



**RECONOCIMIENTO DE LOS NIVELES DE
RESILIENCIA EN FAMILIAS DE NIÑOS CON TEA
Y LA CONCURRENCIA A ORIENTACIÓN A
PADRES EN QUIENES COLABORAN CON EL
TRATAMIENTO**

Paula A. Maresco

TESIS DE GRADO

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Licenciatura en Psicología

Tutora: Lic. María Laura Murcia

DICIEMBRE 2020



AGRADECIMIENTOS

A mi familia y amigos que con tanto amor y comprensión me han acompañado en este camino bello y difícil. Un camino con diferentes ritmos, pero sin la opción del abandono por más que siguiera transcurriendo el tiempo. Cada uno sabrá a quién y a lo que me refiero en cada abrazo.

A mis profesores, quienes cada uno dejó una huella y conocimiento que se verá traducido en las implicancias del desarrollo de mi profesionalismo. A mi tutora que supo interpretar mis ideas y con mucho cariño sumó a cada paso. A la Universidad Abierta Interamericana que en el marco institucional abrió sus puertas para que pudiera seguir creciendo y formándome en un contexto psico bio social y cultural y a la cual quiero seguir perteneciendo.

A mi madre y mis abuelos que me enseñaron que la educación me haría libre.



RESUMEN

La concurrencia a Orientación a Padres [OP] como parte de los tratamientos para niños con Trastorno del Espectro Autista [TEA] es clave para la eficacia de los mismos. El objetivo de la investigación fue analizar las relaciones, si existen, entre los niveles de Resiliencia y la concurrencia a OP de niños/as con TEA, teniendo como característica la Colaboración con los Tratamientos [CT].

Esta investigación tuvo la intención de revelar prácticas de intervención que ayudarán a acompañar mejor a las familias en el proceso de adaptación que requiere el enfrentamiento a los momentos aversivos que en ocasiones implican el cuidado de niños con TEA.

Se utilizó un diseño cuantitativo, no-experimental, descriptivo-correlacional y transversal. El muestreo fue no-probabilístico de tipo intencional compuesto por 52 padres de niños con TEA. La medición de las variables se realizó a través de La Escala de Resiliencia (Rodríguez et al., 2009) y un cuestionario con variables sociodemográficas Ad Hoc que miden la concurrencia a OP y la CT.

Los resultados no evidenciaron relación estadísticamente significativa entre los niveles de Resiliencia (y sus dimensiones) y la concurrencia a OP en familiares que CT.

En cuanto al análisis de las variables del cuestionario ad-hoc, se encontró una relación directa y baja entre Capacidad de Autoeficacia y Evitación Cognitiva con la utilidad de las reuniones para afrontar la problemática del niño. También, se encontró diferencia significativa en Capacidad de Propósito y sentido de la Vida, siendo mayor en quienes realizaron el tratamiento siempre en la misma institución, así como en quienes se informan sobre TEA de ambas formas (presencial y online).

Palabras clave: Resiliencia - Orientación a Padres - Psicología - TEA - Trastornos del Espectro Autista – Colaboración con Tratamientos.

**ABSTRACT**

Participation in Orientation to Parents [OP] as part of the treatment for children with Autistic Spectrum Disorder [TEA] is key to efficacy of the treatment. The goal of the research will be to analyze the existing relationships, if they exist, between levels of Resilience, participation in OP children with TEA and with Collaboration with Treatments [CT].

This research had the intention to reveal practices for intervention that will help better accompany families in the process of adaptation that are required when confronting adverse moments that on occasion are implicated in the treatment with children with TEA.

A quantitative, non-experimental, descriptive correlational and transversal design was used. The sample of the population was non probabilistic of an intentional type comprised of 52 parents of children with TEA. The measurement of the aforementioned variables was completed using the following instruments: The Resilience Scale (Rodríguez, 2009) and Ad Hoc questionnaire.

The results did not show a significant statistically significant relationship between levels of Resilience (and their dimensions) and the participation in OP in families that CT.

As far as the analysis of variables from the Ad Hoc questionnaire, a direct and low Relationship between Autoefficacy Capacity and Cognitive Avoidance with the use of reunions to confront the challenges of the child. Also, there was a significant difference in Capacity of Goal and Life sense, with higher levels in people who always completed the treatment in the same institution, as well as those who learned about TEA in both ways (online and in person).

Key words: Resilience - Orientation to Parents [OP] - Psychology - TEA - Autistic Spectrum Disorder - Collaboration with Treatment [CP]



NOTAS ACLARATORIAS

-  Tanto las citas bibliográficas como la estructura formal de esta tesis han sido confeccionados bajo el estilo A.P.A. 7ª edición.
-  En la redacción del texto no hay ninguna intención de discriminación por género, al hacer mención a padres, niños/as, hijo/a, etc.
-  Se utiliza la abreviatura TEA para hacer mención al Trastorno del Espectro Autista, la misma como fin de agilización en la lectura, como así también la mención de esta en los profesionales y padres de manera cotidiana o popular; también se utilizan OP para Orientación a Padres y CT para Colaboración con el Tratamiento.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
NOTAS ACLARATORIAS	5
ÍNDICE GENERAL	6
CAPITULO I.....	8
IMPLICANCIAS DE LA INVESTIGACIÓN PROPUESTA	10
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS.....	12
OBJETIVOS	13
Objetivos Generales	13
Objetivos Específicos	13
JUSTIFICACIÓN	14
CAPITULO II.....	16
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	17
RESILIENCIA.....	17
¿Qué es la Resiliencia y su proceso?	17
La importancia de un buen nivel de Resiliencia	18
¿Se puede desarrollar la Resiliencia?	18
ORIENTACIÓN A PADRES	21
Orientación a padres, psicoeducación	21
COLABORACIÓN CON TRATAMIENTOS	23
T.E.A	24
¿Qué es TEA?	24
¿Por qué es importante que el tratamiento en niños con TEA contemple la Orientación a Padres?	26
CAPITULO III.....	28
METODOLOGÍA	29
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	29
MUESTRA	29
INSTRUMENTOS.....	30
PROCEDIMIENTOS.....	31
CAPITULO IV	32

RESULTADOS	33
ANÁLISIS DE RESULTADOS	33
Caracterización de la muestra	33
Descripción de las variables	40
Análisis de normalidad	40
Correlación entre variables	41
Diferencia de grupos	43
CAPITULO V	47
CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN	48
Limitaciones y recomendaciones Futuras	51
CAPITULO VI	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
CAPITULO VII	58
ANEXOS	59

CAPITULO I

Reconocimiento de los niveles de resiliencia en familias de niños con tea y la concurrencia a orientación a padres en quienes colaboran con el tratamiento.

Cuando un niño/niña tiene una discapacidad, sea la misma cognitiva, emocional, conductual, o motora, la respuesta de las familias es buscar un tratamiento que mejore o cure la condición del niño (Newacheck & Halfon, 1988; Simeonsson et al., 2003). Este estudio busca introducir nuevas opciones a la hora de mejorar el acompañamiento a las familias. De esta manera los tratamientos buscarán evaluar el rol de la participación en la orientación a padres y considerar el nivel de Resiliencia en las familias de los niños con TEA y de esa manera obtener mejores resultados con respecto a la colaboración de los padres a los tratamientos.

A su vez, el estudio se propone evaluar la concurrencia de los padres al espacio de orientación, como acontecimiento altamente influyente en la colaboración de la familia con el tratamiento. Servirá para valorizar y poner en práctica, una forma de trabajo terapéutico más eficaz para lograr Colaboración con el Tratamiento y mejoras en el tratamiento para los niños.

IMPPLICANCIAS DE LA INVESTIGACIÓN PROPUESTA

El presente estudio se propuso investigar si la Resiliencia de los padres y/o la concurrencia de los padres de niños/as con TEA a la orientación a padres se relacionaron de manera positiva y respectivamente con la colaboración de la familia al tratamiento.

En el caso de que se pudiera concluir que los niveles elevados de Resiliencia y/o que la concurrencia de los padres de niños/as con TEA a la orientación de padres se relacionan positivamente con la colaboración en el tratamiento de los niños, se podrá dar un primer paso para mejorar la intervención terapéutica, procurando un abordaje más personalizado, y por esto, obtener mejores resultados para los niños.

La motivación para dar curso a esta investigación, en base a los diversos estudios consultados, la práctica y el marco teórico, surge de que al momento de recibir a los niños/as con TEA, prácticamente no se considera el nivel de Resiliencia de las familias para afrontar las implicancias y/o consecuencias del diagnóstico, seguir el tratamiento y el día a día con un universo de complicaciones diarias que desgastan y para lo cual se requiere no solo de una fuerza extra sino de la capacidad de poder enfrentarse a todo ello, fue entonces el punto de partida hacia la forma de revertir la presunta negación de los padres a seguir con los tratamientos, aunque se veían mejoras en los niños/as, o la inasistencia a los encuentros de orientación a padres. Debiera existir una respuesta a ello y en contraposición la demostración de que los niños mejoran más cuando sus padres persisten y buscan ayuda.

¿Qué pasaría entonces si al comenzar un tratamiento de orientación a padres se pudiera saber su nivel de resiliencia?, ¿si la hay o no? La hipótesis que se sostiene es que, muy probablemente permitiría redireccionar la práctica de los recursos con los que se cuentan, proveer un nuevo modelo de abordaje, el cual sería más eficiente y también permitiría hacer intervenciones para favorecer dicho proceso. Y en el caso de existir, potenciarlo. Eh ahí entonces, la gran relevancia

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

de fortalecer los roles parentales, el acompañar en el empoderamiento de cada paso a ser dado en ese arduo camino, que con más o menos sinuosidad, nunca termina; aquí entra el espacio de Orientación a Padres.

La correlación con la Resiliencia no implicará un antes o un después, una causalidad, sino que a mayor Resiliencia se evidencia Colaboración de la familia al tratamiento, y mayor presencia en la Orientación a Padres. Y a raíz de esto también se podrá pensar que la intervención de la Orientación a Padres puede reforzarse cuando los niveles de Resiliencia son menores o nulos y en suma, psicoeducar a los padres en la interacción con los niños, donde también se estarían fortaleciendo sus recursos subjetivos y con estos, su Resiliencia.

Argentina tiene muchas restricciones en los tratamientos y sus autorizaciones, esto implicaría también que, en estos tratamientos tan costosos, los recursos hacia los padres que se traducirían en los resultados de los niños, sean más cortos, duraderos y efectivos, sin tanto desgaste para los padres y los profesionales. En consecuencia, el fortalecimiento de los recursos subjetivos y la resiliencia en efecto, terminaría siendo un factor mediador entre los padres y los resultados en los tratamientos de los niños.

A raíz de esto también se podrían desarrollar otros estudios donde la misma resiliencia esté implicada, por ejemplo; pensar la misma en distintas culturas, género, edad entre otros.

