



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

**“Resiliencia Familiar en padres y madres de niños con y sin diagnóstico de
Trastorno del Espectro Autista”**

Tutor: Lic. Maximiliano Preuss

Título a obtener: Lic. en Psicología

Estudiante: Ornella Nahir Galati

D.N.I: 38347063

Email: ornellanahir.galati@gmail.com

RESUMEN

El objetivo principal de la investigación consistió en analizar el nivel de resiliencia familiar en vínculos directos de personas diagnosticadas con TEA y familiares de personas sin diagnóstico. A tal fin, la muestra estuvo conformada por 140 personas, de las cuales el 67,8% tenían hijos diagnosticados con TEA y el 32,2% eran padres de personas neurotípicas. A todos ellos se les administraron dos instrumentos: un cuestionario de datos sociodemográficos confeccionado ad hoc, el cual relevaba información acerca de variables tales como sexo, edad, nivel educativo, cantidad de hijos, etc y el Inventario de Potencial Resiliente Familiar [IPRF] (Caruso & Mikulic, 2010).

El diseño llevado a cabo fue no experimental, de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y temporalidad transversal. Los resultados obtenidos permitieron encontrar que el constructo total y la mayor parte de las dimensiones que conforman el cuestionario IPRF fueron superiores en padres de hijos con diagnóstico de TEA con respecto a quienes tenían hijos neurotípicos; concretamente esto ocurrió en Resiliencia Familiar Percibida (escala total), Funcionamiento Familiar, Resolución Cooperativa de Problemas y Claridad y Expresión Emocional Sincera, mientras que Creencias Espirituales puntuó más elevado en los padres de hijos sin TEA.

Finalmente, en lo que atañe a las variables sociodemográficas, se halló que los hombres puntuaron más alto en Funcionamiento Familiar y Claridad y Expresión Emocional Sincera que las mujeres y asimismo se encontró que dichas dimensiones, junto con Resolución Cooperativa de Problemas y Resiliencia Familiar Percibida fueron más elevadas en los sujetos con mayor cantidad de hijos, no encontrándose asociaciones significativas con la edad y el nivel educativo de los participantes.

Palabras clave: Resiliencia Familiar - Niños - Diagnóstico de TEA - AMBA

ABSTRACT

The main objective of the research was to analyze the level of family resilience in direct relationships of individuals diagnosed with Autism Spectrum Disorder [ASD] and relatives of individuals without a diagnosis. To this purpose, the sample consisted of 140 subjects, of which 67,8% had children diagnosed with ASD and 32,2% were parents of neurotypical individuals. Two instruments were administered to all participants: a sociodemographic data questionnaire specifically designed for the study, which collected information about variables such as gender, age, education level, number of children, etc., and the Family Resilience Potential Inventory [FRPI] (Caruso & Mikulic, 2010).

The research design used was non-experimental, quantitative in nature, with a descriptive scope and cross-sectional temporality. The results obtained revealed that the total construct and most of the dimensions that make up the FRPI questionnaire were higher in parents of children with an ASD diagnosis compared to those with neurotypical children. Specifically, this was observed in Perceived Family Resilience (total scale), Family Functioning, Cooperative Problem Solving, and Clarity and Sincere Emotional Expression, while Spiritual Beliefs scored higher in parents of children without ASD.

Finally, concerning the sociodemographic variables, it was found that men scored higher in Family Functioning and Clarity and Sincere Emotional Expression than women. It was also found that these dimensions, along with Cooperative Problem Solving and Perceived Family Resilience, were higher in subjects with a greater number of children, with no significant associations found with the age and education level of the participants.

Keywords: Family Resilience - Children - Autism Spectrum Disorder Diagnosis - AMBA

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis marca el final de un ciclo que sentí particularmente extenso, con muchos momentos agradables y otros no tanto, es por ello que extendiendo los siguientes agradecimientos a aquellas personas que estuvieron ahí:

En primera instancia a mi abuela Evangelina, sin ella ni siquiera sé si hubiera llegado a estudiar una carrera universitaria, su templanza y fortaleza siempre han sido una fuente de orgullo e inspiración para mí.

También agradecerles a mi mamá Ethel y a mi hermana Georgina, pilares fundamentales en mi vida, a pesar de todo siempre me apoyaron y sé que lo seguirán haciendo.

A las amigas que he conocido a lo largo de estos años, algunas con las que se perdió el vínculo y otros nuevos vínculos que aparecieron. Especialmente a aquellas que me han cebado mates o alentado a pesar de todo, incluso un mensaje en el momento justo se tornaba el empujón necesario para continuar.

Finalmente quiero agradecer a mi tutor Maxi, realmente sin él, esta tesis nunca hubiera visto un final. Realmente gracias por el apoyo y todo el compromiso dedicados.

A todos, simplemente ¡Muchas gracias!

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
AGRADECIMIENTOS	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.1 Introducción	7
1.2 Antecedentes	8
1.3 Pregunta.....	13
1.4 Justificación.....	13
1.4.1 Teórica	13
1.4.2 Práctica	13
1.4.3 Social	13
1.5 Objetivos	13
1.5.1 <i>Objetivo general</i>	13
1.5.2 Objetivos específicos	14
1.6 Hipótesis.....	14
1.6.1 Hipótesis principal.....	14
1.6.2 Hipótesis secundarias	14
2. MARCO TEÓRICO	15
2.1 Resiliencia	15
2.1.1 Conceptualización	15
2.1.2 Características de las personas resilientes	16
2.1.3 Factores protectores de la resiliencia.....	18
2.1.4 Pilares de la resiliencia	20
2.2 Resiliencia familiar	21
2.2.1 Perspectivas y conceptualizaciones	21
2.2.2 Perspectiva sistémica de la resiliencia familiar de Froma Walsh.....	24
2.3 Trastorno del Espectro Autista [TEA]	26
2.3.1 Desarrollo histórico	26
2.3.2 Manuales y Clasificación.....	28
2.3.3 Perspectivas actuales en el sistema clasificatorio.....	31
3. METODOLOGÍA	33

3.1 Diseño.....	33
3.2 Participantes	33
3.3 Instrumentos	33
3.4 Procedimiento.....	34
4. RESULTADOS	35
4.1 Análisis descriptivo de las variables	35
4.2 Distribución de las variables	36
4.3 Análisis correlacional y comparativo de las variables sociodemográficas	36
4.3.1 Análisis de la correlación entre variables	36
4.3.2 Análisis de las diferencias entre grupos	37
5. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN	39
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
7. ANEXOS.....	50

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Introducción

El objetivo de la presente investigación consistió en conocer el nivel de resiliencia en familiares directos de personas diagnosticadas con Trastorno del Espectro Autista [TEA] contrastándolo con el que presentan aquellos familiares de personas que no poseen dicho diagnóstico. Asimismo se buscó analizar este constructo según variables sociodemográficas tales como sexo, edad, estado civil, nivel educativo y cantidad de hijos.

Kanner (1943) y Asperger (1944) realizaron dos publicaciones que cambiarían la psicopatología infantil del momento. Ambos autores, sin conocer la obra del otro, describieron la conducta particular de un grupo de niños, en donde las características comunes eran las dificultades o fallas en la socialización, el lenguaje y la comunicación, pero en algunos casos sin presencia de deterioro cognitivo. Los autores denominaron dichas manifestaciones como autismo. Más de setenta años después, según el Centro de Control de Enfermedades de EEUU (2016), uno de cada sesenta y ocho niños posee el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista [TEA]. Lamentablemente en Argentina, hasta el momento, no hay estudios estadísticos al respecto.

Según Rattazzi (2014) el proceso diagnóstico debe iniciar con screenings específicos a las familias o cuidadores primarios cuando existe sospecha; para continuar con el mismo se debe involucrar un equipo interdisciplinario con al menos dos profesionales diferentes (pediatras, psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, etc.) con formación específica en desarrollo infantil y detección precoz del TEA, cada profesional realizando su aporte. Finalmente para el tratamiento, Rattazzi (2014) recomienda realizar en conjunto con la familia un esquema personalizado en base a las necesidades de la persona con autismo requiriendo un equipo interdisciplinario que puede involucrar: psicólogos, psicopedagogos, psiquiatra, fonoaudiólogos, kinesiólogos, etc. Es decir, el diagnóstico se torna un proceso

largo y complejo que involucra a múltiples profesionales, situación que podría generar altos niveles de estrés en las familias (Rivera Machuca, 2021).

El diagnóstico es una adversidad que debe sobrellevarse (Grotberg, 2004), por ello, este trabajo se propuso indagar en la capacidad de resiliencia de familiares directos de personas diagnosticadas con TEA y, a su vez, realizar comparaciones según variables sociodemográficas y con un grupo contraste que no padece dicho trastorno.

Por resiliencia se entiende a aquella capacidad que posee un ser humano para enfrentarse a situaciones adversas, muchas de ellas potencialmente traumáticas, condiciones de vida difíciles y poder recuperarse, saliendo incluso fortalecido de la adversidad (Pereira, 2007).

Para la evaluación de la capacidad de resiliencia se utilizó el Inventario del Potencial Resiliente de la Familia [IPRF] de Caruso y Mikulic (2010), además de un cuestionario sociodemográfico específico confeccionado ad hoc.

En el informe más reciente publicado por el CDC (2018) se estableció que uno de cada cuarenta y cuatro niños posee un diagnóstico dentro del TEA, denotando un incremento en la prevalencia del mismo. Es por ello que se considera relevante que los profesionales del ámbito psi puedan poner el foco en el fortalecimiento de los recursos de estas familias, buscando que atraviesen las diferentes etapas de la mejor forma posible.

