



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

Facultad de Psicología

**CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y BIENESTAR PSICOLOGICO EN
PADRES DE HIJOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
EN UNA INSTITUCION PRIVADA DE LIMA**

Línea de Investigación: Psicología de los Procesos Básicos y
Psicología Educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

AUTORA

Pauccara Navarro, Elizabeth

ASESORA

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

JURADO

Figuroa Gonzales, Julio

Castillo Gomez, Gorqui

Avila Miñan, Mildred

Lima – Perú

2021

Dedicatoria

Dedicado a mis Padres por su confianza, estima, paciencia y persistencia en mis objetivos, a mi hermana por su motivación en todo este proceso, a mi tío que siempre nos apoyó y alentó a que cumpliéramos nuestras metas profesionales y a mis grandes Maestros que siempre recuerdo, aportaron a mi desarrollo personal y profesional.

Agradecimientos

Mi agradecimiento a mi asesora Carmela Henostroza Mota y a mis profesores de investigación por su paciencia, motivación para orientarme, revisar y brindar sugerencias para culminar mi trabajo de tesis.

Asimismo, a los Padres de familia del CASP y a mis alumnos por motivarme ser mis mejores maestros de vida profesional y personal, por enseñarme a persistir en mis objetivos y ser partícipe de una sociedad más inclusiva.

Por último, agradecer al CASP, a mis compañeros por su paciencia, motivación y apoyo en especial a la Doctora Liliana Mayo, al área de Proyectos e investigación por asesorarme y permitir realizar la investigación en el centro.

Índice

| | |
|---|------|
| Dedicatoria | ii. |
| Agradecimiento | iii. |
| Índice de contenido | iv. |
| Lista de tablas | vii. |
| Resumen | ix. |
| Abstract | x. |
| Capitulo I | 11 |
| Introducción | 11 |
| 1.1. Descripción y formulación del problema | 11 |
| 1.2. Antecedentes | 15 |
| 1.2.1. <i>Antecedentes Nacionales</i> | 15 |
| 1.2.2. <i>Antecedentes Internacionales</i> | 20 |
| 1.3. Objetivos | 22 |
| 1.3.1. <i>Objetivo General</i> | 22 |
| 1.3.2. <i>Objetivos Específicos</i> | 22 |
| 1.4. Justificación | 22 |
| 1.5. Hipótesis | 24 |
| 1.5.1. <i>Hipótesis General</i> | 24 |
| 1.5.2. <i>Hipótesis específicas</i> | 24 |

| | |
|--|----|
| Capitulo II | 26 |
| Marco teorico | 26 |
| 2.1.Bases teóricas | 26 |
| 2.1.1. <i>Trastorno del Espectro Autista</i> | 26 |
| 2.1.2. <i>Psicologia positiva</i> | 39 |
| 2.1.3. <i>Perspectiva del estudio de Bienestar</i> | 40 |
| 2.1.3.2. Bienestar Psicológico. | 42 |
| 2.1.4. <i>La Familia</i> | 46 |
| 2.1.5. <i>Clima Social Familiar</i> | 52 |
| Capitulo III | 57 |
| Método | 57 |
| 3.1. Tipo de investigacion | 57 |
| 3.2. Ambito temporal y espacial | 57 |
| 3.3. variables | 57 |
| 3.4. Poblacion y muestra | 60 |
| 3.4.1. <i>Caracteristicas de la muestra.</i> | 61 |
| 3.5. Instrumentos | 62 |
| 3.6. Procedimientos | 65 |
| 3.7. Análisis de datos | 66 |
| Capitulo IV | 67 |
| Resultados | 67 |

| | |
|-------------------------|-----|
| Capitulo V | 79 |
| Discusion de resultados | 79 |
| Capitulo VI | 86 |
| Conclusiones | 86 |
| Capitulo VII | 88 |
| Recomendaciones | 88 |
| Capitulo VIII | 90 |
| Referencias | 90 |
| Capitulo IX | 105 |
| Anexos | 105 |

Lista de tablas

| N° | | Página |
|-----------|--|---------------|
| 1 | Niveles de severidad del trastorno del espectro Autista (TEA) | 34 |
| 2 | Distribución de la muestra según genero | 61 |
| 3 | Distribución de la muestra según edad | 62 |
| 4 | Confiabilidad de la prueba de Bienestar Psicológico | 67 |
| 5 | Correlaciones ítem-test para la dimensión Dominio y Relaciones Personales | 68 |
| 6 | Correlaciones ítem-test para la dimensión Autonomía y Crecimiento Personal | 69 |
| 7 | Correlaciones ítem-test para la dimensión Autoaceptación | 69 |
| 8 | Correlaciones entre dimensiones y la Escala General BP | 70 |
| 9 | Consistencia Interna en la Escala de Clima Social Familiar | 70 |
| 10 | Correlaciones entre dimensiones y la Escala General CSF | 71 |
| 11 | Distribución de las puntuaciones de las variables y pruebas de normalidad | 72 |
| 12 | Relación entre Bienestar Psicológico y Clima Social Familiar | 72 |
| 13 | Niveles de Clima Social Familiar | 73 |
| 14 | Niveles de Bienestar Psicológico | 73 |
| 15 | Niveles de Dominio del entorno y Relaciones Positivas | 74 |
| 16 | Niveles de Autonomía y Crecimiento Personal | 74 |

| | | |
|----|--|----|
| 17 | Niveles de Aceptación y Propósito de vida | 75 |
| 18 | Relaciones entre Bienestar Psicológico y Clima Social Familiar | 75 |
| 19 | Comparación de medias del Clima Social Familiar por sexo | 76 |
| 20 | Comparación de medias del Clima Social Familiar por grupos de edad | 77 |
| 21 | Comparación de medias del Bienestar Psicológico por sexo | 77 |
| 22 | Comparación de medias del Bienestar Psicológico por grupos de edad | 78 |

Clima social familiar y bienestar psicológico en padres de hijos con trastorno del espectro autista

Elizabeth Pauccara Navarro

Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen

El objetivo de mi investigación fue determinar la relación entre clima social familiar y bienestar psicológico en Padres de hijos con trastorno del espectro autista (TEA) que asisten al Centro Ann Sullivan del Perú en San Miguel. Se realizó un estudio de tipo correlacional de corte transversal, en una muestra de 95 padres de hijos con TEA, respondiendo a las pruebas de la Escala de clima social familiar (FES) de Trickett y Moos y bienestar psicológico de Ryff, adaptada en nuestro país por Vento. Los resultados que hallé indican que existe relación directa, moderada y significativa entre el bienestar psicológico (BP) y el clima social familiar (CSF) en los participantes del estudio ($Rho = 0.45, p < .001$). En cuanto al CSF se encontró un nivel medio, los niveles de BP fueron moderados con un 46.3% mientras que, entre los niveles bajo y alto, con un 25.3% y un 28.4% del total. Además, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en ambos constructos en cuanto al sexo en la variable CSF ($t = -3.31, p < .001$), la media del sexo femenino con 53.2 y masculino con 58 puntos y BP ($M = 79.8 - 84.7, U = 626, p < .05$), las puntuaciones de los participantes del sexo masculino fueron las de mayor dominancia .sin embargo, no existieron diferencias en cuanto a la edad en la variable CSF ($M = 53.4 - 55.7, t = -1.69, p > .05$) y BP ($M = 79.8 - 82.5, U = 950, p > .05$) en los participantes del estudio. Se sugiere ampliar el estudio en cuanto a la muestra y en otras poblaciones para establecer generalizaciones y características comparativas que nos permitan fortalecer los programas educativos.

Palabras claves: Clima social familiar, bienestar psicológico, trastorno del espectro autista.

**Family social climate and psychological well-being in parents of children with autism
spectrum disorder**

Elizabeth Pauccara Navarro

Universidad Nacional Federico Villarreal

Abstract

The objective of my research was to determine the relationship between family social climate and Psychological Well-being in Parents of children with autism spectrum disorder (ASD) who attend the Ann Sullivan Center of Peru in San Miguel. A cross-sectional correlational study was carried out in a sample of 95 parents of children with ASD, responding to the tests of family social climate (FES) by Tricket and Moos and psychological well-being by Ryff, adapted in our country by Vento. The results I found indicate that there is a direct, moderate and significant relationship between psychological well-being (BP) and family social climate (CSF) in the study participants ($Rho = 0.45, p < .001$). As for CSF, a medium level was found, BP levels were moderate with 46.3% while, between low and high levels, with 25.3% and 28.4% of the total. In addition, statistically significant differences were detected in both constructs regarding sex in the CSF variable ($t = -3.31, p < .001$), the mean of the female gender with 53.2 and male with 58 points and BP ($M = 79.8 - 84.7, U = 626, p < .05$), the scores of the male participants were the most dominant, however, there were no differences in terms of age in the CSF variable ($M = 53.4 - 55.7, t = -1.69, p > .05$) and BP ($M = 79.8 - 82.5, U = 950, p > .05$) in the study participants. It is suggested to expand he studied in terms of the sample and in other populations to establish generalizations and comparative characteristics that allow us to strengthen educational programs.

Keywords: family social climate, psychological well-being, autism spectrum disorder.

Capítulo I

Introducción

1.1. Descripción y formulación del Problema

En la actualidad el incremento de la prevalencia mundial de personas con trastorno del espectro autista (TEA) va en aumento ante ello hay muchas explicaciones posibles para este aparente incremento, entre ellas una mayor concienciación, la ampliación de los criterios diagnósticos, mejores herramientas diagnósticas y programas de orientación para padres de Hijos con TEA. Sin embargo, se visibiliza una problemática de inclusión, acceso a la educación y descuido de las autoridades sanitarias en cuanto a políticas públicas que afecta a la persona con TEA y a su familia, siendo esta última quien experimenta cambios en el desarrollo de sus miembros, su estructura y relación lo cual se dificulta ante la falta de recursos de responder de manera adecuada cuando un miembro tiene necesidades educativas especiales.

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo de etiología múltiple cuyas características se manifiestan mediante alteraciones en el funcionamiento de la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal y un patrón de conductas repetitivas y restringidas (Tuchman,2013). Estas alteraciones son diversas con diferentes niveles de gravedad y es considerado un espectro de condiciones que varían en cada individuo (Pino y Romero, 2015).

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) se evidencia que en promedio 1 de cada 160 niños tiene la condición de TEA teniendo cifras más altas en algunos estudios más específicos. En ese sentido, en el Perú las cifras de prevalencia de la discapacidad han variado y no existen datos específicos sobre la cantidad de personas con TEA, según el último Censo Nacional de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística

e Informática (INEI, 2017) reveló que en el Perú el 10.4 % de hogares alberga alguna persona con algún tipo de discapacidad, no se especifica la condición de TEA.

Así mismo según el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad a cargo del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) al 31 de agosto del 2018 tiene inscritas un total de 219,249 personas, de las cuales 4,528 (2.06%) están diagnosticadas con TEA, distribuidos en 3,663 hombres (80.9 %) y 865 mujeres (19.1%), es importante mencionar que algunas personas no están diagnosticadas debidamente, ni registradas asimismo no existen registros al interior del País que nos permitan valorar un porcentaje específico de la población.

La familia como soporte socio afectivo genera un clima social entendiéndose éste como la armonía y el bienestar generado de la interacción de los miembros de la familia, el cual refleja el grado de comunicación, unión y organización (Zavala, 2001). Este clima social particular entre los miembros influye de manera positiva o negativa en el bienestar o satisfacción psicológico en los Padres de hijos con TEA ya que son ellos quienes al enterarse el diagnostico sufren un proceso de duelo que supera sus expectativas ideales de tener un hijo.

La afectación de tener un miembro con TEA dificulta la relación e interacción de la familia quienes por un primer impacto se resisten aún a aceptar el diagnostico en la mayoría de los casos lo cual dificulta la funcionalidad de está y la inclusión de la persona con TEA a los diferentes aspectos de la vida (casa, escuela, comunidad y trabajo). Al respecto (Martínez y Bilbao, 2008) refieren en estudios recientes que las familias con un integrante que ha sido diagnosticado con trastorno del espectro autista muestran niveles de estrés crónico significativamente superiores en comparación con los que ostentan familias con hijos con otras discapacidades ,se infiere que ello se debe a que las características de este trastorno son complejas, porque, en la mayoría de los casos, no hay

alteraciones físicas evidentes, es difícil de diagnosticar, se desconocen sus causas, no tiene cura y existe poca difusión del mismo en nuestra sociedad (Riviére y Martos, 2000).

Dentro del núcleo familiar, la comunicación se limita a hablar sobre la problemática de la persona con TEA y sobre los esfuerzos diarios que se efectúan para el manejo de la situación. Dentro de esta dinámica, la pareja sufre distanciamientos, de igual modo, los hermanos, quienes ocupan el lugar del niño “privilegiado” por no presentar el trastorno, acostumbran ser objetos de poca atención, ya que se les percibe necesitando “menos ayuda”, lo cual usualmente propicia en ellos enojo y resentimiento (Harris, 2003).

Así al ser los padres quienes suelen ser las primeras fuentes de apoyo de estos niños, son los que tienen más propensión a atravesar momentos donde perciben los patrones comportamentales de su hijo como algo desbordante de sus recursos y bienestar personal, ya que estar a su cuidado e invertir en su desarrollo implica un esfuerzo extra a nivel físico y económico, lo cual también implica la postergación tanto de sus tareas evolutivas o proyectos personales y familiares (Basa, 2010).

Por lo tanto, se entiende que las familias con un hijo con TEA pasa por cambios y una reorganización en el núcleo familiar generando un clima social familiar poco positivo que afecta el bienestar psicológico de los miembros considerándose a este como el resultado de una valoración positiva de la persona acerca de cómo ha vivido, asociada al estado mental y emocional que determina el funcionamiento psíquico óptimo de una persona, según el paradigma personal que maneje, y el modo de adaptarse a las exigencias tanto internas, como externas del entorno físico o social (Ryff y Keyes, 1995).

En general se observa un panorama de desajuste social dentro de los miembros y con el exterior, entendiéndose todo un reto el tener un hijo TEA generándose una barrera si es que no cuenta con los recursos de afrontamientos o apoyos para integrar a la persona con TEA a la propia familia y a la sociedad. Sin embargo, el panorama actual suele ser alentador hay más investigaciones y programas de intervención efectivas a paliar estas deficiencias, y potenciar a las personas con TEA y sus familias.

El presente estudio se desarrollará en el Centro Ann Sullivan del Perú (CASP), un centro de educación integral para personas con habilidades diferentes y sus familias el cual posee programas en base a sus necesidades, que abarca seguir al estudiante desde el nacimiento hasta la edad adulta. Las Doctoras Mayo y LeBlanc (2014). Fundadoras del CASP sostienen que el CASP brinda un sistema de capacitación y enseñanza intensiva a las familias donde enfatiza que la familia tiene un rol activo en la educación de sus hijos, ya que son ellos quienes pasan la mayor parte de tiempo y son los mejores padres maestros para brindar oportunidades de aprendizaje para que pueda ser independiente, productivo, feliz e incluido en sus familias, escuelas, comunidades y trabajo

A partir de las consideraciones expuestas me formulo la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre clima social familiar y bienestar psicológico en padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima,2019?

1.2. Antecedentes

A nivel nacional

Vega (2013) desarrolló una investigación de tipo cuantitativo diseño no experimental descriptiva titulado, El clima social familiar de los niños diagnosticados con autismo en Chimbote, el objetivo fue determinar los niveles del clima social familiar. La muestra estuvo conformada por 20 padres de familia de niños que cumplían el diagnóstico de autismo. Se utilizó como instrumento la escala del clima social familiar (FES) de R.H. Moos y E.J. Trickett. Los resultados nos indican que la mayoría de los niños se ubican en un nivel bajo y muy bajo del CSF (75%) lo cual indica que ellos no perciben a los miembros de su familia unidos, no se apoyan de manera parcial entre ellos, no tienen libertad para expresar sus opiniones y sentimientos impidiendo su desarrollo personal, afectando notoriamente la dinámica familiar y el 20% se ubica en un nivel promedio mientras que el 5% se ubica en un nivel alto indicando que esta última minoría percibe un adecuado clima familiar. Análogamente en las dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad se ubican en un nivel bajo, (75%, 70% y 75%, respectivamente). Del mismo modo las áreas: de cohesión, actuación, autonomía y organización se ubican en un nivel bajo; el área de expresividad, en un nivel muy bajo. Se concluye que la mayoría de los niños provenientes de familias extensas son los que se ubican en mejores niveles, en comparación con los que provienen de familia nuclear y monoparental.

Mellado (2014) realizó un estudio de tipo cuantitativo de nivel descriptivo. Este estudio analizó las diferencias entre los factores asociados a la participación de los familiares en las Escuelas de Familias y se realizó a través de un estudio longitudinal de seis años (2005-2010), tomándose como objeto de estudio a toda la población representada por un promedio 350

familias por año. Se analizaron 75 sesiones de Escuelas de Familias. Los resultados concluyeron que existen diferencias significativas en la participación de los familiares según el parentesco, siendo la madre quien más se involucra en la educación del estudiante. Existen diferencias en la participación según la edad del estudiante, la cual varía según las características de cada programa educativo. Se encontró también que los familiares prefieren participar más en las sesiones que se dan en grupos pequeños. Se observa además una tendencia en la disminución de la participación de las familias conforme van transcurriendo los años, así como también ocurre en los periodos dentro de cada año. Respecto al tipo de programa educativo, se encontró que el de aulas regulares es el que tiene una mayor participación.