La Orientación a Padres es el núcleo central de este estudio, siendo parte del tratamiento y tan importante como las otras dos aristas que componen un tratamiento integral, las sesiones de los niños/as en sí mismos y los acompañantes en las escuelas, todos utilizando las mismas herramientas, con la misma dirección, las mismas formas de intervención para que quienes reciben escuchen un mismo lenguaje, una misma disposición. Ergo, la aplicación de todo lo mencionado se traducirá en eficacia y eficiencia del tratamiento.



PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS

Pregunta de Investigación # 1

¿Los niveles de Resiliencia varían con respecto de la Concurrencia a la Orientación a Padres en tratamiento psicológico de niños/as con TEA en las familias que Colaboran con el tratamiento?

Hipótesis # 1

La Resiliencia es mayor en quienes concurren con más frecuencia a Orientación a Padres.

Hipótesis # 2

La Resiliencia es mayor en quienes hace más tiempo que asisten a los encuentros de Orientación a Padres.

Hipótesis # 3

A quienes le fueron Útiles para poder afrontar la problemática del niño/a, las reuniones de Orientación a Padres, poseen mayor Resiliencia.

OBJETIVOS

Objetivos Generales

Analizar la relación entre los niveles de Resiliencia de los padres o tutores y la concurrencia a la Orientación a Padres en tratamiento psicológico de niños con TEA con respecto la Colaboración de las familias con el tratamiento.

Objetivos Específicos

-  Caracterizar la muestra.
-  Caracterizar los niveles de Resiliencia y la frecuencia de la Concurrencia a Orientación a Padres en quienes Colaboran con el tratamiento.
-  Indagar, si existe, relación significativa entre los niveles de Resiliencia (y sus dimensiones) y la concurrencia a Orientación a Padres.
-  Indagar, si existe, relación significativa entre Resiliencia (y sus dimensiones) y las variables expuestas en el cuestionario Ad Hoc, como: Días a la semana que pasa el padre o tutor con el niño/a, Frecuencia con la que concurre el niño/a a sus terapias, Tiempo que hace que asiste a las reuniones de Orientación a padres, Utilidad de las reuniones para afrontar la problemática del niño/a.
-  Indagar, si existe, diferencia entre Resiliencia (y sus dimensiones) y las variables expuestas en el cuestionario Ad Hoc, como: Convivencia con el niño/a, Tratamiento psicológico del niño/a, Colaboración de la familia al tratamiento, Certificado de discapacidad, Realización del tratamiento del niño/a en la misma Institución, Tratamiento con interrupciones, Información acerca de TEA, Lugar de residencia.

JUSTIFICACIÓN

La motivación del presente estudio, nace a partir de la experiencia en los encuentros de Orientación a Padres, como parte del tratamiento de niños/as con TEA, donde en varias ocasiones se han encontrado algunos obstáculos en los resultados del tratamiento de los niños/as.

A partir de estos acontecimientos, en primer lugar se revisan las estrategias y refuerzos o motivaciones presentadas por los terapeutas a los niños, los lazos vinculares entre otros, y sin encontrar causas aparentes, se comienza la observación detallada en segunda instancia a los tratamientos de los niños en el 1 a 1; los resultados en los mismos, eran favorables dentro del encuadre terapéutico, y además podía dilucidarse que las generalizaciones pretendidas como resultados en otros ámbitos ajenos al espacio de sesión, no se estaban presentando, y a partir de este hallazgo, se pone más detallado el enfoque en los padres o personas que pasaban mayor cantidad de tiempo con ellos.

En efecto, a través de diversas indagaciones se observa que los padres o tutores, presentaban un desgano o falta de compromiso/colaboración con las intervenciones psicoeducadas y solicitadas para realizar en los hogares, como así también las ausencias repetidas a los encuentros de OP.

En resumen, a partir de estos antagonismos es que surge la idea de poder investigar e indagar acerca de la Resiliencia y sus niveles, hipotetizando que, si se pudiera implementar como parte de la OP en primera instancia un test de Resiliencia, se podrían dirigir los tratamientos con los padres desde otra perspectiva, redireccionar los objetivos de los encuentros con ellos y se produzca un impacto positivo/más favorable en el resultado del tratamiento de los niños/as.

Se podrían realizar talleres de Resiliencia individuales o grupales junto a otros padres en igual circunstancia, y que puedan desarrollar una mayor capacidad para afrontar la adversidad que implica la aceptación de un hijo/a con diagnóstico, y poder sostenerse en ese largo y difícil camino,

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

donde es necesaria la concurrencia a los encuentros de OP, como así también la colaboración al tratamiento.

A nivel social permitiría lograr un impacto de redes de contención entre padres o tutores e inclusive personas afectivamente significativas para ellos. Las mismas resultarían un factor importante a la hora de afrontar la adversidad y salir fortalecidos, al mismo tiempo de propiciar tratamientos más cortos para los padres, lo cual incluiría un recurso económico redirigido para las implicancias que esto representa en nuestro país, y así evitar la desgastante lucha en la que los padres están sumergidos frente a las obras sociales que no siempre responden ante las necesidades de los tratamientos de los niños/as.

Dicho en otras palabras, permitirá construir o refutar teorías; aportar un nuevo enfoque o perspectiva sobre el tema; contribuirá a la solución de un problema concreto (social, económico, terapéutico) que afecta a determinados grupos de personas y sus familias; se generarán datos empíricos significativos y reutilizables.

CAPITULO II



MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

RESILIENCIA

¿Qué es la Resiliencia y su proceso?

Para llegar o acercarse al camino que lleve al propósito buscado, es necesario interiorizarse sobre los diferentes conceptos que hacen a la investigación.

La Resiliencia es una construcción teórica que permite ver y valorar hasta donde es capaz de evolucionar el ser humano sin olvidar su contexto cultural que se expande al compromiso, sumando que a tal concepto se lo puede utilizar en una amplia gama de contextos que posibilitan una visión multidisciplinaria (Losada & Latour, 2012).

La Resiliencia ha sido definida como la habilidad del ser humano para enfrentar controversias de la vida, saliendo de ellas y siendo modificados positivamente por las mismas (Munist, 1998).

La Resiliencia, también, es la habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (Cesarone, 1999). Además, se le distinguen dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad, bajo presión y, por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994). Por otro lado, es definida como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformados por ellas (Grotberg, 1995); y significa una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos (Suárez Ojeda, 2008).

La Resiliencia puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aun cuando sean muy pequeños (Osborn, 1990).

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

La Resiliencia es una respuesta global, en la que se ponen en juego los mecanismos de protección, entendiendo por estos, no la valencia contraria a los factores de riesgo, sino aquella dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación específica y respetando las características personales (Infante, 2013).

En este camino hacia la comprensión del constructo Resiliencia, se entiende como un conjunto de fases sucesivas, procesos sociales e intrapsíquicos que permiten vivir una vida "sana" en un medio que no lo es. Ellos se dan en el transcurso del tiempo, propiciando prósperas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural (Rutter & Sroufe, 2000). Finalmente, es un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad (Luthar et al., 2000).

En definitiva, todas sus formas de definición apuntan a un *no* estancamiento, a una evolución, a un poder tomar la adversidad pasada y capitalizarla en un devenir casi continuo y a este sentido es donde se apunta en relación a la temática de esta investigación donde la Resiliencia como un proceso dinámico y constructivo que permita alcanzar resultados favorecedores para los objetivos terapéuticos y cotidianos de la vida de los niños/as con TEA.

La importancia de un buen nivel de Resiliencia

En el estudio de Almeida et al. (2014), se llegó a la conclusión que cuanto más cantidad de situaciones de experiencias adversas, junto a una edad más elevada, se encontraban niveles de Resiliencia más engrandecidos. A partir de la conjunción de las diferentes conceptualizaciones, sumados a los *niveles de Resiliencia* que se enaltecen ante las dificultades se podría inferir que un trabajo terapéutico sobre esto sería favorecedor para los fines que los niños/as con TEA precisan.

¿Se puede desarrollar la Resiliencia?

Es importante saber que la Resiliencia no es un rasgo que las personas tienen o no tienen, sino que es una capacidad que incluye una serie de comportamientos, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidos y progresivamente desarrollados por cualquier persona que se lo proponga,

tal como fue demostrado en un trabajo de investigación en niños donde la resiliencia se desarrolló como un proceso de mediación en la mitigación de conflictos escolares (Fontalvo Fontalvo & Hernandez Doria, 2019).

Según la Psicología Positiva, los métodos de la Terapia Cognitiva tradicional y enfoques constructivistas, existen cuatro pasos para alcanzar un ejercicio sistematizado en la exploración de fortalezas encubiertas y que serán la base de la construcción de un modelo personal resiliente (Giusti, 2009). Así mismo agrega la autora que no se nace con resiliencia sino que se construye siendo esta un puente para el cambio, donde existen áreas como la buena salud, el sentido de la espiritualidad en conexión con la humanidad, la moral, la regulación de las emociones, las relaciones sociales en una base de confianza en la construcción de buenos vínculos como resultados, el locus de control interno, la capacidad de resolución entre otras, todas en armonía permitirán el afrontamiento y el manejo de situaciones adversas en las personas resilientes y en los casos donde se perciba la falta de un buen nivel de Resiliencia promover su desarrollo tanto en el individuo, la familia y la comunidad. De este modo la Resiliencia los protegerá de consecuencias psicológicas y físicas.

Según Giusti (2009) este Modelo en cuatro pasos consiste no solo en la construcción sino en el reforzamiento de los aspectos resilientes. Aconseja un sólido y amplio conocimiento de los tres niveles cognitivos, *pensamientos automáticos*, *creencias* y *creencias centrales*, ya que la fácil identificación permitirá implementar las diferentes intervenciones diseñadas para cada nivel. La esencia de este modelo personal de Resiliencia, se basará en la formulación de un modelo o abanico de posibilidades que implicarían para la persona un estado deseado, o sea, un nuevo sistema que proyecte estrategias de afrontamiento, pensamientos automáticos, creencias, emociones, historias y en el discurrir de esta construcción se verá implicado un proceso creativo, que aumentará la motivación y el interés; la interacción entre el pensamiento, la emoción y la conducta se encontrará el efecto de retroalimentación positiva que aumentará la motivación para los siguientes pasos y será

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

de suma importancia la utilización de un lenguaje constructivo para que la persona pueda desarrollar y fortalecer sus propios recursos en las diferentes experiencias conductuales. Se puede decir entonces que la psicoterapia cognitiva es un eje central para la construcción y el fortalecimiento de la Resiliencia, resaltando aspectos intuitivos, creativos, utilizando el humor, haciendo hincapié en la autoprotección y permitiendo generar nuevos esquemas de aprendizaje, reafirmando que la Resiliencia es el conjunto de pensamientos, emociones, creencias y conductas con las cuales no se nace y es posible desarrollarlas.