1.2 Antecedentes

Respecto a los antecedentes nacionales de Resiliencia o Resiliencia Familiar en familiares de personas con TEA, sólo se encuentra el Trabajo Final de Integración de Urbistondo (2011). Éste es un estudio cualitativo, a través de un cuestionario desarrollado específicamente para ello, orientado a una asociación de padres con hijos autistas. El objetivo se centró en desarrollar un programa con estrategias concretas para brindar a los profesionales y que éstos a su vez puedan trabajar con las fortalezas de las diferentes familias.

Es necesario además mencionar que al realizarse el relevamiento de antecedentes internacionales, se han encontrado estudios sobre resiliencia individual en padres, pero no se han observado trabajos específicos sobre la resiliencia familiar. Sin embargo, a continuación se detallan las investigaciones más relevantes al respecto:

Jimenez Pina et al. (2016) en su tesis doctoral buscó principalmente validar el cuestionario de Wagnild y Young sobre Resiliencia y también se propuso correlacionar Resiliencia con diferentes constructos como apoyo social funcional, estrés parental, autonomía, etc. La muestra estuvo compuesta por tres grupos: padres de hijos con TEA confirmado, padres de hijos con TEA en proceso diagnóstico y padres de hijos sin diagnóstico. Sin embargo, en sus resultados, no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos estudiados con respecto a la resiliencia.

Ese mismo año, Seperak Viera (2016) realizó un estudio en Perú que buscaba determinar la influencia de la resiliencia sobre la carga subjetiva en un grupo de madres encargadas del cuidado de hijos diagnosticados con TEA. Si bien en sus resultados no se encontró una relación significativa entre ambas variables, es destacable aludir que en la muestra analizada la resiliencia obtuvo valores moderados.

Posteriormente, Becerra y Vazquez (2017) en su investigación buscaba identificar la Capacidad de Resiliencia que poseen y desarrollan los cuidadores primarios del niño que ha sido diagnosticado con TEA. Si bien es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, se observó en los resultados que los cuidadores primarios poseen capacidades resilientes en un nivel elevado, logrando desplegar eficazmente factores y características específicas que les permiten sobrellevar y desempeñar su rol de protección social.

Dos años después, Angulo Laguna (2019) realizó un estudio comparativo entre Resiliencia e Inteligencia Emocional, contando con una muestra de cuarenta padres de niños con TEA. En los resultados se estableció que no hay correlación entre Resiliencia e

Inteligencia Emocional en cuanto a resultados generales; en cambio, se encontraron correlaciones positivas en algunas dimensiones de ambos cuestionarios.

Continuando con la nómina de antecedentes sobre la temática, Camones Alvarado (2021) presentó una investigación que tuvo como objetivo general determinar el nivel de resiliencia en cuidadores de estudiantes con habilidades diferentes. Los resultados obtenidos indican que más de la mitad de la muestra se encuentra en un nivel alto de resiliencia, mientras que el resto se ubican en niveles moderados, lo cual indica que existe un porcentaje significativo de cuidadores que se encuentran capaces de poder superar cualquier infortunio y adaptarse al cambio. A su vez, al correlacionar resiliencia según tipo de discapacidad, se halló que los niveles más elevados de resiliencia se encontraban en mayor medida en los padres de hijos con TEA.

Meses más tarde, Lima y Ccalachua (2021) en su investigación buscó determinar la relación entre el Bienestar Psicológico y la Resiliencia en padres de niños con autismo de una ONG. Los resultados mostraron que no existe una relación significativa entre el Bienestar Psicológico y la Resiliencia en la muestra. No obstante, cabe mencionar que se observó que la mayor parte de padres de niños con autismo tienen niveles moderados de Bienestar Psicológico y Resiliencia.

En una investigación posterior, Rivera Machuca (2021) focalizó en determinar la relación entre el nivel de Resiliencia y estrés parental en padres de niños y adolescentes con autismo de un centro terapéutico de Perú. Obtuvo como resultados una relación estadísticamente significativa alta entre resiliencia y estrés parental en padres de niños y adolescentes con autismo, evidenciándose niveles moderados de resiliencia en la muestra.

Como complemento de los antecedentes anteriores, también se buscaron trabajos que relacionen resiliencia y diversos tipo de discapacidad, encontrándose los siguientes estudios:

Espino y Martín (2014) en su investigación buscaron realizar un análisis descriptivo de la resiliencia de un grupo de 100 familiares de personas con discapacidad. Los resultados mostraron que son los hermanos quienes presentan un nivel alto de resiliencia, seguido de las madres; la resiliencia es mayor en familiares más jóvenes y que existe una correlación significativa directa entre el nivel formativo y el nivel de resiliencia.

Otro trabajo, el desarrollado por Ramírez y Heredia (2017), buscó correlacionar resiliencia, relaciones intrafamiliares y recursos espirituales en cuidadores/as primarios de niños/as con una discapacidad neuromusculoesquelética. Los resultados obtenidos reflejaron que no hay diferencias significativas entre los distintos grupos de discapacidad, observándose un perfil homogéneo del cuidador primario.

En referencia a los antecedentes en relación con las variables sociodemográficas se encuentran los siguientes estudios:

En primer lugar Jiménez (2016), ya mencionado, en su tesis doctoral no encontró diferencias estadísticamente significativas entre resiliencia y edad del encuestado y nivel académico.

Con respecto a Resiliencia y sexo, Peña (2017) en su investigación sobre el impacto del trastorno del espectro autista en la familia, obtuvo como resultados que las madres encuestadas presentan puntuaciones más elevadas en resiliencia, por ende, mejores recursos para afrontar el día a día en el diagnóstico.

Además, Ramírez y Heredia (2017) en su investigación sobre resiliencia y discapacidad hallaron diferencias significativamente positivas en sexo, las mujeres puntuaron más alto en los siguientes factores de resiliencia: “fortaleza y seguridad en sí mismo”, “Competencia social”, “Apoyo social” y “Estructura” que los hombres.

En cuanto la relación entre Resiliencia y edad, Espino y Martín (2014) en su estudio sobre factores resilientes en familiares de personas con discapacidad, hallaron que la

resiliencia es mayor en los familiares más jóvenes y menor en los familiares de más edad, destacándose que en los jóvenes se presenta un nivel alto de factores resilientes.

Algunos años después, Peña (2017) encontró que aquellos padres con edad más avanzada y por ende con hijos con TEA mayores, que asisten más tiempo a terapias, permitiendo a su vez que estos progenitores posean tiempo libre, puntuaron más alto en resiliencia.

Se observa cierta discrepancia con respecto a los estudios sobre edad ya que en un inicio el foco estaba centrado en el niño o el joven resiliente, por lo que los estudios en adultos se tornan escasos y con algunas limitaciones (Pereira 2007).

En lo referido a Resiliencia y nivel académico, Espino y Martin (2014) en su investigación encontraron que cuanto mayor es el nivel formativo de los familiares participantes, mayor es el nivel de resiliencia.

Por su parte, Kavaliotis (2017) en su investigación sobre resiliencia, nivel educativo e ingresos económicos anuales en familias de personas con TEA, encontró que un nivel académico más alto permite el acceso a mayores apoyos sociales, derivando en una mejor puntuación en resiliencia.

Finalmente con respecto a Resiliencia y cantidad de hijos, sólo podemos encontrar en el estudio de Peña (2017) en donde detalló que aquellas familias que estaban conformadas por grupos de hermanos, entre ellos uno diagnosticado con autismo, al poseer mejor distribución en las tareas de cuidado, se observó reducido el estrés y mejores estrategias resilientes.

1.3 Pregunta

¿Cómo son los niveles de resiliencia familiar en madres y padres de personas diagnosticadas con autismo en comparación con los de aquellas madres y padres de niños sin diagnóstico?

1.4 Justificación

1.4.1 Teórica

La presente investigación busca ser de utilidad y colaborar en el aporte teórico sobre la Resiliencia Familiar, y específicamente, en el ámbito de la discapacidad, ya que si bien existen trabajos al respecto, los mismos son muy escasos y de hecho ninguno es de carácter nacional y cuantitativo. Asimismo, el contraste de los resultados obtenidos en padres de hijos con TEA con los de otros padres cuyos hijos no presentan el diagnóstico, es un dato de interés apenas contemplado en estudios previos.

1.4.2 Práctica

Esta investigación está orientada principalmente a profesionales de la salud que se encuentren trabajando con personas diagnosticadas con Autismo, para poder abordar a las familias desde una perspectiva más amplia, pudiendo tener en cuenta sus fortalezas y trabajar sobre ellas.

1.4.3 Social

Los datos obtenidos podrían ser utilizados para establecer políticas públicas que tomen en cuenta a las personas con discapacidad y sus familias, buscando visibilizar sus problemáticas más frecuentes y los recursos con los que cuentan, logrando orientar las estrategias hacia una mejora en su calidad de vida.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Analizar el nivel de resiliencia familiar en vínculos directos de personas diagnosticadas con TEA y familiares de personas sin diagnóstico.

1.5.2 *Objetivos específicos*

Comparar la Resiliencia Familiar según el sexo de los encuestados.

Analizar la Resiliencia Familiar según la edad de los progenitores o cuidadores primarios.

Indagar acerca de la Resiliencia Familiar según el nivel educativo de los encuestados.

Analizar la Resiliencia Familiar en cuanto a la cantidad de hijos de los encuestados.

1.6 Hipótesis

1.6.1 *Hipótesis principal*

Las personas que tienen hijos con diagnóstico de TEA poseen mayores niveles de resiliencia familiar que las personas con hijos sin diagnóstico.

1.6.2 *Hipótesis secundarias*

Las mujeres presentan mayor potencial resiliente que los hombres.