Veliz (2016) realizó un estudio de tipo cuantitativo de nivel descriptivo correlacional y de diseño Trasversal, asociando las variables clima social familiar y habilidades sociales de las figuras parentales de estudiantes con habilidades especiales del Centro Educativo Básico Especial Niño Jesús – Paita. La muestra estuvo conformada por 60 figuras parentales. El tipo de muestreo fue probabilístico, aleatorio simple. Se utilizó la Escala FES de Moos y la Escala de Habilidades sociales (EHS) de Elena Gismeros Gonzales. Entre los resultados se encontró que no existe relación estadísticamente significativa entre clima social familiar y Habilidades sociales. Los mismos resultados se encuentran al realizar el análisis entre las dimensiones de Relaciones, Desarrollo y Estabilidad y Habilidades sociales. Asimismo se encontró un nivel medio de clima social familiar, siendo un soporte para el nuevo integrante de la familia que llegaba a formar parte, trayendo consigo necesidades y habilidades diferentes, generando un proceso de asimilación y adaptación, es decir, las figuras parentales de padres a hijos de esta institución utilizan respuestas verbales y no verbales para expresar sus sentimientos, emociones,

derechos, opiniones y preferencias a otras personas de manera adecuada, recursos que han sido necesarios para el proceso de adaptación y lograr mantener relaciones interpersonales saludables.

Huarez (2018) hizo una investigación sobre clima social familiar de los padres de familia con hijo con TEA del Centro de Educación Básica Especial San Martín de Porres, 2017. Es un estudio de tipo descriptivo, diseño no experimental, enfoque ecológico social; cuyo objetivo fue determinar el CSF de los padres de familia con hijos con TEA. La muestra estuvo conformada por 30 padres de familia. El instrumento utilizado es la Escala FES elaborado por R.H. Moos y E.J. Trickett y estandarizado por César Ruiz Alva – Eva Guerra que evalúa las características socio-ambientales y las relaciones personales en familia. Los resultados demuestran que el CSF predominante se encuentra en la categoría Media, el grado de la dimensión relación se encuentra en la categoría Mala, el grado de la dimensión desarrollo se ubica en la categoría Media y Muy Mala; y el grado de la dimensión estabilidad se encuentra en la categoría Media.

Santillán (2019) realizó una investigación de enfoque descriptivo y de diseño no experimental, de corte transversal con el objetivo determinar el nivel del clima social familiar en los padres de niños con necesidades educativas especiales del PRITE Buenos Aires de Villa, del distrito de Chorrillos. La muestra estuvo conformada por 70 padres de familia. Se usó el instrumento de la escala FES. Los resultados concluyen que a nivel general el 55,71% de los padres, se sitúan en la categoría Promedio. En la dimensión Relaciones el 70% destaca en la categoría promedio, asimismo el 45,71% de los padres, mantienen un nivel Promedio en la dimensión Desarrollo y, por último, en la dimensión Estabilidad, el 55,71% se sitúan en la categoría Promedio. A nivel general, el CSF en este estudio se encuentra en un nivel promedio con tendencia a buena.

Vento (2016) demostró en una investigación de tipo descriptiva - comparativa sobre el bienestar psicológico de madres de niños con TEA de acuerdo al servicio que ofrecen los centros especializados a los Padres. La muestra está conformada por 92 madres de niños entre los 3 a 11 años de edad, diagnosticados con TEA y que residen dentro de lima metropolitana. Los tres centros especializados son diferenciados como A ($n= 32$), B ($n=31$) y C ($n= 29$). Los instrumentos que se usaran para evaluar a las madres fue la versión reducida de la escala de bienestar psicológico propuesta por Díaz et al. (2006). Los resultados demostraron que, existen diferencias significativas en el BP de madres de niños con TEA de acuerdo al servicio que ofrecen los centros especializados a los padres, donde se evidencia que el servicio brindado por el centro A refleja un menor BP, mientras que el servicio brindado en los servicios brindados en los centros B y C refleja un mejor BP en las madres de niños con TEA.

Huamantuma (2017) desarrolló una investigación cuantitativa de diseño correlacional que consistió en determinar la relación entre el bienestar psicológico y la calidad de vida familiar de los padres de niños con autismo de los CEBES de la ciudad de Arequipa. Los instrumentos que utilizaron dos cuestionarios debidamente validados Escala de bienestar psicológico elaborado por José Sánchez Cánovas y la escala de calidad de vida familiar elaborado por Verdugo, Sainz y Rodríguez, tomándose como muestra 42 padres de familia de los niños con autismo. Los resultados refieren que existe relación positiva y significativa entre el bienestar psicológico y la calidad de vida familiar ($p < 0.05$). El bienestar psicológico de los padres es alto (59.5%) con respecto a la calidad de vida familiar los niveles de importancia en los factores se presentan con puntajes altos, con una tendencia óptima a la calidad de vida. En relación al nivel de satisfacción de los factores de la calidad de vida familiar, estos presentan puntajes promedios con una tendencia buena pero inferior a los obtenidos en la importancia en todos los factores analizados. En cuanto a los factores

del bienestar psicológico y su relación con la calidad de vida familiar, existe relación entre los indicadores del bienestar psicológico y la variable respecto a la importancia ($p < 0.05$). Sin embargo, esto no sucede al analizar las correlaciones entre los indicadores de la variable bienestar psicológico y la satisfacción de la calidad de vida ($p > 0.05$).

Pérez (2017) realizó una investigación que tuvo como objetivo analizar la relación entre las estrategias de Afrontamiento y bienestar psicológico en madres de niños diagnosticados con TEA. El diseño que utilizaron fue correlacional, la muestra estuvo conformada por un grupo de 49 madres, entre 23 y 57 años ($M = 36.1$; $DE=7$). Las participantes tenían hijos entre los 3 y 10 años, diagnosticados con TEA, que asistían a una institución especializada en el desarrollo infantil de lima metropolitana. Se utilizó para medir cuestionario Multidimensional de Estimación de afrontamiento de COPE, adaptado por Casareto y chau (2016), y la escala de bienestar psicológico, adaptada por cubas (2003). Los resultados mostraron trece correlaciones significativas entre algunas estrategias, y el puntaje global y por dimensiones del bienestar, siendo una de las trece correlaciones baja y los doce restantes moderadas. Asimismo, la variable tiempo post diagnóstico se asoció positivamente ($r=.35$, $p<.05$) con la reinterpretación positiva y crecimiento, y con la autonomía ($r =.29$, $p=.04$). Finalmente, se encontró que las madres que contaban con ayuda en el cuidado de sus hijos(as) presentaron mayor puntuación en el bienestar psicológico global, y en las dimensiones control del ambiente y auto aceptación. Los resultados demuestran que las estrategias de planificación, contención, reinterpretación positiva, soporte emocional, desentendimiento mental y desentendimiento conductual juegan un papel importante en el bienestar psicológico de las madres que tienen hijos(as) diagnosticados con autismo. Asimismo, se evidencia que las madres que llevan más tiempo enteradas del diagnóstico podrían percibir las adversidades como una oportunidad para crecer a nivel personal y tendrían mayor autonomía en la toma de decisiones.

Internacionales

Solórzano (2017) desarrolló una investigación en Guatemala de tipo descriptivo para conocer el sentido de vida en madres que tienen hijos con el TEA que asisten a un grupo de apoyo y madres que tienen hijos con discapacidad física, que asisten al Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, de forma que pudo evaluar estadísticamente si existió diferencia del sentido de vida según el lugar que asisten. La investigación fue realizada con 80 mujeres, en dos grupos de igual tamaño. La muestra estuvo conformada por sujetos de género femenino, con edades entre los 25 y los 50 años. El instrumento que se utilizó fue la prueba de “Propósito vital”. Se comprobó que las madres que tienen hijos con TEA y madres que tienen hijos con discapacidad física, presentan un alto sentido de vida. Así como también que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el sentido de vida de ambos grupos.

Pinto (2017) comprobó en una investigación de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo identificar el bienestar psicológico en padres de hijos diagnosticados con TEA que asisten a ADECENI (Instituto para el logro potencial humano) ubicado en Guatemala. La muestra se compuso de 20 padres de familia, 15 mujeres y 5 hombres entre las edades de 35 a 50 años de clase media baja; los cuales llevan a sus hijos a dicho centro desde hace ya 1 año aproximadamente. Los instrumentos de medición fueron la escala de bienestar psicológico de Carol Ryff, que comprende seis Sub-Escalas autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal, auto aceptación, relaciones positivas con otros y propósito de vida. En los resultados se concluyó que los padres de familia presentan un nivel bajo en la escala total de bienestar psicológico, indicando que su índice de bienestar es de insatisfacción personal, carecen de una actitud positiva hacia sí mismo, sentimientos de desesperanza, poco o ningún control de su ambiente y conflictos a la

resolución de conflictos, así como una carencia de Autonomía, Crecimiento Personal, Relaciones Positivas con Otros, Autoaceptación, Dominio del entorno y Propósito de vida.

En relación al bienestar psicológico, Villagrán (2009) realizó una investigación descriptiva con un diseño cuantitativo-cualitativo que tuvo como objetivo establecer el Bienestar Psicológico de las cuidadoras de Anini, institución no estatal que alberga niños y adolescentes huérfanos con discapacidad. La muestra estuvo conformada por 27 cuidadoras de sexo femenino, comprendidas entre las edades de 26 a 45 años, de nivel socioeconómico medio-bajo, con diversos estados civiles, y con estudios que varían entre ninguna escolaridad, algunos grados de primaria y de nivel medio. Para llevar a cabo la parte cuantitativa, se aplicó a la población la Escala de bienestar psicológico (EBP). Para realizar la parte cualitativa, se escogieron ocho casos, a los cuales se les aplicó una entrevista semiestructurada que se basó en las cuatro subescalas que mide la escala de bienestar psicológico. En los resultados se concluyó que la mayoría de las cuidadoras presentan un bienestar en el rango promedio, en bienestar psicológico subjetivo, bienestar material y bienestar psicológico. Por otra parte, los resultados muestran que presentan un resultado bajo en Relaciones con la Pareja, indicando esto que no presentan un satisfactorio ajuste conyugal. En los resultados cualitativos se encontró que las cuidadoras presentan problemas de comunicación con la pareja y, por otra parte, se observó que tienen dificultad para implementar acciones dirigidas al logro de sus metas.

Con respecto a la variable clima social familiar no se encontraron investigaciones directa o indirecta a nivel internacional.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el clima social familiar y bienestar psicológico en padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Identificar los niveles de CSF en Padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima.
2. Identificar los niveles de BP en Padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima.
3. Establecer la relación entre BP y la dimensión Relación del CSF en Padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima.
4. Establecer la relación entre BP y la dimensión Desarrollo del CSF en Padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima.
5. Establecer la relación entre BP y la dimensión Estabilidad del CSF en Padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima.
6. Analizar las diferencias en los niveles de BP en Padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima; según la edad y el sexo.
7. Analizar las diferencias en los niveles de CSF en Padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima; según la edad y el sexo.

1.4. Justificación

A partir de las investigaciones consultadas se puede observar un amplio estudio referente al TEA en cuanto a las características del trastorno, así como programas de intervención

evidenciados; así también se encontró pocas investigaciones sobre el clima social familiar, bienestar psicológico que son de gran importancia e influye significativamente en la persona con TEA y su familia en cuanto a la calidad de vida.

Sin embargo, la búsqueda de antecedentes que aborden el estudio de la familia relacionando ambas variables son escasas. Tomando en cuenta ello esta investigación presenta un valor teórico porque aportara información sobre variables poco estudiadas en esta condición en Padres de hijos con TEA y a su vez relacionadas, ya que no se encontró antecedentes de investigaciones correlacionales nacionales e internacionales de ambas variables.

En cuanto al valor social de la investigación se busca dar a conocer dentro del CASP información y datos actuales acerca del clima social familiar y bienestar psicológico de los padres así también la importancia que tiene la salud mental en familia de la Persona con TEA, implementar en base a los resultados en el CASP capacitaciones , talleres y apoyo psicológico a las familias , identificando a partir los datos las dimensiones que necesitan fortalecerse en los padres de familia con hijos con TEA, para que de esa manera sea un referente importante para mejorar la dinámica familiar, afianzar lazos, mejorar su desempeño como padre de familia y puedan incluir de manera exitosa a sus hijos en los diferentes ambientes de la vida (casa, escuela, comunidad y/o trabajo).

Esta contribución busca ser una base de conocimientos, datos actualizados y mejora de las intervenciones en torno a las variables estudiadas. Asimismo, permitirá la discusión de futuras investigaciones, nuevos aportes para generar más conocimiento, también revisa el instrumento a través de las propiedades psicométricas de los mismos para el uso en siguientes investigaciones.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

- Existirá una relación positiva entre el clima social familiar y bienestar psicológico de Padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima.

1.5.2. Hipótesis específicas

1. Existe un nivel medio significativo del CSF en padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima.
2. Existe un nivel medio significativo de BP en padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima.
3. Existe relación positiva entre BP y la dimensión Relación del CSF en padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima.
4. Existe relación positiva entre BP y la dimensión Desarrollo del CSF en Padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima.
5. Existe relación positiva entre BP y la dimensión Estabilidad del CSF en padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima.
6. Existen diferencias significativas en el BP en Padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima; según la edad y el sexo.
7. Existen diferencias significativas en el CSF en Padres de hijos con TEA en una Institución Privada de Lima; según la edad y el sexo.

1.6. Limitaciones

Entre las principales limitaciones del estudio se pudo encontrar que los resultados obtenidos no son generalizables debido a las características y tamaño de la muestra usada en el

presente estudio, así también que una de las pruebas usadas en este estudio no está adaptada a la población de la presente investigación, es así que se tomó como referencia una población similar. Asimismo, es importante mencionar la cantidad de preguntas de ambas escalas y el tiempo de ejecución de la prueba, ya que demandaba tiempo al participante e investigador y podría ser un factor invalidante de la prueba por la fatiga.

Capítulo II

Marco teórico

2.1. Bases Teóricas

2.1.1. Trastorno del Espectro Autista

La conceptualización del TEA se ha ido construyendo y fundamentando a través de los años por diversos autores que han ido aportando a precisar el concepto del autismo partiendo desde un enfoque patologizante asociado a la esquizofrenia hasta las primeras acercamientos por Kanner y Asperger en investigaciones clínicas, es así que a mediados de los 70 empiezan estudios neurológicos y cognitivos encontrando evidencias de la base neurológica del autismo estos estudios permitieron desarrollar estudios epidemiológicos abriendo la línea de investigación que permitió precisar y definir en lo consecutivo al TEA y considerarlo como categoría diagnóstica en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales y la Clasificación internacional de enfermedades (DSM y CIE).

Pérez (2011) comenta que se tuvo conocimiento del autismo oficialmente en 1943, sin embargo, en 1911 el término “autista” fue utilizado por el psiquiatra suizo Eugene Bleuler, proviniendo del término griego “autos” que significa yo mismo o escape de la realidad. Esta definición hacía referencia a uno de los signos de la esquizofrenia.

Posteriormente el psiquiatra Austriaco Leo Kanner en 1943, describió el Trastorno del Espectro Autista como un síndrome infantil precoz tras observar y analizar a un grupo de niños que presentaban diferencias notorias en su comportamiento entre los niños de su misma edad, observando ciertas características muy particulares al resto tales como incapacidad para establecer contacto afectivo con los demás, extrema soledad, mutismo o lenguaje sin intención comunicativa,

ecolalias, deseo obsesivo de invarianza ambiental, alterándose así ante cualquier cambio, limitaciones en la variedad de actividades ,con patrones de actividad ritualizados y/o movimientos repetitivos y estereotipados (Huarez, 2018).

Por otro lado, el Pediatra Austriaco Hans Asperger (1944-1991) paralelamente a Kanner realizaba un trabajo de investigación en un grupo de niños donde describía la “psicopatía autística”, en base a cuatro casos, con una condición presente solo en varones , refiere que estos niños presentaban características y algunos aspectos muy peculiares en el lenguaje, torpeza social, relaciones sociales pobres ,conductas estereotipadas, problemas motores, de coordinación y a su vez presentaban altas capacidades como buenas capacidades cognitivas, buenas habilidades lingüísticas y habilidades en intereses específicos (Martinez y Cuesta ,2013).

Baron-Cohen (2008) recomiendan denominar “afección del espectro autista” porque permite observar la afección diferente a una discapacidad general a una diferencia en el desempeño de habilidades que posee, asimismo que incita a quien la tiene o a su familia a buscar ayuda médica. Además, sugieren que esta denominación indica la afectación en varios aspectos del funcionamiento del individuo como la como la comunicación, desarrollo social y la presencia de patrones de comportamientos restrictivos.

Forrea et al. (2014) refieren que el autismo se considera un trastorno del neurodesarrollo causado por una disfunción prenatal del Sistema Nervioso Central caracterizado por una serie de síntomas observables de déficits sociales y de comunicación, así como intereses fijos y comportamientos repetitivos, debiendo estar presentes desde la infancia o niñez temprana, aunque puede no ser detectado hasta más tarde.

La DSM-IV-TR lo definía como una disfunción neurológica crónica de base genética que se manifiesta en una triada de trastornos (triada de Wing): interacción social, comunicación y falta de flexibilidad en el razonamiento y comportamientos. Bajo la etiqueta Trastorno Generalizado del Desarrollo, englobaba cinco subcategorías en las que incluía el Trastorno Autista, el Síndrome de Asperger, el Síndrome de Rett, el Trastorno Desintegrativo Infantil y el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

Actualmente según el DSM V ha sustituido el término Trastorno Generalizado del Desarrollo por el de TEA, considerando los síndromes anteriormente mencionados como parte de las manifestaciones diversas de un mismo trastorno excluyendo el Síndrome de Rett y el Trastorno Desintegrativo Infantil. La sintomatología del TEA presenta tres niveles de severidad en su funcionalidad indicándose como: “requiere apoyo”, “requiere apoyo substancial” o “requiere apoyo muy substancial”. Además, con el paso del DSM-IV-R al DSM-5 , el TEA pasa de estar englobado en los trastornos de inicio en la infancia a englobarse en los trastornos del neurodesarrollo, en el cual las personas que lo presentan manifiestan de forma persistente dificultades sociales, comunicación, intereses fijos y comportamientos restrictivos y repetitivos.