Antes de concluir este apartado, resulta oportuno evocar los aportes del neurólogo y psiquiatra francés, Cyrulnik (2018) en relación a esta temática.

Cyrulnik (2018) invita a conocer y comprender el concepto de Resiliencia, desarrollándola como un camino, desde su origen y sus implicancias en el recorrido. ¿Dónde y cuándo nace, cómo y hasta cuándo... todos la pueden tener? ...Su nacimiento con la adversidad, y la necesidad del afecto, los anhelos, los deseos, la cultura, para recomponer los hilos rotos del sí mismo. Un proceso en dos ejes en cruz, diacrónico y sincrónico, la biología humana y el contexto social escribiendo la historia de cada sujeto. El relato de su historia, une, enlaza, integra y religa permitiendo que el sujeto sepa quién es, cuál es su forma de reacción, que ama, de que puede ser capaz y en ese conjunto de palabras significa sus experiencias dolorosas, se recupera.

Asimismo, Cyrulnik (2018) aclara que, para ser Resiliente, un niño/a debe tener padres que le den seguridad para que un mal día en la escuela solo implique demostrar su valentía frente al miedo, pero para ello se necesita de padres seguros que puedan transmitir seguridad. La segurización es apego familiar que se construye día a día, este apego siendo vínculo, da seguridad en cada paso, en cada decir. La resiliencia está en movimiento constante siendo diferente en adultos que en niños/as y es por esa razón que los adultos no deben quedarse solos o aislarse ante la adversidad, ya que de serlo solo sufrirán las implicancias del recuerdo de la herida que crece más y más. Es mejor hablar con quién propicie confianza y posteriormente reflexionar sobre el dolor y la

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

situación adversa. Por otra parte, relata otro descubrimiento, marcando la diferencia entre un trauma y un sufrimiento, donde en estudios se ha visto como con el trauma el cerebro se apaga y en el sufrimiento no, esto implica que con la adversidad el cerebro sigue funcionando.

Cyrulnik (2018) también promulga que *“el artista puede ser el porta voz para quien habla y quien escucha...”*, destacando que no siempre es fácil decir o relatar, ni tampoco escuchar una secuencia dolorosa, pero es necesario ser escuchado al mismo tiempo de poder hablarlo, y esta acción en si misma vuelve a dar sentido, a ser el motor de la vida, el motor de la existencia, *“lo banal se vuelve poético”*, apalabrar es catártico entonces, narrar o relatar es Resiliente, quien pueda hacer un relato de sí mismo, quien pueda entretelar los hilos rotos de su historicidad, no necesitará títulos heroicos, solo reconocimiento, en especial auto reconocimiento, mencionaba Trujillo (2009; 2010a; 2010b).

ORIENTACIÓN A PADRES

Orientación a padres, psicoeducación

La orientación a padres, es otra arista en la terapia de los niños/as con TEA, la cual favorece no solamente a los padres, que aprenden cómo manejarse en sus hogares frente a situaciones específicas comportamentales (que muchas veces ponen en riesgo la vida de los niños), sino que este tipo de intervención terapéutica, también, propicia herramientas para que, de modo consistente, junto a la terapia uno a uno, los niños puedan generalizar lo aprendido; y por consiguiente los padres trasladen la forma específica de diferentes acciones, que son de un carácter imprescindible, como las de autovalimiento y compromiso social (Rogers, 2010). Así entonces, los niños se ven beneficiados al recibir una misma forma de abordaje e intervención y que esta, no solamente se remita al consultorio.

Son concluyentes y altamente influyentes, en la modificación de problemas conductuales, las intervenciones presentes en los padres de los niños en los primeros años del desarrollo, ya que

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

ocasionalmente allí se ve el inicio de un trayecto antisocial. Estas intervenciones han sido foco de análisis de diversas investigaciones las que han concluido en la eficacia de la dinámica familiar, prevaleciendo la comunicación, la resolución de dificultades, y la rebaja del estrés parental (Robles Pacho & Romero Triñanes, 2010).

Por ejemplo, jugando un papel destacado, la psicoeducación como parte de los tratamientos es un recurso con el que puede contar el terapeuta para que tanto los pacientes o los padres quienes son los que la recibirían en este caso, desarrollen y reafirmen la resiliencia (Bulacio, 2003; 2004; 2006).

Más allá de que la psicoeducación reafirme la resiliencia de los padres, se busca también medir de manera independiente la resiliencia de los padres y su relación con la colaboración con los tratamientos siendo que esto podría tener un impacto multiplicativo.

En la investigación llamada: "Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con enfermedad mental", un estudio piloto. Se concluyó que la psicoeducación como programa impactó positivamente en la condición de vida de los pacientes (López Amaro & Hernández Daza, 2011).

Ahora bien, aquellos que están formados para el título de grado en la licenciatura en Psicología saben, a través de los libros y las prácticas, que no siempre los pacientes/clientes pueden o quieren cambiar aquello que los detiene en el transcurso de los tratamientos, y esto fue muy bien conceptualizado en la obra de Prochaska y Prochaska (2001), donde desarrolla un modelo para describir los estadios de cambio por los que atraviesan las personas; un modelo transteórico que se puede aplicar a cualquier enfoque o disciplina teórica. Esta serie de estadios sucesivos de disposición para el cambio, sumado a la capacidad para concretarlo, estará a expensas de que si la persona se encuentra en el estadio adecuado para que se produzca el mismo. Si a esta conceptualización que todos los psicoterapeutas tienen presentes se le suma en la Orientación a Padres el poder alcanzar un nivel mayor de Resiliencia, podrán procesar el impacto que provoca la noticia del diagnóstico de

su hijo y a partir de esta aceptación propiciar sin resistencias el compromiso con las necesidades específicas, acompañando el trabajo terapéutico que llevará al objetivo máspreciado por los terapeutas de esta área, ya que muchas veces lo más difícil de lograr es la *generalización* de las habilidades y contenidos adquiridos en el ámbito terapéutico propiamente dicho. Sumando, además, que como consecuencia de que los familiares han recibido psicoeducación, los pacientes han vislumbrado un mejor acompañamiento de sus vínculos primarios (Martinez-Gonzalez et al., 2012). Y por lo contrario de los padres con niveles de Resiliencia escasa se esperará que no puedan involucrarse con el mismo compromiso y como consecuencia, tendrán una menor colaboración con el tratamiento.

COLABORACIÓN CON TRATAMIENTOS

La colaboración o adherencia de los padres es fundamental para los resultados positivos en los niños (Hock, 2015).

De hecho, en la investigación realizada por (Ramírez Pérez, 2015) afirma que una mayor eficacia se obtiene en el tratamiento que se centra en el niño, en los padres y en la escuela; utiliza programas de entrenamiento a padres y profesores con técnicas; además, el entrenamiento de los padres tiene como objetivo, fundamentalmente la modificación de la interacción progenitor-hijo con el fin de fomentar la conducta social y disminuir las conductas desadaptativas. El objetivo general del entrenamiento es dotar a los padres de recursos teóricos y técnicos que les permitan el desarrollo de un equipamiento de habilidades que, a su vez, haga posible la mejora del modo o estilos de interacción social en el ámbito familiar, con el fin de tratar los problemas actuales y prevenir la aparición de otros (Olivares et al., 1993).

Visto que el entrenamiento a *padres* junto con los profesores en técnicas operantes, como señalan diversos estudios, es un tratamiento eficaz y bien establecido cuya principal meta es

conseguir que aprendan a llevar a cabo interacciones adecuadas con los niños reforzando las conductas adecuadas y debilitando las no deseadas (Martin & Pear, 1999)

Por lo tanto, las limitaciones dadas en los tratamientos de los niños/as podrían estar dados a la falta de la colaboración de los padres ya que como se ha demostrado en numerosos estudios el tratamiento que muestra una mayor eficacia es aquel que se centra en el niño, en los *padres* y en la escuela (Del Corral, 2003).

Valdez (2016) plantea que el rol de los padres es central, viven un desafío constante cada día provocando en ellos niveles altos de estrés; de esto se desprenderán las intervenciones, las estrategias y el vínculo que tengan con sus hijos y el impacto que provocará en ellos/as. Es por eso que enseñar herramientas a los padres es crucial, pero también necesario y que les permita seguir enfrentando estos desafíos diarios. Las mismas permitirán intervenciones tempranas en los hogares, intensivas y efectivas, disminuyendo el nivel de estrés de los padres y el empoderamiento en ellos que propiciarán otro entorno en el sistema familiar, con una mejor calidad de vida para todos.

T.E.A

¿Qué es TEA?

Con el fin de adentrarse en ciertas necesidades particulares, se va a definir qué es TEA, Trastorno del Espectro Autista.

TEA es una nueva nomenclatura dentro del DSM-5, (la última versión) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, [APA]); y contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales. Esta nomenclatura a diferencia del DSM-IV, paso a dejar por fuera algunos trastornos como por ejemplo el Síndrome de Rett y abarcar otras como por ejemplo el Síndrome de Asperger, ya que como bien lo dice su nombre abarca espectros, un abanico de diversos trastornos, los cuales comparten sintomatología y criterios diagnósticos (APA, 2002; 2016).

A modo de ejemplo se pueden citar los síndromes más comunes o más vistos dentro del tema que hoy en esta tesis incumben, en el DSM-IV se encuentra al TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo), con sus subtipos, TGDNE (Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado), Trastorno desintegrativo de la niñez, Trastorno autista y Síndrome de Asperger, y en la última versión del DSM se encuentran a todos bajo la nomenclatura de TEA (APA, 2002; 2016).

Además, eliminó los subtipos y especificó tres niveles de gravedad en los síntomas, así como el nivel de apoyo necesario.

Dentro de los síntomas clínicos:

La definición diagnóstica del autismo en el DSM-IV se caracterizaba por 3 síntomas de base (tríada):

- a. deficiencias en la reciprocidad social
- b. deficiencias en el lenguaje o en la comunicación
- c. repertorio de intereses y actividades restringido y repetitivo.

En el DSM-5, sólo quedan dos categorías de síntomas:

- a. “deficiencias en la comunicación social” (los problemas sociales y de comunicación se combinan)
- b. “comportamientos restringidos y repetitivos”.

Las categorías de síntomas “deficiencias en la comunicación social” y “comportamientos restringidos y repetitivos” recogen los mismos elementos que en el DSM-IV, a excepción de dos cambios importantes:

- a. Las “deficiencias o retraso en el lenguaje” ya no se incluyen en esta categoría de síntomas del DSM-5.

b. El síntoma clínico “sensibilidad inusual a los estímulos sensoriales”, que no aparecía en el DSM-IV, se incorpora ahora a la categoría “comportamientos repetitivos”.