Las personas más jóvenes tienden a ser más resilientes.

Los familiares con niveles de estudio más elevados, presentan mayor potencial resiliente familiar.

Existe una relación positiva entre el potencial resiliente familiar y la cantidad de hijos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Resiliencia

2.1.1 Conceptualización

Según Kotliarenco et al. (1997) el vocablo *resiliencia* proviene del término latino *resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar.

En sus comienzos, el término fue adoptado por la física para hacer referencia a la capacidad de un cuerpo o material para recobrar su forma original y posteriormente fue adaptado por las ciencias sociales para referirse a aquellas personas que a pesar de las situaciones de alto riesgo que pasaron, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (Becoña, 2006).

Según dicho autor, uno de los problemas del concepto resiliencia es su definición, sobre la que todavía no hay un acuerdo completo; sin embargo, la conceptualización más aceptada es la de Garmezy (1991) quien entiende este constructo como la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o evento estresante.

En línea con lo anterior, la resiliencia es entendida como la capacidad para enfrentarse a situaciones adversas, situaciones potencialmente traumáticas, condiciones de vida difíciles, y recuperarse saliendo fortalecido y con nuevos recursos (Pereira, 2007).

Por su parte, Melillo (2004) define la resiliencia como la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas.

Finalmente, en consonancia con las definiciones previas, Cabanyes Truffino (2010) plantea que la resiliencia es la capacidad de algunas personas para resistir o recuperarse plenamente de situaciones marcadamente traumáticas, de privación extrema, de amenaza grave o estrés importante.

Ahora bien, centrándose en los planteos de Walsh (2004), quien es pionera en el tratamiento de la resiliencia familiar, cabe mencionar que la autora asocia este concepto a la

capacidad de las personas para recuperarse de la adversidad saliendo de ella con mayores recursos. En tal sentido, puede ser entendida como un proceso activo de crecimiento, resistencia y autocorrección como respuesta a las crisis y desafíos de la vida.

Tal como puede percibirse a partir de las conceptualizaciones, todas las definiciones sobre el término resiliencia pueden clasificarse en cuatro grupos: (1) aquellas que relacionan el fenómeno con el componente de adaptabilidad; (2) las que incluyen el concepto de capacidad o habilidad; (3) las que enfatizan en la conjunción de factores internos y externos; (4) las que definen resiliencia como adaptación y también como proceso. Dicha clasificación enfatiza en características individuales como: adaptabilidad, habilidad, enfrentamiento efectivo, baja susceptibilidad, competencia, capacidad, conductas vitales positivas, resistencia a la destrucción, habilidades cognitivas, entre otras, pero también en características vinculadas a procesos sociales e intrapsíquicos y procesos interaccionales entre las personas (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa 2013).

2.1.2 Características de las personas resilientes

Melillo (2004) destaca la importancia de un otro u otros significativos para construir la resiliencia y las características que debe tener ese otro son: amor incondicional, capacidad para asimilar nuevas experiencias, potencial para estimular y gratificar afectivamente los logros ajenos y acompañar en el proceso.

Ahora bien, en lo que respecta a las características individuales del sujeto resiliente, Suárez Ojeda (2004) refiere: (1) introspección, la cual implica el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta; (2) independencia, que conlleva el saber fijar límites entre uno mismo y el medio, logrando mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento; (3) la capacidad de relacionarse, es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas para compensar la propia necesidad de afecto y la posibilidad de

brindarse a otros; (4) iniciativa, que implica la posibilidad de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes; (5) humor, el cual atañe a la capacidad de encontrar la comedia en la propia tragedia, ver el lado cómico de la adversidad; (6) creatividad, que alude a la capacidad de crear orden y belleza a partir del caos y el desorden y (7) moralidad, o sea la consecuencia de extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y la capacidad de comprometerse en valores.

Grotberg (2004) sostiene que la resiliencia puede resaltar los recursos y las potencialidades, permitiendo enfrentar las adversidades y salir fortalecido, a pesar de los factores de riesgo. La autora sostiene que el modelo de resiliencia requiere de las siguientes cuatro áreas, que al interactuar entre sí, generan características resilientes: (1) Yo tengo (soportes y recursos externos); (2) Yo soy (fortaleza intrapsíquica); (3) Yo estoy (responsabilidad y seguridad); (4) Yo puedo (habilidades interpersonales).

Por otro lado, Pereira (2007) plantea que existe una serie de características individuales que funcionan como factores protectores de la resiliencia, entre ellos: habilidades relacionales, creatividad, humor, autonomía, iniciativa, introspección, sentido moral, confianza en uno mismo y capacidad de dar sentido a lo acontecido.

A los factores mencionados por Pereira, cabe mencionar la propuesta de Palomar y Gomez (2010), quienes identificaron los siguientes: (1) respuesta rápida al peligro, que incumbe la capacidad de reconocer situaciones de riesgo para la persona; (2) madurez precoz, entendida como la habilidad de responsabilizarse por sí mismo; (3) desvinculación afectiva, la cual implica discriminar los sentimientos intensos; (4) búsqueda de información, que concierne al hecho de aprender sobre el entorno; (5) obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir, es decir, encontrar y mantener relaciones benéficas para sí mismo; (6) anticipación proyectiva positiva, que es aquella habilidad para pensar buenas opciones sobre el futuro; (7) decisión de tomar riesgos, lo cual atañe a asumir la responsabilidad de las

decisiones sopesando los riesgos que implican; (8) la convicción de ser amado; (9) idealización del rival, en tanto y en cuanto poder identificarse con alguna característica del oponente; (10) reconstrucción cognitiva del dolor, que tributa a aceptar e identificar de la mejor forma posible los eventos negativos; (11) altruismo, aquella capacidad para disfrutar el ayudar a otros y (12) optimismo y esperanza, a partir de lo cual es posible pensar positivamente en el futuro.

2.1.3 Factores protectores de la resiliencia

Melillo (2004) define los factores protectores como las condiciones del sujeto o de su entorno para superar las circunstancias desfavorables; éstos constituyen la resiliencia y pueden presentarse en el individuo, la familia o grupo y en la comunidad. Pueden ser externos como la familia extendida, la integración social, la integración laboral y el apoyo de un adulto significativo; o internos, tales como la facilidad para comunicarse, empatía, autoestima elevada, seguridad y confianza en sí mismo.

En la misma línea, Fergusson y Lynskey (1996) proponen los siguientes factores que tributan al desarrollo de resiliencia:

- Inteligencia y habilidad para la resolución de problemas: es decir, poseer un CI igual o superior a la media.
- Cuestiones atinentes al género: el género masculino posee mayor vulnerabilidad al riesgo que el género femenino (al menos en niños y adolescentes).
- Desarrollo de intereses y vínculos afectivos externos: en circunstancias familiares adversas es fundamental la presencia de intereses y personas significativas fuera de la familia.
- Apego parental: poseer una relación cálida, nutritiva y contenedora con alguno de los padres favorece la resiliencia.

- Temperamento y conducta: personas resilientes en su infancia se caracterizaron por ser afables y de buen temperamento.
- Relación con pares: poseer mejor calidad en la relación con sus pares.

Gamerzy (1991) sostiene que en una situación estresante son tres los factores que conllevan al fortalecimiento de la capacidad de resiliencia: (1) atributos disposicionales del individuo, como el nivel de actividad y la sociabilidad, lo cual implica al menos competencia en comunicación, habilidades (lenguaje y lectura), inteligencia media y un locus de control interno; (2) lazos afectivos dentro de la familia que brinden apoyo emocional en tiempos de estrés, ya sea de un padre, hermano, cónyuge o pareja; y (3) apoyo externo, ya sea en la escuela, en el trabajo o iglesia, que propicien un sistema de creencias por el cual vivir.

En añadidura, en la revisión de Fiorentino (2008) sobre el tema, se concluye que los factores que fortalecen internamente son: (1) vínculo estable (apego seguro) con al menos uno de los padres u otra persona significativa; (2) apoyo social, actitud de comprensión, cuidado y amor por parte de los cuidadores; (3) ambiente educativo regido por normas claramente establecidas y relaciones afectivas positivas; (4) modelos sociales que estimulen un aprendizaje constructivo; (5) responsabilidades sociales y exigencia acordes a la edad cronológica y madurez de los sujetos; (6) oportunidades de desarrollo de destrezas y competencias cognitivas, afectivas y conductuales, además de reconocimiento y atención a los éxitos y habilidades; (7) estrategias de afrontamiento que favorecen la resolución eficaz de los problemas; (8) expectativas de autoeficacia, confianza en sí mismo y un auto-concepto positivo; (9) actitud optimista y fuertes expectativas de autoeficacia frente a situaciones generadoras de estrés; (10) capacidad de otorgar sentido y significado al sufrimiento y (11) apoyo de un marco de referencia ético, moral y espiritual.

Finalmente, en concordancia con lo anteriormente planteado, García-Vesga y Dominguez-De la Ossa (2013) sostienen que los factores protectores de la resiliencia se

agrupan en dos categorías: (1) factores personales: como tendencia al acercamiento social, humor positivo y ritmo biológico estable y (2) factores cognitivos y afectivos: como mayor coeficiente intelectual, verbal y matemático, empatía, mayor autoestima, motivación al logro, sentimiento de autosuficiencia, baja desesperanza, autonomía en las acciones emprendidas y orientación a la resolución de problemas.