2.1.1.1. Características Clínicas del Espectro Autista

Según el DSM-5 (2014) lo define que los Trastornos del Neurodesarrollo son un grupo de afecciones con inicio en el período del desarrollo. Los trastornos se manifiestan normalmente de manera precoz en el desarrollo, a menudo antes de que el niño empiece la escuela primaria, y se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional. El rango de los déficits varía desde limitaciones muy específicas

del aprendizaje o del control de las funciones ejecutivas hasta deficiencias globales de las habilidades sociales o de la inteligencia.

El TEA se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, incluidos los déficits de la reciprocidad social, los comportamientos comunicativos no verbales usados para la interacción social y las habilidades para desarrollar, mantener y entender las relaciones. Además de los déficits de la comunicación social, el diagnóstico del trastorno del espectro autista requiere la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades de tipo restrictivo o repetitivo. Como los síntomas cambian con el desarrollo y pueden enmascarse por mecanismos compensatorios, los criterios diagnósticos pueden cumplirse.

Las carencias que presentan los niños con TEA en los primeros meses se hacen evidentes en la segunda mitad de año de vida, se observan “ausencias importantes”, al menos en veinticinco capacidades funcionales que permiten un diagnóstico ya que es difícil hacerlo en edades tempranas (antes de los 18 meses) siendo entre los 30 y los 42 meses, las características TEA manifiesta de una forma crítica, más clara y contundente. Al respecto Riviére (2000) refiere indicadores de autismo típico de la etapa de 18 a 36 meses:

1. Sordera aparente paradójica. Falta de respuesta a llamadas e indicaciones.
2. No “comparte focos de atención” con la mirada.
3. Tiende a no mirar a los ojos.
4. No mira a los adultos vinculares para comprender situaciones que le interesan o extrañan.
5. No mira lo que hacen las personas.

6. No suele mirar a las personas.
7. Presenta juego repetitivo o rituales de ordenar.
8. Se resiste a cambios de ropa, alimentación, itinerarios o situaciones.
9. Se altera mucho en situaciones inesperadas o que no anticipa.
10. Las novedades le disgustan.
11. Atiende obsesivamente, una y otra vez, a las mismas películas de vídeo.
12. Coge rabietas en situaciones de cambio.
13. Carece de lenguaje o, si lo tiene, lo emplea de forma ecológica o poco funcional.
14. Resulta difícil “compartir acciones” con él o ella.
15. No señala con el dedo para compartir experiencias.
16. No señala con el dedo para pedir.
17. Frecuentemente “pasa por” las personas, como si no estuvieran.
18. Parece que no comprende o que “comprende selectivamente” sólo lo que le interesa.
19. Pide cosas, situaciones o acciones, llevando de la mano.
20. No suele ser él quien inicia las interacciones con adultos.
21. Para comunicarse con él hay que “saltar un muro”: es decir, hace falta ponerse frente a frente y producir gestos claros y directivos.
22. Tiende a ignorar completamente a los niños de su edad.

23. No juega con otros niños.

24. No realiza juego de ficción: no representa con objetos o sin ellos situaciones, acciones, episodios, etc.

25. No da la impresión de “complicidad interna” con las personas que le rodean, aunque tenga afecto por ellas.

2.1.1.2. Criterios diagnósticos del DSM-V

Volkmar et al (como se citó en Fortea et al, 2014) refieren que con el DSM-V, tres dominios de síntomas se reducen a dos:

- Déficit sociales y de comunicación: son inseparables y se pueden considerar de forma más precisa como un único conjunto de síntomas con especificidades ambientales y contextuales.
- Intereses fijos y comportamientos repetitivos: al exigir dos manifestaciones de síntomas, mejora la especificidad del criterio sin disminuciones significativas en la sensibilidad y mejorará la correspondencia entre los criterios del DSM y la investigación.

F84.0 Trastorno del Espectro Autista

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes.

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar responder a interacciones sociales.

2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (les ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

C. Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo.

Conforme a las dificultades y limitaciones que se presentaron anteriormente, dichas personas diagnosticadas con TEA, requieren de una atención especializada y específica para poder cubrir las necesidades que estos presentan. Por lo cual es importante brindarles la atención y cuidados que merecen (DSM-5, 2014).

Parte del diagnóstico del DSM5 incluye la adición de grados de severidad (en 3 grados) en cada una de las dimensiones afectadas como la comunicación social, intereses restringidos y comportamientos estereotipados, estas se manifiestan en los siguientes grados: grado 3 “necesita ayuda muy notable”; grado 2 “necesita ayuda notable”; y grado 1 “necesita ayuda”.

Tabla 1*Niveles de severidad del trastorno del espectro Autista (TEA)*

| Categoría dimensional del TEA en el DSM V | Comunicación social | Comportamientos restringidos y repetitivos |
|--|---|---|
| Grado 3 “Necesita ayuda muy notable” | Mínima comunicación social | Marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades de cambio y de foco de atención |
| Grado 2 “Necesita ayuda” | Marcado déficit con limitada iniciación o respuestas reducidas o atípicas. | Interferencia frecuente relacionada con la inflexibilidad y dificultades del cambio de foco. |
| Grado 1 “Necesita ayuda” | Sin apoyo <i>in situ</i> , aunque presenta alteraciones significativas en el área de la comunicación social | Interferencia significativa en, al menos, un contexto |
| Síntomas subclínicos | Algunos síntomas en este o ambas dimensiones, pero sin alteraciones significativas. | Presenta un inusual o excesivo interés, pero no interfiere. |
| Dentro de la normalidad | Puede ser peculiar o aislado, pero sin interferencia. | No interferencia. |

Nota: Tomado de American Psychiatric Association (2014).

2.1.1.3. Etiología del TEA

Las causas del autismo son difusas, aún no determinadas, pero se han desarrollado muchas teorías que tratan de explicar el origen del TEA, algunas más respaldadas por evidencias científica, sin embargo, no explican del todo la condición.

Según Rodríguez et al. (como se citó en Chuchón, 2019) refiere que el TEA no existe en su origen aun causas claras es por ello que se llega a considerar como un trastorno multifactorial; sin embargo, hay dos posturas teóricas que intentan explicarla:

- Teorías psicogenéticas sustentan que las personas con TEA no nacieron con el trastorno sino lo adquirieron debido a estar expuestos a diferentes factores familiares en su medio como trastorno mental de los padres, sucesos traumáticos, etc. Debido a la poca validez esta teoría ha sido rechazada.
- Teorías Biológicas, argumentan el origen del trastorno debido a un factor genético, así como un déficit cognitivo asociado a anomalías químicas, disfunciones en el cerebro entre otras causas.

A continuación, referimos algunas teorías que intentan explicar el origen de las alteraciones clínicas en las personas con TEA.

A. Teorías socio cognitivas

Teoría Afectiva

Hobson (1995) defiende el papel de la emoción en el desarrollo de las relaciones interpersonales, estas emociones presentan un déficit primario en las personas con autismo. Sus investigaciones refieren que las personas con autismo tienen una mayor dificultad en comprender la emoción y ha argumentado que esto afecta directamente sus interacciones sociales.

A partir de la evidencia científica que concuerda con otros autores además se sugiere que la ausencia de participación en la experiencia social intersubjetiva que presentan los niños con TEA conduce a dos consecuencias importantes: a) fallo para reconocer a las personas como personas con sus propios sentimientos, pensamientos, deseos e intenciones b) dificultad severa en la capacidad para abstraer, sentir y pensar simbólicamente.

Teoría de la Mente

Este concepto fue propuesto por Premack y Woodruff (1978), quienes conceptualizan como una teoría integrada por sistemas de inferencias; por dos razones específicas el primero porque estos estados no pueden observarse directamente, y segundo por la funcionalidad del sistema para hacer predicciones, de forma específica, acerca del comportamiento de otros organismos.

El concepto de esta teoría hace referencia a la capacidad para comprender la existencia de estados mentales (deseos, creencias, pensamientos, ideas, sentimientos, etc.) y atribuir esos estados mentales a uno mismo y a los demás. Asimismo, ser capaz de emplear esta competencia en la predicción de situaciones derivadas del comportamiento de los demás, siendo importante esta teoría en el desarrollo adecuado de la cognición socioemocional y el desarrollo de una conducta social competente (Jodra, 2014).

La teoría de la mente es necesaria para la experiencia de la mente de los seres con mente, entonces cualquier persona que no disponga de una teoría como esta también carece de autoexperiencia y de experiencia de los otros; sin embargo, los niños ganan posesión de una teoría de la mente solo cuando están cerca de los cuatro años (Gallagher, 2014).

La mayor amplitud de investigación sobre la teoría de la mente la desarrolla Simon Baron-Cohen, Alan Leslie y Utah Frith (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985) para evaluar la capacidad de mentalización utilizan el test de Sally y Anne donde concluyen mientras los niños con desarrollo típico y con Síndrome de Down aciertan la pregunta principal del test , más 80% de las personas con TEA fallan en el test sin embargo las personas con autismo nunca fallan en la pregunta ¿dónde está la pelota en realidad?, ya en este caso no se tiene que poner en lugar de otra persona, sino describir lo que está pasando en realidad. Con estos resultados se podría concluir que la persona con autismo no ha desarrollado una teoría de la mente en la que no diferencia entre su pensamiento y el pensamiento de la muñeca Sally (Jordan, 2014). La mayor parte de personas con autismo tienen dañada esta capacidad de mentalización o teoría de la mente, padecerían una especie de ceguera ante las mentes de los demás e incluso ante la propia (Severgnini, 2006). Esta ceguera podría explicar muchos del déficit que presentan estas personas a nivel social y comunicativo.

En 1995 Baron- cohen afirman que las funciones sociales y comunicativas que se ven afectadas por el déficit de “lectura mental” son los siguientes: incapacidad para tener en cuenta lo que otra persona sabe, incapacidad para hacerse amigos “leyendo” y respondiendo a intenciones, incapacidad para “leer” el nivel de interés del oyente por nuestra conversación, incapacidad de detectar el sentido figurado de la frase de un hablante, incapacidad para anticipar lo que otra persona podría pensar de las propias acciones, incapacidad para comprender malentendidos, incapacidad para engañar o comprender el engaño, incapacidad para comprender las razones que subyacen a las acciones de las personas, incapacidad para comprender reglas no escritas o convenciones, carecen del uso y la comprensión del gesto de señalar con el objeto de compartir la atención (protodeclarativo) pero no con el objetivo de señalar para conseguir un objeto deseado (protoimperativo) .

A modo de conclusión podemos decir que la teoría de la mente está relacionada a una incapacidad del niño de leer la mente de sí mismo y de otro, esto implica hacer uso de actitudes proposicionales como el uso de creencias, deseos, intenciones, sentimientos, entre otros. se evidencia en las personas con TEA que esta incapacidad los limita a llevar actividades que requieren del uso de la teoría de la mente asimismo sugiere explicar las dificultades, variabilidades cualitativas de la persona con TEA.

B. Teorías Neurocognitivas

Teoría de la Coherencia Central Débil.

Es una de las teorías que ha intentado explicar los déficits que presentan las personas con autismo (Frith, 1989; Happé, 1999). Según esta teoría las personas con desarrollo neurotípico poseen una tendencia natural a integrar la información que perciben en un todo, las personas con autismo observan el mundo de forma fragmentada, centrándose mucho más en los detalles que en el todo. Esta manera de percibir la información provoca dificultades importantes en el terreno socioemocional, ya que hay muchas claves en el entorno que nos permiten desenvolvernors de forma adecuada en contextos sociales e interacciones interpersonales.

Las investigaciones demuestran la existencia de una coherencia central débil en personas con autismo y puede explicar la existencia de algunas características que presentan estas personas como la literalidad en las conversaciones, los islotes de capacidades y la gran memoria mecánica.

Teoría de la disfunción ejecutiva

Los postulados teóricos plantean como causas primarias del autismo un déficit en la función ejecutiva la cual es responsable del control, la inhibición del pensamiento y la acción. Estas funciones son importantes para acciones motoras sencillas, así como como para planificar y

ejecutar pensamientos e intenciones complejas como la inferencia social, motivación, ejecución de la acción, e incluso lenguaje (Russel y Ozonoff, 2000).

Dowsett y Livesey (2000) refieren que estas habilidades se han vinculado hace muchos años a los lóbulos frontales del cerebro, que están formados por la corteza frontal y la corteza prefrontal. Las investigaciones con respecto a esta última pueden repercutir según el caso en la planificación y toma de decisiones (Stuss y Benson, 1986a, 1986b), en la organización temporal deficitaria (Fuster, 1997), el déficit en la memoria de trabajo (Goldman-Rakic, 1998) o en problemas en la capacidad de inhibición (Cabaret et al ,1999). Así también otras estructuras cerebrales como el sistema Límbico repercuten en las Funciones Ejecutivas (Monchi et al , 2006).

2.1.2. Psicología Positiva

El surgimiento de una nueva área de la psicología denominada psicología positiva fue dada por distinguidos psicólogos como Seligman, Csikszentmihalyi , Dinner y otros quienes desarrollaron investigaciones sobre optimismo, felicidad, satisfacción con la vida, bienestar, emociones placenteras, amistad, confianza, ilusiones positivas, sabiduría, estados de excelencia creatividad, eminencia y determinación personal abriendo el campo de estudio de esta nueva psicología que busca una visión integral del ser humano (Alarcón, 2009).

La psicología del siglo pasado estuvo orientada a estudiar las patologías del comportamiento, problemas, siendo este énfasis por la conducta anormal que descuido al ser humano con totalidad sin otorgarle un estudio de las características positivas siendo esta la motivación de la psicología positiva. Ante esto Seligman y Csikszentmilhalyi (como se citó en Alarcón, 2009) refieren que la psicología positiva busca canalizar un cambio de enfoque que se preocupe no solo en reparar los peores males de la vida, sino orientar a la psicología a promover

el mejoramiento de la calidad de vida y a prevenir psicopatologías, a estudiar rasgos positivos de los individuos y desarrollar cualidades positivas, fortalezas y virtudes. Sin embargo, ambos enfoques aportan al estudio del ser humano ya que ambos abordan diferentes elementos de estudios que se complementan entre sí. Así refiere Seligman (2003), “la psicología positiva es un complemento de la psicología negativa, no es un sustituto” (p .380).

El modelo de la psicología positiva concede al ser humano desde una visión optimista y alentadora de ahí que definirla involucro un cambio de paradigma, de este modo Seligman y Cristopher (como se citó en Sánchez, 2015) definen a la psicología positiva como:

El estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que faciliten su desarrollo y los programas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología. (p. 4).

2.1.3. Perspectivas en el estudio de bienestar

El bienestar es un constructo que ha sido investigado con mayor frecuencia en las últimas décadas y ha sido utilizado con diferentes términos para su aproximación conceptual, creándose dos grandes tradiciones (Díaz et al., 2006).

Es así, que Ryan y Deci (como se citó en Pérez ,2017) por un lado se encuentra el bienestar hedónico, el cual comprende conceptos como calidad de vida, satisfacción con la vida y felicidad: y, por otro lado, se utiliza el bienestar eudaimónico, que se relaciona con el potencial humano. El término de bienestar subjetivo es el principal representante de la primera tradición; y el bienestar psicológico, el de la segunda (Keyes, et al, 2002).

Estas dos grandes concepciones han llevado a ver la complejidad y la poca claridad del constructo que muchas veces se confunde el concepto de ambas terminologías considerándolas

equivalentes es así que Keyes, Shmotkin y Ryff, (como se citó en Tomateo, 2019) cabe mencionar que ambas corrientes (bienestar subjetivo y bienestar psicológico) se encuentran relacionadas, pero al mismo tiempo guardan diferencias a nivel empírico.

A Partir de lo expuesto, se desarrolla brevemente ambas tradiciones de bienestar, y se desarrolla el modelo vinculado a la tradición eudaimónica, considerando el modelo multidimensional de bienestar psicológico como fundamento de este estudio, el cual parte de vertientes de investigaciones enfocado a estudiar y desarrollar el potencial humano.

2.1.3.1. Bienestar subjetivo

Las concepciones de bienestar parten de la evaluación de elementos positivos con carácter cognitivo, afectivo que apuntan a indicar las primeras definiciones del bienestar.

Satorre (2013) considera que el bienestar subjetivo hace referencia a los pensamientos y sentimientos de las personas con respecto a sus vidas y a las conclusiones que consiguen al evaluarla. Asimismo, este autor denomina felicidad al bienestar que comprende de elementos positivos (experimentar satisfacción con la vida y emociones agradables).

Por otra parte, Martin (2016) refiere que el bienestar subjetivo o bienestar hedónico es uno de los dos tipos de bienestar. Es más primario, sensorial, inmediato y menos duradero. Tiene que ver con la búsqueda de diferentes satisfacciones y placeres y la huida del dolor o de lo que proporciona displacer. En este sentido una definición más actual y que refuerza lo señalado es propuesta por Diener et al. (2015) quienes consideran al bienestar subjetivo como las evaluaciones que realizan las personas sobre sus vidas, el grado en que sus valoraciones reflexivas y sus reacciones afectivas indican que sus vidas son deseables y que proceden bien.

2.1.3.2. Bienestar psicológico

Las primeras ideas sobre el bienestar psicológico circulan en torno a conceptos como la autorrealización de Maslow (como se citó en Leal y Silva, 2010), el funcionamiento pleno Rogers (como se citó en Leal y Silva, 2010). Esta concepción difiere a la perspectiva hedónica estableciendo un concepto más amplio y complejo, enfocada en el desarrollo personal del individuo.