Además, la sustitución del criterio diagnóstico del DSM-IV que indicaba que los síntomas del autismo debían aparecer antes de los 36 meses de edad por la siguiente definición, más “abierta”: *“Los síntomas deben estar presentes desde la infancia temprana, aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que la limitación de las capacidades impide la respuesta a las exigencias sociales”* (p.50). e introduce una nueva etiqueta diagnóstica dentro de la categoría “deficiencias en el lenguaje”: *“los trastornos de la comunicación social”*. Los criterios diagnósticos de esta subcategoría solapan en parte con los del TEA; de modo que los niños diagnosticados con un trastorno de la comunicación social tienen una “deficiencia pragmática”, así como un problema de *“utilización social de la comunicación verbal y no verbal”*. Sin embargo, la presencia adicional de intereses obsesivos y de comportamientos repetitivos excluye la posibilidad de un diagnóstico de trastorno de la comunicación social. Por lo tanto, la presencia de comportamientos repetitivos es esencial en el establecimiento de un diagnóstico diferencial de autismo (APA, 2002; 2016).

¿Por qué es importante que el tratamiento en niños con TEA contemple la Orientación a Padres?

El diagnóstico o detección precoz de los TEA es primordial ya que es posible comenzar cuanto antes un tratamiento psicológico que contemple cambios conductuales principalmente (Lord & Jones, 2013), se pueden planificar intervenciones educativas, realizar un seguimiento médico con los componentes por déficits biológicos que en algunos casos amerita tratamientos psiquiátricos específicos, y el manejo del estrés familiar (Cortez Bellotti de Oliveira & Contreras, 2007; Ferre Navarrete, 2008; Ministerio de sanidad y política social, 2009).

Dentro de los aspectos a tener en cuenta en la Orientación a Padres, se pueden distinguir el conocimiento y significado e intervención de los *berrinches*, el logro del *autovalimiento* como una herramienta básica de manejo independiente, principalmente con vistas a la adultez y la

generalización siendo esta la etapa final donde se ven plasmados y puestos en práctica por los niños/as, de los conocimientos aprendidos en sus terapias.

Se define a los *berrinches* como conductas disruptivas que en la mayoría de las situaciones llegan a la auto o hetero agresión y donde su fin específico y primordial es la comunicación. Los padres tienen que aprender a desarticular a los berrinches como la herramienta de comunicación de los niños/as y para esto existen intervenciones específicas que son las mismas que se utilizan en las sesiones terapéuticas uno a uno (Grañana, 2014).

El *autovalimiento* implica independencia en la máxima expresión posible de cada niño en cuanto a su aseo personal, vestimenta, alimentación, desplazamiento y traslado como cualquier niños/as neurotípicos/as o adulto para poder manejarse en la vida sin depender y conciliar dentro de lo posible la adaptación de la misma dentro de las normas sociales y culturales donde el paciente está inmerso (Grañana, 2014).

La *generalización* es el último paso en la enseñanza de distintos objetivos terapéuticos donde por fuera de un contexto específico y por fuera de una estructura terapéutica el niño/a hace uso de lo aprendido, lo transpola, lo generaliza como lo denomina el nombre, hace uso de esa herramienta por fuera del ámbito terapéutico. Frecuentemente, las generalizaciones se ven en la casa o en situaciones cotidianas donde sin ninguna *anticipación* posible de lo que tendrá que realizar el niño/a tiene que poder decidir y resolver una situación específica y en ausencia del terapeuta (Grañana, 2014).

En suma, habiendo realizado el recorrido por la presentación y el objetivo de este estudio y habiéndose adentrado en las conceptualizaciones necesarias para comprender los constructos teóricos en los cuales se sumerge este estudio, se pasará a la metodología y el estudio del campo para luego arribar a los resultados y sus conclusiones.

CAPITULO III



METODOLOGÍA

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

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

MUESTRA

Padres de niños con TEA (familiares directos o personas que estuvieran en contacto y compromiso diario con los niños/as con TEA), que asisten a Orientación a Padres y padres de niños con TEA que no asisten a Orientación a Padres, residentes en Argentina.

La muestra fue no probabilística de tipo aleatoria y/o intencional (Sampieri Hernández, 2014). Para la selección de la misma se han tenido en cuenta los criterios de inclusión que a continuación serán nombrados:

1. debían ser familiares directos o personas que estuvieran en contacto y compromiso diario con los niños/as con TEA.

1.a. los niños/as deberán estar diagnosticados con TEA o su equivalente en el DSM IV.

1.b. los niños/as deberán estar en tratamiento continuo por un período de al menos de 6 meses.

1.c. los familiares de los niños/as deberán o no estar recibiendo orientación a padres como parte formante del tratamiento de los niños/as.

INSTRUMENTOS

Esta investigación tendrá dos instrumentos la escala de Resiliencia y la participación a la Orientación a Padres en una encuesta ad hoc que incluirá una respuesta a la colaboración con los tratamientos.



La Escala de Resiliencia (ER; Wagnild y Young, 1993; versión argentina: Rodríguez et al., 2009).



Orientación a Padres, cuestionario estructurado Ad-Hoc para la obtención de datos personales sobre la concurrencia de los niños con TEA a terapias psicológicas, concurrencia de los padres a la orientación a padres como parte del circuito terapéutico de los niños/as u otra clase de información o capacitación relacionada a los trastornos del espectro autista y datos socio demográficos.

Escala de Resiliencia

La Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1993; adaptación Argentina: Rodríguez et al. 2009) consta de 25 ítems que oscilan desde 1=totalmente en desacuerdo, a 5=totalmente de acuerdo. El puntaje total se obtiene por la suma de los puntajes de la escala y los valores teóricos van desde 25 a 125. Los valores mayores a 105 indican mayor capacidad de Resiliencia; entre 86 y 105, moderada Resiliencia y valores menores a 85, escasa Resiliencia. Los 25 ítems están divididos para su estudio en tres factores: Capacidad de Autoeficacia (ítems 2, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23), Capacidad de Propósito y Sentido de Vida (ítems 1, 4, 7, 14 y 24) y Evitación Cognitiva (ítems 8, 11, 12, 22 y 25). Los primeros dos factores correlacionan entre sí y podrían ser entendidos como atributos, capacidades, habilidades, o actitudes positivas que las personas necesitan poseer para afrontar eficazmente situaciones traumáticas. Sin embargo, el tercer factor, a diferencia de los dos anteriores, podría ser entendido como un mecanismo de defensa necesario para reducir el impacto emocional del acontecimiento traumático y favorecer el autocontrol, la expresión

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

emocional adecuada. Es decir que el mismo permitiría evitar el desgaste emocional y canalizar la energía de las emociones en situaciones difíciles.

Se evaluó la consistencia interna de la ER con base al índice alfa de Cronbach, el cual para la escala total fue 0,72. Para el factor 1 el alfa de Cronbach fue de 0.73; para el factor 2, de 0,60 y, para el factor 3, de 0,50. Se observa que los factores 1 y 2 presentan un alfa de Cronbach aceptable; mientras que el factor 3, muestra menor consistencia interna.

Orientación a Padres y Cuestionario Ad Hoc

Orientación a Padres (opciones de respuesta que evalúan la frecuencia con la que asiste a las reuniones) un cuestionario Ad Hoc, que contiene preguntas sobre la concurrencia de los niños con TEA a terapias psicológicas, de qué clase son las mismas, concurrencia de los padres a la orientación a padres como parte del circuito terapéutico de los niños/as u otra clase de información o capacitación relacionada a los trastornos del espectro autista y datos sociodemográficos.

PROCEDIMIENTOS

Se envió la encuesta a través de la plataforma Google forms, para obtener así un mayor alcance poblacional y se presentarán específicamente en redes sociales de internet de padres de niños con TEA, como por ejemplo TGD padres.

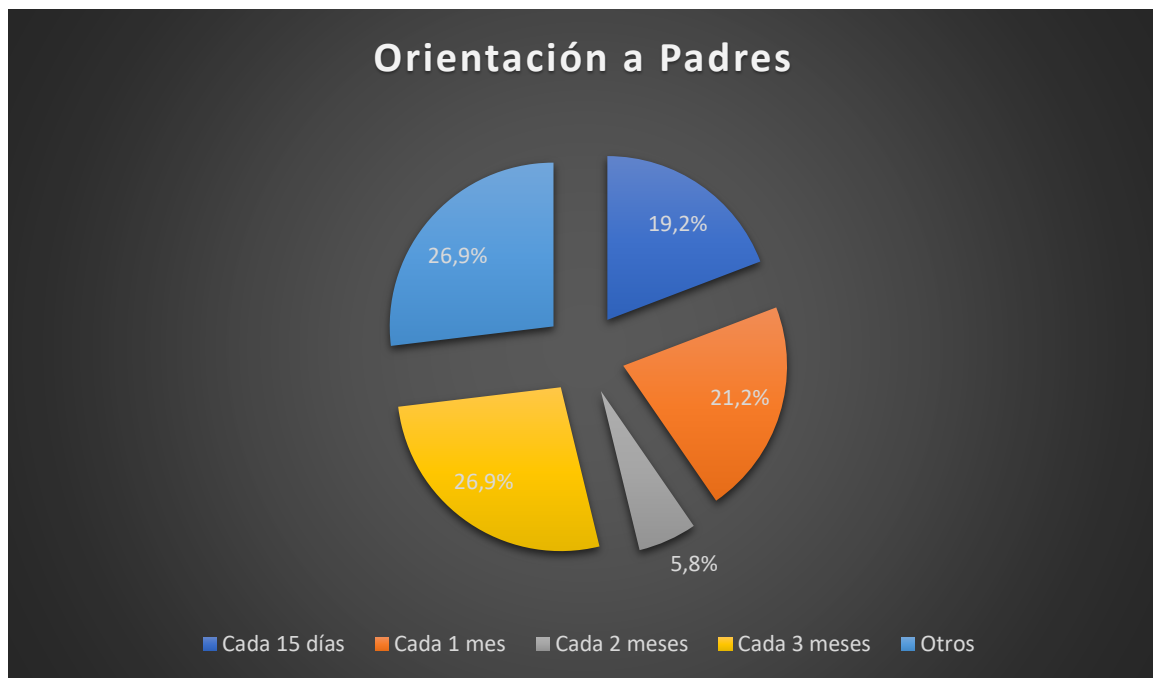
Luego de tomados los instrumentos, se procesaron en el programa estadístico SPSS donde luego se analizaron los resultados obtenidos.



CAPITULO IV

RESULTADOS**ANÁLISIS DE RESULTADOS****Caracterización de la muestra****Gráfico 1.** Caracterización de los niveles de Resiliencia

Los niveles de Resiliencia de los padres o tutores de niños con TEA fueron de un 44,2% en quienes presentaron escasa Resiliencia, de un 9,6% en los que presentaron mayor Resiliencia y, por último, más amplio y prioritario porcentaje, el 46,2% presentó Resiliencia Moderada.