2.1.4 Pilares de la resiliencia

Melillo (2004) plantea que los pilares fundamentales para la construcción de la resiliencia son los siguientes: (1) Autoestima, refiriéndose al aprecio hacia sí mismo, el cual se construye en base al reconocimiento y cuidados recibidos, la identificación con diversos referentes tanto de la familia primaria como de la familia extensa y del balance narcisístico; (2) Moralidad, entendida como el resultado del proceso identificatorio del niño, proporcionando el sistema de valores del individuo, siendo el resultado de las relaciones con los progenitores y con otros adultos significativos que transmiten pautas morales y (3) Capacidad de Pensamiento Crítico, dicho pilar se construye en base a los anteriores e implica la capacidad de analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, luego de superar la queja y buscar cambiar o solucionar el problema.

No obstante, Rodríguez Piaggio (2009) amplía la propuesta de Melillo y por consiguiente plantea que la resiliencia se construye sobre una base de siete pilares: (1) introspección, entendida como la capacidad de preguntarse a sí mismo y brindarse una respuesta honesta; (2) independencia, refiriéndose a la facultad de establecer y mantener la distancia emocional y física de los problemas de manera saludable; (3) capacidad de relacionarse, definida como la habilidad para establecer lazos íntimos con otras personas buscando satisfacer la propia necesidad de afecto; (4) iniciativa, considerada como la posibilidad de autoexigirse de forma gradual y saludable; (5) humor, entendiéndose como la capacidad de encontrar la comedia en la tragedia, pudiendo observar el lado cómico; (6)

creatividad, definida como la habilidad para transformar la confusión y el desorden en estructuras y formas armoniosas y (7) moralidad, se refiere a extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y comprometerse con valores que otorgan a los demás un lugar importante.

2.2 Resiliencia familiar

2.2.1 Perspectivas y conceptualizaciones

Como se revisó anteriormente, los primeros estudios sobre la resiliencia se centraron en el individuo resiliente, donde la familia podía considerarse como un factor de riesgo para el niño en desarrollo. Las investigaciones sobre el tema se han centrado en el individuo resiliente y en sus factores de riesgo y protectores. Posteriormente surgieron otras investigaciones que focalizaron en la interacción de los individuos resilientes con su entorno más cercano o con el medio social (Pereira 2007).

El foco en la resiliencia individual, en los inicios, llevó a que en la práctica clínica se buscara salvar a los sobrevivientes de forma individual sin analizar las potencialidades de su familia, o incluso darla por perdida. Sin embargo, la resiliencia familiar busca reafirmar la habilidad de autoreparación de la familia, ayudando a reconocer y promover los procesos que permiten hacer frente de forma eficiente a las crisis o estados persistentes de estrés, sean internos o externos, y emerger fortalecidas de ellos (Quesada, 2003).

Gómez y Kotliarenco (2010) proponen definir la resiliencia familiar como el conjunto de procesos de reorganización de significados y comportamientos que activa una familia sometida a estrés para recuperar y mantener niveles óptimos de funcionamiento y bienestar, equilibrar recursos y necesidades familiares y aprovechar las oportunidades de su entorno. Además, reconocen tres escenarios posibles para el estancamiento o la activación de la misma: (1) contexto de alto riesgo biopsicosocial, equilibrado por procesos protectores

activos, es decir, una resiliencia familiar por contrapeso cotidiano; (2) crisis a partir de la cual se evidencia que la vulnerabilidad y el estrés son superiores a los recursos familiares, derivando en un fuerte deterioro en la familia, tras lo cual se comienzan a desarrollar procesos relacionales de superación o bien requiere la intervención de terceros, es decir, lo que se denomina resiliencia familiar por recuperación y (3) se identifica un evento con alto nivel de estrés y exigencia pero no se genera un proceso de deterioro prolongado debido a la pronta activación del capital acumulado por la familia o la movilización de recursos externos, generando un funcionamiento incluso superior, es decir, lo que se entiende como resiliencia familiar por crecimiento.

Según Walsh (2004), una de las mayores exponentes en el tema, la resiliencia familiar se refiere a los procesos de adaptación y superación que ocurren en la familia como unidad funcional.

Actualmente la resiliencia familiar cuenta con cuatro enfoques teóricos para abordarla:

El primero es el enfoque sistémico el cual en sus inicios sostenía que la importancia para el desarrollo de la resiliencia residía en la presencia de una relación estrecha de afecto con un adulto significativo; sin embargo esto ofrecía una visión limitada de abordaje (Walsh, 2004). Hoy en día, el modelo sostiene que para evaluar el funcionamiento individual y familiar sano, los procesos son más importantes que la forma de la familia. Se incluyen como elementos básicos de la resiliencia familiar los procesos de cohesión, comunicación franca, flexibilidad, reafirmación del sistema de creencias y resolución de problemas. A su vez resulta importante incluir estos elementos en el examen de los procesos de transición ante una situación de crisis (Quesada, 2003).

En segundo lugar, se encuentra la perspectiva o modelo ecológico multidimensional, según el cual en cada familia se superponen y combinan rasgos derivados de múltiples

contextos culturales, basados en la conjunción de variables como la religión, la estructura de la familia de origen, la etnicidad, los roles asociados al género, la tendencia sexual, la posición socioeconómica y la etapa del ciclo vital que están atravesando (Quesada, 2003). Es necesario identificar la interacción de lo que ocurre dentro de la familia en relación con lo que sucede en los ámbitos sociales, políticos, raciales y económicos; no es suficiente fortalecer la resiliencia de los niños y las familias vulnerables, también es necesario modificar las condiciones que los perjudican (Walsh, 2004).

En tercer lugar se encuentra la teoría del estrés de Patterson que sostiene que para valorar la competencia familiar y su consecuente resiliencia es necesario focalizar en los resultados del funcionamiento familiar. Como pilares fundamentales se encuentran: la conciencia subjetiva familiar de fuentes de estrés y sus habilidades para manejarlas; procesos y situaciones de riesgo y protección y cómo las protecciones influyen en el aumento de la resiliencia familiar (Quesada, 2003).

Finalmente, según Walsh (2004), la perspectiva evolutiva sostiene que la resiliencia posee una naturaleza dinámica. En primer lugar, para comprender la resiliencia es necesaria una perspectiva adecuada sobre el ciclo vital y su influencia, es decir, resulta sumamente complejo evaluar la resiliencia en un momento determinado de la vida y que ésta se mantenga a lo largo del tiempo. Por otro lado, se destaca la importancia de poseer diversas estrategias de superación para enfrentar los desafíos a medida que surgen, es decir, los mecanismos de afrontación son multideterminados y se obtienen respuestas diversas que permiten flexibilidad a la hora de atravesar un evento traumático. Cabe destacar que se han estudiado diferentes tipos de eventos estresantes o traumáticos, concluyendo que éstos pueden afectar el funcionamiento del ser humano cuando son imprevistos, graves, persistentes, se acumulan con otros eventos o son asincrónicos (se dan fuera del ciclo vital esperado, por ejemplo, el fallecimiento de un hijo).

En sintonía con lo mencionado anteriormente, Quesada (2004) afirma que desde la perspectiva evolutiva se destaca la importancia del apoyo comunitario; en tal sentido los niños y las familias requieren del apoyo de su comunidad (o en su defecto de algún referente como un maestro por ejemplo) para tejer redes adecuadas de resiliencia.

El Inventario del Potencial Resiliente de la Familia [IPRF] (Caruso & Mikulic, 2010) utilizado en la presente investigación, está basado en la teoría de la resiliencia familiar propuesta por Froma Walsh, la cual se basa en una perspectiva sistémica que a continuación se describe.

2.2.2 Perspectiva sistémica de la resiliencia familiar de Froma Walsh

Walsh (2004) sostiene que existen tres procesos clave en la resiliencia familiar: (1) Sistemas de Creencias; (2) Patrones Organizacionales y (3) Procesos de Comunicación.

Los sistemas de creencias influyen en la manera de considerar una crisis, entendida como la esencia de la identidad y del modo de comprender las cosas y conferir sentido a la experiencia. Los sistemas de creencias incluyen convicciones, tendencias y supuestos, valores y actitudes, los cuales forman un conglomerado de premisas básicas que generan respuestas emocionales, decisiones y acciones. Finalmente, considera que las creencias y las acciones tienen un vínculo recíproco, es decir, son facilitadoras o limitadoras de acciones, y las acciones y consecuencias pueden fortalecer o alterar las creencias.

A su vez, Walsh (2004) asegura que los sistemas de creencias están apoyados en tres pilares fundamentales: (1) conferir un sentido a la adversidad, enfrentar la adversidad cómo desafío compartido; (2) enfoque positivo, tendencia a ver las crisis como desafíos con una visión optimista de la realidad y (3) trascendencia-espiritualidad, que posibilita el consuelo y permite otorgar un significado a la adversidad más allá de lo racional.

En cuanto a los patrones organizacionales, Walsh (2004) plantea que son los encargados de promover la integración de la unidad familiar; éstos delimitan las conductas y

las relaciones humanas. Se sostienen en base a normas internas y externas, incrementadas por sistemas de creencias familiares y culturales.

Cada familia, de acuerdo a su diversidad, debe organizar su vida para llevar adelante tareas esenciales que permitan el crecimiento y bienestar de los individuos que la conforman. Con el objetivo de enfrentar de manera eficaz la adversidad persistente y las crisis, deben amortiguar el estrés, movilizar recursos y reorganizarse con la finalidad de adaptarse a las condiciones fluctuantes. La autora sostiene que los patrones organizacionales se basan en tres aspectos: (1) flexibilidad (equilibrio entre estabilidad y cambio sin caer en formas rígidas); (2) conexión (vínculo emocional entre las personas que integran una familia); y (3) recursos socio-económicos (apoyo socio-comunitario) (Walsh, 2004).