Otra concepción importante es la que señala Martin (2016) el cual refiere que “El bienestar psicológico es un tipo de bienestar más interno e independiente, duradero y posiblemente de mayor calidad que el bienestar subjetivo, aunque este último también es necesario e importante” (p.14).

Taylor (como se citó en Leal y Silva, 2010) expresa que el bienestar psicológico es parte de la salud en su sentido más general y se manifiesta en todos los ambientes de la actividad humana. Cuando una persona se siente bien es más productivo, sociable, creativo, posee una proyección futura positiva, infunde felicidad y esta implica la capacidad de amar, trabajar, relacionarse socialmente y controlar el medio.

Asimismo, Sandoval et al. (2017) consideran que el bienestar psicológico representa una experiencia personal que se va construyendo a partir del desarrollo psicológico del individuo y de su capacidad para relacionarse de forma positiva e integrada con sus experiencias de la vida, valiéndose de criterios positivos y no solo de la ausencia de elementos negativos.

Para Sánchez-Cánovas (1998) el bienestar psicológico hace referencia al sentido de felicidad o bienestar, la cual es una percepción subjetiva de la propia vida, tomando en cuenta cuatro aspectos generales como: percepción personal del bienestar, bienestar en el trabajo,

bienestar económico y bienestar en la relación de pareja, todos estos componentes suman a un estado de satisfacción plena.

Por otro lado, Martin y Boeck (2004) refieren que el bienestar psicológico puede ser definido si se toma en consideración la inteligencia emocional, pues la primera es inexistente si la segunda esta desequilibrada. Al estudiar la inteligencia emocional es posible definirla en base a la comprensión de las emociones, saber dirigir las emociones, manejar el potencial existente, ponerse en el lugar del otro, promover relaciones sociales. Es importante ver al individuo de manera integral y considerando la etapa de desarrollo en la que se encuentra, las actividades que realiza y los roles que tiene. Al tomar dichos factores en consideración, es importante mencionar las distintas etapas de desarrollo que equivalen a retos particulares y que, para sobrellevarlos, el ser humano debe contar con condiciones y características mínimas (Ryff y Singer, 2001).

En consecuencia, tomando como referencia la postura hedónica y eudaimónica al respecto Seligman (como cito en Alberola ,2018) menciona que el bienestar consiste en una composición de sentirse bien, encontrar sentido en actividades que nos agraden, así como poseer relaciones positivas con los demás, además de alcanzar objetivos importantes en la vida.

2.1.3.3. Modelo Multidimensional de bienestar psicológico.

El bienestar ha sido tema de interés de diversas disciplinas y campos de la psicología y se ha relacionado con felicidad, calidad de vida y salud mental, así como con distintas variables personales y contextuales asociadas. En la psicología, la mayor parte de las influencias en la definición del concepto provienen de modelos de desarrollo y de ciclo vital, así como de modelos motivacionales y de la psicología positiva como se observa en las construcciones teóricas de (Ryff y Keyes, 1995).

A pesar de su relevancia teórica, ninguna de ellas llegó a tener un impacto significativo en los estudios de bienestar, ya que no guardan equivalencia, así como los conceptos de felicidad y bienestar, según (Alarcón, 2006) refiere estar bien no denota que estas feliz, estar subjetivamente bien expresa el estado homeostático del sistema psicológico de la persona, refleja estabilidad y equilibrio psicofísico. Este estado es necesario, es un componente importante de la felicidad total.

Las definiciones de los vocablos *bienestar* y *felicidad* hacen ver que no son sinónimos, son terminologías completamente distintas. Sin embargo, al ser una variable muy compleja y rica que expresa por sí misma un estado homeostático y es un componente básico de la vida feliz, sumada a ello nuevas investigaciones de fiabilidad y validez en los procedimientos de medida, demás que busca el desarrollo total del ser humano. Es por ello se toma una la teoría de Ryff y Keyes como un modelo de explicación más aceptable. Ryff (1989) propone el término de bienestar psicológico como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo.

En el modelo de Ryff las dimensiones planteadas son consideradas como índices de bienestar propiamente dichos más que predictores del bienestar. Por otra parte, la misma Ryff también construyó un cuestionario para evaluar las seis dimensiones del bienestar, el cual han sido recientemente adaptado al castellano (Vázquez, 2009).

2.1.3.4. Dimensiones del Bienestar Psicológico

Ryff (1989a; 1989b) considera un modelo multidimensional conformado por seis dimensiones acerca del bienestar psicológico: auto – aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Según este modelo, el bienestar psicológico se va desarrollando a lo largo de nuestra vida, y está dirigido a la

perfección, que representa el desarrollo del verdadero potencial de cada individuo según Ryff y Singer (como se citó en Ballesteros et al, 2006).

- a. **La auto aceptación:** comprende el grado en que el individuo se siente satisfecho con sus cualidades. Asimismo, Ryff (2014) refiere que la auto aceptación consiste en sentirse bien con uno mismo, a pesar de las limitaciones individuales.
- b. **Relaciones positivas:** Definida como “la capacidad de mantener unas relaciones con otras personas basadas en la confianza mutua y empatía” (Ryff, 1989, p.1072). Las personas autorrealizadas, sienten afecto por los demás y son capaces de brindar amor, establecer fuertes lazos de amistad y se identifican más con los otros (Ryff, 1989).
- c. **La autonomía:** Representa una cualidad esencial que posibilita el sostenimiento de la individualidad en diversos contextos sociales, fundamentándose en las convicciones personales, la propia independencia y autoridad personal (Vielma y Alonso, 2010).
- d. **El dominio del entorno:** comprende la capacidad del individuo para manejar de modo efectivo su entorno, según Montes (2018), además de elegir o establecer condiciones favorables para la satisfacción de los propios deseos y necesidades.
- e. **Crecimiento personal:** Esta dimensión se entiende como el empeño que cada individuo tiene “para optimizar sus habilidades, para seguir progresando como persona y llevar al máximo sus capacidades” según Keyes (como se citó en Díaz et al, 2006, p.5). Así también Altamirano refiere “el crecimiento personal se refiere a la capacidad de conocer nuestro potencial y saber cómo desarrollar nuevos recursos y Fuerzas” (2013, p.80).
- f. **Propósito de vida.** - Las personas necesitan tener metas y proyectos que les permitan dotar su vida de un cierto sentido (Ryff, 1989). Este no solo aparece en ausencia de

dificultades, sino que puede surgir ante situaciones críticas que cuestionan la existencia (Ryff y Singer, 1998b).

El concepto de propósito hace referencia a tener la voluntad de lograr una meta, cumplir alguna función establecida o el lograr de algún objetivo, esto puede estar basado en los valores de referencia de cada persona. “Los proyectos personales son aquellas actividades que las personas piensan o planean llevar a cabo” (Casullo, 2002, p.46).

2.1.4. La familia

Son varias las definiciones que existen sobre la familia. Desde el punto de vista biológico, legal, etc. Desde el punto de vista social, se considera como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas (Real Academia de la Lengua Española [RAE], 2008). Se menciona dicha definición ya que es necesario identificarla desde un enfoque educativo y al mismo tiempo general. Desde el punto de vista psicológico se define como un grupo de personas íntimamente unidas, que conforma profundamente la personalidad de sus miembros (Merani, 1976).

Para Ortiz y García (2013), consideran que la conceptualización de familia es un constructo personal y social dentro de la cual se desarrollan los miembros, es así que refiere “Dependiendo de la noción que se tenga de familia, la mirada variará de un lugar a otro. Como grupo, la familia está considerada como un conglomerado de sujetos que viven el día a día y de esta manera sobreviven. Como institución social, es en la que los sujetos captan normas, conductas y patrones que aseguran su socialización” (p.6).

Por otro lado, para Palacios y Rodrigo (2003), sostienen que la familia a diferencia de otros autores como un conjunto de personas integradas y comprometidas, estos autores refieren al respecto “Es la unión de personas donde se generan fuertes sentimientos de pertenencia, existe un

compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad e independencia” (p. 33).

Tomando en cuenta las diversas definiciones Zavala (2001) define a la familia como el conjunto de personas que viven juntas, relacionadas unas con otras, que comparten sentimientos, responsabilidades, informaciones, costumbres, valores, mitos y creencias. Cada miembro asume roles que permiten el mantenimiento del equilibrio familiar. Es una unidad activa, flexible y creadora, es una institución que resiste y actúa cuando lo considera necesario. Red de relaciones vividas. La familia como institución social es un sistema de fuerza que constituye un núcleo de apoyo para sus miembros de la comunidad.

2.1.4.1. Tipos de Familia

Para Ortiz y García (2013) la tipología de la familia se establece de la siguiente manera (P.92-98):

a. Tradicional:

- Familia nuclear: conformada por padres e hijos unidos por lazos de consanguinidad y conviven bajo el mismo techo.
- Familia extensa – completa: Integrada por una pareja con o sin hijos y tres generaciones (los dos abuelos, padres y nietos)
- Familia extensa – incompleta: Integrada por uno de los abuelos (Porque la otra falta), los padres y los nietos.
- Familia ampliada: se deriva de las anteriores, cuando además conviven miembros no consanguíneos como vecinos, ahijados, compadres, paisanos.

- Familia extendida: Conformada por la familia de padres e hijos, más tíos más sobrinos, es aquella que crece hacia los lados.

b. De nuevo tipo:

- Familia simultánea: un miembro de la pareja o ambos miembros de la pareja, tienen hijos de la relación anterior, más los hijos de ambos “los tuyos, míos y los nuestros”.
- Familia padrastal o madrastal: El hombre o la mujer cumple con funciones parentales de los hijos de la nueva pareja.
- Familia monoparental: Uno de los padres se hace cargo de los hijos por separación, muerte o abandono.
- Familias homosexuales: relación estable de una pareja del mismo sexo. Los hijos de estas parejas vienen de relaciones heterosexuales previas, adopción, procreación in vitro o alquiler de úteros.

2.1.4.2. Funciones de la familia:

Romero et al (como se citó en Zavala, 2001) refiere que cada persona tiene necesidades que debe satisfacer y que son muy importantes para su calidad de vida. La familia es el primer lugar en donde el niño aprende a satisfacer esas necesidades que, en el futuro, le servirán de apoyo para integrarse a un medio y a su comunidad, y las principales funciones de la familia son:

- La función biológica, que se cumple con la prolongación de la especie, que se basan en el afecto el apoyo y el amor que se proyecta en los hijos. La sociedad regula la reproducción en base a reglas, que permiten dar las condiciones adecuadas para el embarazo, el nacimiento y la crianza de los hijos.

- La función económica, la cual se cumple cuando una familia entrega la posibilidad de tener vestuario, educación y salud.
- La función educativa, que tiene que ver con la transmisión de hábitos y conductas que permiten que la persona se eduque en las normas básicas de convivencia y así pueda, posteriormente, ingresar a la sociedad.
- La función psicológica, que ayuda a las personas a desarrollar sus afectos, su propia imagen y su manera de ser.
- La función afectiva, que hace que las personas se sientan queridas, apreciadas, apoyadas, protegidas y seguras.
- La función social, que prepara a las personas para relacionarse, convivir, enfrentar situaciones distintas, ayudarse unos con otros, competir, negociar y aprender a relacionarse con el poder.
- La función ética y moral, que transmite los valores necesarios para vivir y desarrollarse en armonía con los demás.

2.1.4.3. Centro Ann Sullivan del Perú y la familia.

El Centro Ann Sullivan del Perú (CASP) es una asociación sin fin de lucro que brinda educación integral a las personas con habilidades diferentes y sus familias, incluye programas que abarcan toda la vida de sus estudiantes bajo el enfoque de enseñanza del Currículum funcional - natural (CFN) para lograr una inclusión total a la vida (casa, escuela, trabajo y comunidad) y logren ser personas independientes productivas y felices.

El enfoque del CASP está fundamentado en el CFN, creado por Judith Leblanc y el equipo de profesionales en 1985, cuyo objetivo es la enseñanza de habilidades a través de la educación

individualizada que les permita al estudiante ser una persona independiente, productiva y feliz. Los aspectos que incluyen el CFN son la elección de objetivos para cada estudiante; plan educativo individual, cambio de actitud de las personas, aplicación de procedimientos positivos de enseñanza y conductas apropiadas, capacitación a familias y profesionales quienes suman un compromiso arduo en equipo para el logro de metas de incluirlos en el mundo real con éxito en la vida (Mayo y LeBlanc, 2014).

El CASP concibe a la familia como socios de la enseñanza, son los padres de familia son quienes pasan la mayor parte de tiempo del día con sus hijos, son ellos junto a los profesionales son el equipo perfecto (Poder de 2) para enseñar a sus hijos y el éxito de aprendizaje depende de la consistencia y persistencia en la enseñanza. Es así que en las investigaciones realizadas por Mayo y LeBlanc (2014) enfatiza que la familia debe participar de forma activa en la educación de sus hijos, por ello uno del principio en que se basa el centro es el 70/30 que refiere que el 70% de enseñanza les corresponde a las familias y el 30% a los especialistas

Tomando en cuenta ello las familias están comprometidas en la educación de sus hijos es así que reciben 171 horas de formación anual. La capacitación a familias junto a su hijo incluye capacitaciones tanto en el aula y/o comunidad cada 15 días, así también 4 entrenamientos en casa en total al año donde los profesionales van a la casa del estudiante y hacen un seguimiento de la enseñanza de habilidades del alumno, condiciones del ambiente, habilidades y conductas apropiadas que sabe o necesita aprender también se entrena a las familias para poder ser ellos quienes enseñen a sus hijos. Asimismo, los padres participan en las escuelas de familias tanto en grupos grandes (auditorio) y grupos pequeños (aulas) donde se abordan temáticas en función a las necesidades de las familias y los estudiantes, los padres tienen una participación activa donde se les presenta información y se responden preguntas, se realizan de juegos de roles, análisis de casos,

diálogos conversacionales entre otros brindándole estrategias para superar las dificultades y estimular el desarrollo en sus hijos.

Como parte del trabajo con familias este se fundamenta en el Curriculum Funcional-Natural de la Familia (CFNF) desarrollado por el CASP el cual consta de una lista de objetivos distribuidos en tres categorías como son enseñanza de habilidades, trato como cualquier otra persona y enseñanza de conductas apropiadas, cada categoría contiene a su vez objetivos específicos. Cada familia tiene un plan educativo individual (PEIF) a partir de la evaluación del CFNF se elige objetivos prioritarios que la familia necesita aprender para ser los mejores padres/maestros de sus hijos.

En esta línea de trabajo con familias encontramos a Mellado (2014) quien realizó una investigación en el CASP, quien resalta la importancia de la participación de la familia a través de las escuelas de familia en este estudio longitudinal de seis años (2005 – 2010), encontró que el papel de la familia es relevante en la educación de sus hijos y su posterior éxito en la vida ; puesto que la familia debe comprender los principios de la conducta y ser capaces de utilizarlos en las situaciones de la vida diaria, tanto para superar las dificultades en la enseñanza como en el control de las conductas inadecuadas que puedan presentarse. Que la familia participe de la capacitación mediante las Escuelas de Familia, ayudará a lograr estas metas. Cabe destacar que una Escuela de Familias que fomente una mayor participación será de gran beneficio para mejorar el clima familiar, reducir el estrés y establecer relaciones más saludables entre los miembros de las familias que tienen como uno de sus integrantes a una persona con habilidades diferentes.

En cuanto a la relación sobre las clases de familias, el CASP alberga a varios tipos de familias desde familias nucleares, monoparentales, extensas, extendidas las cuales están

comprometidas en la educación y el CASP le brinda capacitación a través de entrenamientos, escuelas de familias y encuentros de hermanos (otro pariente cercano) donde involucra activamente a cada miembro en la educación de la persona con TEA. Con respecto a la relación del clima social familiar concebido con la percepción que tiene cada miembro de la familia con respecto a su relación, comunicación interacción y logro de metas; el CASP trabaja de manera contingente a través de las capacitaciones a familias, programas de familias, talleres y programas de madres como el “apóyate a ti mismo” donde se les brinda estrategias y apoyo socioemocional el cual influye directamente en el clima social de todos los miembros.

A modo de conclusión es fundamental dentro de los programas educativos para personas con TEA , incluir y capacitar a las familias en la educación de sus hijos ya que ellos son los principales actores en la vida de la persona con TEA , son quienes guían su educación y éxito en la vida , el trabajo con familias en el CASP promueve un soporte fundamental que les brinda estrategias, pautas de cómo enseñar a sus hijos habilidades y conductas apropiadas e involucrarlos con éxito a la sociedad lo cual influye a su vez en fortalecer relaciones sociales saludables y positivas entre los miembros mejorando su calidad de vida.

2.1.5. Clima social familiar

Según Moos et al (como se citó en Estévez et al ,2008) se define al clima social familiar como:

“La percepción compartida que tiene padres e hijos acerca de las características socio ambientales y físicas de la familia, como la presencia e intensidad de conflictos familiares,

la calidad de la comunicación y expresividad de opiniones, sentimientos entre los miembros de la familia, y el grado de cohesión afectiva entre ellos” (p.120).

Kemper (2000) define al clima social familiar como las relaciones interpersonales que se establecen entre los integrantes de la familia, lo que involucra aspectos de desarrollo, de comunicación, interacción y crecimiento personal, lo cual puede ser fomentado por la vida en común. También consideran la estructura y organización de la familia, así como el grado de control que regularmente ejercen unos miembros sobre los otros.

Para Zavala, en el 2001 sostiene que el clima social familiar se conceptualiza como la armonía y el bienestar generado de la interacción de los miembros de la familia, el cual se ve reflejado en el grado de comunicación, unión y organización de todos miembros. A partir de ello podemos referir que el clima social familiar proyecta una atmosfera familiar general el cual es percibido por los integrantes de la familia, generado por las características típicas de su dinámica.