Gráfico 2. Caracterización de la frecuencia con la que asisten a Orientación a Padres

Con respecto a la frecuencia con la que concurren los padres a las reuniones de Orientación a Padres se evidenció que un 19,2% asiste cada 15 días, un 21,2% asiste cada 1 mes, un 5,8% cada 2 meses siendo la frecuencia con la que menos concurren, y un 26,9% siendo la mayoría tanto en los que concurren cada tres meses como la misma proporción para quienes contestaron la opción "Otros".

Gráfico 3. Caracterización de la convivencia con el niño/a

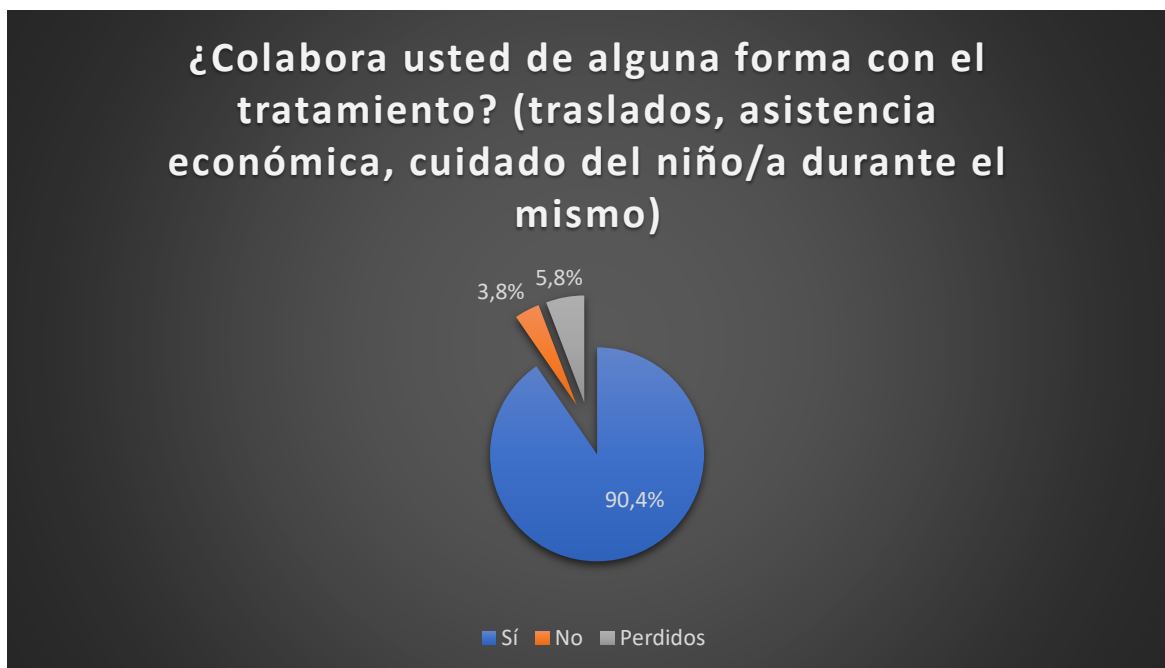
Con respecto a la convivencia con el niño/a, quienes aseguraron vivir con el niño conformaron un 92,3% de la muestra, mientras quienes no lo hacían completaron el 7,7%.

Gráfico 4. Caracterización de los días a la semana que pasa el Padre o tutor con el niño/a.

Con respecto a los días a la semana que pasa el Padre o tutor con el niño/a se evidenciaron los siguientes porcentajes: un 2% pasa solo 3 días a la semana, un 3,8% pasa 4 días a la semana, un 7,7% pasa 5 días a la semana, el 3,8% pasa 6 días a la semana y el porcentaje más robusto de 82,7% pasa con el niño/a todos los días.

Gráfico 5. Caracterización de los/as niños/as que están en tratamiento psicológico.

En relación a la caracterización de los niños/as que se encuentran en tratamiento psicológico se evidencia el mayor porcentaje de 76,9% en quienes si lo están y un 23,1% en quienes no lo están.

Gráfico 6. Caracterización de la Colaboración de las familias con el Tratamiento.

Se evidencia en el gráfico 6 que los Padres o Tutores que colaboran de alguna forma con el tratamiento son la mayoría de la muestra, expresado en un 90,4%, sin embargo, un 3,8% contestó que no colabora y un 5,8% de la muestra no respondió la consigna.

Gráfico 7. Caracterización de si el niño/a ha realizado el tratamiento siempre en la misma Institución.

En relación a quienes aludieron a realizar el tratamiento siempre en la misma Institución se evidencia un 65,4% y quienes cambiaron de Institución una proporción menor de 34,6%.

Gráfico 8. Caracterización de si le otorgaron CUD.

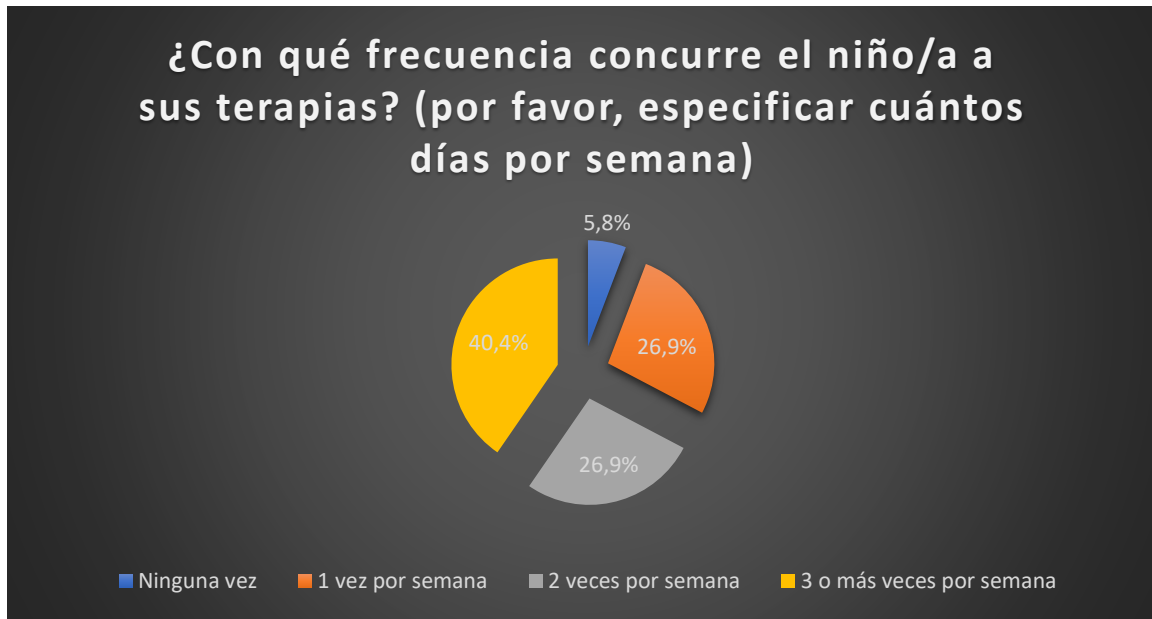
Con respecto al CUD, a un 26,9% no se les fue otorgado y a un 73,1% si se les otorgo.

Gráfico 9. Caracterización del conocimiento sobre el tipo de tratamiento del niño/a.

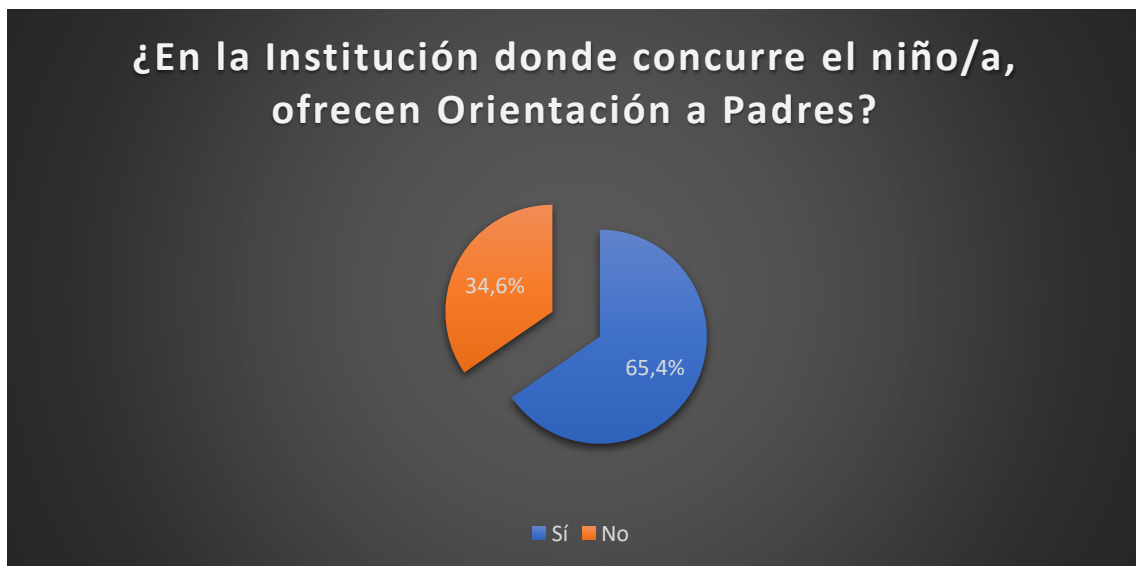
En relación al tipo de tratamiento psicológico que recibe el niño, la mayoría de los Padres o Tutores tienen conocimiento del mismo siendo un 65,4% de la muestra, mientras el 32,7% lo desconoce. Y un 1,9% no contestaron la pregunta realizada.

Gráfico 10. Caracterización sobre si el tratamiento ha tenido interrupciones.

Dando cuenta las interrupciones en el tratamiento del niño/a el 51,9% de la muestra explicitó no haberlas tenido y el 48,1% explicitó lo contrario.

Gráfico 11. Caracterización de la frecuencia con la que concurre el niño/a a sus terapias.

Con respecto a la frecuencia con la que el niño concurre a sus terapias se evidenciaron los siguientes porcentajes: el 5,8% respondió que no asiste ninguna vez, el 26,9% asiste 1 vez por semana, otro 26,9% también asiste 2 veces por semana, mientras que el 40,4% asiste 3 o más veces por semana.

Gráfico 12. Caracterización sobre si la Institución ofrece Orientación a Padres.

Con respecto al ofrecimiento de Orientación a Padres por parte de la Institución donde concurre el niño/a un 34,6% respondieron que no se ofrece y el 65,4% dio cuenta que sí ofrecen.

