respecto al diagnóstico del hijo, el 55% corresponde a Autismo, el 40% a Síndrome de Down y el 5% a TDAH. En cuanto a la edad del hijo, el 51.3% se encuentra en el rango de 11 a 15 años, el 25% en el rango de 16 a 19 años y el 23.8% en el rango de 5 a 10 años. En relación al tiempo de escolaridad en el CEBE, el 20% tiene 3 años, el 16.3% tiene 1 año, el 15% tiene 4 años, el 13.8% tiene 7 años, el 12.5% tiene 2 años, el 12.5% tiene 5 años, el 5% tiene 8 años, el 2.5% tiene 6 años, el 1.3% tiene 9 años y otro 1.3% tiene 15 años de escolaridad. Por último, en cuanto a la gravedad del trastorno, el 52.5% se considera moderada, el 33.8% mucha, el 12.5% poca y el 1.3% ninguna.

Tabla 7

Relación de estrés parental con el sexo de los padres, gravedad del trastorno y diagnóstico del hijo

		Estrés parental				P X ²
		Bajo	Medio	Alto	Total	
Sexo del padre	Masculino	2.50%	37.50%	2.50%	42.50%	0.86
	Femenino	2.50%	50.00%	5.00%	57.50%	
Total		5.00%	87.50%	7.50%	100.00%	
Gravedad del trastorno	Mucho	2,5%	27,5%	3,8%	33,8%	0.39
	Moderado	1,3%	50,0%	1,3%	52,5%	
	Poco	1,3%	8,8%	2,5%	12,5%	
	Ninguno	0%	1,3%	0%	1,3%	
Total		5,0%	87,5%	7,5%	100,0%	
Diagnóstico del hijo	Autismo	2,5%	50,0%	2,5%	55,0%	0.65
	Síndrome de Down	2,5%	32,5%	5,0%	40,0%	
	TDAH	0%	5,0%	0%	5,0%	
Total		5,0%	87,5%	7,5%	100,0%	

En la tabla 7 según los resultados del análisis de Chi cuadrado presentados en la tabla 7, no se encontró una asociación significativa entre el estrés parental y el sexo ($p = 0,86$), lo que sugiere que el género no tiene impacto en los niveles de estrés experimentados. Del mismo modo, no se observó una relación significativa entre el estrés parental y la gravedad del trastorno ($p = 0,39$), indicando que la severidad del trastorno no afecta los niveles de estrés en los padres. Asimismo, no se encontró una asociación significativa entre el estrés parental y el diagnóstico del hijo ($p = 0,65$), lo que sugiere que el diagnóstico del niño no influye en los niveles de estrés parental. Concluyendo todos los datos presentados superan el valor de significancia establecido de 0,05, lo que indica que no hay una relación significativa en ninguno de los casos analizados

Tabla 8

Relación de resiliencia con el sexo de los padres, gravedad del trastorno y diagnóstico del hijo

		Resiliencia				P
		Bajo	Medio	Alto	Total	X2
Sexo del padre	Masculino	15,0%	11,3%	16,3%	42,5%	0.115
	Femenino	31,3%	6,3%	20,0%	57,5%	
Total		46,3%	17,5%	36,3%	100,0%	
Gravedad del trastorno	Mucho	21,3%	5,0%	7,5%	33,8%	0.101
	Moderado	18,8%	8,8%	25,0%	52,5%	
	Poco	6,3%	2,5%	3,8%	12,5%	
	Ninguno	0%	1,3%	0%	1,3%	
Total		46,3%	17,5%	36,3%	100,0%	
Diagnóstico del hijo	Autismo	22,5%	7,5%	25,0%	55,0%	0.094
	Síndrome de Down	18,8%	10,0%	11,3%	40,0%	
	TDAH	5,0%	0%	0%	5,0%	
Total		46,3%	17,5%	36,3%	100,0%	

En la tabla 8 se evidencia que el análisis de Chi cuadrado reveló que no existe una relación significativa entre la resiliencia y el sexo ($p = 0,115$). Esto sugiere que el género no afecta los niveles de resiliencia que una persona pueda tener. Asimismo, no se encontró una asociación significativa entre la resiliencia y la gravedad del trastorno ($p = 0,101$), lo que indica que la severidad del trastorno no influye en los niveles de resiliencia en los padres. Además, no se halló una relación significativa entre la resiliencia y el diagnóstico del hijo ($p > 0,094$), lo que sugiere que el diagnóstico del niño no impacta en los niveles de resiliencia parental. En resumen, todos los datos presentados superan el valor de significancia establecido de 0,05, lo que indica que no hay una relación significativa en ninguno de los casos analizados.

Tabla 9

Pruebas de normalidad

	Estadístico	gl	Sig.
Estrés parental	0.074	80	,200*
Resiliencia	0.177	80	0.000

En la Tabla 23, se observa los resultados de la prueba de normalidad, realizada a través de Kolmogórov, ya que, se tiene una muestra mayor a 50 sujetos. Donde se evidencia que los grados de significancia en las variables de estrés parental y resiliencia es de .000, lo cual nos indica que no existe una distribución normal, debido a que el valor encontrado es $p < .001$. Por lo contrario, para la variable de estrés parental se encontró un valor de significancia de .200, lo cual indicaría que los datos tienen una distribución normal, por lo que se aprueba la hipótesis: "La muestra tiene una distribución no normal", por ello se procede al análisis inferencial con estadísticos no paramétricos, empleando la correlación de Spearman.

Tabla 10

Correlación entre estrés parental y resiliencia en padres de hijos con trastorno en el neurodesarrollo

	Estrés parental	
Resiliencia	Rho de Spearman	-0.692
	valor p	< .001

En la Tabla 24, se observa que existe una correlación significativa, negativa y alta ($r = -0.692$, $p < .001$) entre Resiliencia y Estrés parental, lo cual indicaría que, a mayor capacidad de resiliencia, el estrés disminuye en los padres de niños con trastorno en el neurodesarrollo. En cuanto al test de resiliencia tenemos que al mantener una vida en equilibrio, afrontar experiencias adversas y creer en sí mismo, nos ayuda a disminuir los síntomas de estrés, esto reflejaría que a mayor resiliencia menor estrés y la percepción que tienen los padres sobre el rol que ejercen

aumenta, del mismo modo las expectativas que tienen sobre la crianza que dejaron sus antepasados, el aporte que ellos dan a sus hijos y las conductas difíciles que tienen los niños se verá más llevadera para los padres que son más resilientes.



Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo determinar si existe relación entre estrés parental y resiliencia en padres con hijos con trastorno del neurodesarrollo de un CEBE de Arequipa. Los resultados confirman que sí existe relación entre las variables de estrés parental y resiliencia, que coinciden con las investigaciones de Tello (2019) que refiere que los padres presentan un estrés parental significativo del 81,8%, lo que conlleva a tener bajos niveles de resiliencia que sería el 73,6%, se dan por una acumulación de factores de estrés y tensiones. Cara (2019) expone que, los padres de hijos con problemas de neurodesarrollo ven su rol parental como menos reforzante de lo esperado, lo cual lo lleva en ocasiones a niveles de estrés moderados, en su investigación concluye en que las familias necesitan abordar sus problemas de una manera directa y recibir una atención individualizada, temprana y eficaz.

En la investigación se encontraron niveles de estrés parental medios en padres, estos resultados se asemejan al estudio realizado por Rivera (2022) donde tuvo como objetivo general determinar la relación que hay entre el nivel de resiliencia y estrés parental en padres de niños y adolescentes con autismo de un centro terapéutico de Lima, donde el 50,9% de la muestra presentó un nivel medio de estrés parental, el autor refiere que los niveles de estrés parental se debe a que en la familia atraviesan situaciones donde existe tensión y preocupación por las demandas que requiere el cuidado de un niño que va más con la sensación de agotamiento y de incapacidad.

Basa (2010) en su estudio de investigación revela que el desgaste de los padres y madres, se centra en la dificultad con el hijo ya que requieren mayor atención dada su patología. Por otro lado, el profundo cansancio además del desgaste emocional que provoca, genera niveles de estrés parental considerables. Teniendo presente las consideraciones del autor, se puede decir que el

estrés parental es una reacción del individuo que es provocada por un sentimiento de tensión, ocasionada por la sobre carga que implica la paternidad.

Se encontraron niveles de resiliencia bajos en padres, debido a que presentan el 46.3% lo que correspondería a un nivel bajo, lo que puede conllevar a decir que los padres demuestran dificultad en la dimensión de satisfacción personal, por tanto, no tienen una buena capacidad para afrontar solos algunas experiencias, dicho resultado se relaciona con la investigación de Mendoza y Sisa (2021) ya que tuvo como resultado que el 26 % de la muestra presentaba un nivel bajo de resiliencia, la muestra fue de 70 padres, el autor alude que estos resultados demuestran que la resiliencia se debe desarrollar previamente al nacimiento del niño para que ellos puedan desempeñar su rol y sobrellevar adecuadamente la situación, resistir a los obstáculos y a las adversidades de la vida. Menciona que los niveles bajos en resiliencia se deben a que los padres dejan de lado sus proyectos personales, dado que, sus hijos necesitan mayor atención, donde experimentan sentimientos de inseguridad y culpabilidad ya que no llegan a comprender completamente el comportamiento de sus hijos. Según Guillen. (2022) menciona que la resiliencia es un proceso donde se afronta episodios de mucha dificultad, es por ello que los padres de niños con habilidades diferentes, deben tener mucha fortaleza para sobrellevar el diagnóstico de sus hijos.

Al comparar los niveles de estrés parental en función al sexo se obtuvo que los datos no están relacionados, por lo tanto, si la persona es mujer o varón no influenciara en los niveles de estrés parental que pueda presentar, estos resultados se contraponen con Pérez (2012), ya que el 34,2% revela que las madres poseen mayores niveles de estrés que los padres y este acrecienta debido a que durante la crianza ya que ellas emplean mucha más cantidad de tiempo en el cuidado del niño.

De igual forma, la contraposición es notoria en la investigación de Sánchez (2015) donde en general son las madres quienes presentan mayor estrés que los padres en la dimensión malestar paterno, esto se debe a que las madres deben dejar el trabajo y proyectos profesionales para poder estar al cuidado de sus hijos, provocando un conflicto de roles. Por otro lado, Catalán (2022) mencionó que el estrés en las madres iniciaba desde que percibían indicadores de problemas emocionales y conductuales de sus hijos, en el caso de los padres iniciaba después cuando los problemas eran más graves.

Respecto al objetivo de comparar los niveles de estrés parental en función al nivel de gravedad se encontró que los datos no están relacionados, demostrando así, que la gravedad del trastorno no influenciara en los niveles de estrés parental que pueda presentar el padre, lo hallado es diferente a lo reportado en el estudio de Ilias et al. (2018), halló que varios factores influyen en los niveles de estrés de los padres de niños con algún trastorno en el neurodesarrollo como: apoyo social, gravedad de los síntomas, dificultad financiera, comprensión de los padres de familia y aceptación del diagnóstico; pero lo que más estresaba a los padres fue un comportamiento difícil y el futuro de sus hijos, lo que puede desencadenar ansiedad y preocupación.

Por su parte, Pizarro (2022), menciona que los niveles de estrés parental presentes son debidos a una adherencia del tratamiento del niño con trastorno en el neurodesarrollo, esto quiere decir que los problemas emocionales y de comportamiento de los niños con habilidades diferentes están asociados con indicadores de estrés parental. De igual manera, Ashworth et al. (2018) concluyó que no existe diferencias significativas entre los niveles de estrés parental según el diagnóstico y su gravedad de cada trastorno del neurodesarrollo. Sin embargo, algunos resultados encontrados revelaron que había diferencias de grupo en lo que los padres

encontraban particularmente estresante. Los progenitores de niños con TEA mencionaron que es más estresante, no tener acceso a los profesionales que los padres de niños con SD ($p=0,023$) y DS ($p=0,024$). Por otra parte, los progenitores de los niños con Síndrome de Down consideraron que hallar profesionales con un conocimiento reducido del trastorno era mucho más estresante que los padres de niños con TEA ($p=0,027$) (Ashworth et al., 2018).

Al comparar los niveles de estrés parental en función al tipo de diagnóstico se encontró que los datos no están relacionados, demostrando así, que el tipo de diagnóstico del hijo no influenciará en los niveles de estrés parental que pueda presentar el padre. Este resultado se contrapone con lo que menciona, Mercader et al. (2014) en su investigación demuestran que el comportamiento y las necesidades de los niños con discapacidad neuropsicológica afectan la salud física y mental de los padres, lo que provoca enfermedades y debilita la dinámica familiar, dicho esto, el impacto se presenta a nivel económico, social y emocional, ya que exige una adaptación a la situación. Por otro lado, se corrobora lo encontrado con la investigación de Jiménez (2016) donde menciona que el estrés parental es uno de los factores de riesgo más determinante para la adaptación de los comportamientos de niños con trastorno en el desarrollo, cabe resaltar que un diagnóstico de cualquier trastorno en el neurodesarrollo tiene como consecuencia estrés en los padres.