A modo de conclusión podemos decir que el clima social familiar es la percepción que cada miembro de la familia tiene sobre sí misma y esta a su vez influye en el comportamiento dependiendo el tipo de interacción que tengan, así también como refiere García (2005) el tipo de interacción familiar ejerce influencia en sus diferentes etapas de vida, facilitando o dificultando las relaciones en las diferentes esferas de actividad: educativa, formativa, social y familiar.

2.1.5.1.La Teoría del clima social familiar de Moos

El modelo del clima social familiar de Moos prepondera las relaciones interpersonales entre los miembros, en la dirección de desarrollo individual dentro del seno familiar y de su organización estructural. Por lo que Moos (Como se citó en Chuquinajo, 2014) señala que el clima familiar es un determinante definitivo en el bienestar de la persona, puesto que avista una

complicada combinación de variables organizacionales, físicas y sociales; las mismas que influirán rotundamente sobre el desarrollo individual de la persona.

La escala de clima social en la familia tiene como fundamento a la teoría del clima social de Rudolf Moos (1984), quien tiene como base teórica a la psicología ambientalista según Zavala (2001).

a. La Psicología Ambiental

Comprende una amplia área de investigación relacionada con los efectos psicológicos del ambiente y su influencia sobre el individuo. También se puede afirmar que esta es un área de la psicología cuyo foco de investigación es la interrelación del ambiente físico con la conducta y la experiencia humana. Este énfasis entre la interrelación del ambiente y la conducta es importante; no solamente los escenarios físicos afectan la vida de las personas, los individuos también influyen activamente sobre el ambiente como lo refiere Holahan (como se citó en Kemper, 2000).

Para Moos (1974), el ambiente es un determinante decisivo del bienestar del individuo; asume que el rol del ambiente es fundamental como formador del comportamiento humano ya que este contempla una compleja combinación de variables organizacionales y sociales, así como también físicas, las que influirán contundentemente sobre el desarrollo del individuo.

2.1.5.2. Dimensiones del clima social familiar

Moos y Trickett (Como se citó en Zavala, 2001) refieren que la teoría del clima social familiar está conformada por tres dimensiones: Relación, Desarrollo y Estabilidad, que se muestran a continuación:

1. Relación: Evalúa el nivel de comunicación, expresión e interacción en la familia. Está integrada por 3 sub escalas:

-Cohesión (CO), grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan entre sí.

- Expresividad (EX), grado en que se permite y anima a los que conforman la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.

- Conflicto (CT), grado en que expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto que pueda presentar internamente la familia.

2. Desarrollo: Evalúa la importancia al interior de la familia de ciertos procesos de desarrollo personal que pueden ser fomentados o no, por la vida en común. Comprende 5 sub escalas:

-Autonomía (AU), el grado de seguridad en sí mismos dentro de la familia, y toman sus propias decisiones.

-Actuación (AC), el grado de los miembros de acuerdo a sus actividades, se orientan a la acción o competencia, como la escuela, el trabajo.

-Intelectual – Cultural (IC), grado de interés en actividades sociales, intelectuales y culturales.

- Social- Recreativo (SR), grado de las actividades de acuerdo a la participación en las actividades, como hobbies, deportes, etc.

- Moralidad – religiosidad (MR), importancia que se da a la práctica de valores éticos y la religión.

3. Estabilidad: Facilita información necesaria de la familia acerca de su estructura y organización, también por el grado de control que ejercen algunos miembros sobre otros en la familia. Está compuesta por 2 sub escalas:

- Organización (OR), importancia que se da a la organización y planificación las actividades y responsabilidades de la familia.

- Control (CN), gradúa la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos dentro de la familia.

Capítulo III

Método

3.1. Tipo de Investigación

En la presente investigación, el enfoque es cuantitativo corresponde a un tipo de investigación no experimental del tipo correlacional. El diseño que se empleo fue transversal, con un solo corte muestral. Este estudio tiene como finalidad conocer el grado de asociación que existe entre estas dos variables a estudiar entre clima social familiar y bienestar psicológico en los padres de hijos con TEA, sin manipular las variables implicadas, observándolas en su contexto natural (Hernández et al, 2017).

3.2.Ámbito Temporal y espacial

El presente estudio se desarrolló durante el periodo de junio a diciembre en el año 2019, en una Institución Educativa Privada para personas con Habilidades diferentes, ubicada en el distrito de san Miguel, provincia de lima.

3.3.Variables

3.3.1. Clima social familiar

Definición Conceptual:

Según Moos y Trickett (como se citó en Esteves et al, 2008) refieren que el clima social familiar “Es la percepción compartida que tienen padres e hijos acerca de las características socio ambientales y físicas de la familia, como la presencia e intensidad de conflictos familiares, la

calidad de la comunicación y expresividad de opiniones, sentimientos entre los miembros de la familia, y el grado de cohesión afectiva entre ellos” (p. 120).

El test consta de tres dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad.

A. Relaciones: Mide el grado de comunicación y libre expresión al interior de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Tiene tres áreas:

- Cohesión (CO) Mide el grado en el que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí.
- Expresividad (Ex) Explora el grado en el que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.
- Conflictos (CT) Grado en la que se expresan libremente y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

B. Desarrollo: Evalúa la importancia que tiene dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común. Tiene cuatro áreas:

- Autonomía: Grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.
- Actuación (AC): Grado en la que las actividades (Tales como en el colegio o en el trabajo) se enmarca en una estructura orientada a la acción- competencia.
- Intelectual-Cultural (IC): Grado de interés en las actividades de tipo político, intelectual cultural y social.

- Moralidad-religiosidad: Importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.
 - Social recreativo (SR) grado de participación en este tipo de actividades.
- C. Estabilidad: Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. Tiene dos áreas:
- Organización (OR) Importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
 - Control (CN) Grado en el que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimiento establecidos.

Definición Operacional

El clima social familiar es evaluado a través de la Escala de clima social familiar (FES) de R.H. Moos, estandarizado por César Ruiz Alva - Eva Guerra (1993), en lo que respecta a las dimensiones: Relación, Desarrollo y Estabilidad.

3.3.2. Bienestar psicológico

Definición Conceptual

García-Viniegras y González (2000) definen “El bienestar psicológico como un constructo que expresa el sentir positivo y el pensar del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y se relaciona estrechamente con aspectos particulares del ser humano” (pag.73).

Definición Operacional

El bienestar psicológico de los padres de familia con hijos diagnosticados con TEA se identificó a través de las puntuaciones obtenidas en el modelo multidimensional del bienestar psicológico creada por Ryff (1989), adaptada por Casimiro (2016). Dentro de la integración teórica se definen 3 dimensiones por las cuales se puede evaluar el continuo positivo negativo del bienestar psicológico de una persona: Dominio del entorno y relaciones positivas, Autonomía y crecimiento personal y por último el tercer factor, Auto aceptación y propósito en la vida.

Variable de control:

Sexo (Femenino, masculino) y edad (30 a 45, 46 a 61).

3.4. Población y muestra

La población estuvo constituida por 407 familias de estudiantes con habilidades diferentes de diversos diagnósticos y de programas de aulas regulares, inclusión escolar y escuela intensiva a familias de una Institución educativa privada de la ciudad de Lima. Para el presente estudio se estimó la muestra de 95 Padres con hijos con TEA, en el proceso de educación hasta el año lectivo 2019.

El muestreo que se utilizó es no probabilístico de tipo intencional ya que la población se encuentra conformada por padres con hijos con habilidades diferentes de distintas condiciones (Síndrome de Down, Parálisis Cerebral, Déficit cognitivo, Trastorno del espectro autista, entre otros), de los cuales solo se trabajó en este estudio con Padres de hijos con TEA.

- **Criterios de inclusión:** Aceptación voluntaria, Padres de hijos con TEA, Padres con hijos de 5 a 18 años, Padres de alumnos con TEA que asistan al programa regular, escuela intensiva e inclusión escolar.

- **Criterios de exclusión:** Padres que no dan su consentimiento y los que no quieran colaborar con responder a los instrumentos psicológicos, Padres de hijos con otras condiciones (Síndrome de Down, Síndrome de Tourette, Déficit cognitivo, entre otros); Padres de hijos con TEA menores a 5 años y mayores a 18 años, Padres de consultoría o evaluación.

3.4.1. Características de la muestra

En la tabla 2 se muestra la distribución de la muestra de estudio según el género observándose que el 72.6 %de la muestra seleccionada es del género femenino y el 27.4% es de género masculino.

Tabla 2

Distribución de la muestra según género

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Femenino | 69 | 72.6 |
| Masculino | 26 | 27.4 |
| Total | 95 | 100.0 |

Asimismo, en la tabla 3 se observa las edades etarias que se distribuyen en intervalo de dos etapas por homologación, un primer grupo de 30 a 45 años con un porcentaje de 50.52% y un segundo grupo de 46 a 61 representando el 49.48%.

Tabla 3*Distribución de la muestra según edad*

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| De 30 a 45 años | 48 | 50.52 |
| De 46 a 61 años | 47 | 49.48 |
| Total | 95 | 100.0 |

3.5. Instrumentos

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (adaptada por Casimiro, 2016)

Esta escala fue creada por Riff y Keyes en 1995 con el fin de diagnosticar el bienestar psicológico que expresa el sentir positivo y el pensar del ser humano acerca de sí mismo. Adaptada por van Dierendonck (2004) y traducida al español por Díaz et al. (2006) reportada con 29 ítems.

Casimiro (2016) plantea una versión reducida de la prueba compuesta de 19 ítems, la cual parte de la propuesta de Díaz et al. (2006), esta prueba puede ser administrada de manera individual o colectiva, mantiene el tipo de respuesta Likert de la escala original que va del 1 al 6, donde 1 es totalmente desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo; se reagrupa a las seis dimensiones originales (Auto aceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, crecimiento personal y propósito de vida) a tres dimensiones contienen los siguientes ítems *Dominio del entorno y relaciones positivas* con los Ítems 1,5,6,9, *11,12,17; *Autonomía y crecimiento personal*, sus ítems *2, *4, *7, *8,10,13, *15,16 y el tercer factor *Auto aceptación y propósito en la vida* conformado por los ítems 3,14,18,19. De acuerdo al puntaje de cada alternativa (1 al 6) y tomando en cuenta

los ítems invertidos se realiza la sumatoria y se obtienen el puntaje total; la autora no reporta los baremos por lo cual en este caso los puntajes fueron divididos mediante los percentiles elegidos.

Tal como se señala Casimiro, se presenta las propiedades psicométricas de consistencia interna a través del alfa de Cronbach fue de 0.83 en total, para cada factor, dominio *del entorno y relaciones positivas* (0.78) y los coeficientes de correlación ítems- test alcanzaron valores a 0.36 a 0.58, *factor autonomía y crecimiento personal* (0.77), (Ítem - Test 041 – 0.60) y por último el factor *Auto aceptación y propósito en la vida* (0.82), (Ítem - Test 042 – 0.63). La validación de constructo a través del análisis factorial extrayendo 3 factores, empleando el análisis de componentes principales con rotación Varimax. Los criterios fueron una determinante de la matriz de correlaciones de $6,283 \text{ E} - 5$, con una medida de adecuación KMO de 0.76 ($p > .05$) y una significancia igual a .000 ($p < .05$) lo que demuestra la viabilidad del análisis (Anastasi & Urbina, 1998). Se observa en el análisis de varianza total explicada, que los 3 factores representan el 51.38 %; por lo cual se emplea esta división. Se nombra a 3 factores nuevos de acuerdo a las características de los ítems que la componen.

Escala de clima social familiar de R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickeet

Esta escala fue creada por R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickeet fue adaptada por TEA ediciones en España en 1984. La estandarización en Lima Metropolitana fue realizada por Cesar Ruiz Alva y Eva Guerra (Moos R. T., 1993). La administración es individual o colectiva, el tiempo de aplicación es de 20 minutos en promedio, edad de aplicación de 12 años en adelante. Esta prueba evalúa las características socio ambientales y las relaciones personales en familia. Tipo de respuesta es Dicotómica (Si y No), está conformada por 90 ítems, los cuales evalúan tres

dimensiones y diez áreas: Relación (Áreas: Cohesión, Expresividad, Conflicto), Desarrollo (Áreas: Autonomía, Actuación, Intelectual cultural, Social – Recreativo y Moralidad - Religiosidad) y Estabilidad (Áreas: Control y Organización). La calificación se da de acuerdo a la clave correspondiente. Después se usará el Baremos individual (áreas y categorías) o familiar que servirá para el análisis final de resultado.

La confiabilidad en la estandarización en Lima, se realizó usando el método de Consistencia Interna, los coeficientes de fiabilidad van de 0,88 a 0,91 con una media de 0,89 para el examen individual, siendo las áreas Cohesión, Intelectual - Cultural, Expresión y Autonomía, las más altas. La muestra usada para este estudio de confiabilidad fue de 139 jóvenes con un promedio de edad de 17 años. En el test – retest con 2 meses de lapso los coeficientes eran de 0,86 en promedio variando de 3 a 6 puntos. Así también la validez de la prueba se determinó correlacionando con la prueba de Bell específicamente el área de Ajuste en el hogar y con la Escala Tamai el área familiar, la muestra individual fue 100 jóvenes y de 77 familias, ambos trabajos demuestran la validez de la Escala FES.

Villarduña (2013) realizó en Lima una adaptación de la Escala FES en 450 padres de familia en instituciones Educativas Nacionales del distrito de San Martín de Porres. Se halló la confiabilidad KR- 20, consistencia interna obteniendo 0.84. Asimismo, se determinó la confiabilidad para cada una de las tres dimensiones obteniendo un alfa de Cronbach de 0.91 siendo muy significativa y aceptable. Por otra parte, se realizó la validez de contenido solicitándose 5 jueces expertos los cuales aprobaron los 90 reactivos con un índice de Aiken ($>.001$), sin ser eliminado ningún ítem de la escala FES conservando los ítems del instrumento original. La validez de constructo se realizó a través del análisis factorial exploratorio se obtuvo un KMO y mediante de la prueba de Bartlett un valor mayor a 0.87 y 12747,640 siendo muy significativo conservando

las 10 subescalas de la prueba. Mediante el método de Kaiser se obtuvieron 3 dimensiones denominadas, Dimensión de Relación (alfa = 0,898 y autovalor mayor de 13,965), Desarrollo (alfa = 0,920 y autovalor 5.901) y Estabilidad (alfa = 0,900 y autovalor 2.506) y una varianza máxima de 15.3 y mínima de 2.7. Asimismo, se reporta los baremos correspondientes, para este estudio se estableció reagrupar las categorías en punto de corte en 20 estableciéndose niveles de 49 a menos bajo, de 50 a 80 medio y de 81 a más alto.

Para el presente estudio se revisarán sus propiedades psicométricas de validez y confiabilidad de la escala FES.

3.6. Procedimientos

Se envió una solicitud y se coordinó con el área de investigación y proyectos de la Institución para poder realizar la investigación. Luego se revisó los instrumentos y la administración de los instrumentos, la aplicación se llevó a cabo de modo personal y colectivo con la participación del investigador para dicho propósito.

Seguidamente se les explicó brevemente el consentimiento informado a los participantes a fin de proseguir a la aplicación de pruebas, haciendo énfasis en que la información es confidencial y sus derechos son plenamente respetados en caso se desee participar o no. Luego de la aceptación voluntaria se explicó y aplicó los instrumentos, el cual fue administrada por el autor del estudio en varias sesiones y distintos grupos.

Posteriormente se pasó a enumerar las pruebas y corregir las escalas, los datos obtenidos fueron codificados en la base de datos SPSS. Por último, se concluyó con el análisis estadístico e interpretación de resultados y se discutieron los datos encontrados con relación a los objetivos e hipótesis para finalizar con las conclusiones y recomendaciones.

3.7.Análisis de datos

El procesamiento de los datos se realizó utilizando el programa estadístico Jamovi versión 1.1.9 para Windows (64 bits), se evaluó la consistencia interna de la prueba a partir del coeficiente Alfa de Cronbach, Omega de McDonald y Lambda 6 de Guttman en las puntuaciones obtenidas por las sub-escalas y la totalidad de la prueba para cada variable. Asimismo, se realizó la validez, mediante el criterio de la correlación ítem-total. Se obtuvieron los datos de frecuencia y estadísticos descriptivos, llevándose a cabo pruebas de normalidad a cada una de las variables del análisis para identificar el tipo de prueba estadística a emplear: paramétrica o no paramétrica. Por tanto, las hipótesis de estudio serán puestas a prueba con estadísticos inferenciales, asumiendo una probabilidad de significancia mínima de 0.05 para el rechazo de las hipótesis nulas, así como también se establecerán los tamaños efectos y la potencia de la prueba para el rechazo de la hipótesis nula.

Capítulo IV

Resultados

4.1. Propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación.

4.1.1. Confiabilidad de la Escala de bienestar psicológico (EBP)

Con respecto a la confiabilidad de la EBP, en cuanto a los índices de consistencia interna, tal y cual se reportan en la Tabla 4 fueron adecuados para las dimensiones como para la Escala en mención, con valores oscilantes entre 0.66 y 0.83 como menor y mayor valor respectivamente para la escala Gutmann; y de .649 a .714 para el estadístico Alpha. Esto se traduce en adecuadas evidencias de confiabilidad de las puntuaciones para la prueba con los participantes del estudio.

Tabla 4

Confiabilidad para la EBP

| | Gutmann's $\lambda 6$ | Cronbach's α |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|
| Dominio y relac positivas | 0.827 | 0.660 |
| Aut. y Crec Pers | 0.660 | 0.649 |
| Auto Aceptación | 0.690 | 0.714 |
| Escala General | 0.831 | 0.667 |

Asimismo, en las tablas 5,6 y 7 se muestran los coeficientes de correlación elemento - test de los reactivos de la EBP por dimensiones.