Descripción de las variables**Resiliencia (y sus dimensiones).**

Tabla 1. Resumen estadístico de la variable Resiliencia y sus dimensiones

Variable	Media	Desvío Típico	Min.	Max.
Resiliencia	76,94	27,74	25	121
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	15,42	5,93	5	25
Capacidad de Autoeficacia	46,98	16,98	15	75
Evitación Cognitiva	14,53	5,51	5	25

La muestra presentó un nivel de Resiliencia media/moderada con un desvío típico de 22,74, una mínima puntuación de 25 y una máxima de 121. Con respecto a sus dimensiones: Capacidad de Propósito y sentido de la vida obtuvo una Media de 15,42, con un desvío de 27,74 con una mínima puntuación de 5 y una máxima de 25; Capacidad de Autoeficacia mostró una Media de 46,98 con un desvío de 16,98 con una mínima puntuación de 15 y una máxima de 75, no obstante, Evitación cognitiva presento una Media de 14,53, con un desvío típico de 5,51, un mínimo de 5 y un máximo de 25.

Análisis de normalidad

Tabla 2. Prueba de normalidad

Variable	Sig.
Resiliencia	0,000
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	0,000
Capacidad de Autoeficacia	0,000
Evitación Cognitiva	0,002

Según el análisis de normalidad evidenciado desde Shapiro-Wilk, ninguna de las variables estudiadas siguió un patrón de distribución normal.

Correlación entre variables**Tabla 3.** *Relación entre Resiliencia y Orientación a Padres (en quienes Colaboran con el tratamiento).*

Orientación a Padres		
	Sig.	Coeficiente de Correlación
Resiliencia	0,713	0,055
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	1	0,000
Capacidad de Autoeficacia	0,978	-0,004
Evitación Cognitiva	0,176	0,201

N= 47; Estadístico utilizado: Rho de Spearman

En quienes colaboran con el tratamiento la Resiliencia y sus dimensiones no evidenciaron una relación significativa con Orientación a Padres.

Tabla 4. *Relación entre Resiliencia y Orientación a Padres (en muestra total).*

Orientación a Padres		
	Sig.	Coeficiente de Correlación
Resiliencia	0,593	0,076
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	0,556	0,084
Capacidad de Autoeficacia	0,871	0,023
Evitación Cognitiva	0,185	0,187

N= 52; Estadístico utilizado: Rho de Spearman

En la muestra total que abarca a los 52 sujetos no se evidenció una relación significativa entre Resiliencia (y sus dimensiones) y la frecuencia con la que concurren a Orientación a padres.

Tabla 5. *Relación entre Resiliencia y Días a la semana que el padre o tutor pasa con el niño/a.*

¿Cuántos días a la semana está usted con el niño/a?		
	Sig.	Coeficiente de Correlación
Resiliencia	0,663	-0,062
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	0,832	0,030
Capacidad de Autoeficacia	0,749	-0,045
Evitación Cognitiva	0,173	-0,192

N= 52; Estadístico utilizado: Rho de Spearman

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

La Resiliencia y sus dimensiones no mostraron relación significativa con los Días a la semana que pasa el padre o tutor con el niño.

Tabla 6. *Relación entre Resiliencia y frecuencia con la que concurre el niño/a a sus terapias.*

¿Con qué frecuencia concurre el niño/a a sus terapias?		
	Sig.	Coefficiente de Correlación
Resiliencia	0,934	0,012
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	0.952	-0,009
Capacidad de Autoeficacia	0,989	-0,002
Evitación Cognitiva	0,759	0,044

N= 52; Estadístico utilizado: Rho de Spearman

La Resiliencia y sus dimensiones no mostraron relación significativa con la frecuencia con la que concurre el/la niño/a a sus terapias.

Tabla 7. *Relación entre Resiliencia y tiempo que hace que concurre a Orientación a padres.*

¿Cuánto tiempo hace que usted asiste a estas reuniones de Orientación a Padres?		
	Sig.	Coefficiente de Correlación
Resiliencia	0,789	0,038
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	0.565	0,082
Capacidad de Autoeficacia	0,702	0,054
Evitación Cognitiva	0,479	0,100

N= 52; Estadístico utilizado: Rho de Spearman

La Resiliencia y sus dimensiones no mostraron relación significativa con el tiempo que hace que concurre el padre o tutor a la Orientación a padres.

Tabla 8. Relación entre Resiliencia y Utilidad de las reuniones de Orientación a padres.

¿Esas reuniones de Orientación a Padres le han servido para poder afrontar la problemática del niño/a?		
	Sig.	Coeficiente de Correlación
Resiliencia	0,061	0,262
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	0,258	0,160
Capacidad de Autoeficacia	0,036	0,292*
Evitación Cognitiva	0,029	0,303*

N= 52; Estadístico utilizado: Rho de Spearman

La Resiliencia y su dimensión Capacidad de propósito y sentido de la vida no dio relación significativa con la utilidad de las reuniones de Orientación a Padres, no obstante, si se estableció una relación significativa, directa y baja entre la utilidad de las reuniones con las dimensiones Capacidad de Autoeficacia y Evitación Cognitiva.

Diferencia de grupos

Tabla 9. Resiliencia y Convivencia con el niño/a.

¿Vive usted con el niño/a?		
	Sig.	Rangos Promedio
Resiliencia	0,973	Sí= 26,52 No= 26,25
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	0,167	Sí= 27,33 No= 16,50
Capacidad de Autoeficacia	0,973	Sí= 26,48 No= 26,75
Evitación Cognitiva	0,262	Sí= 25,82 No= 34,63

N= 52; Estadístico utilizado: U de Mann-Whitney

No hubo diferencia significativa en el análisis de la Resiliencia y sus dimensiones con respecto a quienes viven con el niño y quiénes no.

Tabla 10. *Resiliencia y Tratamiento psicológico del niño/a.*

¿El niño/a está en tratamiento psicológico?;		
	Sig.	Rangos Promedio
Resiliencia	0,922	Sí= 26,39 No= 26,88
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	0,686	Sí= 26,96 No= 24,96
Capacidad de Autoeficacia	0,853	Sí= 26,29 No= 27,21
Evitación Cognitiva	0,452	Sí= 27,36 No= 23,63

N= 52; Estadístico utilizado: U de Mann-Whitney

No hubo diferencia significativa en el análisis de la Resiliencia y sus dimensiones con respecto a si el niño está en Tratamiento psicológico o no lo está.

Tabla 11. *Resiliencia y Colaboración de las familias con el tratamiento.*

¿Colabora usted de alguna forma con el tratamiento? (traslados, asistencia económica, cuidado del niño/a durante el mismo)		
	Sig.	Rangos Promedio
Resiliencia	0,255	Sí= 25,48 No= 13,75
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	0,819	Sí= 25,10 No= 22,75
Capacidad de Autoeficacia	0,433	Sí= 25,33 No= 17,25
Evitación Cognitiva	0,179	Sí= 25,56 No= 11,75

N= 52; Estadístico utilizado: U de Mann-Whitney

No hubo diferencia significativa entre quienes Colaboran y No Colaboran con el tratamiento con respecto a la variable Resiliencia y sus dimensiones.

Tabla 12. *Resiliencia y tratamiento siempre en la misma institución*

¿Dicho tratamiento se ha realizado siempre en la misma institución?;		
	Sig.	Rangos Promedio
Resiliencia	0,154	Sí= 30,61 No= 24,32
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	0,042	Sí= 32,33 No= 23,41
Capacidad de Autoeficacia	0,264	Sí= 29,72 No= 24,79
Evitación Cognitiva	0,216	Sí= 30,06 No= 24,62

N= 52; Estadístico utilizado: U de Mann-Whitney

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

No se encontraron diferencias significativas entre Resiliencia y sus dimensiones capacidad de autoeficacia y evitación cognitiva con respecto a quienes respondieron que el tratamiento del niño se realizó siempre en la misma Institución, o quienes respondieron lo contrario. Sin embargo, se evidenció una diferencia significativa con Capacidad de propósito y sentido de la Vida, siendo esta mayor en los padres que realizaron el tratamiento del niño/a siempre en la misma Institución.

Tabla 13. *Resiliencia e interrupciones en el tratamiento.*

¿El mencionado tratamiento ha tenido interrupciones?;		
	Sig.	Rangos Promedio
Resiliencia	0,640	Sí= 27,52 No= 25,56
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	0,265	Sí= 24,08 No= 28,74
Capacidad de Autoeficacia	0,486	Sí= 28,02 No= 25,09
Evitación Cognitiva	0,532	Sí= 27,86 No= 25,24

N= 52; Estadístico utilizado: U de Mann-Whitney

No se establecieron diferencias significativas en el análisis de Resiliencia y sus dimensiones con respecto a quienes respondieron que hubo interrupción en el tratamiento del niño con respecto a quienes respondieron lo contrario.

Tabla 14. *Resiliencia y CUD.*

¿Le fue otorgado el certificado de discapacidad?;		
	Sig.	Rangos Promedio
Resiliencia	0,261	Sí= 25,07 No= 30,39
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	0,122	Sí= 24,54 No= 31,82
Capacidad de Autoeficacia	0,193	Sí= 24,84 No= 31,00
Evitación Cognitiva	0,330	Sí= 25,26 No= 29,86

N= 52; Estadístico utilizado: U de Mann-Whitney

No se evidenció una diferencia significativa entre quienes contestaron que les fue otorgado el CUD y quienes contestaron lo contrario, con respecto a la Resiliencia y sus dimensiones.

Tabla 15. Resiliencia y si el padre o tutor se Informa acerca de TEA.

¿Usted se informa acerca del Trastorno del Espectro Autista?;		
	Sig.	Rangos Promedio
Resiliencia	0,215	Sí, Modalidad online= 26,37 Sí, Modalidad presencial=14,13 Sí, ambas=28,29
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	0,050	Sí, Modalidad online= 28,08 Sí, Modalidad presencial=9 Sí, ambas=27,88
Capacidad de Autoeficacia	0,253	Sí, Modalidad online= 25,26 Sí, Modalidad presencial=15,88 Sí, ambas=28,78
Evitación Cognitiva	0,235	Sí, Modalidad online= 26,95 Sí, Modalidad presencial=14,25 Sí, ambas=27,90

N= 52; Estadístico utilizado: H de Kruskal-Wallis

No se evidenciaron diferencias entre la Resiliencia y sus dimensiones (Capacidad de autoeficacia y Evitación cognitiva) con respecto a los padres que se informan o no sobre tea. Así mismo, si se establecieron diferencias entre la dimensión capacidad de propósito y sentido de la vida y quienes se informan sobre TEA, siendo mayor en quienes se informan de ambas modalidades (presencial y On-line).

Tabla 16. Resiliencia y lugar de Residencia.