En cuanto, al comparar los niveles de resiliencia en función al sexo que los datos no están relacionados, por lo tanto, si la persona es mujer o varón no influenciara en los niveles de resiliencia que pueda presentar el padre o madre, la contraposición es notoria en los estudios realizados por Kavalitotis (2017) donde evidencio que el sexo de los padres afecta significativamente al nivel de resiliencia total de la familia. Donde el padre suele presentar menores niveles de resiliencia que la madre. Tal vez esto se deba a que los padres manifiestan

niveles pobres en cuanto a comunicación y solución de problemas de la familia, falta de conectividad familiar y poca espiritualidad que las madres. La capacidad resiliente de los participantes no demostró ser mayor o menor en función a ciertas características sociodemográficas o circunstancias como puede ser la gravedad del trastorno, diagnóstico, edad del hijo o los antecedentes familiares.

Por otro lado, al comparar los niveles de resiliencia en función al nivel de gravedad se encontró que los datos no están relacionados, demostrando así, que la gravedad del trastorno no influenciara en los niveles de resiliencia que pueda presentar el padre, lo que coincide con lo que apuntaron Pastor et al., (2015) que algunos padres no dan la importancia de la gravedad del trastorno o la severidad de los síntomas en la readaptación del entorno donde se encuentra el niño con problemas en su neurodesarrollo, del mismo modo, los resultados concuerdan con lo mencionado por Mas y Gine (2010) que al analizar la gravedad percibida por los participantes fue moderada en puntuaciones medias de resiliencia. En cuanto al comparar los niveles de resiliencia en función al tipo de diagnóstico se encontró que los datos no están relacionados, demostrando así, que el tipo de diagnóstico del hijo no influenciará en los niveles de resiliencia que pueda presentar el padre, estos resultados no coinciden con Guillen y Torres (2022) en su estudio menciona que tienen mayores niveles de resiliencia, sin embargo, los resultados inferiores fueron los padres con Síndrome de Down y Parálisis Cerebral. Estos resultados también coinciden con Camones (2021), donde realizó un estudio descriptivo, a 50 cuidadores relacionando las variables de resiliencia y diagnóstico de los niños, encontrando bajos niveles de resiliencia en cuidadores de niños con parálisis cerebral infantil y Síndrome de Down. De igual manera, podemos agregar que al momento de recibir un diagnóstico negativo sobre el desarrollo de un hijo causa estrés parental y consecuencias en la resiliencia y ambas variables son

fundamentales para la adaptación familiar y convivir con un niño con habilidades diferentes
(Smith et al., 2010; Pisula, 2011).



Conclusiones

Primera: Los resultados obtenidos evidencian relación significativa, negativa y alta entre las variables de estrés parental y resiliencia.

Segunda: Respecto al nivel de estrés parental se encontró que, la mayoría de los padres presentan un nivel medio, lo que quiere decir que, los padres con hijos con trastorno del neurodesarrollo si presentan niveles de estrés en cuanto al rol de progenitores.

Tercera: En función a la resiliencia, se halló niveles bajos, esto nos indica que, los padres con hijos con trastorno del neurodesarrollo tienen dificultades para superar situaciones adversas dentro de su rol parental.

Cuarta: Se encontró que no existen diferencias significativas en el estrés parental según el sexo del padre. En cuanto a resiliencia según sexo, no se encontró significancia, por lo tanto, no existe relación entre estos apartados con la variable de resiliencia y estrés parental.

Quinta: Sobre el estrés parental según la gravedad del trastorno, no se encontraron diferencias significativas; del mismo modo en la resiliencia según la gravedad no se encontró diferencias significativas, evidenciando que no existe relación entre estos apartados con la variable de estrés parental y resiliencia.

Sexta: En cuanto al estrés parental y el diagnóstico del hijo, no se encontró significancia; de igual manera en la resiliencia según el diagnóstico del hijo, no se encontraron diferencias significativas, evidenciando que no existe relación entre estos apartados con la variable de estrés parental y resiliencia.

Recomendaciones

Primera: Se sugiere que los profesionales/estudiantes dentro del campo de la salud mental realicen investigaciones que relacionen las dimensiones el estrés parental y resiliencia para conocer a profundidad esta vinculación en padres de hijos con trastornos en el neurodesarrollo en diferentes instituciones de la región de Arequipa y en Perú, porque se ha visto un incremento en la población de niños con habilidades diferentes.

Segunda: Según los resultados de esta investigación, se evidencio que existe un nivel medio de estrés parental, lo cual se recomienda efectuar charlas, talleres e intervenciones psicológicas por parte del Ministerio de Educación para disminuir el estrés, por otro lado, en cuanto a la resiliencia en los padres de hijos con habilidades diferentes, se sugiere realizar programas de intervención psicológica, para mejorar las técnicas de afrontamiento al estrés.

Tercera: Se recomienda a las instituciones implementar programas de promoción psicológicas sobre estrés parental ante situaciones difíciles del día a día que se hacen presentes en el hogar; del mismo modo, un programa de intervención para mejorar la resiliencia en los padres de hijos con trastorno en el neurodesarrollo y así lograr afrontar situaciones complicadas. Pues el estrés puede afectar los estilos de crianza de los padres y llegar a crear cuadros crónicos que pueden afectarlos física y psicológicamente.

Cuarta: Se sugiere a los padres de niños con trastornos del neurodesarrollo sean consistentes en el seguimiento de tratamiento de sus hijos. Esto implica seguir las recomendaciones de los profesionales de la salud, asistir a todas las citas medicas y terapéuticas, y mantener una comunicación abierta con los especialistas involucrados en el cuidado de su hijo