Los valores de la correlación item-test en la dimensión Dominio y Relaciones Personales de la EBP cumplieron con obtener adecuados valores, por encima del 0.20 esperado como

criterio diferencial. Así fueron encontrados cocientes entre 0.248 y 0.619 con el menor y mayor valor, respectivamente reportado, lo cual apunta a evidenciar la validez de las puntuaciones por procesos implícitos de adecuada calibración de los ítems desde el momento preliminar.

Tabla 5

Correlaciones ítem-test para la dimensión Dominio y Relaciones Personales

| Ítem | Media | Desv. Estándar | Correlación ítem-test | Gutmann's λ_6 si se elimina el ítem |
|------------------|-------|----------------|-----------------------|---|
| B1 | 4.579 | 1.181 | 0.248 | 0.827 |
| B5 | 4.979 | 1.229 | 0.379 | 0.826 |
| B6 | 5.042 | 1.138 | 0.619 | 0.774 |
| B9 | 4.874 | 1.205 | 0.390 | 0.811 |
| B11 ⁻ | 4.747 | 1.263 | 0.264 | 0.774 |
| B12 | 5.074 | 0.970 | 0.472 | 0.811 |
| B17 | 4.884 | 1.157 | 0.506 | 0.798 |

Nota : ⁻ ítem invertido

De manera similar, en la tabla 6 se describen los índices de correlación ítem-test para la segunda dimensión de la EBP : Autonomía y Crecimiento Personal fueron consistentes, con valores superiores al .20 esperado como criterio del mínimo valor aceptable. Estos resultados sugieren evidencias de validez extraídas a partir del comportamiento diferencial de los ítems desde las puntuaciones obtenidas con los participantes del estudio, tal y cual como en el caso anterior.

Tabla 6*Correlaciones ítem-test para la dimensión Autonomía y Crecimiento Personal*

| Ítem | Media | Desv. Estándar | Correlación ítem-test | Gutmann's λ_6 si se elimina el ítem |
|------------------|-------|----------------|-----------------------|---|
| B2 ⁻ | 3.642 | 1.604 | 0.629 | 0.613 |
| B4 ⁻ | 3.663 | 1.35 | 0.486 | 0.582 |
| B7 ⁻ | 3.737 | 1.475 | 0.822 | 0.665 |
| B8 ⁻ | 3.895 | 1.317 | 0.718 | 0.637 |
| B10 | 2.600 | 1.620 | 0.247 | 0.649 |
| B13 | 2.758 | 1.464 | 0.388 | 0.609 |
| B15 ⁻ | 3.305 | 1.488 | 0.718 | 0.645 |
| B16 | 2.484 | 1.219 | 0.539 | 0.572 |

Nota : ⁻ ítem invertido

Finalmente, podemos visualizar en la tabla 7 los índices por el mismo método de correlación para la tercera dimensión fueron adecuados, con valores superiores a .30, lo cual hace a la dimensión consistente y evidencia medidas de validez por dicho criterio.

Tabla 7*Correlaciones ítem-test para la dimensión Autoaceptación*

| Ítem | Media | Desv. Estándar | Correlación ítem-test | Gutmann's λ_6 si se elimina el ítem |
|------|-------|----------------|-----------------------|---|
| B14 | 5.305 | 1.042 | 0.343 | 0.715 |
| B18 | 5.253 | 1.081 | 0.709 | 0.244 |
| B19 | 5.284 | 1.117 | 0.580 | 0.393 |

4.1.2. Evidencia de Validez de la EBP

En cuanto a la validez se realizó por correlación dimensiones total. A partir de la Tabla 8 es posible visualizar la existencia de correlaciones directas y significativas, de nivel moderado y alto, con coeficientes de correlación oscilantes entre .462 y .856, lo cual pone en evidencia la

validez de las puntuaciones referidas en la correlación entre las dimensiones y su respectivo constructo.

Tabla 8

Correlaciones entre dimensiones y la Escala general BP

| | BP | |
|---------------------------|----------|----------|
| | <i>R</i> | <i>P</i> |
| Dominio y relac positivas | 0.856 | < .001* |
| Aut. y Crec Pers | 0.462 | < .001* |
| Auto Aceptación | 0.758 | < .001* |

Nota: *correlaciones estadísticamente muy significativas

4.1.3. Confiabilidad de la escala de clima social familiar (FES).

Se evidencian según la tabla 9 adecuados índices de confiabilidad de las puntuaciones a partir del coeficiente Lambda 6 de Gutmann, a excepción de la dimensión estabilidad con un coeficiente de .543. Sin embargo, de manera general, el índice de consistencia interna es elevado para el FES con un coeficiente de .989, considerando los 90 ítems existentes.

Tabla 9

Consistencia Interna en la Escala de clima social familiar

| | McDonald's ω | Gutmann's $\lambda 6$ |
|-------------|---------------------|-----------------------|
| Relación | 0.450 | 0.652 |
| Desarrollo | 0.439 | 0.726 |
| Estabilidad | 0.401 | 0.543 |
| General | 0.614 | 0.989 |

4.1.4. Evidencia de Validez del FES.

En cuanto a la validez se realizó por correlación dimensión total. A partir de la Tabla 10 se pone en evidencia correlaciones significativas y directas entre las dimensiones del CSF y la escala general, con valores moderados y altos, oscilantes entre 0.653 y 0.853, lo cual pone en evidencia la validez de las dimensiones referidas al constructo mencionado a partir del indicador de las puntuaciones.

Tabla 10

Correlaciones entre dimensiones y la Escala General CSF

| | clima social familiar | |
|-------------|-----------------------|---------|
| | R | P |
| Relación | 0.675 | < .001* |
| Desarrollo | 0.853 | < .001* |
| Estabilidad | 0.653 | < .001* |

Nota : *correlaciones estadísticamente muy significativas

4.2 Distribución variables y prueba de normalidad.

Un procedimiento previo al análisis de las correlaciones de las variables de estudio fue el análisis de la distribución de las puntuaciones en contraste a la curva normal, mediante el estadístico de prueba Shapiro-Wilk, a un intervalo de confianza del 95%. En la Tabla 11 se aprecia que las puntuaciones de las variables: BP y CSF se caracterizaron por no presentar y presentar distribución normal respectivamente. El mismo fenómeno ocurrió con las dimensiones de la última variable referida.

Tabla 11*Distribución de las puntuaciones de las variables y pruebas de normalidad*

| | Relaciones | Desarrollo | Estabilidad | Clima social – Total | bienestar psicológico |
|------------------|------------|------------|-------------|----------------------|-----------------------|
| Media | 15.6 | 27.3 | 11.7 | 54.5 | 81.1 |
| D.S. | 2.4 | 4.22 | 2.27 | 6.7 | 9.25 |
| Varianza | 5.76 | 17.8 | 5.16 | 44.9 | 85.6 |
| Mín. | 5 | 15 | 6 | 34 | 51 |
| Máx. | 19 | 36 | 18 | 67 | 98 |
| Asimetría | -1.45 | -0.0819 | -0.122 | -0.494 | -0.523 |
| Curtosis | 3.29 | -0.499 | 0.0675 | -0.0214 | 0.542 |
| Shapiro-Wilk p | < .001 | 0.092 | 0.118 | 0.073 | 0.049 |

4.3. Relación existente entre el CSF y BP en padres de hijos con TEA en una institución privada.

A partir del análisis de la correlación de Spearman se detectó correlación moderada y significativa entre el BP y CSF ($r = .45$, $p < .001$), lo cual permite el rechazo de la hipótesis nula de partida, al verificarse que dicha correlación existe.

Tabla 12*Relación entre bienestar psicológico y clima social familiar*

| | | CSF |
|-----------------------|-------------------|--------|
| bienestar psicológico | Spearman's ρ | 0.45 |
| | p -valor | <.001* |

*Nota : * $p < .01$ (relaciones muy significativas)*

4.4. Niveles de CSF.

A su vez, en la tabla 13 se visualiza que los participantes del estudio se caracterizaron por presentar CSF de nivel medio, siendo el representativo de un 76.8% del total de participantes, equivalente a 73 sujetos. Por otra parte, el restante se situó en el nivel bajo con un 23.2 %, equivalente a 22 sujetos, mientras que ninguno en el nivel alto.

Tabla 13

Niveles de CSF

| | Frecuencias | % relativo | % acumulado |
|-------|-------------|------------|-------------|
| Alto | 0 | 0 % | 0 % |
| Bajo | 22 | 23.2 % | 23.2 % |
| Medio | 73 | 76.8 % | 100.0 % |

4.5. Niveles de BP.

En la tabla 14 se observan, los niveles de bienestar psicológico encontrados de los participantes fueron preponderantemente moderados, con un 46.3% de los mismos; mientras que el restante se distribuyó casi homogéneamente entre los niveles bajo y alto, con un 25.3% y un 28.4% del total de los mismos, respectivamente.

Tabla 14

Niveles de BP

| | Frecuencias | % relativo | % acumulado |
|----------|-------------|------------|-------------|
| Bajo | 24 | 25.3 % | 25.3 % |
| Alto | 27 | 28.4 % | 53.7 % |
| Moderado | 44 | 46.3 % | 100.0 % |

4.6. Niveles de las dimensiones de BP

En el mismo sentido, en la tabla 15 se observa en la dimensión dominio del entorno y relaciones positivas, los niveles de BP fueron preponderantemente elevados en el total de participantes, con una equivalencia a un 40% de los mismos, mientras que el restante se mantuvo en niveles altos (34.7%) y bajos (25.3%).

Tabla 15

Niveles de Dominio del entorno y Relaciones positivas

| | Frecuencias | % relativo | % acumulado |
|----------|-------------|------------|-------------|
| Bajo | 24 | 25.3 % | 25.3 % |
| Alto | 33 | 34.7 % | 60.0 % |
| Moderado | 38 | 40.0 % | 100.0 % |

En cuanto a la dimensión autonomía y crecimiento personal, en la tabla 16 se aprecia que la mayoría de los participantes del estudio se caracterizó por presentar niveles bajos de BP, con un representativo equivalente al 92.6% del total; existiendo apenas un 2.1% y 5.3% de casos en niveles alto y moderado, respectivamente.

Tabla 16

Niveles de Autonomía y Crecimiento personal

| | Frecuencias | % relativo | % acumulado |
|----------|-------------|------------|-------------|
| Bajo | 88 | 92.6 % | 92.6 % |
| Alto | 2 | 2.1 % | 94.7 % |
| Moderado | 5 | 5.3 % | 100.0 % |

De manera homóloga, en la tabla 17 se muestra en la dimensión aceptación y propósito de vida, los niveles de bienestar psicológico fueron homogéneos entre las categorías de alto y bajo, con equivalencias del 26.3% para ambos grupos. Con esto, el 47.4% restante se caracterizó por situarse en un nivel moderado.

Tabla 17

Niveles de Aceptación y Propósito de vida

| | Frecuencias | % relativo | % acumulado |
|----------|-------------|------------|-------------|
| Bajo | 25 | 26.3 % | 26.3 % |
| Alto | 25 | 26.3 % | 52.6 % |
| Moderado | 45 | 47.4 % | 100.0 % |

4.7. Relación existente entre el BP y las dimensiones del CSF.

Por otro lado, se muestra en la tabla 18 las relaciones entre el BP y las dimensiones del CSF se caracterizaron por ser estadísticamente significativas, directas y bajas, con coeficientes de correlación oscilantes entre 0.334 y 0.382 como mínimo y máximo valor, respectivamente. Esto permite rechazar las hipótesis nulas de partida al afirmar que dichas correlaciones existen.

Tabla 18

Relaciones entre BP y dimensiones del CSF

| | | BP |
|-------------|-----------------|---------|
| Relaciones | Spearman | 0.364 |
| | <i>p</i> -valor | < .001* |
| Desarrollo | Spearman | 0.334 |
| | <i>p</i> -valor | < .001* |
| Estabilidad | Spearman | 0.382 |
| | <i>p</i> -valor | < .001* |

Nota : * $p < .01$ (relaciones muy significativas)

4.8. comprobación de las diferencias significativas del CSF en padres de hijos con TEA de una Institución Privada según sexo y edad.

En la tabla 19 visualizamos entrando a la fase comparativa de los resultados por criterios de grupo, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de CSF por sexo, con una diferencia de -4.85 y tamaño del efecto elevado de -0.761 ($t = -3.31$, $p < .001$). Entonces, se afirma, a partir de ello, que existen diferencias para la variable entre los participantes del sexo femenino y masculino, con medias de 53.2 y 58 puntos, respectivamente, en varianzas homogéneas que avalan dicho contraste.

Tabla 19

Comparación de medias del CSF por sexo

| | Media | <i>T</i> | <i>Gl</i> | <i>p</i> | Diferencia | Cohen's d |
|-----------|-------|----------|-----------|----------|------------|-----------|
| Femenino | 53.2 | -3.31 | 93 | < 0.001* | -4.85 | -0.761 |
| Masculino | 58.0 | | | | | |

Nota: : Levene ($p > .64$, existe homogeneidad de varianzas) * $p < .01$ (diferencias muy significativas)

Por otro lado, como se observa en la tabla 20 no se detectaron diferencias estadísticamente significativas por grupos de edad para con las puntuaciones del CSF ($M = 53.4 - 55.7$, $t = -1.69$, $p > .05$); sin embargo, se reporta un tamaño del efecto bajo de -.347, lo que probablemente a futuro, con mayores cantidades de muestra en razón de la homogeneidad de varianzas, pueda generar alguna nueva tendencia diferencial por grupos.

Tabla 20*Comparación de medias del CSF por grupos de edad*

| | <i>Media</i> | <i>T</i> | <i>Gl</i> | <i>P</i> | <i>Diferencia</i> | <i>Cohen's d</i> |
|------------|--------------|----------|-----------|----------|-------------------|------------------|
| de 30 a 45 | 53.4 | | | | | |
| de 46 a 61 | 55.7 | -1.69 | 93 | 0.08 | -2.31 | -0.347 |

Nota: Levene ($p > .08$, existe homogeneidad de varianzas)

4.9. comprobación de las diferencias significativas de los niveles de BP en padres de hijos con TEA de una Institución privada según sexo y edad.

En la tabla 21 se observa el contraste de las puntuaciones de BP por sexo, se detectaron diferencias estadísticamente significativas con un tamaño del efecto moderado de $-.536$ ($M = 79.8 - 84.7$, $U = 626$, $p < .05$). En este caso, las puntuaciones de los participantes del sexo masculino fueron las de mayor dominancia en cuanto al BP.

Tabla 21*Comparación de medias del BP por sexo*

| | <i>Media</i> | <i>U</i> | <i>P</i> | <i>Diferencia</i> | <i>Cohen's d</i> |
|-----------|--------------|----------|----------|-------------------|------------------|
| Femenino | 79.8 | | | | |
| Masculino | 84.7 | 626 | .024* | -5.00 | -0.536 |

*Nota:** $p < .01$ (diferencias muy significativas)

Finalmente, en la tabla 22 se visualiza que no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de BP por grupos de edad ($M = 79.8 - 82.5$, $U = 950$, $p > .05$); lo cual permite aceptar la hipótesis nula de partida al indicarse que las puntuaciones son semejantes entre los grupos de edad.

Tabla 22

Comparación de medias del BP por grupos de edad

| | <i>M</i> | <i>U</i> | <i>P</i> | <i>Diferencia</i> | <i>Cohen's d</i> |
|------------|----------|----------|----------|-------------------|------------------|
| de 30 a 45 | 82.5 | 950 | 0.186 | 3.00 | 0.295 |
| de 46 a 61 | 79.8 | | | | |

Capítulo V

Discusión de resultados

Como se indicó anteriormente el objetivo de mi investigación fue determinar la correlación entre el clima social familiar y el bienestar psicológico de padres cuyos hijos presentan TEA. En este sentido, los resultados de la investigación permiten la aceptación de la hipótesis general, al obtenerse evidencias para afirmar que existe una correlación estadísticamente significativa de manera general como también por niveles, con lo cual, en concordancia con Huamantuma (2017) al estudiar dichas variables asociadas a la calidad de vida familiar, llegan a una cercana e indirecta ratificación teórica. Sin embargo, el ratificar aquello recaería sobre una afirmación parcial, dado que no se encontró en este estudio una relación de tal magnitud al analizar las correlaciones entre los indicadores del bienestar psicológico y la satisfacción de la calidad de vida de los padres directamente.

De manera similar, los resultados obtenidos se asemejan o aproximan a los proporcionados por Pérez (2017), en referencia a la connotación que hacen las estrategias de afrontamiento, como el apoyo en el cuidado, que puede asociarse al mismo BP. En consecuencia, se explicaría por qué esta conlleva a una actitud positiva para crecer a nivel personal y autónomo en la toma de decisiones que pueden ejercer los padres sobre el cuidado de estos niños. A todo esto, sin embargo, no se encuentra investigaciones directas con estas variables, en esta investigación se abre la línea de investigación y discusión de futuras investigaciones a fin de contrastar los encontrados.

Sin embargo estos resultados encontrados en padres de hijos con TEA en el CASP pueden deberse a que a un mejor clima social familiar propiciara un mejor bienestar psicológico en los miembros y esto se relaciona directamente con la forma en la que el CASP trabaja con la familia, al poner énfasis en capacitar a las familias dotándolo de herramientas efectivas a través de escuelas de padres, entrenamientos en aula y comunidad , talleres, entrenamientos laborales, formación de padres coach con una metodología científica en función a las necesidades familiares brindándole un soporte y orientación de cómo enseñar a sus hijos ,tratarlos adecuadamente , enseñar conductas apropiadas para ser personas que puedan valerse por si mismo, sentir que aportar a sus familias y ser felices; además de crear una vínculo afectivo social entre los miembros que le permite percibir su entorno familiar cohesionado, comunicativo y organizado .