Por último, en lo que atañe a los procesos de comunicación, la autora sostiene que una buena comunicación es vital para el funcionamiento de una familia, sin embargo, suele diferir su definición de acuerdo a las normas culturales. Incluso entre los miembros de una misma familia se presentan percepciones y prioridades diferentes en cuanto a la comunicación.

La autora define la comunicación, en rasgos generales, como el intercambio de información con el objetivo de resolver problemas tanto práctico instrumentales como socioemocionales y a tal fin establece tres aspectos de la comunicación que son decisivos para la resiliencia familiar: (1) claridad, en tanto comunicación congruente, directa, específica, clara y honesta; (2) expresión emocional sincera, la cual concierne al reconocimiento, diferenciación y comunicación de diversas emociones y (3) resolución cooperativa de problemas, que da cuenta de una gestión eficaz y en conjunto de los problemas.

Finalmente, según Walsh (2004), la discapacidad es una dificultad que moviliza a toda la familia. En este sentido Jimenez (2016) sostiene que cuando se diagnostica un

trastorno del desarrollo en un niño, lo que puede resultar en una discapacidad, los padres suelen experimentar un gran impacto emocional. Todo ello puede generar un trauma, estrés y dificultades para adaptarse a la nueva situación, es por ello que la resiliencia se torna fundamental para superar el estrés y adaptarse a situaciones problemáticas. Es por tal motivo que resulta pertinente profundizar en el siguiente apartado.

2.3 Trastorno del Espectro Autista [TEA]

2.3.1 Desarrollo histórico

Según Artigas-Pallarés y Paula (2012) se pueden encontrar descripciones de sujetos con características autistas a lo largo de la historia. El caso más emblemático y polémico, podría ser el niño salvaje de Aveyron a finales del siglo XVIII, que suscitó grandes debates entre los científicos de la época. Según los autores, si se analizan minuciosamente las descripciones del abate Pierre-Joseph Bonnaterre, quedaría claro que el niño mostraba deficiencias en las interacciones sociales recíprocas, incompetencias intelectuales, alteraciones de la integración sensorial y no realizaba juego simbólico.

En este sentido, el término autismo aparece por primera vez en la literatura médica en 1911. El psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler se refiere al autismo como una alteración, dentro de la esquizofrenia, que se caracterizaba por el repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, separándose de la realidad y presentando serias dificultades en la comunicación con el entorno. El término proviene del griego clásico, “*autos*” que significa “sí mismo” o “uno mismo” (Artigas-Pallarés y Paula, 2012; Garrabé de Lara, 2012).

Según Lopez et al. (2009), el estudio científico del autismo comienza en 1943 cuando Leo Kanner en Estados Unidos publica su artículo *Autistic disturbances of affective contact*, en donde diferencia a un grupo de once niños en una población de esquizofrenia infantil por presentar las siguientes características particulares: (1) incapacidad para establecer relaciones

con las personas; (2) deficiencias y alteraciones en la comunicación y el lenguaje; (3) insistencia obsesiva por mantener el ambiente sin cambios, que se acompaña de la tendencia a realizar ritualizaciones. En los siguientes años, Kanner continuó sus investigaciones, llegando a estudiar más de cien casos en niños. A este conjunto de características le asignó la denominación de “autismo infantil precoz” y lo diferenció de la esquizofrenia infantil.

En la misma línea, Plagaro-Martos (2015) sostiene que debido a la propagación y el impacto en la comunidad científica del artículo de Kanner por Europa y América, el autor propuso los siguientes criterios que definen al autismo precoz: (1) aislamiento profundo para el contacto con las personas; (2) deseo obsesivo de preservar la identidad, no aceptando los cambios; (3) relación intensa con los objetos; (4) expresión inteligente (buen potencial cognitivo) y ausencia de rasgos físicos; (5) mutismo o lenguaje sin intención comunicativa real; (6) excelente memoria; (7) hipersensibilidad a los estímulos; (8) limitaciones en la variedad de la actividad espontánea.

Por otro lado, en 1944, Hans Asperger en Viena, sin conocer las investigaciones de Kanner, publicó un artículo donde utiliza el término autismo (psicopatía autista) para describir a cuatro niños que mostraban conductas muy similares a las descritas por Kanner. Entre ellas podemos encontrar: (1) ausencia de empatía; (2) ingenuidad; (3) dificultad para las relaciones sociales; (4) lenguaje pedante o repetitivo; (5) deficiente comunicación no verbal; (6) interés profundo por ciertos temas; (7) torpeza motora y mala coordinación (Artigas Pallerés & Paula, 2012).

Según Valdez (2015) Bleuler estableció que sus pacientes poseían una progresiva desconexión del entorno, es por ello que Asperger al tomar el término autismo de este autor lo diferencia por dos aspectos: por un lado, observa que sus sujetos presentan dificultades desde el principio (no es progresivo), y por otro lado, diferencia esta sintomatología de la esquizofrenia.

Los estudios de Asperger fueron desconocidos para la comunidad científica debido al contexto social (Segunda Guerra Mundial) y el idioma (alemán). En 1981, Lorna Wing en su publicación *Asperger's Syndrome: A clinical Account*, menciona el trabajo de Asperger, e incluso modifica el nombre de “psicopatía autista” por “Síndrome de Asperger”, generando que se establezca una nueva categoría diagnóstica (Valdez & Ruggieri, 2015).

2.3.2 Manuales y Clasificación

Según Pallares y Paula (2012) surgen los manuales diagnósticos con el fin de unificar la conceptualización y los criterios de los trastornos mentales. Por un lado, la Asociación Americana de Psiquiatría [APA siglas en Inglés] publica el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales [DSM siglas en Inglés]; por otro lado, la Organización Mundial de la Salud [OMS] ofrece la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE].

Pallares y Paula (2012) sostienen que la primera edición del DSM en 1952, no incluyó el autismo descrito por Kanner, pero a los niños con características similares se los diagnosticaba con “reacción esquizofrénica de tipo infantil”. En el DSM-II publicado en 1968 tampoco incluyó al autismo como un diagnóstico específico sino como una característica de la esquizofrenia infantil.

En 1980, el DSM (III) se publicó con el autismo como una categoría de diagnóstico, que incluía tres características esenciales: falta de capacidad de respuesta a otras personas, deterioro grave en habilidades comunicativas y respuestas extrañas a varios aspectos del medio ambiente, las cuales deben estar presentes en los primeros 30 meses de vida. Además, se establecieron seis criterios diagnósticos, que incluyen un inicio antes de los 30 meses de edad, falta generalizada de respuesta a otras personas, déficit en el desarrollo del lenguaje, patrones de habla peculiares, respuestas extrañas a varios aspectos del entorno y ausencia de

delirios, alucinaciones, asociaciones laxas e incoherencia que se observan en la esquizofrenia (Pallares & Paula, 2012).

El DSM III-R (1987) se lanzó y cambió la terminología, reemplazando "autismo infantil" por "trastorno autista", transformándolo en un problema mental en lugar de uno orgánico. Además, se ampliaron y especificaron los criterios diagnósticos. Para diagnosticar el trastorno autista, se deben cumplir al menos ocho de los dieciséis criterios establecidos, que se dividen en tres categorías: (1) alteración cualitativa en la interacción social recíproca; (2) alteración cualitativa en la comunicación verbal y no verbal y juego imaginativo, y (3) repertorio restringido de intereses y actividades. Cada una de estas categorías tiene varios subcriterios que deben cumplirse para un diagnóstico completo.

Posteriormente se publicó el DSM IV (1994) y años después el DSM IV-TR (2000), que incluyó el Trastorno Generalizado del Desarrollo [TGD] como una categoría que engloba cinco subtipos de trastornos, incluido el autismo. Los criterios para el diagnóstico del autismo se modificaron para requerir seis o más manifestaciones de trastornos en las áreas de relación, comunicación y flexibilidad, incluyendo al menos dos elementos de relación, uno de comunicación y uno de flexibilidad. Los retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas deben presentarse antes de los tres años de edad y la perturbación no debe ajustarse mejor a un trastorno de Rett o trastorno desintegrativo infantil.

Trece años más tarde, se publicó la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM V] (2013), la cual implicó una gran cantidad de cambios en la conceptualización del autismo. Se cambió la denominación de TGD a Trastorno del Espectro Autista, desaparecieron las subcategorías y se consideró el autismo como un espectro con diversas características. Los criterios también fueron modificados y se dividieron en dos áreas: deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social, y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o

actividades. Para diagnosticar el trastorno del espectro autista, es necesario que los síntomas estén presentes en las primeras fases del período de desarrollo, causen un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento habitual y no puedan ser explicados por otros trastornos. Se indica que los pacientes con diagnósticos previos de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, deben ser diagnosticados con trastorno del espectro autista. Además, se menciona que los pacientes con deficiencias notables en la comunicación social pero cuyos síntomas no cumplen con los criterios para trastorno del espectro autista, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática). No se especifica si el trastorno está asociado con un déficit intelectual o deterioro del lenguaje, o con una afección médica, genética o un factor ambiental conocidos.

Finalmente la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-11], (2018) y que entró en vigor en enero de 2022, utiliza una clasificación basada en dimensiones para el trastorno del espectro autista [TEA] en lugar de la clasificación por subtipos que se encuentra en la CIE-10 y el DSM-5. La CIE-11 describe el TEA como un conjunto de síntomas que se agrupan en dos dimensiones: (1) dificultades en la comunicación y la interacción social, incluyendo dificultades en la reciprocidad socioemocional, la comunicación no verbal, la comprensión y el mantenimiento de las relaciones, así como dificultades en la comunicación verbal y (2) patrones repetitivos y restringidos de comportamiento, intereses o actividades que incluye movimientos y habla estereotipados o repetitivos, insistencia en la monotonía y patrones ritualizados de comportamiento, intereses muy restringidos y fijos, e hipersensibilidad o hiposensibilidad a los estímulos sensoriales. Además reconoce que las personas con TEA pueden experimentar otros síntomas y condiciones coexistentes, como ansiedad, trastornos del sueño, problemas de alimentación y trastornos del ánimo. Por otro lado establece que el diagnóstico debe realizarse mediante la

evaluación de la gravedad de los síntomas en cada dimensión, en lugar de cumplir con un número específico de criterios. Los niveles de gravedad son: (1) requiere apoyo; (2) requiere apoyo sustancial y (3) requiere apoyo muy sustancial.