¿Dónde vive usted?		
	Sig.	Rangos Promedio
Resiliencia	0,745	Provincia de Bs As= 26,24 Capital Federal= 26,31 Otros (especificar)= 28,44 Fuera de la República Argentina= 18,00
Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida	0,698	Provincia de Bs As= 23,63 Capital Federal= 26,27 Otros (especificar)= 29,53 Fuera de la República Argentina= 28,50
Capacidad de Autoeficacia	0,649	Provincia de Bs As= 25,97 Capital Federal= 27,27 Otros (especificar)= 28,29 Fuera de la República Argentina= 16,33
Evitación Cognitiva	0,858	Provincia de Bs As= 27,68 Capital Federal= 26,50 Otros (especificar)= 26,41 Fuera de la República Argentina= 19,50

N= 52; Estadístico utilizado: H de Kruskal-Wallis

No se presentaron diferencias significativas entre Resiliencia y sus dimensiones y el lugar de Residencia de los sujetos encuestados.

CAPITULO V

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Con respecto a la Hipótesis # 1 la cual planteaba que la Resiliencia sería mayor en quienes concurren con más frecuencia a la Orientación a Padres, se refuta. En base al análisis estadístico de los resultados, la vinculación entre las variables no resultó significativa, lo cual se encuentra en contraposición con la tesis doctoral realizada por Jiménez Pina (2016), en la cual concluye que resulta prevalente trabajar con la Resiliencia de los padres de niños con diagnóstico de TEA, en post de una mejora en la adaptación y reacción ante la situación que vive la familia.

La muestra se caracteriza por tener escasa o moderada Resiliencia. Ante tal evidencia pudo ser posible que uno de los argumentos por los cuales se haya rechazado la hipótesis tenga que ver con que todavía no se implementan en las mismas herramientas que fortalezcan el proceso de Resiliencia. No obstante, al ser la Resiliencia un proceso que se fortalece con el tiempo y la adversidad, es razonable pensar que aquellos Padres o Tutores que asisten con más frecuencia posean escasa o moderada Resiliencia ya que también son los que no hace más de 6 meses que empezaron a concurrir a estos encuentros (según las condiciones de asistencia a las reuniones).

Con respecto a la Hipótesis # 2, que pronunciaba que La Resiliencia es mayor en quienes hace más tiempo que asisten a los encuentros de Orientación a Padres, se ha refutado a partir de los análisis estadísticos, sin embargo, el trabajo de investigación realizado por Moreno y Tervengel (2002), reafirma que el rol de guía y acompañamiento del psicólogo para encontrar cualidades, estrategias o intervenciones para identificar y fortalecer las características de Resiliencia en los padres que asisten a la Orientación a Padres, es importante y fundamental.

Werner (1989), ha encontrado que uno de los modelos más positivos en la vida de los niños/as resilientes fuera del círculo familiar era un maestro que asumía el rol de confidente, convirtiéndose en un modelo de identificación personal y propiciando una mayor adaptabilidad a su entorno.

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

Así mismo, y como se refirió en la hipótesis # 1, la Orientación a Padres actualmente no cuenta con herramientas específicas para fortalecer la Resiliencia en Padres o Tutores.

Quienes hacen más tiempo que asisten a las reuniones de Orientación a Padres son también quienes lo hacen con menos frecuencia.

Con respecto a la Hipótesis #3 de acuerdo a los resultados obtenidos, esta hipótesis se confirma parcialmente, ya que no hubo relación significativa entre la Resiliencia, y (su dimensión) Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida, con la utilidad de las reuniones de Orientación a Padres para afrontar la problemática del niño/a, pero sí, se evidenció una relación significativa con (las dimensiones) Capacidad de Autoeficacia (entendida como la capacidad personal, la independencia, el dominio, la perseverancia y la habilidad para afrontar eficazmente situaciones adversas) y Evitación Cognitiva (entendida como un mecanismo de defensa necesario para reducir el impacto emocional del acontecimiento adverso, fortalecer el autocontrol y la expresión emocional adecuada. Permite evitar el desgaste emocional y canalizar la energía de las emociones en situaciones difíciles (Rodríguez et al., 2009).

Se podría hipotetizar que a quienes le resultaron muy útiles las reuniones de Orientación a Padres obtuvieron herramientas con respecto a algunas cualidades de la Capacidad de Autoeficacia pero tal vez estarían necesitando de algunos talleres de Resiliencia (específicamente para desarrollar su Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida, entendido como adaptabilidad y flexibilidad para lograr ciertas metas y objetivos), para provocar una disminución en la Evitación Cognitiva vista como un mecanismo de defensa utilizado para gestionar las emociones negativas que devienen de la adversidad.

En cuanto al análisis estadístico de la Resiliencia con las variables del cuestionario Ad-Hoc, de acuerdo con los objetivos propuestos, la investigación aportó diferencias significativas específicamente en los sujetos (padres o tutores) que se informan de manera presencial y on-line, sobre el Trastorno del Espectro Autista y también en quienes realizaron el tratamiento del niño/a en

la misma Institución, con respecto a una dimensión de Resiliencia; Capacidad de Propósito y Sentido de la Vida.

Es posible que una justificación para este resultado tenga relación con que el hecho de que los padres o tutores tengan información y aceptación de la realidad de sus hijos, lo que equivale a ponderar no sólo sus limitaciones, sino también sus posibilidades acerca del diagnóstico del niño/a y sus implicancias, posiciona a éstos frente a un saber visto como impulso hacia la direccionalidad del camino a seguir para enfrentar la problemática de su hijo/a.

De tal forma, la información acerca del trastorno puede influir en que el niño/a pueda tener una continuidad en su tratamiento dado en una misma Institución. Ya que, al cambiar muchas veces la misma, el niño/a no se vería beneficiado, no sólo por la interrupción en si misma sino por las implicancias lógicas de los distintos abordajes, sin perder de vista las grandes dificultades de flexibilidad y adaptabilidad a distintas rutinas, vínculos, estructuras cotidianas, hábitos, etc. que presentan los niños/as con este diagnóstico (Grañana, 2014).



LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES FUTURAS

Con respecto a las limitaciones de la investigación se pone de manifiesto el tamaño reducido de la muestra y la falta de homogeneidad de los grupos para su análisis. También se encontró que los ítems del cuestionario Ad-Hoc podrían haber indagado con más profundidad el constructo Orientación a Padres o Colaboración con el tratamiento para abarcar más ampliamente dichas variables en su posterior análisis. En relación a Colaboración con el tratamiento se pretendía en un primer momento comparar quienes colaboraban y quienes no con el tratamiento, consigna que no se cumplió al no tener casos que respondan a una falta de colaboración de las familias al tratamiento. Por último, confeccionar el cuestionario de forma en que no pueda haber casos perdidos.

Se recomienda para futuras investigaciones afines ampliar el tamaño de la muestra, profundizar en los constructos relacionados con la Concurrencia a la Orientación a Padres, así como en la especificación de Colaboración con el tratamiento incluyendo un instrumento psicológico relacionado para evaluarla. También se recomienda realizar dicha investigación en distintos grupos culturales, para analizar la diferencia entre quienes concurren a terapia Individual y quienes no lo hagan. Por último, sería recomendable entrecruzar las mismas variables con las dimensiones culturales que propone Hofstede (1993) para saber si estas influyen en la Resiliencia.



CAPITULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, P.L., Luciano, R., Lameiras, J. y Buceta, J.M. (2014). Beneficios percibidos de las lesiones deportivas: Estudio cualitativo en futbolistas profesionales y semiprofesionales. *Revista de Psicología del Deporte*, 23(2), 457-464.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Masson.
- American Psychiatric Association (2016). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5®*. APA Publishing.
- Bulacio, J. (2003). Psicoeducación en Salud. *Intramed*. En <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoid=26257>
- Bulacio, J. M. (2004). *Ansiedad, estrés y práctica clínica: Un enfoque moderno, humanista e integral*. Akadia.
- Bulacio, J. M. (2006). *Factores Inespecíficos en Psicoterapia, desde el modelo cognitivo constructivista realista*. Akadia.
- Cesarone, B. E. (1999). *Resilience Guide: A Collection of Resources on Resilience in Children and Families*. ERIC.
- Cortez Bellotti de Oliveira, M. y Contreras, M. M. (2007). Diagnóstico precoz de los Trastornos del Espectro Autista en edad temprana (18-36 meses). *Arch Argent Pediatr*, 105(5), 418-426.
- Cyrulnik, B. (2018). *Aprendemos Juntos. Obtenido de Resiliencia: el dolor es inevitable, el sufrimiento es opcional*. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=_lugzPwpsyY&t=1737s
- Del Corral, P. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad*. Madrid: Pirámide.
- Ferre Navarrete, F. P. (2008). *Guía de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. La atención en la Red de Salud Mental*. COGESIN.

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

Fontalvo Fontalvo, S. y Hernández Doria, Z. (2019). *Estrategias pedagógicas para desarrollar la resiliencia como proceso de mediación en la mitigación de conflictos escolares* [Tesis de maestría]. Universidad de la Costa CUC.

Giusti, E. (2009). Descubriendo las Fortalezas y Construcción de Resiliencia con Terapia Cognitiva: Un Modelo en 4 pasos. *Psicodebate*, 9, 105-126. DOI: 10.18682/pd.v9i0.411

Grañana, N. (2014). *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista: enfoque neuropsicológico*. Paidós.

Grotberg, E. (1995). *The International Resilience Project: Promoting Resilience in Children*. Centro Internacional de Investigación Civitan.

Hock, R. K. (2015). Parent adherence to these treatments is crucial for positive child outcomes. *Disability Health Journal*, 407-413.

Infante, F. (2013). *Manual de identificación y promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud.

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

López Amaro, V. O. y Hernández Daza, M. (2011). Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con enfermedad mental. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(3), 94-100.

Lord, C. y Jones, R. M. (2013). New strategies and findings for behavioral interventions in autism spectrum disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*. DOI:10.1111/nyas.12311

Losada, A. V. y Latour, M. I. (2012). Resiliencia. Conceptualización e investigaciones en argentina. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 84-97. DOI: 10.5872/psiencia/4.2.31

Luthar, S. S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). Investigación sobre resiliencia: respuesta a comentarios. *Desarrollo infantil*, 71(3), 573-575. DOI:10.1111/1467-8624.00168

Martin, G. y Pear, J. (1999). En L. Vivas Fernández y A. Suengas Goenechea (Trad.) *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Prentice-Hall.

- Martínez-González, J. M., Albein-Urios, N., Munera, P. y Verdejo-García, A. (2012). La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 18-24.
- Ministerio de sanidad y política social (2009). *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención*. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Moreno L. y Tervengel C. (2002). *La resiliencia una nueva propuesta en el abordaje de la adversidad*. Universidad de La Sabana.
- Munist, M. S. (1998). *Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia en Niños y Adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud.
- Newacheck, P. y Halfon, N. (1998). Prevalence and impact of disabling chronic. *American Journal of Public Health*, 88(4), 610-617. DOI: 10.2105/AJPH.88.4.610
- Olivares, J., Macia, D. y Méndez, F. X. (1993). Intervención comportamental-educativa en el entrenamiento a padres: el programa Paidós. En D. Macia, F. X. Méndez y J. Olivares (comp.), *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento* (pp. 115-145). Pirámide.
- Osborn, A. (1990). Resilient children: A longitudinal study of high achieving socially disadvantaged children. *Early Child Development and Care*, 62(1), 23-47. DOI: 10.1080/0300443900620103
- Prochaska, J. M. y Prochaska, J. O. (2001). ¿Por qué no se mueven los continentes? ¿Por qué no cambian las personas? *Revista de psicoterapia*, 12(46-47), 17-36.
- Ramírez Pérez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 45-54.
- Robles Pacho, Z. y Romero Triñanes, E. (2010). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de psicología*, 27(1), 86-101.

Rodriguez, M., Pereyra, M. G., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M. y Labiano, L. M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de Resiliencia versión argentina. *Evaluar*, 9(1), 72-82. DOI:

10.35670/1667-4545.v9.n1.465

Rogers, S. J. (2010). *The Early Start Denver Model Curriculum Checklist for Young Children with Autism*. The Guilford Press.

Rutter, M. y Sroufe, A. L. (2000). Development Psychopathology: concepts and challenges. University Press. *Development and Psychopathology*, 12(3), 265-296. DOI:

10.1017/s0954579400003023

Sampieri Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A DE C.V.

Simeonsson, R. J., Leonardi, M., Lollar, D., Bjorck-Akesson, E., Hollenweger, J. y Martinuzzi, A. (2003).

Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to childhood disability. *Disability & Rehabilitation*, 25(11-12), 602-610. DOI:

10.1080/0963828031000137117.

Suárez Ojeda, E. (2008). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Paidós.

Trujillo, S. (2009). *Calidad de vida: Envejeciendo con sentido vital*. [Presentación en papel]. Congreso de la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez.

Trujillo, S. (2010a). *El espíritu autogestionario y su concreción en proyectos con sentido para personas mayores*. [Presentación en papel]. Congreso de Salud: Por un envejecimiento activo y productivo.

Trujillo, S. (2010b). *Sentido y calidad de vida: La biografía como ocasión resiliente en la vejez*. [Presentación en papel]. Congreso Internacional de Psicología de la Vejez.

Valdez, D. (2016). *Autismos: estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo*. Paidós.

Vanistendael, E. (1994). *Cómo crecer superando los percances: Resiliencia capitalizar las fuerzas del individuo*. International Catholic Child Bureau.

Werner, E. E. (1989). Niños de alto riesgo en la edad adulta joven: un estudio longitudinal desde el nacimiento hasta los 32 años. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59 (1), 72–81. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1989.tb01636.x

CAPITULO VII

ANEXOS

Encuesta para padres o adultos responsables de niños/as con Trastorno del Espectro Autista

Soy alumna de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana y estoy participando en una investigación que ayudará a implementar mejoras en el tratamiento de los niños con Trastornos del Espectro Autista (TEA).

Esta es una encuesta para familiares directos (padres, abuelos) o personas que estén en contacto y compromiso diario con niños/as con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y participen o los acompañen en el tratamiento psicológico. Si usted no se considera dentro de este grupo, no conteste esta encuesta, ¡muchas gracias! Su participación ayudará a orientar un tratamiento más beneficioso para los niños con estas dificultades. La encuesta está compuesta por dos partes que le demandará alrededor de 15 minutos. Una relacionada con algunos rasgos o características de los padres/tutores/cuidadores y otra relacionada con el tratamiento de su hijo/a. No hay respuestas correctas o incorrectas, únicamente interesa su sincera opinión. Sus respuestas serán anónimas y los datos obtenidos de las mismas sólo serán utilizados con fines científicos y académicos. Usted podrá abandonar la encuesta en cualquier momento si así lo desea. Sólo llegará a nosotros si al final de la misma pulsa el botón “enviar”.

¡Se agradece su predisposición y colaboración!

***Obligatorio**

1. Parte 1 *

Lea con atención las siguientes afirmaciones (frases) y marque con una cruz la opción que más se condiga con usted. Por favor no deje ningún ítem sin responder, de lo contrario no podrá seguir avanzando con la encuesta.

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

Marca solo un óvalo por fila.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista.	☐	☐	☐	☐	☐
La confianza en mi mismo me permite pasar los tiempos difíciles.	☐	☐	☐	☐	☐
Soy decidido.	☐	☐	☐	☐	☐
Usualmente manejo los problemas de distintos modos.	☐	☐	☐	☐	☐
Siento que puedo manejar varias cosas a la vez.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.	☐	☐	☐	☐	☐
Soy capaz de hacer las cosas por mi mismo sin depender de los demás.	☐	☐	☐	☐	☐
Usualmente encuentro cosas de que reírme.	☐	☐	☐	☐	☐
En una emergencia, soy alguien en quien	☐	☐	☐	☐	☐

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

las personas pueden
confiar.

Siento orgullo de
haber logrado cosas
en mi vida.

☐☐☐☐☐

He podido atravesar
situaciones difíciles,
porque he
experimentado
dificultades antes.

☐☐☐☐☐

Me basto a mi
mismo si lo creo
necesario.

☐☐☐☐☐

A veces yo hago
cosas quiera o no.

☐☐☐☐☐

Mantengo interés por
las cosas.

☐☐☐☐☐

Mi vida tiene sentido.

☐☐☐☐☐

Generalmente tengo
energía para hacer
aquello que tengo
que hacer.

☐☐☐☐☐

Soy
autodisciplinado.

☐☐☐☐☐

Mantengo el interés
en aquellas cosas
importantes para mi.

☐☐☐☐☐

Cuando hago planes
los llevo a cabo
hasta el final.

☐☐☐☐☐

Acostumbro a tomar
las cosas sin mucha
preocupación.

☐☐☐☐☐

Soy amigable
conmigo mismo.

☐☐☐☐☐

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

Hago las cosas de a una por vez.

☐☐☐☐☒

Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas.

☐☐☐☐☐

No insisto en cosas en las que no puedo hacer nada al respecto.

☐☐☐☐☐

Me siento cómodo si hay gente que no me agrada.

☐☐☐☐☐

Parte 2

Datos relacionados con su niño/a

2. Edad del niño/a (años y meses) *

3. ¿Qué parentesco tiene usted con el niño/a? *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

☐

Padre

☐

Madre

☐

Abuelo

☐

Abuela

☐

Otro

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

4. ¿Vive usted con el niño/a? *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ Sí
- ☐ No

5. ¿Cuántos días a la semana está usted con el niño/a? (por favor especificar) *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Todos los días de la semana
- ☐ 6 días a la semana
- ☐ 5 días a la semana
- ☐ 4 días a la semana
- ☐ 3 días a la semana
- ☐ 2 días a la semana
- ☐ 1 día a la semana
- ☐ solo los fines de semana
- ☐ Otro

6. ¿El niño/a está en tratamiento psicológico? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

7. ¿Colabora usted de alguna forma con el tratamiento? (traslados, asistencia económica, cuidado del niño durante el mismo) * *Marca solo un óvalo.*

- ☐ Sí
- ☐ No

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

8. ¿Le fue otorgado el certificado de discapacidad? *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ Si
☐ No

9. ¿Recuerda a que edad comenzó el niño/a el tratamiento psicológico? (especificar en años y meses por favor) *

10. ¿Dicho tratamiento se ha realizado siempre en la misma institución? *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ Si
☐ No

11. ¿El mencionado tratamiento ha tenido interrupciones? (excepto vacaciones) *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No

12. ¿Sabe qué tipo de tratamiento psicológico recibe el niño/a? *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ Si
☐ No

13. Si usted sabe qué tipo de tratamiento Psicológico realiza el niño, por favor especifique cual brevemente.

Parte 2 (continuación)

14. ¿Con qué frecuencia concurre el niño/a a sus terapias? (por favor especificar cuántos días por semana) * *Marca solo un óvalo.*

- ☐ 1 vez por semana
- ☐ 2 veces por semana
- ☐ 3 o más veces por semana
- ☐ ninguna vez

15. ¿En la institución donde concurre el niño/a ofrecen Orientación a Padres? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

16. ¿Si usted concurre actualmente a las reuniones de Orientación a Padres, con qué frecuencia lo hace? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ sí, concurre cada 15 días
- ☐ sí, concurre 1 vez por mes
- ☐ sí, concurre cada 2 meses
- ☐ sí, concurre cada 3 meses
- ☐ Otros
-

17. ¿Cuánto tiempo hace que usted asiste a estas reuniones de Orientación a Padres?

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1 a 6 meses
- ☐ 7 meses a 1 año
- ☐ más de 1 año

18. ¿Si usted asiste a las reuniones de Orientación a Padres, va solo o acompañado?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Solo
- ☐ Acompañado
- ☐ depende, a veces solo

19. Si usted asiste a las reuniones de Orientación a Padres acompañado, por favor especifique con quien.
-

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

20. ¿Esas reuniones de Orientación a Padres le han servido para poder afrontar la problemática del niño/a?

Marca solo un óvalo.

- ☐ mucho
- ☐ poco
- ☐ nada

21. Si usted NO asiste a las reuniones de Orientación a Padres en la misma institución que el niño/a recibe sus terapias, ¿usted recibe alguna clase de apoyo en algún otro lugar?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

22. ¿Si a usted NO le ofrecieron concurrir a las reuniones de Orientación a Padres, si se lo ofrecieran, concurriría?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

23. ¿Usted se informa acerca del Trastorno del Espectro Autista? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si. Modalidad Online
- ☐ Si. Modalidad Presencial
- ☐ Si. Ambas
- ☐ Si. Otra Modalidad
- ☐ No. No me informo.

Niveles de Resiliencia y la concurrencia a Orientación a Padres

24. Si usted optó por la Modalidad Presencial, por favor especifique si la misma es...

Marca solo un óvalo.

☐

Modalidad Presencial, Profesional

☐

Modalidad Presencial, Amigos, Familiares u otros padres de niños con TEA

25. ¿Si usted NO se informa y se lo ofrecieran, aceptaría?

Marca solo un óvalo.

☐

Si

☐

No

26. ¿Dónde vive usted? *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

☐

Provincia de Buenos Aires

☐

Capital Federal

☐

Otros (especificar)

☐

Fuera de la República Argentina

27. Si usted desea obtener los resultados de nuestra investigación, envíe un email a tesispadresteaResiliencia@gmail.com (dentro de los próximos 6 meses)

Esta encuesta ha concluido. Muchas Gracias por su tiempo y colaboración. ¡Pulse enviar por favor!