En referencia al primer objetivo descriptivo analizado, los hallazgos obtenidos se contrastan con la hipótesis preliminar que señala la existencia de prevalencias de un nivel medio en el CSF de los participantes del estudio. En tal sentido, los niveles de CSF en padres del CASP se caracterizaron por ser de nivel promedio, con prevalencias mayores al 75% del total de participantes del estudio de manera general. En similitud, existen evidencias de réplica de la misma situación en los hallazgos reportados por Santillán (2019), quien encontró que el 55.71% de los padres de las personas con TEA presentaron los mismos niveles; y Huárez (2018), quien refiere resultados similares.

Por el contrario, en estudios sobre los mismos niños, autores como Vega (2013) refieren que la mayoría de los mismos se ubican en un nivel bajo y muy bajo del CSF (75%) y el 20% se ubica en un nivel promedio mientras que el 5% se ubica en un nivel alto, indicando que esta última minoría lo percibe adecuado. El nivel preponderante es preocupante y nos alerta de que no perciben a los miembros de su familia unidos, no se apoyan de manera parcial entre ellos, no tienen libertad para expresar sus opiniones y sentimientos impidiendo su desarrollo personal. Asimismo, algo relevante de señalar en los resultados de Vega (2013), se menciona en que las familias extensas son las que se ubican en mejores niveles, en comparación con las del tipo nuclear y monoparental, esto podría deberse en similitud al contexto del CASP al apoyo e involucramiento de toda la familia en la educación de la persona con TEA.

El último punto anterior podría verse mejor fundamentado desde la Teoría Ambientalista de Moos (1984) desde donde se sostiene la influencia del ambiente en la formación de los individuos. Así también podría connotarse, desde la misma teoría, cómo se va forjando el CSF que el individuo percibe desde la interacción con sus padres, tutores, amigos, vecinos o maestros, ya que estos, por teoría, logran repercutir en las respuestas que el individuo en el ser adulto da al momento de relacionarse, comunicarse o estabilizarse ante los agentes de su medio u otras personas. Así también estas diferencias pueden darse en función a la edad de los hijos de los padres participantes, ya que son solo niños y, a diferencia de esta investigación, sus edades oscilan entre 6 a 18 años por cual esto puede traducirse a un mayor conocimiento de los padres que comprenden la importancia de la intervención temprana en sus hijos y como desde pequeños pueden potenciar de habilidades a sus hijos así también las constantes capacitaciones que llevan

los padres del CASP les permiten aprender estrategias para enseñar, involucrarse con sus hijos y reconocer la importancia de un clima familiar positivo para su independencia y bienestar.

Siendo más específicos, fuera del propósito de este estudio no se reportaron los niveles de CSF por dimensiones, sin embargo, autores como Huárez (2018) refieren niveles de tendencia mala en la dimensión relaciones y de tendencia media y muy mala en las dimensiones de estabilidad y desarrollo. Explicativamente hablando, el aislar variables que contemplen el cambio de tendencias en las dimensiones, serviría para mayor comprensión de la variable, y aquí, por recomendación, se haría pertinente extender la metodología que sustenta la practicidad de la respuesta ante el caso, procurando una menor cantidad de diferenciales contextuales y una aproximación a fundamentar con la práctica lo que en bases teóricas ha sido mencionado para con el constructo.

Con respecto al análisis del segundo objetivo descriptivo, los niveles de BP en Padres de hijos con TEA encontrados en prevalencia de los participantes de este estudio fueron de nivel medio con un 46% del total de padres, seguido del nivel alto (28%) y solo un 25% dentro del nivel bajo. Por lo tanto, se acepta la segunda hipótesis planteada. De manera similar Villagrán (2009), indicó encontrar niveles promedios de Bienestar Psicológico en cuidadoras de niños y adolescentes con discapacidad, donde se observan resultados bajos en la dimensión Relaciones con la pareja y, sobre todo, en acciones dirigidas a implementarse para el desarrollo o logro de metas. Así también los resultados obtenidos no son concordantes a los de Pinto (2017) quien refirió un nivel de Bienestar bajo, coincidiendo lo mismo que el autor anteriormente mencionado

en función a la insatisfacción personal que los padres percibieron por las circunstancias presentadas.

Otro punto de interesante mención se encuentra en los estudios realizados por Casimiro (2016) quien refiere que los niveles de bienestar psicológico de las madres de niños TEA difieren de acuerdo al servicio que ofrecen los centros especializados, teniendo un mejor Bienestar Psicológico los padres con un mayor grado de instrucción que permite acceso a la información así también que los centros que incluyen a los padres como agentes de cambio los cuales acceden de manera continua y constante a los servicios de orientación familiar, capacitaciones (aula y casa), cursos y demostraciones en vivo, entre otras actividades.

Por lo anterior, en el contexto del CASP se observa que el BP se ve o podría verse influenciado por variables como el sexo, grado de instrucción y servicio que se ofrece, entre otros que favorecen el BP de todos los miembros como lo refiere también Montero y Fernández (2012). En conclusión a lo encontrado según Phetrasuwan (2003), encontró que las madres de hijos con TEA que presentan una mayor satisfacción con el apoyo social u familiar muestran mayores niveles de bienestar, se sugiere un mayor apoyo social e involucramiento a los miembros en la educación de las personas con TEA y que esta no solo derive en la madre ya que se ve inmersa en un situación estresante no solo de recibir el diagnostico sino de afrontar el TEA de un hijo , también se sugiere abordar los aspectos psicológicos emocionales de cada miembro los cuales incrementarían el BP de los miembros.

En el tercer, cuarto y quinto objetivo se observa que hay diferencias significativas, directas y bajas en las relaciones entre el bienestar psicológico y las dimensiones del CSF en los

padres con hijos con TEA, con coeficientes de correlación oscilantes entre 0.334 y 0.382 como mínimo y máximo valor, respectivamente. Esto permite rechazar las hipótesis nulas de partida al afirmar que dichas correlaciones existen. Sin embargo, según lo encontrado en este estudio no podemos contrastarlo debido a que no se presentan evidencias correlaciones de ambas variables, ni sus dimensiones.

Tratando el punto comparativo de la investigación, en cuanto a la variable BP no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por edad por lo cual se acepta la hipótesis nula y se concluye que, para esta muestra en padres de hijos con TEA la edad no es un factor determinante en el bienestar psicológico. Sin embargo, si se encontró diferencias significativas por sexo, rechazándose la hipótesis nula; presentándose un mayor BP en los padres que en las madres lo cual, en algún momento, podría complementar los resultados presentados por Vento (2016) en Lima, quien afirma que el BP en madres de niños con esta condición, varía por otras variables como el grado de instrucción y centro de atención. Sería oportuno a nivel nacional complementar la información de aquello donde puedan detectarse semejanzas o diferencias mediante sexo y los canales de atención locales disponibles; sin embargo, estas diferencias en los padres del CASP puede deberse a que ambos padres están involucrados en la educación de sus hijos y se observa una mayor participación de los padres así mismo a la condición socioeconómica media o media alta de la muestra que les permite organizar la participación de los padres.

Con respecto al CSF grupos de edad no se encontraron diferencias significativas por lo cual se acepta la hipótesis nula. Sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, por lo cual se acepta la hipótesis alterna referida a esta variable sociodemográfica, percibiéndose en los hombres un mejor clima social familiar con respecto a las

mujeres. Esto puede deberse a que son los padres quienes, en su poco tiempo, comparten con sus hijos un momento de calidad o están muy involucrados con ellos, así también estas diferencias podrían explicarse por la presencia de un mayor bienestar psicológico en los mismos, que les permita llevar mejores relaciones con los miembros de su familia, trayendo esto, como consecuencia, el desarrollo de sus planes, alcanzar sus metas y obtener una mayor estabilidad emocional. Sería oportuno complementar la información con investigaciones que comparen estas variables y contrastar los factores de estas diferencias.

A modo de conclusión, más allá del BP y CSF de los padres, se haría pertinente desde la misma teoría estudiar el de los hermanos de hijos con TEA o condiciones similares, en posibilidad de conocer que tan restrictivas o abiertas pueden ser las condicionantes estructurales del modelo de Moos y Trickett y el modelo de Riff en estas poblaciones, y así ver el grado de afectación del BP y la percepción de su ambiente familiar o cómo esto influye en las conductas sociales de los hijos que, posiblemente, lleguen a ser las mismas que las de los hijos con TEA, tomando en cuenta que no existen instrumentos de medida adaptadas a la población con TEA con respecto a estas variables. En esta última afirmación, se sugiere ampliar el estudio y el desarrollo de instrumentos para evaluar dicha realidad, pertinente a la comprensión de la naturaleza del CSF en la población de estudio.

Capítulo VI

Conclusiones

1. Se encontró relación directa, moderada y significativa entre el BP y el CSF en los participantes del estudio.
2. Los participantes del estudio se caracterizaron por presentar CSF de nivel medio, siendo el representativo de un 76.8% del total de participantes, equivalente a 73 sujetos.
3. Los niveles de BP encontrados de los participantes fueron preponderantemente moderados, con un 46.3% de los mismos; mientras que el restante se distribuyó casi homogéneamente entre los niveles bajo y alto, con un 25.3% y un 28.4% del total de los mismos, respectivamente.
4. En cuanto a la dimensión autonomía y crecimiento personal, la mayoría de los participantes del estudio se caracterizó por presentar niveles bajos de BP, con un representativo equivalente al 92.6% del total; existiendo apenas un 2.1% y 5.3% de casos en niveles alto y moderado, respectivamente; mientras que, en las dimensiones restantes, la distribución del nivelamiento es casi homogénea.
5. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas por sexo, con una diferencia de -4.85 y tamaño del efecto elevado de -0.761 ($t = -3.31, p < .001$) en los participantes del estudio.

6. No se señalan diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de CSF por grupos de edad ($M = 53.4 - 55.7$, $t = -1.69$, $p > .05$) en los participantes del estudio.

7. Se encontró diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de BP por sexo con un tamaño del efecto moderado de $-.536$ ($M = 79.8 - 84.7$, $U = 626$, $p < .05$) en los participantes del estudio.

8. No se señalan diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de BP por grupos de edad ($M = 79.8 - 82.5$, $U = 950$, $p > .05$) en los participantes del estudio.

Capítulo VII

Recomendaciones

1. Se recomienda amplificar la cantidad de casos a considerar dentro del análisis estadístico para verificar la consistencia interna de las puntuaciones generadas a partir del uso de los instrumentos de evaluación implicados en este trabajo, dado que no siempre los mismos cumplen con el hecho de replicar fidedignamente la adecuada estructura factorial (CFA) teóricamente señalada por otros autores o sus creadores originarios.
2. Se sugiere, en el mismo sentido, explorar las propiedades psicométricas y estructura de los test desde grupos donde la normalización de criterios o estándares para la aplicación de los protocolos se haga posible.
3. A nivel empírico, se recomienda explorar las nuevas posibilidades de tendencia a partir de los resultados obtenidos en esta investigación para con el caso de las diferencias por grupos de edad en las puntuaciones del CSF, dado que se obtuvo un tamaño del efecto moderado, dejando pautada con una mayor cantidad de casos dicha posibilidad.
4. Es necesario realizar estudios comparativos de las variables correlacionas entre otros centros de educación para observar si existe diferencias significantes entre las características de la muestra.
5. Se sugiere crear, mejorar programas de intervención psicológica, talleres dirigidos a mejorar el CSF en los padres de hijos con TEA para que ellos puedan tener una mejor relación,

estructura y propósitos familiares que los lleven a involucrar a sus hijos de manera exitosa a la vida y puedan gozar de un adecuado BP.

6. Se debería contar con la presencia de profesionales interdisciplinarios y equipo multidisciplinario en las instituciones, para que puedan dar el apoyo y soporte a los padres para mejorar la calidad de vida de la persona con autismo y su entorno familiar.

Capítulo VIII

Referencias

Alarcón, N. R. (2000). Variables psicológicas asociadas con la felicidad. *Persona*, 3(1), 147 – 157.

<https://doi.org/10.26439/persona2000.n003.810>

Alarcón, N. R. (2009). *Psicología de la Felicidad. Introducción a la psicología positiva*. Editorial Universitaria.

Alberola, J. E. (2018). *El bienestar psicológico como resultado de las relaciones persona-entorno*.

<https://www.psicologia-online.com/el-bienestar-psicologico-como-resultado-de-las-relaciones-persona-entorno-575.html>

American Psychiatric Association., Arango López, C., Ayuso Mateos, J. L., Bagny Lifante, A., Kupfer, D. J., Regier, D. A., & Vieta Pascual, E. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Médica Panamericana.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Médica Panamericana.

Aloe, R. E. (2018). La espiritualidad en el bienestar psicológico y subjetivo en enfermos terminales. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 4 (1), 65-81.

<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/issue/current/showToc>

- Altamirano, A. Z. (2013). *El Bienestar psicológico en prisión: Antecedentes y consecuencias* [Tesis doctoral]. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/13008/62451_Altamirano%20Argudo%20Zulema.pdf?sequence=1
- Auad, C. M. (2009). *Representaciones mentales de la maternidad en madres de hijos con trastorno del espectro autista* [Tesis de licenciatura]. Repositorio Digital de Tesis PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/401>
- Artigas-Pallares, J, y Paula, J.I. (2011). El Autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Departamento de Métodos de Investigación y Diagnostico en Educación. *Asoc. Esp. Neuropsiq*, 2012; 32 (115), 567-587. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>
- Baron-Cohen, S. (2008). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Alianza Editorial.
- Basa, A.J. (2010). *Estrés parental con hijos autistas: Un estudio comparativo* [Tesis de Licenciatura]. <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/estrespaparental-con-hijos-autistas.pdf>
- Ballesteros, B.P., Caicedo, C., & Medina, A. (2006). El Bienestar Psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychological*, 5(2), 239 – 258.

Baron-Cohen, S., Leslie, A.M, y Frith, A.U. (1985). Does the autistic child have a Theory of mind?
Cognition, 21 (1), 37- 46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)

Baron-Cohen.S. (1995). *Mindblindness. An essay on autism and theory of mind. Basic science with clinical medicine* (pp. 707-711). Academic Press.

Bielfeld, A.E. (2015). *Bienestar Psicológico de las madres de niños de preescolares de un colegio privado de la ciudad de Guatemala* [Tesis de licenciatura].
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Belfield-Ana.pdf>

Casimiro-Ventoo, F. (2016). *Bienestar Psicológico de madres de niños con TEA de acuerdo al servicio que ofrecen los centros especializados a los padres* [Tesis de licenciatura].https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/621090/Casimiro_FV.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Casullo, M. M. (2002). Evaluación del bienestar psicológico. En M. M Casullo (Ed.), *Cuadernos de evaluación psicológica. Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica* (pp.456-488). Paidós.

Chuchón, K.B. (2018). *Funcionamiento familiar y tolerancia a la frustración en padres de hijos con trastorno del espectro autista* [Tesis de licenciatura].
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2771/UNFV_CHUCHON_ACHULLI_KATERIN_BRENDA_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chuquimajo ,H. S. (2017). Personalidad y clima social familiar en adolescentes de familia nuclear biparental y monoparental. *Revista de Investigación en Psicología*, 20(2), 347-362.
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v20i2.14045>

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad, Prevalencia de Trastornos del Espectro autista en el Perú. Plan Nacional para las personas con Trastorno del Espectro Autista (2019- 2021).
http://www.conadisperu.gob.pe/wpcontent/uploads/2019/01/PLAN_TEA_2019-2021.pdf

Díaz, D., Blanco, A., Gallardo, I., Valle, C., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3255>

Dienner, E.F. (1984). Subjective well – being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542 – 575.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>.

Diener, E.F., Oishi, S, & Lucas, R.E. (2015). National accounts of subjective well-being. *American Psychologist*, 70(3), 234-242. <https://doi.org/10.1037/a0038899>

Dowsett, S. M, & Livesey, D. J. (2000). The development of inhibitory control in preschool children: Effects of "executive skills" training. *Developmental Psychobiology*, 36 (2), 161-174.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2302\(200003\)36:2<161::AID-DEV7>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2302(200003)36:2<161::AID-DEV7>3.0.CO;2-0)

Estévez-López, E., Murgui- Perez, S., Musitu-Ochoa, G, y Moreno-Ruiz, D. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25 (1), 119-128. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2430/243016300009>

Fortea, M. S., Escandell, M. O. & Castro, J. J. (2014). Nuevas formas de abordaje del proceso diagnóstico del TEA después del DSM-5. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 77-86. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v1.367>

Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the Enigma*. Basil Blackwell.

Fuster, M. J. (1997). *The prefrontal cortex: Anatomy, physiology, and neuropsychology of the frontal lobes*. Raven.

Fresnillo-Poza, V., Fresnillo-Lobo R, y Fresnillo-Poza, M.L. (2000). *Escuela de padres*. Madrid: Área de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid. <http://adahpo.org/wpcontent/uploads/2013/07/PDF-Escuela-de-padres.pdf>

García-Viniegras, C. R y González- Blanco, M. (2007). Bienestar Psicológico y Cáncer de Mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 72-80. <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a8.pdf>

Gallagher, S. Z. (2014). *La mente fenomenológica*. Alianza Editorial.

Godefroy, O., Cabaret, M., Petit-Chenal, V., Pruvo, J. P. & Rousseaux, M. (1999). Control functions of the frontal lobes. *Modularity of the central-supervisory system? Cortex*, 35 (1), 1-20.
[https:// doi.org /10.1016/s0010-9452\(08\)70782-2](https://doi.org/10.1016/s0010-9452(08)70782-2)

Goldman-Rakic, P. S. (1998). *The cortical dopamine system: Role in memory and cognition*. In D. S.D. Goldstein, G. Eisenhofer, & R. McCarty (Eds.), (pp.707 -711). *Catecholamines: Bridging*

Harris, L. S. (2001). *Los hermanos de niños con autismo. Su rol específico en las relaciones familiares*. Narcea

Hernández, S.R, Fernández, C.C y Batista, L.P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill .

Hobson, R. P. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Alianza.

Huarez-Trejo, L. (2018). *Clima social familiar de los padres de familia con hijos con Trastorno del Espectro Autista (TEA) del Centro de Educación Básica Especial San Martín de Porres*. [Tesis de licenciatura].
http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2206/TRAB.SU.F.PROF._Lucero%20del%20Carmen%20Huarez%20Trejo.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Herrera, F. (2005). *Estudio exploratorio sobre escuelas de familia en un centro de educación especial: Razones que motivan la asistencia de los participantes* [Tesis de licenciatura].
Archivo no publicado.

Huamantuma-Ojeda, L.H (2017). *Bienestar psicológico y Calidad de vida familiar en Padres de niños con autismo de los cebs de la ciudad de Arequipa* [Tesis de licenciatura].

<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5566>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). *Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas.*

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1675/cap03.pdf

Jodra-Chuan, M. (2015). *Cognición temporal en personas adultas con autismo: Un análisis experimental* [Tesis de doctoral]. <https://eprints.ucm.es/30717/1/T36153.pdf>

Kemper, S. (2000). *Influencia de la práctica religiosa (Activa – no activa) y del generó de la familia sobre el clima social familiar* [Tesis de Maestría]. Archivo digital no publicado.

Keyes, C.L, Shmotkin, D., & Ryff, C. D.(2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>

Kuhn, J. C, y Carter, A.C. (2006). Maternal self- efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4) ,564-

575. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.4.564>

Leal-Zavala, R, y Silva-Guzman. R. (2010). *Bienestar psicológico del adolescente cajamarquino* [Tesis de licenciatura]. Archivo digital no publicado.

Martínez, M.A, y Bilbao, L.C (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Intervención Psicosocial*, 17(2),215-230.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113205592008000200009&lng=es&tlng=es.

Martinez-Martin, A, y Cuesta ,J.L .(2013).*Todo sobre el autismo* . Alfaomega.

Martínez-Guillen, C. (2015). *La influencia del divorcio en la educación de niños con Trastorno del espectro autista* [Tesis de Maestría]. <http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/31398>

Martín, V. X. (2016). *Bienestar subjetivo, bienestar psicológico y significación vital en personas en situación de desempleo* [Tesis de licenciatura]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3815/bienestar%20subjetivo%2C%20bienestar%20psicologico%20y%20significacion%20vital%20en%20personas%20en%20situacion%20de%20desempleo.pdf?sequence=1&isallowed=y>

Mayo, O. L, y LeBlanc, J.M. (2014). South America. A service Example from Lima, Perú. In I.L. Rubín , J. Merrick, D.E. Greydanus and D.R. Patel . (Eds.), *Health care for people with intelectual and developmental disabilities across the lifespan* (pp. 517- 525). Springer.

Mellado, E.N. (2014).*Factores asociados a la participación en el programa de Escuelas de Familias de un centro privado de estudiantes con habilidades diferentes, 2005 – 2010* [Tesis

delicenciatura]. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/497/Eduardo_Tesis_bachiller_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Moos, R.H, Moos, B. S., & Trickett, E.J. (1993). *Escala de clima social familiar (FES)*. TEA.

Monchi, O., Doyon, J., Petrides, M., Strafella., A. P., & Worsley, K. J. (2006). Functional role of the basal ganglia in the planning and execution of actions. *Annals of Neurology*, 59(2), 257-264. <https://doi.org/10.1002/ana.20742>

Murillo-Sanz, E. y Belinchón-Carmona, M. (2006). Necesidades de las familias de personas con TEA en la comunidad de Madrid: Nuevos datos. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 37 (217), 81-98. <http://hdl.handle.net/11181/3130>

Montes, C.M (2018). *Estilos parentales y bienestar psicológico en adolescentes de quinto de secundaria de tres colegios estatales de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura]. Archivo no publicado.

Morán, C., Landero, R., & González, M.T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200020

Organización Mundial de la Salud (2017). *Trastornos del espectro autista*. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

- Ozonoff, S. (2000). Componentes de la función ejecutiva en el autismo y otros trastornos. En J. Russell. (Ed.), *El autismo como un trastorno de la función ejecutiva* (pp.345-367). Panamericana.
- Pérez De Velasco, A. L. (2017). *Afrontamiento y bienestar psicológico en madres de niños diagnosticados con trastorno del espectro autista* [Tesis de licenciatura]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/9894>
- Phetrasuwan, S. (2003). *Psychological adjustment in mother of children with autism spectrum disorders* [Dissertation Abstracts International]. Archivo digital no publicado.
- Pino, L.M, y Romero.A,M. (2013). Trastornos del espectro autista y exposiciones ocupacionales de los progenitores. *Revista española de salud pública* ,87(1), 73 – 85. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000100008
- Pinto-Roque ,M. (2017). *Bienestar Psicológico en Padres con hijos diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista de Adeceni Instituto para el logro potencial humano* [Tesis de licenciatura]. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/42/Pinto-Mariandre.pdf>
- Pozo, M.P. (2010). *Adaptación psicológica y familiar en madres y padres de personas con Trastornos del Espectro Autista: Un estudio multidimensional* [Tesis doctoral].<http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Mppozo/Documento.pdf>

Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *The Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>

Ryff, C .D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, 4 (4), 99-104. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>

Ryff, C.D, y Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

Ryff, C.D, y Singer, B. H. (2001). *Emotion, social relationships and health*. Oxford University Press.

Ryff, C. D. (2014). Psychological Well-Being Revisited. *Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28. <https://doi.org/10.1159/000353263>

Riviére-Gomez, A. y Martos-Perez, J. (2000). *El niño pequeño con autismo*. Asociación de Padres de niños Autistas. <http://www.centrojuanmartos.com/indicadores%20tipicos%20de%20autismo.htm>

Rodríguez, A.A, Hernández, R. L, & Caicedo, M.J. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista.

Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 1(42), 111 – 126.

<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/498/1034>

Sánchez-Jimenez, A. (2015). *Modelo HERO intervenciones positivas en las organizaciones: Mindfulness e indagación apreciativa* [Tesis de licenciatura].

http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/136905/TFG_2014_S%C3%A1nchezJim%C3%A9nezA.pdf;sequence=1

Sánchez-Cánovas, J. (2013). *Escala de Bienestar Psicológico*. TEA Ediciones.

Sandoval-Barrientos, S., Dorner-París, A. y Véliz-Burgos, A. (2017). Bienestar Psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 260 – 266.

<https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.004>

Santillán-Alcas, C. (2019). *Clima Social Familiar en padres de niños con necesidades educativas especiales del Programa de Intervención Temprana Buenos Aires de Villa* [Tesis de licenciatura]. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4498>

Sarto, M. P.(2001). *Familia y Discapacidad*. Trabajo presentado en el III Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo”, Universidad de Salamanca, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), España.

<https://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>

Satorres- Pons, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital* [Tesis doctoral].

<http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento%20y%20bienestar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Seligman, M. E. (2003). *La auténtica felicidad*. Vergara.

Severgnini, A. (2006). Trastornos generalizados del desarrollo. Trastornos del espectro autista. Los expertos responden, *Archivos de Pediatría del Uruguay* ,77(2), 168-170.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492006000200014

Solorzano, O. (2017). *Sentido de vida en madres con hijos con discapacidad física y madres con hijos con el trastorno del espectro autista*. [Tesis de licenciatura].

<http://biblio4.url.edu.gt/Tesis/V20/seol/Tesis/2017/05/42/Solorzano-Olga.pdf>

Stone, W.L. (2006). *¿Mi hijo es autista? Una guía para la detección precoz y el tratamiento del autismo*. Oniro.

Stuss, D. T. y Benson, D. F. (1986a). *The frontal lobes*. Raven Press.

Stuss, D. T. y Benson, D. F. (1986b). Neuropsychological studies of the frontal lobes. *Psychological Bulletin*, 95 (1), 3-28.

- Tuchman, R.F. (2013). Deconstruyendo los trastornos del espectro autista: Perspectiva Clínica. *Revista Neurología*. 56 (1), 3-12. <https://doi.org/10.33588/rn.56S01.2012657>
- Tylor, S. E.(1991). *Seamos optimistas. Ilusiones positivas*. Ediciones Martínez Roca.
- Tomateo-Contreras, R. (2019). *Bienestar psicológico y autoeficacia en adolescentes de una institución educativa nacional de lima metropolitana* [Tesis de licenciatura]. http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3006/UNFV_TOMATEO_CONTRERAS_REN%c3%89_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vázquez-Valverde, C, y Hervás-Torres, G. (Eds.) (2009). *La ciencia del bienestar: fundamentos de una psicología positiva*. Alianza editorial.
- Vega, C.M. (2014). *El clima social familiar de los niños diagnosticados con autismo* [Tesis de licenciatura]. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/142>
- Veliz, W.F (2016). *Clima social familiar y habilidades sociales de las figuras parentales de estudiantes con habilidades especiales del Centro Educativo Básico Especial Niño Jesús* [Tesis de licenciatura]. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/143>
- Villagran, M. M. (2009). *Bienestar Psicológico de las cuidadoras de los niños y adolescentes huérfanos y discapacitados de la Institución Anini* [Tesis de licenciatura]. <http://bibliod.url.edu.gt/Tesis/05/42/Villagran-Paul-Maria/Villagran-Paul-Maria.pdf>

Villarduña, R.M. (2013). *Adaptación del clima social familiar en padres de familia de instituciones educativas nacionales del distrito de San Martín*. Lima, Perú.

<https://www.ucvlima.edu.pe/minds/idex.html>

Vielma-Rangel, J ,y Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo: Una breve revisión teórica. *Educere*, 14(49), 265-275.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35617102003>

Furukawa, T. A., Kato, M., Suzuki, M., Shindo, T., Tanaka, S. & Yamada. A. (2007). Emotional distress and its correlates among parents of children with pervasive developmental disorders.

Psychiatry and Clinical Neurosciences, 61(6), 651-657. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01736.x>

Zavala, G.W (2001). *El clima familiar, su relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos de los alumnos del 5to. Año de secundaria de los colegios nacionales del distrito del Rímac* [Tesis de licenciatura].

https://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Zavala_G_G/t_completo.pdf

IX. Anexos

Anexo A**consentimiento informado**

Yo, _____, acepto de manera voluntaria colaborar con la investigación “Clima social familiar y Bienestar Psicológico en padres de hijos con habilidades diferentes” realizado por Srta. Elizabeth Pauccara Navarro, egresada de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal. La información obtenida será con fines exclusivamente académicos, manteniendo siempre el anonimato de los participantes, durante y posterior a la investigación.

Los dos cuestionarios serán: *Escala de Clima Social Familiar* (Riff y Keyes) y la *Escala de Bienestar Psicológico* (R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett), tomando entre 25 a 35 minutos finalizarlos. El objetivo de esta investigación es determinar la relación del clima Social Familiar y Bienestar psicológico que los padres tienen, de acuerdo a la realidad de educar y criar a su hijo (a) con autismo.

He sido informado(a) de las condiciones y dado que la participación es voluntaria, es posible decidir retirarme en cualquier momento del proceso.

Para información relacionada a la investigación, contactaré con Elizabeth Pauccara Navarro, al teléfono 957619118.

Lima, ____ de _____ del 2019

Firma del participante: _____ Firma del Investigador: _____

DNI: _____

Anexo B
Cuestionario de BP

Datos Generales del Padre o Madre:

Sexo: F M Edad: _____

A continuación, se presentan, una serie de preguntas. Lea cada pregunta, y marque con una (x) la opción que mejor describa su parecer:

TDes: Totalmente en desacuerdo **Des:** Desacuerdo **LDes:** Ligeramente en Desacuerdo.
LAc: Ligeramente de acuerdo **A:** Acuerdo **TAC:** Totalmente de acuerdo

| Nº | Frases | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
|-----|--|------|-----|------|-----|----|-----|
| 1. | Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento como han resultado las cosas. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 2. | A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes comparto mis preocupaciones. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 3. | No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 4. | Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 5. | Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 6. | En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 7. | No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 8. | Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 9. | Soy una persona activa al realizar proyectos que propuse para mí mismo. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 10. | Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 11. | Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |

| | | | | | | | |
|-----|---|------|-----|------|-----|----|-----|
| 12. | Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 13. | Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 14. | En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 15. | No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 16. | Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 17. | En su mayor parte , me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 18. | Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |
| 19. | Para mí , la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento. | TDes | Des | LDes | LAc | Ac | Tac |

Muchas gracias

por su colaboración

Anexo C
Escala FES
Instrucciones

A continuación, se presentan, una serie de frases. Los mismos que usted tiene que leer y decir si le parece verdadero o falso en la relación con su familia. Si usted cree que, con respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera, marque con una (X) en el espacio correspondiente a la V (verdadero), si cree que es falsa o casi siempre es falsa, marque con una (X) en el espacio correspondiente a la F (falso). Siga el orden de la numeración y verifique responder todas las preguntas.

| N° | Frases | FALSO | VERDAD |
|-----|--|-------|--------|
| 1. | En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros. | F | V |
| 2. | Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos. | F | V |
| 3. | En nuestra familia peleamos mucho. | F | V |
| 4. | En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta. | F | V |
| 5. | Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos. | F | V |
| 6. | A menudo hablamos de temas políticos o sociales en familia. | F | V |
| 7. | Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre. | F | V |
| 8. | Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia. | F | V |
| 9. | Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado. | F | V |
| 10. | En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces. | F | V |
| 11. | Muchas veces da la impresión de que en casa solo estamos “Pasando el rato”. | F | V |
| 12. | En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos. | F | V |

| | | | |
|-----|--|---|---|
| 13. | En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos. | F | V |
| 14. | En mi familia nos esforzamos mucho por mantener la independencia de cada uno. | F | V |
| 15. | Para mi familia es muy importante triunfar en la vida. | F | V |
| 16. | Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc.). | F | V |
| 17. | Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa. | F | V |
| 18. | En mi casa no rezamos en familia. | F | V |
| 19. | En mi casa somos muy ordenados y limpios. | F | V |
| 20. | En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir. | F | V |
| 21. | Todos nos esforzamos mucho en los que hacemos en casa. | F | V |
| 22. | En mi familia es difícil “ desahogarse” sin molestar a todos. | F | V |
| 23. | En mi casa a veces nos molestamos tanto que a veces golpeamos o rompemos algo. | F | V |
| 24. | En mi familia cada uno decide sus propias cosas. | F | V |
| 25. | Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno. | F | V |
| 26. | En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente. | F | V |
| 27. | Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte. | F | V |
| 28. | A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad , semana Santa, Santa Rosa de Lima, etc. | F | V |
| 29. | En mi casa , muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando lo necesitamos. | F | V |
| 30. | En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones. | F | V |
| 31. | En mi familia estamos fuertemente unidos. | F | V |
| 32. | En mi casa comentamos nuestros problemas personales | F | V |
| 33. | Los miembros de la familia, casi nunca expresamos nuestra cólera. | F | V |
| 34. | Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere. | F | V |

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 35. | Nosotros aceptamos que haya competencia y “ que gane el mejor ” | F | V |
| 36. | Nos interesan poco las actividades culturales | F | V |
| 37. | Vamos con frecuencia al cine, excursiones , paseos | F | V |
| 38. | No creemos en el cielo o infierno. | F | V |
| 39. | En mi familia la puntualidad es muy importante | F | V |
| 40. | En la casa las cosas se hacen de una forma establecida. | F | V |
| 41. | Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario | F | V |
| 42. | En la casa, si alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más. | F | V |
| 43. | Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras. | F | V |
| 44. | En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente. | F | V |
| 45. | Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor. | F | V |
| 46. | En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales | F | V |
| 47. | En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones. | F | V |
| 48. | Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal. | F | V |
| 49. | En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente. | F | V |
| 50. | En mi casa se dan mucha importancia a cumplir las normas. | F | V |
| 51. | Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras. | F | V |
| 52. | En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado. | F | V |
| 53. | En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos. | F | V |
| 54. | Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema. | F | V |
| 55. | En mi casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio. | F | V |
| 56. | Algunos de nosotros tocan algún instrumento musical. | F | V |
| 57. | Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o del colegio. | F | V |
| 58. | Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe. | F | V |

| | | | |
|-----|--|---|---|
| 59. | En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados | F | V |
| 60. | En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor. | F | V |
| 61. | En mi familia hay poco espíritu de grupo. | F | V |
| 62. | En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente. | F | V |
| 63. | Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz. | F | V |
| 64. | Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros al defender sus propios derechos. | F | V |
| 65. | En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito. | F | V |
| 66. | Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias. | F | V |
| 67. | Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares por afición o por interés. | F | V |
| 68. | En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo. | F | V |
| 69. | En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona. | F | V |
| 70. | En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiera. | F | V |
| 71. | Realmente nos llevamos bien unos con otros. | F | V |
| 72. | Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos. | F | V |
| 73. | Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros. | F | V |
| 74. | En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás . | F | V |
| 75. | “Primero es el trabajo, luego es la diversión ”es una norma en mi familia. | F | V |
| 76. | En mi casa ver la televisión es más importante que leer. | F | V |
| 77. | Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos. | F | V |
| 78. | En mi casa, leer la biblia es algo muy importante. | F | V |
| 79. | En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado. | F | V |

| | | | |
|-----|--|---|---|
| 80. | En mi casa las normas son muy rígidas y “ Tienen” que cumplirse. | F | V |
| 81. | En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno. | F | V |
| 82. | En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo. | F | V |
| 83. | En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz. | F | V |
| 84. | En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa. | F | V |
| 85. | En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o estudio. | F | V |
| 86. | A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura. | F | V |
| 87. | Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio. | F | V |
| 88. | En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo. | F | V |
| 89. | En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer. | F | V |
| 90. | En mi familia, uno no puede salirse con la suya. | F | V |

Muchas gracias
por su colaboración

| |
|--|
| Revise si ha contestado todas las frases. |
|--|