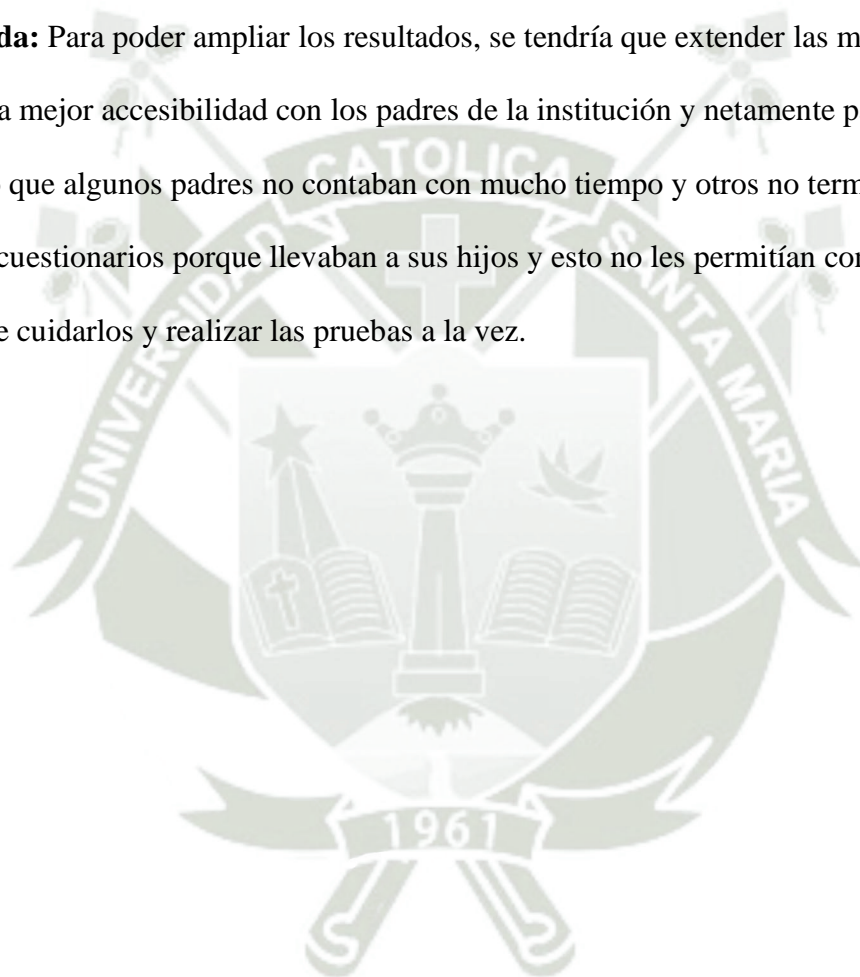
Quinta: Se propone a los docentes capacitarse para mejorar la enseñanza de niños con habilidades diferentes, pues ello permitirá disminuir los niveles de estrés parental y todo ellos se verá reflejado en los niños.



Limitaciones

Primera: La muestra del estudio conformada por los padres con hijos con trastorno del neurodesarrollo, no comprendían algunos ítems de los instrumentos, por lo que, los investigadores tenían que acercarse a cada participante que presentaba duda, para aclarar los ítems que no lograban comprenderse.

Segunda: Para poder ampliar los resultados, se tendría que extender las muestras obteniendo una mejor accesibilidad con los padres de la institución y netamente para realizar la prueba, puesto que algunos padres no contaban con mucho tiempo y otros no terminaban de completar los cuestionarios porque llevaban a sus hijos y esto no les permitían concentrarse, ya que, tenían que cuidarlos y realizar las pruebas a la vez.



Referencias

- Abidin, R. (1990). "Parenting Stress Index". (3rd. Edition). Charlottesville, VA. Pediatric.
- Abidin, R. (1995). Manual for the Parenting Stress Index. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Abidin, R. (1995). Parenting Stress Index. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- American Psychiatric Association (2013). DSM- 5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Medica Panamericana.
- American Psychological Association (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Angulo, M. (2019). Inteligencia emocional y resiliencia en padres de niños con trastorno del espectro autista en Arequipa. [Tesis para optar el grado académico de Maestría en Psicología Clínica]. Universidad San Martín de Porres. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5364/ANGULO_LM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ashworth, M., Palikara, O., & Van Herwegen, J. (2019). Comparing parental stress of children with neurodevelopmental disorders: The case of williams syndrome, down syndrome and autism spectrum disorders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(5), 1047-1057. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jar.12594>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS-5) (5a ed.). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf

Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista Con-Ciencia*, 2(1), 117-125. http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1_a13.pdf

Basa, J. (2010). *Estrés parental con hijos autistas: Un estudio comparativo*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Católica Argentina, Facultad de Humanidades “Teresa de Ávila”, Argentina. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/578/1/doc.pdf>

Bonilla, M. & Chaskel, R. (2016). Trastorno del Espectro Autista. *PRECOP SCP: Sociedad Colombiana de Pediatría*, 15(1), 19-29.

<https://www.studocu.com/pe/document/universidad-tecnologica-del-peru/desarrollo-de-habilidades-personales/autismo-espectro-tea/33542741>

Burga, A. (2009). Ajuste de un modelo Rasch multidimensional a la escala de respuesta al estrés MNC abreviada. *Persona*, 0(012), 53-67.

<https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/view/275>

Calero, D., Robles, A., & García, B., (2010). Habilidades cognitivas, conducta y potencial de aprendizaje en preescolares con síndrome Down. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 8(1), 87-110.

<https://www.redalyc.org/pdf/2931/293121995005.pdf>

- Camones, I. (2021). *Resiliencia en cuidadores de estudiantes con habilidades diferentes, Huaraz-2021*. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología]. Universidad Cesar Vallejo.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/76160/Camones_AIA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Capdevila, N., & Segundo, M. (2005). Estrés. *Revista OFFARM*, 24(8), 96-104.
<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13078580>
- Capone, G. T. (2018). Hacia la elaboración de una guía de salud para adultos con síndrome de Down. *Am J Med Genet*, 176, 116-133. http://revistadown.downcantabria.com/wp-content/uploads/2018/03/revista136_2-15.pdf
- Cara, R. (2018). *Estrés parental y resiliencia en padres de hijos con trastornos del neurodesarrollo*. [Trabajo Fin de Máster en Psicología General Sanitaria]. Universidad de Almería.
http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/8144/TFM_CARA%20GARCIA,%20RUBEN.pdf?sequence=1
- Catalan, J. (2022). *Intervención cognitivo-conductual: estrés y estrategias de afrontamiento en padres de hijos con TDAH*. [Tesis para obtener el Grado de Maestra en Psicología]. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
<http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/2469/CARJLC00T.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2022, 16 de diciembre). Información sobre el síndrome de Down. Recuperado de

<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/downsyndrome.html#print>

CONADIS. (2016, 31 de marzo). Informe temático N° 03-2016: Situación de las personas con Trastornos del Espectro Autista en el Perú. Recuperado de

<https://conadisperu.gob.pe/observatorio/estadisticas/informe-tematico-n-3-situacion-de-las-personas-con-trastornos-del-espectro-autista-en-el-peru/>

Cunha, L. (2022). Estrés familiar y funciones ejecutivas en niños con TDAH de 8 a 12 años de un centro especializado de la ciudad de Cuenca-Ecuador. *REVISTA U-Mores*, 1(2), 9–24.

<https://revista.uisrael.edu.ec/index.php/ru/article/view/560/772>

Defensoría del Pueblo. (2022, 01 de abril). Defensoría del Pueblo advierte falta de políticas públicas para la atención a personas con autismo. Recuperado de

<https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-advierte-falta-de-politicas-publicas-para-la-atencion-a-personas-con-autismo/>

Dioses, J. (2017). *Estrés parental y estilos de afrontamiento en padres de estudiantes de 3 años en la red 16- UGEL 03- San Miguel*. [Tesis para optar el grado de Maestra en Psicopedagogía].

Universidad César Vallejo.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/14853/Dioses_RJE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Enríquez, G., & Rodríguez, J. (2020). *Estrategias de afrontamiento y estrés parental en padres de niños con trastorno del espectro autista con edades entre 3 a 11 años en centros de educación básica especial de la ciudad de Arequipa*. [Tesis para optar el título profesional

de Licenciada en Psicología]. Universidad Católica San Pablo.

http://54.213.100.250/bitstream/20.500.12590/16501/1/ENRIQUEZ_CARRANZA_GAB_TRA.pdf

Galán, I., Lascarez, S., Gómez, M., & Galicia, M. (2017). Abordaje integral en los trastornos del neurodesarrollo. *Revista Hospital Juárez de México* 84(1), 19-25.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2017/ju171e.pdf>

Gómez, M. (2019). *Estandarización de la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young en universitarios de Lima metropolitana*. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología]. Universidad Ricardo Palma.

<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1921/1Estandarizaci%C3%B3n%20de%20Escala%20de%20Resiliencia%20de%20Wagnild%20%26%20Young%20en%20universitarios%20de%20Lima%20Metropolitana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

González, G. (2017). *Acercar la resiliencia a padres y madres de niños/as con trastornos espectro autista*. [Tesis de trabajo de Fin de Grado de Psicología]. Universidad de La Laguna.

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/8818/Acercar%20la%20resiliencia%20a%20padres%20y%20madres%20de%20ninosas%20con%20Trastornos%20del%20Espectro%20Autista.pdf?sequence=1>

Guillen, N., & Torres, F. (2022). *Resiliencia en padres de niños con habilidades diferentes de un Centro de Educación Básica Especial, San Juan de Lurigancho-2022*. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología]. Universidad Privada del Norte.

<https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/32699/Guillen%20Aquino%2C%2>

[ONicoll%20Oriana-](#)

[Torres%20Mayo%2C%20Francesco%20Miguel.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

Grotberg, E. (2009). *La resiliencia en el mundo de hoy*. GEDISA.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. P. (2014). *Metodología de la Investigación (Sexta ed.)*. México D.F.: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.

<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Hervás, A., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del Espectro Autista (TEA). *Revista Pediatría Integral XXI* (2), 92-108. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-03/los-trastornos-del-espectro-autista-tea/>

Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M., & Sánchez Santos, L. (2012). Los trastornos del espectro autista. *Pediatr Integral, XVI* (10), 780-794. <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi10/04/780-794%20T.autism.pdf>

Ilias, K., Cornish, K., Kummar, A., Sang - Ah Park, M., & Golden, K. (2018). Parenting stress and resilience in parents of children with autism spectrum disorder (ASD) in Southeast Asia: A systematic review. *Frontiers in Psychology, 9*,(280), 1-14. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00280/full>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2013). En el Perú 1 millón 575 mil personas presentan algún tipo de discapacidad. <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-1-millon-575-mil-personas-presentan-alg/>

Instituto Nacional de la Salud Mental. (2021). El trastorno de déficit de atención con hiperactividad en los niños y los adolescentes: Lo que usted necesita saber.

<https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/el-trastorno-de-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-en-los-ninos-y-los-adolescentes-lo-que-usted-necesita-saber.pdf>

Jiménez, E. (2016). *Resiliencia en padres y madres de niños con trastornos del espectro autista*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Valencia.

<https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/55439/TESIS%20RS%20ESTEBAN%20JIMENEZ%20PINA%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kavaliotis, P. (2017). Investigation of the correlation of family resilience of parents with a child with autism spectrum disorders, parenting stress and social support. *International Journal of Psychological Studies*. 9(2): 1-15. <https://doi.org/10.5539/jps.v9n2p1>

Kavaliotis, P. (2017). Resilience of parents with a child with autism spectrum disorders and factors for its potential enhancement: Family income and educational level. *Journal of Educational and Developmental Psychology*. 7(1): 188-199. <https://doi.org/10.5539/jedp.v7n1p%7C88>

Kavaliotis, P. (2017). The importance of the sex of the parents and of the sex and age of the children with autism spectrum disorders to family resilience. *Journal of Educational and Developmental Psychology*. 7(1): 155-168. <https://doi.org/10.5539/jedp.v7n1p%7C88>

Klin, A., Klaiman, C., & Jones, W. (2015). Rebajar la edad de diagnóstico del autismo: la neurociencia del desarrollo social afronta un importante problema de salud pública. *Revista Neurología* (60), S3-S11.

https://www.catedraautismeudg.com/data/articles_cientifics/1/b6866cfb926a4315aea82044c9b1e6ff-rebajar-la-edad-de-diagnostico-del-autismo.pdf

La República. (2019, 29 de mayo). Autismo y la lucha por crecer feliz. [Comunicado de prensa].

<https://larepublica.pe/sociedad/1419615-autismo-lucha-crecer-feliz/>

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez

Roca. <https://es.scribd.com/doc/316445936/Estres-y-procesos-cognitivos-2-pdf>

López, I., & Föster, J. (2022). Transtornos del neurodesarrollo: donde estamos hoy y hacia donde nos dirigimos. *Revista médica clínica las condes* 33 (4), 367 – 378.

[https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S071686402200075X)

[S071686402200075X](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S071686402200075X)

López, M. (2005). Síndrome de Down (trisomía 21). *Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría*, 6, 37-43. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6-down.pdf>

Lozada, C. (2018). *Resiliencia en adolescentes mujeres residentes en una Institución estatal del distrito de San Miguel*. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología].

Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2906/TRAB.SUF.PROF_Cecilia%20Soledad%20Lozada%20Cieza.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Mantilla, M., Rivera, C. & Zeledón, B. (2014). *La sobrecarga de trabajo y su incidencia en el estrés laboral de las y los docentes de las carreras de Trabajo Social y Comunicación Social de la Facultad de Ciencias de la Educación y Humanidades de la UNAN-León*.

[Monografía para optar el título de Licenciada en Trabajo Social]. Universidad Nacional Autónoma

de Nicaragua.

<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3948/1/227461.pdf>

Mariño, P. (2016). *El impacto del trastorno del espectro autista en la familia*. [Tesis de Trabajo de Fin de Grado]. Universidad de Cádiz.

<https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/19822/Mari%C3%B1o%20Pe%C3%B1a%20Carmen.%20TFG.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Mas, J. M., & Giné, C. (2010). La familia con un hijo con dificultades o trastornos en el desarrollo. In C. Cristóbal, A. Fornós, C. Giné, J. M. Mas, & F. Pegenaute (Eds.), *La atención temprana. Un compromiso con la infancia y sus familias* (pp. 59-80). Barcelona: Editorial UOC.

Más, J. (2019). Detección de trastornos del neurodesarrollo en la consulta de Atención Primaria. *Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3* (0), 143-147. https://www.aepap.org/sites/default/files/pags.143148_deteccion_de_trastornos_del_neurodesarrollo.pdf

Mateu, R., García, M., Gil, J., & Caballer, A. (2009). ¿Qué es resiliencia? Hacia un modelo integrador. *Universitat Jaume I* (15), 231-248. https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77669/forum_2009_15.pdf

Mendoza, M., & Sisa, T. (2021). *Bienestar psicológico y resiliencia en padres de niños con autismo de la ONG "AUTISMO AQP"*. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología]. Universidad Nacional de San Agustín. http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/13655/PSsicctr_melim.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Moreno, M.^a Á., Martínez, M.^a J., Tejada, A., González, V., & García, O. (2015). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en

- Atención Primaria. *Revista clínica de medicina familiar*, 8 (3), 231-239.
<https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v8n3/especial2.pdf>
- Novella, A. (2002). Resiliencia y estilos de socialización parental en escolares de 4to y 5to año de secundaria de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI Facultad de psicología de UNMSM*, 11(2), 67-91. [Dialnet-ResilienciaYEstilosDeSocializacionParentalEnEscuela-3052961.pdf](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3052961)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022, 30 de marzo). Autismo.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016, 07 de marzo). Discapacidad y salud.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). OMS: niños discapacitados, más vulnerables a la violencia.
- Ortunio, M., & Guevara, H. (2016). Aproximación teórica al constructo resiliencia. *Comunidad y Salud*, 14(2), 96-105. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932016000200012
- Palomar, J., & Gómez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Revista Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
<https://www.redalyc.org/pdf/180/18014748002.pdf>
- Pastor, G., Fernández, I., Tárraga, R., & Navarro, M. (2015). Parental Stress and ASD: Relationship With Autism Symptom Severity, IQ, and Resilience. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 1-12.

- Pelaz, A., y Autet, A. (2015). Epidemiología, diagnóstico, tratamiento e impacto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista española de pediatría*, 71(2), 57-98.
<https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-2.pdf>
- Pérez, D. (2014). Síndrome de Down. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 45, 2357-2361.
<http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/pdf/raci/v45/v45a01.pdf>
- Pérez-López, J., Pérez-Lag, M., Montealegre, M., & Perea, L. (2012). Estrés parental, desarrollo infantil y atención temprana. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 123-132. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832342012.pdf>
- Pérez, M., Molina, D., y Gómez, M. (2016). La intervención neuropsicológica en el tratamiento interdisciplinar para el TDAH. *Neuropsicología*, 1(2), 2.
https://www.researchgate.net/profile/David-Molina-3/publication/311574474_La_Intervencion_Neuropsicologica_en_el_Tratamiento_Interdisciplinar_para_el_TDAH/links/584e237308aecb6bd8c9bdf5/La-Intervencion-Neuropsicologica-en-el-Tratamiento-Interdisciplinar-para-el-TDAH.pdf
- Pisula, E. (2011). Parenting Stress in Mothers and Fathers of Children with Autism Spectrum Disorders. In M.-R. Mohammadi (Ed.), *A Comprehensive Book on Autism Spectrum Disorders* (pp. 87-106). <https://www.intechopen.com/chapters/20033>
- Pizarro, A. (2022). *Psicoeducación en padres de niños con trastorno del neurodesarrollo con estrés parental*. [Trabajo de suficiencia profesional para optar el título profesional de licenciado en psicología]. Universidad de Lima.
https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/15782/Pizarro-Vizcarra_Psicoeducacion-Padres-Ni%C3%B1os.pdf?sequence=5&isAllowed=n

Prado, R., & Del Águila, M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona*, (006), 179-196.

<https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/view/885/835>

Ramos, V. (2019). *Nivel de resiliencia en alumnos del 4to y 5to año de secundaria de una Institución Educativa Estatal de Lima 2018*. [Tesis para optar el título profesional de

Licenciada en Psicología]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3709/008594_Trab._Suf._Prof._%20Ramos%20Diaz%20Maria%20Veronica.pdf?sequence=2&isAllowed=y#:~:text=Ellos%20comprenden%20cinco%20dimensiones%20qu,mismo%20y%20Sentirse%20bi,en%20solo.

Rivera, R. (2022). *Resiliencia y Estrés Parental en padres de niños y adolescentes con autismo de un centro terapéutico de Lima, 2021*. [Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología Educativa]. Universidad César Vallejo.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/80815/Rivera_MRDP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rodillo, B. E. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 52-59.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000097>

Rodríguez De Castillejo, G. (2018). *Estrés parental y afrontamiento en padres de niños con síndrome de Down*. [Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología]. Pontifica

Universidad Católica del Perú.

<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/13195/RODRIGUEZ>

[DE CASTILLEJO ARANA ESTRES PARENTAL Y AFRONTAMIENTO EN PADRES DE NIÑOS CON SINDROME DE DOWN.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

Ruiz, E., & De Cantabria, F. (2001). Evaluación de la capacidad intelectual en personas con síndrome de Down. *Revista Síndrome Down*, 75, 186-192.

<http://www.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/27dcb0a3430e95ea8358a7baca4b423404c386e2.pdf>

Rusca, F., & Cortez, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Rev Neuropsiquiatr*, 83(3), 148-156.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v83n3/0034-8597-rnp-83-03-148.pdf>

Salazar, A. (2019). *Resiliencia y Afrontamiento del Estrés en Padres de Hijos con Necesidades Educativas Especiales de un Cebé de Lima, 2019*. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología]. Universidad Peruana Los Andes.

<https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1333/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Saldaña, J. (2014). Trauma, personalidad y resiliencia una visión aproximada desde la psicoterapia breve integrada. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(3), 1-28.

https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Trauma_personalidad_y_resiliencia.pdf

Sánchez-Griñán, G. (2015). *Cuestionario de estrés Parental: Características Psicométricas y Análisis Comparativo del Estrés Parental en Padres de Familia con Hijos e Hijas de 0 a 3 Años de Edad de Lima Moderna*. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología]. Universidad de Lima.

https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/3384/Sanchez_Gri%C3%Blan_Gracia.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Selye, H., & Prioreshi, P. (1960). *Stress theory of aging*. American Association for the Advances of Sciences. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5915631/>

Seperak, R. (2016). Influencia de la resiliencia en la sobrecarga subjetiva de madres de niños con trastorno de espectro autista. *Revista de Psicología de Universidad Católica San Pablo*, 6(1), 25-48. <http://35.161.26.73/index.php/psicologia/article/view/37/38>

Smith, E., Hong, J., Seltzer, M., Greenberg, S., Almeida, M., & Bishop, S. L. (2010). Daily Experiences Among Mothers of Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*, 40(2), 167-178. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2826850/>

Soto, R. (2008). Adaptación de la forma abreviada del “cuestionario de recursos y estrés (QRS-F, 1983)”, Para padres de personas con autismo. *Revista Electrónica*, 8(1). https://sid.usal.es/idocs/f8/art11311/adaptacion_de_la_forma_abreviada.pdf

Sulkes, S. (2022). Definición de trastornos del desarrollo. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-infantil/trastornos-del-aprendizaje-y-del-desarrollo/definici%C3%B3n-de-los-trastornos-del-desarrollo>

Tello, A. (2019). *Estrés parental y resiliencia en madres con hijos discapacitados de centros educativos básica especial del distrito de ventanilla, 2018*. [Tesis para obtener el título profesional de licenciatura en psicología humana]. Universidad Alas Peruanas. https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12990/8574/Tesis_Estr%c3%a9s_Resiliencia_Madres.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tereucán, P., & Treimún, N. (2016). *Estrés parental y estrategias de afrontamiento en familias de niños(as) con trastorno del espectro autista*. [Seminario de titulación para optar el título profesional de profesora de Educación Diferencial con mención en Déficit Intelectual]. Universidad Austral de Chile.

<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2016/bpmt316e/doc/bpmt316e.pdf>

Tobar, M. (2005). *Resiliencia en familias con hijos autistas*. [Tesis para optar el grado de Licenciado en Trabajo Social]. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

<http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/bitstream/handle/123456789/1469/ttraso154.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Uriarte, J. D. D. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2),61-79. <https://www.redalyc.org/pdf/175/17510206.pdf>

Vigo, J. (2014). *Nivel de estrés relacionado a factores sociodemográficos y académicos de los estudiantes del primer año de enfermería Universidad Nacional de Cajamarca – 2014*. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional de Cajamarca.

<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/195/T%20616.98%20V689%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Wagnild, G. & Young, H. (2002). Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER).

Wagnild, G., & Young, H. (1993). American Psychological Association. *Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale*. *Journal of Nursing Measurement* 1 ,165-178. <http://psycnet.apa.org/record/1996-05738-006>

Wang, Y., Huang, Z., & Kong, F. (2017). Parenting stress and life satisfaction in mothers of children with cerebral palsy: The mediating effect of social support. *Journal of Health Psychology, 25*(3), 416-425. <https://doi.org/10.1177/1359105317739100>

Wolin, S.J., Wolin, S. (1993). *The resilient self: how survivors of troubled families rise*. Nueva York: Villard Books.

Yáñez, G. (2016). *Neuropsicología de los trastornos de neurodesarrollo: diagnóstico, evaluación e intervención*. Editorial: El manual moderno.
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=kWEoDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=etiologia+de+trastornos+del+neurodesarrollo+pdf&ots=wVOs8yQ5tj&sig=XbZMmRJHoCLiZiRf0E2kLK8L9I#v=onepage&q&f=true>

ANEXOS



Anexos

Anexo 1. Formato de Consentimiento
Consentimiento informado para participantes en la investigación

Yo, _____, con DNI _____, en calidad de (madre/padre/apoderado) _____ representante legal del menor _____, perteneciente al Centro Educativo Básico Especial “Paul Harris” – Cerro Colorado, del (año que curso el menor) _____ grado o nivel secundario. Autorizo libre y voluntariamente a los responsables del proyecto de investigación **Xiomara Alessandra Hurtado Ticona** identificada con **DNI. N° 77665358** y **Diego Alexander Macedo Rojas** identificado con **DNI. N° 70480879**. Dando mi consentimiento para participar voluntariamente y una vez aceptado el consentimiento, se le evaluará con un Cuestionario de Estrés Parental/versión corta (Abidin, 1995) adaptación por Sánchez 2015 -Perú y la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild & Young (1993) adaptación por Gómez 2019 -Perú. La evaluación tendrá una duración aproximada de 25 minutos.

La participación en esta investigación es voluntaria, con la posibilidad de recibir los resultados de sus evaluaciones mediante un correo electrónico. En caso decida ya no ser parte de este estudio puede retirarse cuando desee, así mismo los datos recolectados se manejarán de manera confidencial.

Desde ya se le agradece por su participación.

Arequipa, ____ de _____ del 20____.

Firma del Padre/Madre/Apoderado

Anexo 2. Ficha sociodemográfica para los padres de familia

Por favor, marque con una x la opción que corresponda a la pregunta o, en su caso, escriba la respuesta solicitada:

DATOS SOBRE USTED	
1.Sexo:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Varón
2.Edad:	
3.Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Vive en pareja <input type="checkbox"/> Separado/a o Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a
DATOS SOBRE LA FAMILIA	
4. Estructura de la familia:	<input type="checkbox"/> Nuclear (dos progenitores e hijo/s en el hogar) <input type="checkbox"/> Extensa (abuelos, tíos u otros en el hogar) ¿Quién? _____ <input type="checkbox"/> Monoparental (un solo progenitor e hijo/s en el hogar) <input type="checkbox"/> Reconstituida (con hijos de relaciones anteriores) <input type="checkbox"/> Otra: ¿Cuál? _____
5. Antecedentes de trastornos del desarrollo en la familia:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DATOS SOBRE EL HIJO/A	
6. Diagnóstico del hijo/a:	
7. Edad del hijo/a:	
8. Sexo del hijo/a:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Varón
9. ¿Desde cuándo acude su hijo/a al centro educativo actual?	(mes/año)
10. ¿Qué gravedad tienen para usted los problemas de desarrollo de su hijo/a?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Mucha

Anexo 3. Ficha técnica del instrumento Estrés Parental

<p>Nombre de la prueba: Parenting Stress Index (PSI-SF) / Cuestionario de Estrés Parental versión abreviada.</p>
<p>Autores: Richard Abidin (versión inglesa), Ángela Díaz-Herrero, Alfredo G. Brito de la Nuez, José Antonio López Pina, Julio Pérez-López y María Teresa Martínez-Fuentes (adaptación y validación a la versión española), Gracia Sánchez-Griñán (adaptación y validación a la versión peruana).</p>
<p>Procedencia: Virginia, Estados Unidos.</p>
<p>Duración: 10 a 15 minutos.</p>
<p>Administración: Individual o colectiva, en formato de autoinforme.</p>
<p>Materiales: Cuadernillo de preguntas y respuestas, lápiz.</p>
<p>Calificación: Escala Likert de 5 niveles.</p>
<p>Significación: Estrés parental.</p>
<p>Grupo de aplicación: Padres y madres entre 18 y 60 años de edad con hijos e hijas.</p>
<p>Muestra tipificación: Padres y madres de hijos e hijas de diferentes edades, de Estados Unidos, España y Perú.</p>

Cuestionario de Estrés Parental (PSI-SF)

Por favor, indique los siguientes datos:

Edad:

Sexo: Femenino () Masculino ()

Número de hijos/as:

Edad de su/s hijos/as:

Instrucciones

Al contestar el siguiente cuestionario, piense en lo que más le preocupa de su hijo/a. En cada una de las siguientes oraciones le pediremos que indique, colocando una “X” dentro del recuadro que más se aproxime a sus preferencias.

Las posibles respuestas son:

		Es to y m uy de ac ue rd o	Es to y de ac ue rd o	N o es to y se gu ro	Es to y en de sa cu er do	Es to y m uy en de sa cu er do
1	Siento que dejo más cosas de mi vida de lo que nunca imaginé para satisfacer las necesidades de mi/s hijo/a/s.					
2	Me siento atrapado por mis responsabilidades como madre/padre.					
3	Desde que he tenido este/a hijo/a, no he sido capaz de hacer cosas nuevas y diferentes.					
4	Desde que he tenido este/a hijo/a, siento que casi nunca soy capaz de hacer las cosas que me gustan.					
5	Tener un hijo/a me ha causado más problemas de los que esperaba en mis relaciones con otras personas.					
6	Antes de tener a mi hijo/a estaba más interesado/a por la gente.					
7	Antes de tener a mi hijo/a disfrutaba más de las cosas.					
8	Siento que mi hijo/a quiere estar lejos de mí.					
9	Mi hijo/a me sonríe mucho menos de lo que yo esperaba.					
10	Me parece que el ritmo de aprendizaje de mi hijo/a es más lento que el de otros niños.					

11	Me parece que mi hijo/a sonrío menos que los otros niños.					
12	Mi hijo/a hace menos cosas de las que yo esperaba.					
13	A mi hijo/a le resulta muy difícil acostumbrarse a situaciones nuevas.					
14	Mi hijo/a parece llorar más a menudo que la mayoría de los niños.					
15	Mi hijo/a se despierta de mal humor.					
16	Siento que mi hijo/a se enoja con facilidad.					
17	Mi hijo/a hace cosas que me molestan mucho.					
18	Mi hijo/a reacciona mal cuando sucede algo que le desagrada.					
19	Mi hijo/a se molesta fácilmente por las cosas más insignificantes.					
20	Marque una sola opción. He observado que lograr que mi hijo/a deje de hacer algo es: 1. Mucho más difícil de lo que me imaginaba. 2. Algo más difícil de lo que me esperaba. 3. Como esperaba. 4. Algo menos difícil de lo que esperaba. 5. Mucho más fácil de lo que esperaba.					
21	Escriba en las líneas y luego cuente, el número de cosas que le molesta que haga su hijo(a). Por ejemplo: Demasiado movido, llora, interrumpe, pelea, etc. Después, marque en la columna de la derecha el número que indica el conjunto de cosas que haya contado.	+10	8-9	6-7	4-5	1-3
22	Las cosas que hace mi hijo/a me fastidian mucho.					
23	Mi hijo/a se ha convertido en un problema mayor de lo que yo esperaba.					
24	Mi hijo/a me demanda más de lo que exigen la mayoría de niños.					

Anexo 4. Ficha técnica del instrumento

Nombre de la prueba: Escala de Resiliencia (ER).
Autores: Wagnild, G & Young, H en 1993 (versión en inglés), Novella, A en 2002 (adaptación eperuana) y Gómez en 2019 (adaptación peruana, versión breve).
Procedencia: Estados Unidos.
Duración: 8 a 10 minutos aproximadamente.
Administración: Individual o colectiva.
Materiales: Manual y cuestionario.
Calificación: Escala Likert de 7 puntos.
Significación: La escala evalúa cinco dimensiones de resiliencia, así mismo considera una Escala total.
Grupo de aplicación: Varones y mujeres de 18 años a 60 años.
Muestra de tipificación: Adolescentes y adultos.

Escala de Resiliencia

ESCALA DE RESILIENCIA							
Grado académico:		Ciclo/año cursado:			Profesión:		
Fecha de evaluación:	Edad:	Género: M () F ()			Labora actualmente: SI () o NO ()		
Lugar de nacimiento:	Cambio de Domicilio: SI () o NO ()	Lugar actual de procedencia:			Tiempo en el actual domicilio:		
Vive con: Padres () independiente () Familiares () Otro () Especificar: _____				Numero de Hermanos: SI () Especificar: _____ NO ()			
<p>Instrucciones: Por medio de este cuestionario, se busca conocer su forma y frecuencia de actuar ante determinadas circunstancias, las cuales serán plasmadas en 25 frases.</p> <p>Se le solicita que conteste a cada una de las siguientes preguntas marcando con un aspa (X) en la casilla que mejor represente su proceder en cada oración, vale resaltar que no existe respuesta buena ni mala, agradeceremos solucione de manera sincera y rápida el cuestionario.</p> <p>Espere las indicaciones para comenzar la evaluación.</p>							
ITEM	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Parcialmente en Desacuerdo	Indiferente	Parcialmente De Acuerdo	De Acuerdo	Totalmente De Acuerdo
1.Cuando planifico algo lo realizo.							
2.Soy capaz de resolver mis problemas.							
3.Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás.							
4.Para mí es importante mantenerme interesado(a) en algo.							
5.Si debo hacerlo, puedo estar solo(a).							

6.Estoy orgulloso(a) de haber podido alcanzar metas en mi vida.							
7.Generalmente me tomo las cosas con calma.							
8.Me siento bien conmigo mismo(a).							
9.Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.							
10.Soy decidido(a).							
11.Soy amigo(a) de mí mismo.							
12.Rara vez me pregunto sobre la finalidad de las cosas.							
13.Considero cada situación de manera detallada.							
14.Puedo superar las dificultades porque anteriormente he experimentado situaciones similares.							
15.Soy autodisciplinado(a).							
16.Por lo general encuentro de que reírme.							
17.La confianza en mí mismo(a) me permite atravesar momentos difíciles.							
18.En una emergencia soy alguien en quien pueden confiar.							
19.Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista.							
20.A veces me obligo a hacer cosas me gusten o no.							
21.Mi vida tiene sentido.							

22.No me aflijo ante situaciones sobre las que no tengo control.							
23.Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida.							
24.Tengo suficiente energía para lo que debo hacer.							
25.Acepto que hay personas a las que no les agrado.							