2.3.3 Perspectivas actuales en el sistema clasificatorio

Wing y Gould (1979) en su trabajo proponen una nueva percepción del autismo. El estudio se centró en un área de Londres, y tenía como objetivo encontrar la prevalencia en niños menores de 15 años de deficiencias graves de interacción social, anormalidades del lenguaje y comportamientos estereotipados repetitivos. Identificaron un grupo de “discapacitados sociales” (más de la mitad de los cuales tenían un retraso grave) y un grupo de comparación de niños "sociables con retraso mental grave ". En casi todos los niños con discapacidad social, encontraron mutismo o ecolalia y conductas estereotipadas repetitivas, pero en menor proporción en los niños sociables con retraso mental grave. Ciertas condiciones orgánicas se encontraron con mayor frecuencia en el grupo con discapacidad social. Además pudieron identificar un subgrupo con antecedentes de autismo en la primera infancia de Kanner, pero compartió muchas anormalidades con niños con discapacidad social.

Es por ello que Wing y Gould (1979), proponen que los rasgos autistas pueden situarse en un conjunto de continuos o dimensiones que no solo se alteran en el autismo sino también en otros cuadros que afectan al desarrollo, es decir, el “espectro autista”. Además, diferencian cuatro dimensiones principales en el espectro. Por un lado, lo que se conoce como la Triada de Wing: (a) trastorno en las capacidades de reconocimiento social; (b) trastorno en las capacidades de comunicación social; (c) trastorno en las destrezas de imaginación y comprensión social. Por otro lado, la cuarta dimensión implica los patrones repetitivos de actividad.

El DSM V (2013) retoma las ideas de Wing considerando al autismo como un espectro, utilizando su teoría para la nueva denominación y los criterios actualizados, agrupados por categorías (Artigas Pallerés & Paula, 2012).

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño

La investigación fue de tipo no experimental, de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y temporalidad transversal.

3.2 Participantes

El tipo de muestreo adoptado fue intencional y la muestra estuvo conformada por 140 sujetos, todos ellos adultos de AMBA, de los cuales el 67,1% tenían hijos diagnosticados con TEA y el 32,9% eran padres de personas neurotípicas. En cuanto a la distribución del género, el 72,1% eran mujeres y el 27,9% hombres. En lo que atañe a la edad de los participantes, las mismas oscilaban entre 21 y 59 años ($M=36,46$; $DT=8,439$). Finalmente, en lo que respecta al nivel educativo, aquel que predominó fue terciario/universitario, presentando dicho nivel el 72,2% de la muestra.

Los únicos requisitos tomados como criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, residir en AMBA y tener hijos (con o sin diagnóstico de TEA).

Se excluyeron todos aquellos casos que no brindaron su consentimiento informado, entregaron protocolos incompletos o bien tenían hijos en proceso de diagnóstico.

3.3 Instrumentos

En primera instancia se administró un cuestionario sociodemográfico, el cual consignaba variables tales como: sexo, edad, nivel educativo, cantidad de hijos y diagnóstico de los mismos.

Posteriormente, se incluyó el Inventario de Potencial Resiliente Familiar [IPRF] (Caruso & Mikulic, 2010) cuyo propósito es evaluar la capacidad de resiliencia de las

familias para superar situaciones adversas. Dicho inventario está compuesto por 36 ítems, los cuales se agrupan en 4 dimensiones: (1) Funcionamiento Familiar [FAM], compuesta por los ítems 9, 4, 13, 20, 29, 26 y 35; (2) Creencias Espirituales [CREES], conformada por los ítems 2, 10, 18, 25 y 34; (3) Claridad y Expresión Emocional Sincera [CEES], cuyos reactivos son 1, 15, 22, 36, 12, 8, 24, 19, 31 y 5 y (4) Resolución Cooperativa de Problemas [RCP], integrada por los ítems 23, 28, 14, 3, 11, 7, 17, 32 y 27. La escala total, Resiliencia Familiar Percibida [RFP], se obtiene sumando las cuatro dimensiones previamente referidas o el total de ítems que las conforman.

Las opciones de respuesta a cada ítem oscilan entre 0= Nunca y 4=Siempre, exceptuando los reactivos 29, 5, 23 y 14 cuya puntuación es inversa.

Tanto la escala total como sus correspondientes dimensiones presentaron una adecuada consistencia interna, siendo sus respectivos coeficientes: $\alpha=0,766$ para FAM; $\alpha=0,848$ para CREES; $\alpha=0,699$ para CEES; $\alpha=0,739$ para RCP y $\alpha=0,778$ para RFP.

3.4 Procedimiento

La muestra fue contactada a través de conocidos o grupos de Facebook de padres de hijos con TEA. A todos ellos se les administró un protocolo confeccionado en Google Forms donde se consignaban datos sociodemográficos de la población y el inventario de Potencial Resiliente descrito con antelación. Todos los sujetos debieron dar previamente su consentimiento informado para participar del estudio y se les aclaró que no habría devolución de los resultados, siendo la información recabada de carácter anónimo y empleada únicamente para fines académico-científicos. El completamiento del protocolo duró en promedio 15 minutos. Posteriormente, los datos recopilados fueron sistematizados y analizados con el SPSS 25.0.

4. RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo de las variables

Tabla I: Descripción de las variables sociodemográficas

Variable Sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje
Hijos con diagnóstico de TEA		
Sí	94	67,1%
No	46	32,9%
Sexo		
Femenino	101	72,1%
Masculino	39	27,9%
Nivel educativo		
Primario completo	3	2,1%
Secundario incompleto	9	6,4%
Secundario completo	27	19,3%
Terciario/universitario incompleto	46	32,9%
Terciario/universitario completo	55	39,3%
Cantidad de hijos		
Uno	57	40,7%
Dos	53	37,9%
Tres	24	17,1%
Cuatro	5	3,6%
Cinco	1	0,7%

Como puede percibirse a partir de la información de la tabla precedente, aproximadamente dos tercios de la población encuestada eran padres de niños diagnosticados con TEA y el tercio restante de niños neurotípicos. En lo que respecta al resto de las variables sociodemográficas, se observa cierta heterogeneidad en cuanto a la distribución de las mismas, siendo principalmente población de sexo femenino, con nivel educativo terciario/universitario completo/incompleto, quienes mayormente tenían entre uno y dos hijos.

4.2 Distribución de las variables

En lo que respecta al análisis de la prueba de normalidad, cabe mencionar que la variable Resiliencia Familiar y la dimensión Resolución Cooperativa de Problemas siguieron un patrón de distribución normal, lo cual no ocurrió en Funcionamiento Familiar, Creencias Espirituales y Claridad y Expresión Emocional Sincera.

4.3 Análisis correlacional y comparativo de las variables sociodemográficas

4.3.1 Análisis de la correlación entre variables

Tabla II: Correlación entre Resiliencia Familiar (y sus dimensiones) con Edad, Nivel Educativo y Cantidad de Hijos.

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Resiliencia Familiar Percibida	X	0,859* *	0,283* *	0,944* *	0,909* *	0,121	-0,014	0,180*
2. Funcionamiento Familiar	0,859* *	X	-0,032	0,823* *	0,804* *	0,150	-0,066	0,194*
3. Creencias Espirituales	0,283* *	-0,032	X	0,098	0,062	-0,093	0,009	-0,088
4. Claridad y Expresión Emocional Sincera	0,944* *	0,823* *	0,098	X	0,868* *	0,092	-0,005	0,195*
5. Resolución Cooperativa de Problemas	0,909* *	0,804* *	0,062	0,868* *	X	0,124	0,093	0,191*
6. Edad	0,121	0,150	-0,093	0,092	0,124	X	0,111	0,368* *
7. Nivel Educativo	-0,014	-0,066	0,009	-0,05	0,093	0,111	X	- 0,172*
8. Cantidad de Hijos	0,180*	0,194*	-0,088	0,195*	0,191*	0,368* *	- 0,172*	X

Prueba utilizada: Rho de Spearman. **p<0,01; *p<0,05

Existe una relación positiva entre Resiliencia Familiar Percibida y sus dimensiones (exceptuando Creencias Espirituales) con Cantidad de Hijos, mientras que no se hallaron asociaciones estadísticamente comprobables entre la Escala Total y sus dimensiones con Edad y Nivel Educativo de los padres.

4.3.2 Análisis de las diferencias entre grupos

Tabla III: Comparación entre los Niveles de Resiliencia Familiar y sus dimensiones según presencia de Diagnóstico de TEA.

Variables	Diagnóstico de TEA	Media/Rango Promedio	p
Resiliencia Familiar Percibida	Sí	83,55	0,001
	No	69,91	
Funcionamiento Familiar	Sí	88,27	0,001
	No	34,20	
Creencias Espirituales	Sí	58,79	0,001
	No	94,42	
Claridad y Expresión Emocional Sincera	Sí	83,64	0,001
	No	43,64	
Resolución Cooperativa de Problemas	Sí	25,15	0,001
	No	20,28	

Prueba utilizada: T de Student o U de Mann Whitney según distribución de las variables

El potencial resiliente familiar y sus dimensiones fue significativamente superior en aquellos padres que tenían hijos diagnosticados con TEA, exceptuando Creencias Espirituales que puntuó más alto en los padres con hijos neurotípicos.

Tabla IV: Comparación entre los Niveles de Resiliencia Familiar y sus dimensiones según Sexo.

Variab les	Sexo	Media/Rango Promedio	p
Resiliencia Familiar Percibida	Femenino	77,74	0,522
	Masculino	82,51	
Funcionamiento Familiar	Femenino	65,07	0,011
	Masculino	84,56	
Creencias Espirituales	Femenino	73,96	0,104
	Masculino	61,55	
Claridad y Expresión Emocional Sincera	Femenino	66,22	0,044
	Masculino	81,59	
Resolución Cooperativa de Problemas	Femenino	23,17	0,168
	Masculino	24,53	

Prueba utilizada: T de Student o U de Mann Whitney según distribución de las variables

Los hombres obtuvieron puntuaciones más elevadas en Funcionamiento Familiar y en Claridad y Expresión Emocional Sincera con respecto a las mujeres. Asimismo no se observan diferencias significativas en el resto de las dimensiones analizadas.

5. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La presente investigación se planteó como objetivo principal analizar el nivel de resiliencia familiar en vínculos directos de personas diagnosticadas con TEA y familiares de personas sin diagnóstico. Además se desprendió la hipótesis de que los familiares de personas con diagnóstico de TEA poseen puntuaciones más elevadas en la Resiliencia Familiar que los familiares de personas sin diagnóstico. Los resultados obtenidos permitieron vislumbrar que los familiares de personas diagnosticadas con TEA poseen puntajes significativamente más elevados en Resiliencia Familiar Percibida, y también en sus dimensiones RCP, FAM y CEES; en contraposición a los familiares de personas sin diagnóstico de TEA que sólo poseen puntajes significativamente más elevados en la dimensión CREES. Si bien, como se mencionó anteriormente, no existen suficientes investigaciones que relacionen resiliencia o resiliencia familiar en el diagnóstico de autismo, Jimenez (2016) en su trabajo demostró la importancia de los factores protectores familiares y sociales en la predicción de la adaptación al TEA. En sintonía con el autor anterior, Becerra (2017) encontró que los cuidadores primarios poseen capacidades resilientes en un nivel elevado, desplegando eficazmente factores y características específicas que les permiten sobrellevar y desempeñar su rol de protección social. Por ello, se vuelve necesario continuar investigando al respecto para que los profesionales y las familias puedan fortalecer sus recursos para llevar adelante este diagnóstico.

En lo que respecta a CREES, que fue la única dimensión que puntuó significativamente más bajo en padres de niños con TEA, es un dato que requeriría respaldo en futuros trabajos ante la ausencia de antecedentes al respecto; no obstante, potencialmente podría ser explicado entendiendo que el diagnóstico de autismo impacta de manera resonante

en un vasto número de padres y muchas veces constituye un shock en sí mismo que podría llegar a cuestionar las creencias espirituales y religiosas de las familias implicadas.

Con respecto a los objetivos específicos, el primero consistió en comparar la Resiliencia Familiar entre hombres y mujeres. En este estudio se encontró que los hombres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en las dimensiones de FAM y CEES en comparación con las mujeres, lo cual rechaza la hipótesis planteada al respecto que sostenía que eran las mujeres quienes obtendrían valoraciones más elevadas en el constructo. Asimismo, no se observaron diferencias significativas en las demás dimensiones ni en el puntaje total en función del sexo de los participantes. Algunos estudios anteriores, como el de Fergusson y Lynskey (1996), sugieren que los hombres tienden a tener una mayor vulnerabilidad y, en concordancia, Peña (2017) y Ramirez et al. (2017) encontraron puntuaciones más altas de Resiliencia en las mujeres en sus investigaciones. Estas discrepancias entre dichos estudios y los resultados aquí hallados, plantean interrogantes sobre la relación entre el sexo y la Resiliencia Familiar, y señalan la necesidad de investigaciones adicionales en este ámbito. Una posible intuición al respecto que permitiría explicar esta divergencia podría ser el hecho de que la resiliencia es un constructo multidimensional, constituido por variables individuales, biológicas y contextuales, razón por la cual las diferencias en cuanto al sexo entre los estudios precedentes podrían entenderse con claridad si se piensa al sexo (factor biológico) como solo un componente, no excluyente, de un fenómeno multideterminado el cual no puede ser analizado por fuera del entramado social en el que se desarrolla el individuo.

Otro objetivo específico fue analizar la Resiliencia Familiar y sus dimensiones en relación con la edad de la muestra, con la hipótesis de que las personas más jóvenes presentarían puntuaciones más altas en Resiliencia Familiar. Sin embargo, los resultados obtenidos indicaron que no existen diferencias significativas entre la edad de los participantes

y la Resiliencia Familiar. En cuanto a los antecedentes, se encontraron discrepancias en los resultados. Por un lado, Espino y Martin (2014) encontraron que las personas más jóvenes puntuaron mejor en resiliencia que las personas mayores, mientras que Peña (2017) observó un patrón inverso, donde las personas de mayor edad presentaron puntuaciones más altas en resiliencia.

Los hallazgos recién mencionados, podrían explicarse en base a lo que afirman Gómez y Kotliarenco (2010) y Pereira (2010), quienes sostienen que la resiliencia debe enfocarse en los procesos que experimentan las personas en relación con su entorno, más que en las características individuales de cada sujeto. En otras palabras, el género o la edad no son factores determinantes a la hora de enfrentar una situación adversa y salir fortalecido.

El siguiente objetivo específico que se planteó la presente investigación, consistió en indagar acerca de la Resiliencia Familiar según el nivel educativo de los encuestados. La hipótesis planteada sostenía que existiría una relación positiva entre ambas variables. No obstante, no se encontraron asociaciones significativas entre la Resiliencia Familiar Percibida y sus dimensiones con respecto al nivel educativo de los participantes. En los antecedentes, encontramos que tanto Espino y Martin (2014) como Kavaliotis (2017) hallaron que un mayor nivel académico permitirían mayores niveles de resiliencia y, a su vez, Fergusson y Lynskey (1996) propusieron que uno de los factores que colaboran en el desarrollo de la resiliencia es la inteligencia y la habilidad para la resolución de problemas. Sin embargo, específicamente en cuanto a la resiliencia familiar, Walsh (2004) sostiene que la misma no está constituida por una serie de rasgos estáticos, como puede ser la inteligencia y un alto nivel académico, sino que implican procesos multideterminados que se extienden en el tiempo.

Finalmente, en referencia al objetivo específico de analizar la Resiliencia Familiar en cuanto a la cantidad de hijos de los encuestados, se pudo observar en el análisis estadístico

que la Resiliencia Familiar Percibida y las dimensiones FAM, CEES y RCP correlacionaron de manera positiva con cantidad de hijos, es decir, cuanto más cantidad de hijos tiene el sujeto mayor es la puntuación de estos constructos, lo cual concuerda con la hipótesis planteada en este trabajo al respecto. Sin embargo no se halló un vínculo significativo con CREES. Dichos resultados coinciden con los hallazgos de Peña (2017), quien señaló que las familias que tenían grupos de hermanos, incluido uno con autismo, experimentaban menor estrés y mostraban mejores estrategias resilientes debido a una distribución más equitativa de las responsabilidades de cuidado. A su vez, según Walsh (2004), es esencial considerar la relevancia tanto de la familia nuclear como de los hermanos y la familia extendida como posibles fuentes de apoyo en la construcción de la resiliencia.

Para finalizar, en cuanto a las limitaciones de este trabajo, cabe referir el tamaño reducido de la muestra y la gran heterogeneidad numérica entre el grupo de padres con hijos diagnosticados con TEA y el grupo de padres con hijos neurotípicos. Asimismo se advierte una carencia de estudios que profundicen específicamente en las dimensiones de la Escala de Resiliencia Familiar, lo cual dificulta en muchos casos el sustento empírico al momento de contrastar los antecedentes (que mayormente se centran en el análisis exclusivo de la escala total).

Como recomendación, sería interesante realizar en futuras investigaciones, mayor cantidad de análisis empíricos que trabajen la resiliencia familiar y también las dimensiones que la constituyen, dado que, como se mencionó con antelación, la mayoría de los estudios previos abordan la resiliencia individual (y no la resiliencia familiar) y aquellos que estudian la familiar no discriminan sus análisis por dimensiones. Otro dato a tener en cuenta en futuros trabajos es la interrelación entre la resiliencia familiar y las creencias espirituales de los sujetos para ver si la relación inversa que aquí se halló es algo que se replica en otros estudios o es una particularidad de la muestra aquí estudiada.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artigas-Pallares, J. & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
<https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>
- Asperger, H. (1944). Die “Autistischen psychopathen” im kindesalter. *Archiv für psychiatrie und nervenkrankheiten*, 117(1), 76-136.
- Angulo Laguna, M. S. (2019). *Inteligencia emocional y resiliencia en padres de niños con trastorno del espectro autista en Arequipa* [Tesis de grado, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio institucional USMP.
<https://hdl.handle.net/20.500.12727/5364>
- American Psychological Association (1983). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- Revisado [DSM-3-R]*. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association (1994). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- Revisado [DSM-4]*. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association (2000). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- Revisado [DSM-4-TR]*. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-5]*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Becerra Nieves, P.M. & Vázquez Calle, M.A. (2017). *Capacidad de resiliencia de las personas encargadas del cuidado primario del niño diagnosticado con un trastorno del espectro autista* [Tesis de grado, Universidad de Cuenca]. Repositorio institucional UCUENCA. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28450>

Becoña Iglesias, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024>

Caruso, A. P. & Mikulic, I. M. (2010). Evaluación psicológica de la familia con un bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (UCIN): construcción de un inventario para evaluar el Potencial Resiliente Familiar (IPRF). *Anuario de investigaciones*, 17, 159-168.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100060

Camones Alvarado, I. A. (2021). *Resiliencia en cuidadores de estudiantes con habilidades diferentes, Huaraz-2021* [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/76160>

Centros para el control y prevención de enfermedades (2016). *Autismo en la edad escolar*.
https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_autismo_edad_escolar_033115.html

Centros para el control y prevención de enfermedades (2018). *Informe comunitario ADDM: hallazgos clave de los CDC sobre el autismo.*

<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/addm-community-report/key-findings.html>

Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity.

Journal of child psychology and psychiatry, 37(3), 281-292.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01405.x>

Fiorentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma psicológica*, 15 (1) 95-114.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2563822>

Garrabé de Lara, J. (2012). Autismo. Historia y clasificaciones. *Salud Mental*, 35, 257-261.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n3/v35n3a10.pdf>

Garnezy, N., & Masten, A. S. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. En E. M. Cummings, A. L. Greene, & K. H. Karraker (Eds.) *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping* (pp. 151–174). Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Grotberg, E. (2004). Adolescentes contra la violencia: el poder de la resiliencia. En A. Melillo, E. Suárez Ojeda & D. Rodríguez (Comp.), *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida* (pp.155-171). Buenos Aires: Paidós.

Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv Child*, 2, 217-50.

Kotliarenco, M. A., Cáceres, I., & Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*.

Organización Panamericana de la Salud.

Kotliarenco, M. A., & Gómez, E. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e

intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de psicología*, 19(2), 103-131.

<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/129448>

Lopez Gomez, S., Rivas Torres, R. y Taboada Ares, E. (2010). Historia del trastorno autista. *Apuntes de Psicología*, 28(1), 51-64.

<https://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/202>

Mariño Peña, C. (2017). *El impacto del trastorno del espectro autista en la familia*. [Tesis de grado, Universidad de Cádiz]. Repositorio institucional UCA.

<http://hdl.handle.net/10498/19822>

Melillo, A., Suárez Ojeda, E. N., & Rodríguez, D. (2004). *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida*. Barcelona: Paidós.

Melillo, A. C. (2007). El desarrollo psicológico del adolescente y la resiliencia. En M.

Munist, NE Suárez Ojeda, D. Krauskopf y T. Silber (Comps). *Adolescencia y Resiliencia*, (pp 61-79). Barcelona: Paidós.

Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión [CIE-11]*

Palomar Lever, J., & Gómez Valdez, N. E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18014748002>

Piaggio, A. M. R. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogía*, 26(80), 291-302.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-84862009000200014&script=sci_abstract&tlng=es

Pereira, R. (2007). Resiliencia individual, familiar y social. En *Interpsiquis. Octavo congreso virtual de psiquiatría*. <http://psiqu.com/1-3547>

Jimenez Pina, E. D.(2016). *Resiliencia en padres y madres de niños con trastornos del espectro autista* [Tesis Doctoral, Universitat de València]. Repositorio institucional de UPV. <http://hdl.handle.net/10550/55439>

Plágaro-Martos, M. (2015). *Transferencia de inteligencias múltiples en alumnos con autismo de educación primaria* [Tesis de Maestría, Universidad Internacional de La Rioja]. Repositorio institucional de UNIR <https://reunir.unir.net/handle/123456789/3423>

Ponce Espino, J. E., & Torrecillas Martín, A. M. (2014). Estudio de factores resilientes en familiares de personas con discapacidad. *International Journal of Developmental and*

Educational Psychology, Revista de Psicología, 1(7).

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v7.810>

Quesada, C. V. (2003). El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la intervención social. *Psychosocial Intervention, 12(3)*, 283-299.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818049003>

Ramírez, Y. H., & Heredia, M. E. R. (2017). Resiliencia, recursos familiares y espirituales en cuidadores de niños con discapacidad. *Journal of Behavior, Health & Social Issues, 9(2)*, 70-81.

<https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.005>

Rattazzi, A. (2014). La importancia de la detección precoz y de la intervención temprana en niños con condiciones del espectro autista. *Revista Argentina de Psiquiatría, 25*, 290-

294. <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex116.pdf#page=51>

Rivera Machuca, R. D. P. (2022). *Resiliencia y estrés parental en padres de niños y adolescentes con autismo de un centro terapéutico de Lima, 2021*. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional de UCV

<https://hdl.handle.net/20.500.12692/80815>

Sisa Ccalachua, T. R., & Mendoza Lima, M. (2021). *Bienestar psicológico y resiliencia en padres de niños con autismo de la ONG autismo AQP*. [Tesis de Grado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio institucional de UNSA

<http://hdl.handle.net/20.500.12773/13655>

Truffino, J. C. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 3(4) 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.09.003>

Urbistondo, F. (2011). *Resiliencia familiar y autismo*. [Tesis de Grado, Universidad de Palermo]. Repositorio institucional de UP <http://hdl.handle.net/10226/794>

Valdez, D., & Ruggieri, V. (2011). *Autismo: del diagnóstico al tratamiento*. Buenos Aires: Paidós

Vesga, M. C. G., & de la Ossa, E. D. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 11(1), 63-77.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77325885001>

Viera, R. A. S. (2016). Influencia de la resiliencia en la sobrecarga subjetiva de madres de niños con trastorno de espectro autista. *Revista de Psicología*, 6(1), 25-48.
<https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/37>

Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.

Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 9 (1), 12-19.

7. ANEXOS

Mi nombre es Ornella Galati, estudiante de quinto año de la carrera de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana (UAI). Necesito de su colaboración completando el inventario y la encuesta que se presentan a continuación.

La participación es voluntaria y anónima. Se comprende que responder al inventario implica dar su consentimiento para utilizar la información volcada en el mismo. Dicha información es parte de una muestra más amplia por lo que no se entregarán devoluciones particulares de los resultados. Si lo desea puede dejar de responder en cualquier momento.

Desde ya muchas gracias por su colaboración

Datos sociodemográficos

Sexo

- Femenino
- Masculino

Edad:.....

Estado civil

- Soltero
- En pareja
- Conviviente
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Viudo

Nivel de escolaridad

- **Primario incompleto**
- **Primario completo**
- **Secundario incompleto**
- **Secundario completo**
- **Terciario / Universitario incompleto**
- **Terciario / Universitario completo**

¿Cuántos hijos tiene?

- **1**
- **2**
- **3**
- **4**
- **5**

¿Alguno posee diagnóstico de autismo/TEA/TGD?

- **Si**
- **No**

Inventario de Potencial Resiliente Familiar (Caruso, A. P. Mikulic, I. M. 2010)

A continuación se presentan una serie de afirmaciones acerca de una familia. Por favor, lea cada una de ellas atentamente, y piense cómo estas describen a su propia familia. Deberá considerar si lo que la frase dice sucede siempre, bastante, algunas veces, poco o nunca.

EN NUESTRA FAMILIA...	NUNCA	POCO	ALGUNAS VECES	BASTANTE	SIEMPRE
1. Cuando hay un problema familiar lo hablamos.					
2. Las creencias religiosas nos consuelan en los momentos más duros.					
3. Nos ponemos de acuerdo fácilmente					
4. Sabemos lo que se espera de cada uno de nosotros.					
5. Utilizamos “las indirectas” para comunicarnos.					
6. Cuando atravesamos una situación difícil podemos contar con el apoyo de nuestros amigos.					
7. Ante un problema logramos mantener la calma.					
8. Nos decimos las cosas con sinceridad.					
9. Respetamos las diferencias existentes entre nosotros.					
10. Las creencias espirituales dan un mayor sentido a nuestra vida.					
11. Cuando atravesamos una situación difícil, pensamos que contamos con fortalezas para afrontarla.					
12. Existe una gran confianza entre nosotros.					

13. Las reglas impuestas pueden modificarse sin problemas.					
14. Cuando estamos en problemas creemos que la culpa es de otro.					
15. Ante una situación difícil nos apoyamos unos a otros.					
16. Logramos cubrir económicamente nuestras necesidades básicas.					
17. Se puede hablar sobre la mayoría de los temas.					
18. Creemos en la existencia de un Dios.					
19. Aunque pasemos por situaciones difíciles hay humor.					
20. Si algo negativo sucede creemos que hay una solución.					
21. Hemos atravesado en general muchas crisis.					
22. Cuando uno se siente triste puede compartirlo.					
23. Hay contradicciones entre lo que se dice y lo que se hace.					
24. Cuando atravesamos una situación difícil, podemos compartir nuestros miedos.					
25. Ante un problema contamos con ayuda espiritual para atravesarlo.					
26. Creemos que las cosas nos saldrán bien.					
27. Se puede opinar libremente.					
28. Cuando atravesamos un problema familiar decimos lo que pensamos.					
29. Resulta difícil organizarnos.					

30. Pudimos sobrellevar con éxito la mayoría de los problemas que atravesamos.					
31. Se tolera el enojo del otro ante una situación difícil.					
32. Se reacciona rápidamente ante un problema					
33. Cuando atravesamos una situación difícil podemos contar con nuestros familiares.					
34. Tenemos la esperanza de que las cosas van a mejorar en el futuro.					
35. Aunque los problemas se pongan difíciles, somos perseverantes para encontrar las soluciones.					
36. Las cosas se dicen a quien se tienen que decir, sin intermediarios.					

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN