

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS

Para optar el Título de Licenciada en Psicología

**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y ANSIEDAD EN MADRES CON
HIJOS DIAGNOSTICADOS CON AUTISMO**

Bach. Vivian Mayte Tafur Villacorta

Bach. Sandy Milagros Aguilar Obregón

Asesor

Dr. William Jesús Torres Acuña

Lima – Perú

2019

Agradecimientos

Agradezco a Dios, por la vida, los retos y las oportunidades, a mi madre Vivian por su apoyo incondicional en mis estudios, por confiar en mí y por cuidar de Joaquín para poder realizar este trabajo, gracias mamá por todo, a mi hijo Joaquín, que es mi mayor motivación para crecer a nivel personal y profesional.

A toda mi familia, por los ánimos y la fortaleza que me han dado en este tiempo, muchas gracias. A Sandy por su compromiso, perseverancia y comprensión con mi maternidad.

Mayte Tafur

Esta tesis se la dedico a Dios, quién supo guiarnos, darnos fuerzas para seguir adelante y no amilanarnos ante las dificultades que se iban presentando.

Para mis padres, Augusto y Graciela por su amor y apoyo incondicional. Por formarme con valores y calidez humana. Por su paciencia y comprensión durante todo este proceso de elaboración de la tesis.

A mi novio Diego, por motivarme constantemente a ser una mejor persona y profesional.

Finalmente, a mi compañera de tesis Mayte, por su compromiso y motivación constante durante este periodo de mucho aprendizaje para nosotras.

-Sandy Aguilar.

Reconocimiento

A nuestros profesores de la Universidad Ricardo Palma
y a los participantes en la presente investigación

Introducción

Esta investigación trata sobre los estilos de afrontamiento planteados por la teoría de Carver, Scheier y Weintraub (1989) y por la teoría de la Ansiedad Estado – Rasgo planteado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). A continuación, se dará la descripción de cada capítulo de este estudio.

El primer capítulo se inicia con el planteamiento del estudio, donde se formuló la interrogante sobre cuál sería la relación entre los estilos de afrontamiento y la ansiedad. Posteriormente se definieron los objetivos, en donde se busca la relación de ambas variables de manera desglosada y profunda. Así mismo, se sustentará la importancia y las limitaciones de este estudio.

En el segundo capítulo, se llevó a cabo el marco teórico de las dos variables de estudio, realizándose la exposición de investigaciones nacionales e internacionales, la definición de los términos básicos y teorías planteadas por distintos autores.

En el tercer capítulo, se plantearon las hipótesis que guardan relación con los objetivos del estudio. Donde se evaluaron las hipótesis, y se encontró una relación significativa entre el estilo de afrontamiento evitativo y la ansiedad rasgo; también se halló una relación significativa entre las escalas que no pertenecen a los estilos puros y la ansiedad rasgo. Así mismo, se identificaron y se describieron las variables de estudio.

El cuarto capítulo, se centró en la parte metodológica de la investigación, donde se esclareció el tipo de diseño empleado, la población estudiada, la muestra, las técnicas e instrumentos empleados, los procedimientos realizados y posteriormente se explican las técnicas de procesamiento de datos según el tipo de las variables de estudio.

En el quinto capítulo, se presentaron los resultados obtenidos, por medio del análisis estadístico de los datos, para posteriormente contrastarlo con las teorías, investigaciones presentadas en el marco teórico, posibilitando de esta manera la discusión respectiva.

Por último, en el sexto capítulo se realizó un resumen de la investigación, donde se da detalle de cada capítulo del presente estudio, finalizando con las conclusiones y recomendaciones respectivas.

INDICE

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.2. Formulación del problema	9
1.3. Objetivos	12
1.4. Importancia y justificación del estudio	13
1.5. Limitaciones del estudio.....	14

CAPITULO II

MARCO TEORICO/CONCEPTUAL

2.1. Marco histórico	15
2.2. Investigaciones relacionadas con el tema.....	16
2.3. Bases Teóricas-Científicas del estudio	20
2.3.1. Afrontamiento	20
2.3.1.1. Modelos teóricos del afrontamiento	22
2.3.2. Estrés.....	25
2.3.2.1. Modelos teóricos del estrés.....	26
2.3.2.2. Fisiología del estrés	28
2.3.2.3. Estrés y enfermedad.....	29
2.3.3. Ansiedad	29
2.3.3.1. Modelos teóricos de la ansiedad.....	31
2.3.3.2. Fisiología de la ansiedad.....	32
2.3.4. Delimitaciones en los modelos teóricos entre el estrés y la ansiedad.....	33
2.3.5. Trastorno del Espectro Autista.....	34
2.3.5.1. Historia del trastorno: Definición del Autismo	34
2.3.5.2. Diagnóstico.....	36
2.3.5.3. Teorías explicativas del Autismo	40
2.3.5.4. Tratamiento.....	43
2.4. Definición en términos básicos	44
2.4.1. Estilos de afrontamiento	44
2.4.2. Ansiedad	45
2.4.3. Trastorno del Espectro Autista.....	45

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Supuestos científicos básicos	46
3.2. Hipótesis.....	47
3.3. Variables de Estudio.....	48
3.3.1. Estilos de afrontamiento	48
3.3.2. Ansiedad	49
3.4. Variables de control	49
3.5. Operacionalización de variables.....	50

CAPITULO IV

MÉTODO

4.1 Población y muestra	51
4.2 Tipo y diseño de investigación.....	52
4.3 Técnica de instrumentos de recolección de datos	53
4.3.1 Inventario de Estimación del Afrontamiento COPE-60	53
4.3.2 Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)	56
4.4 Procedimientos para la recolección de datos.....	59
4.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	60

CAPITULO V

RESULTADOS OBTENIDOS

5.1. Presentación de datos generales	61
5.2. Presentación y análisis de datos	65
5.3. Discusión de resultados	69

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones generales y específicas.....	74
6.2. Recomendaciones.....	75
6.3. Resumen. Término clave.....	76
6.4. Abstract. Key words	76
REFERENCIAS	78
Anexos.....	78

Consentimiento informado	91
Material complementario.....	92

Índice de tablas

	Página
Tabla 1. <i>Prueba Pearson referido a los puntajes del estilo de afrontamiento centrado en la tarea y la ansiedad rasgo.</i>	65
Tabla 2. <i>Prueba Pearson referido a los puntajes del estilo social emocional y la ansiedad rasgo</i>	65
Tabla 3. <i>Prueba Pearson referido a los puntajes del estilo evitativo y la ansiedad rasgo.</i>	66
Tabla 4. <i>Prueba Pearson referido a los puntajes de escalas que no pertenecen a estilos puros y la ansiedad rasgo.</i>	66
Tabla 5. <i>Prueba Pearson referido a los puntajes del estilo de afrontamiento centrado en la tarea y la ansiedad estado.</i>	67
Tabla 6. <i>Prueba Pearson referido a los puntajes del estilo social emocional y la ansiedad estado.</i>	67
Tabla 7. <i>Prueba Pearson referido a los puntajes del estilo evitativo y la ansiedad estado.</i>	68
Tabla 8. <i>Prueba Pearson referido a los puntajes de escalas que no pertenecen a estilos puros y la ansiedad estado.</i>	68

Índice de figuras

	Página
Figura 1. <i>Distribución de madres que participaron en el presente estudio, según la institución de procedencia.</i>	61
Figura 2. <i>Puntajes obtenidos por el Inventario de Ansiedad (IDARE), como rasgo.</i>	62
Figura 3. <i>Puntajes obtenidos por el Inventario de Ansiedad (IDARE), como estado.</i>	62
Figura 4. <i>Puntajes obtenidos a través del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE 60, en el Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea</i>	63
Figura 5. <i>Puntajes obtenidos a través del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE 60, en el Estilo de Afrontamiento Social – Emocional.</i>	63
Figura 6. <i>Puntajes obtenidos a través del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE 60, en el Estilo Evitativo.</i>	64
Figura 7. <i>Puntajes obtenidos a través del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE 60, según las Escalas que no pertenecen a los estilos puros.</i>	64

CAPÍTULO I

Planeamiento del Estudio

En la actualidad, se han realizado investigaciones en diversas especialidades acerca del autismo; según un documento de la OMS (2017), uno de cada 160 niños tienen el Trastorno del Espectro Autista (TEA), sin embargo, esta prevalencia varía de manera considerable entre los diferentes estudios que se han realizado, por lo cual dicha cantidad representa una cifra aproximada. Asimismo, en los estudios epidemiológicos realizados por la OMS, desde hace 50 años, se ha encontrado que la prevalencia de los TEA ha ido aumentando por múltiples causas, lo que ha generado efectos sociales y económicos no solo para las personas con TEA sino también para aquellas que los rodean, principalmente para los padres, ya que, el cuidado que necesitan las personas con este trastorno, suponen una carga emocional y económica, especialmente en casos difíciles con necesidades asistenciales especiales. Por otro lado, en algunos casos, los profesionales de la salud, no poseen los conocimientos adecuados y tienen ideas erróneas acerca de los niños con TEA sumado a esto, está la desinformación y los prejuicios que la gente posee

acerca de este trastorno, esto supone la ansiedad que pueden sentir los padres y cuidadores, porque, lidian con una infinidad de problemáticas a nivel social, económico, salud, educativo, conductual, entre otros, en donde constantemente deben utilizar sus recursos de afrontamiento a la ansiedad y todo lo que representa tener un familiar con Trastorno del Espectro Autista (TEA), de la misma manera, ocurre con aquellas madres que recientemente obtienen el mencionado diagnóstico, en algunos casos, luego de ir donde muchos especialistas.

1.1. Formulación del Problema

La manera en cómo se afronta la ansiedad ante diversas situaciones problemáticas va cobrando importancia en la Psicología, debido al valor y deseo por conocer la manera de las personas para afrontar sus problemas, además, de aquellas causas que determinarán cómo manejan los diferentes problemas e inconvenientes de la vida diaria.

Asimismo, la ansiedad tiene como síntomas físicos característicos las palpitaciones, hiperventilación, taquicardias, mareos, tensión muscular, calambres y propensión a padecer de diarrea. Hay situaciones predisponentes para que las personas expresen sus problemas o dificultades psicosociales mediante síntomas somáticos generalmente suelen ser personas que están en constantes situaciones que generan estrés. Es importante mencionar que el género femenino se encuentra predispuesto a tener síntomas de somatización que conlleva a padecer enfermedades físicas (García- Escamilla, 2002).

Debido a lo expuesto en el párrafo anterior, la realidad de las madres es compleja, además de ello existen situaciones en donde los niños con estas dificultades, requieren de un ambiente especial para poder lograr ciertas

habilidades y son las madres quienes están cercanas a estas situaciones debido a ello, se necesita conocer el nivel de afronte que tienen las madres y los niveles de ansiedad que poseen.

Por otro lado, Seguí, Ortiz-Tallo y De Diego (2008), llegaron a la conclusión que los cuidadores de niños con autismo poseen una elevada sobrecarga, además de tener una deteriorada salud física y mental relacionándolo con la población general.

El cuidar de una persona con alguna problemática repercute de manera negativa en el cuidador no solo en su salud física, sino también en la salud mental, debido a ello, se habla del síndrome del cuidador, el cual hace referencia a las consecuencias negativas de las personas encargadas de cuidar. Pinguart y Sorensen (2003), realizaron un metaanálisis sobre estudios realizados en donde comparaban a no cuidadores y cuidadores con variables como la salud psicológica y física, los resultados que obtuvieron muestran que los cuidadores se sienten más estresados, con niveles bajos de bienestar subjetivo, deprimidos y con una salud física deteriorada en relación a los no cuidadores.

Además, el poco acceso que existe en Perú a tener una adecuada atención de salud mental pública implica, en primer lugar, que los padres busquen asistencia privada, ocasionando preocupación, ansiedad y frustración en su búsqueda, luego de obtener el diagnóstico de autismo de su hijo, genera distintas maneras de afrontamiento de los padres en relación a la edad de los mismos, a la edad del hijo, al nivel socioeconómico, etcétera.

En la actualidad, en Perú no hay una estadística oficial que reconozca la cantidad de peruanos que poseen el diagnóstico de autismo, sin embargo, Fernandez (2018), en el diario “El Comercio”, publicó la información del

Ministerio de Salud (Minsa), que en el año 2016 atendieron a 4,477 personas con el mencionado trastorno, en donde el 80% de los atendidos fueron menores de edad. Por otro lado, es importante mencionar, que en la actualidad existe mucha demanda y poco personal de salud para atender personas dificultades en su salud mental. Entre estas entidades se encuentran los hospitales se encuentran Hermilio Valdizan, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (INSM) y el Hospital Larco Herrera.

Igualmente, es importante plantear el tiempo de diagnóstico que posee el niño, ya que, esto desencadenará una serie de problemáticas a nivel emocional en las madres, lo cual repercutirá en la crianza del niño; aquellas madres cuyos hijos recién han sido diagnosticados con TEA, por el mismo desconocimiento sobre el tema, sienten angustia, desesperación y altos niveles de estrés y ansiedad, ya que implica muchos cambios en su vida diaria al dedicarse íntegramente al cuidado y atención de su hijo o hija, desde la atención terapéutica, hasta dejar de lado sus proyectos y actividades personales, lo cual puede generar estados de frustración.

Asimismo, la estimación de afrontamiento que tienen las madres más jóvenes, en relación al de las madres con edades maduras, de la misma manera ocurre con el tiempo del diagnóstico, ya que a mayor tiempo de diagnóstico mayor agotamiento emocional.

Además, es necesario mencionar la importancia de la educación o el grado de instrucción que poseen las madres y cómo esas variables repercuten en la manera que afrontan la crianza de su hijo con autismo.

Según Pakenham, Sofronoff y Samios (2004) las personas que utilizan como estrategia de afrontamiento la evitación, presentaban elevados niveles de estrés, lo que tenía como consecuencia un mayor desgaste físico y mental en los

padres, sin embargo, encontraron que los padres que utilizaban el estilo de afrontamiento centrado en la dificultad del niño, presentaban niveles bajos de estrés.

Finalmente, se desarrolló el presente estudio, debido a que, los especialistas se centran únicamente en la atención multidisciplinaria del niño, más no de la madre quien cumple un rol importante en el apoyo y acompañamiento constante al niño en el proceso terapéutico. En base a ello se planteó la siguiente interrogante como problema de investigación: ¿Cuál es la relación entre los estilos de afrontamiento y la ansiedad rasgo-estado en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima Sur, 2019?

1.2. Objetivos

- Determinar la relación del estilo de afrontamiento centrado en la tarea con respecto a la ansiedad rasgo en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima sur 2019
- Determinar la relación del estilo de afrontamiento centrado en lo social emocional con respecto a la ansiedad rasgo en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima sur 2019.
- Determinar la relación del estilo de afrontamiento evitativo con respecto a la ansiedad rasgo en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima sur 2019.
- Determinar la relación de las escalas que no pertenecen a los estilos puros con respecto a la ansiedad rasgo en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima sur 2019.
- Determinar la relación del estilo de afrontamiento centrado en la tarea con respecto a la ansiedad estado en madres con hijos diagnosticados

con autismo en Lima sur 2019.

- Determinar la relación del estilo de afrontamiento centrado en lo social emocional con respecto a la ansiedad estado en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima sur 2019.
- Determinar la relación del estilo de afrontamiento evitativo con respecto a la ansiedad estado en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima sur 2019.
- Determinar la relación de las escalas que no pertenecen a los estilos puros con respecto a la ansiedad estado en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima sur 2019.

1.3. Importancia y Justificación del Estudio

Los resultados que se obtuvieron en el presente estudio, ayudarán a realizar un plan de intervención enfocado en las madres y/o personas que cuidan a niños con TEA; según cada caso, realizando sesiones de afronte a la ansiedad y estrés, al agotamiento emocional, talleres vivenciales sobre el duelo, estrategias del afrontamiento adecuado, entre otras. Además, proporcionó un aporte teórico y mayores conocimientos en el ámbito científico psicológico para las futuras investigaciones sobre el tema.

Por otro lado, en la parte metodológica se puso a prueba instrumentos validados en otro tipo de población y ahora en madres de los niños con el diagnóstico de Autismo, siendo una población muy poco abordada y trabajada, pero bastante implicadas en la parte terapéutica. Entonces se investigó cómo las madres son afectadas por estas situaciones que le generan ansiedad, y en qué medida interfiere con la evolución de su hijo, ya que, las madres que poseen elevados índices de ansiedad o aquellas que

no afrontan de manera adecuada el diagnóstico de su niño, pueden tener dificultades en la crianza del mismo, pues presentan estados de irritabilidad por dejar de trabajar, o sentir angustia por no saber a dónde acudir.

Teniendo en cuenta que toda madre se imagina traer al mundo a un bebé sin dificultades y de pronto recibe el diagnóstico de la condición de su hijo o hija, cursan etapas de duelo, ante la falta de un “hijo ideal” a un “hijo con discapacidad”. Según Kubler y Kessler (2004), en su libro sobre el duelo y el dolor, la persona atraviesa por cinco fases del dolor, las cuales son: Negación, ira, negociación, depresión y aceptación, que se representaría. En primer lugar, niegan la condición de su niño, posteriormente entran en la fase de ira, donde buscan culpabilizar alguna circunstancia o persona, luego la negociación, es cuando surge la esperanza de los padres respecto a la equivocación del diagnóstico por parte del especialista, subsiguientemente, se presenta la fase de la depresión, en donde los padres empiezan a comprender la condición y todo lo que implica el nuevo estilo de vida para finalmente llegar a un estado de aceptación lo cual permite que la madre sienta alivio.

1.4. Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones es la referida a la generalización de los resultados, la cual solo podrá ser aplicada en personas similares a la muestra estudiada. Esta limitación está asociada al acceso de la muestra, debido a que existen pocos centros que atienden exclusivamente a niños con este diagnóstico lo cual dificultó realizar estudios con las madres de niños diagnosticados con Autismo.

Por otro lado, se encontraron pruebas incompletas, mal contestadas o la baja de participantes por diversos factores.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

2.1. Marco histórico

Respecto a las teorías relacionadas con el afrontamiento, Alcoser (2012), refirió que empezaron con los “mecanismos de defensa” de Sigmund Freud, posteriormente desarrollado por su hija Ana en 1936. El constructo afrontamiento tuvo aportes realizados por Lazarus y Folkman (1986) quienes fueron pioneros en abordar el tema, generando una teoría relevante en la Psicología.

Asimismo, Alcoser (2012), mencionó que Everly, definió afrontamiento como los esfuerzos que realizan los sujetos para reducir aquellas consecuencias o efectos desagradables del estrés, estos esfuerzos podían ser conductuales o psicológicos. Asimismo, las estrategias podían ser adaptativas, que son aquellas que reducen el estrés promoviendo a largo plazo salud o estrategias inadaptativas que solamente disminuyen a corto plazo el estrés.

Según Kaplan y Sadock, (2012), la ansiedad posee varios efectos tales como aquellos que intervienen en la cognición, lo cual hace que se distorsione la percepción del individuo, igualmente, instauran las diferencias conceptuales entre la ansiedad y el miedo, donde, la ansiedad es una respuesta ante una coacción inexplorada, vaga o belicosa, mientras que el miedo es aquella respuesta ante una situación amenazadora pero conocida.

2.2. Investigaciones relacionadas con el tema

De acuerdo con lo mencionado por Mosquera (2012), las madres de hijos e hijas con alteraciones congénitas empleaban estrategias de afrontamiento orientados al problema, reaccionaban de una manera saludable al estrés, lo que les permitía afrontar de manera adecuada sus emociones, obteniendo mayor bienestar y estados positivos afectivos.

Albarracín, Rey y Jaimes (2014), publicaron una investigación, cuya muestra fueron progenitores de niños con TEA, encontraron un incremento de madres que se quedaban en casa posterior al diagnóstico de su niño para el cuidado del mismo, además, hallaron que la mayoría utilizaban estrategias de afronte enfocadas en la emoción y problema, igualmente, evidenciaron una relación significativa con el número de hijos y la estrategia de evitación.

Por otro lado, Zayas, Gil-Olarte, Guerrero y Guil (2017), analizaron la Ansiedad y Resiliencia en madres cuyos hijos fueron diagnosticados con diabetes tipo 1, encontraron en las mamás niveles de Ansiedad-Estado medio-alto y niveles Ansiedad-Rasgo elevados. En cuanto a la relación que existe entre la Ansiedad y Resiliencia se encontró que la dimensión de Ecuanimidad de la variable resiliencia posee una capacidad predictiva en los niveles de ansiedad estado, mientras que la dimensión confianza tiene una capacidad predictiva en los niveles de ansiedad rasgo.

En el estudio de estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad, realizadas por Gantiva, Luna, Dávila y Salgado (2010), con una muestra de 60 personas, emplearon el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Estilos de afrontamiento modificada, encontraron que la evitación emocional era el estilo de afronte más empleado por las personas que presentaban ansiedad.

Riquelme, Buendía, y Rodríguez (1993), evidenciaron una correlación positiva

entre los estilos de afrontamiento (enfocados en la confrontación, el autocontrol y la planificación) y el bienestar. Igualmente, el estilo evitativo fue principalmente usado por las personas que mostraban alteración psicológica.

Ráudez, Rizo y Solís (2017), evidenciaron que todas las madres y padres cuidadores al tener conocimiento del diagnóstico de su hijo reaccionan de manera similar como: negación, preocupación, culpa, dolor, confusión, pérdida, depresión, tristeza, impotencia, desesperación y baja autoestima.

Según el estudio realizado por Luque, Yáñez, Taberero y Cuadrado (2017), descubrieron que el perfeccionamiento de afrontar de manera funcional y el poseer una elevada autoeficacia es esencial para que los padres logren adaptarse al cuidado de niños con TEA. Los resultados que obtuvieron muestran la necesidad de realizar una intervención temprana con los cuidadores, enfocados en las estrategias de afrontamiento y la autoeficacia para mejorar el bienestar vital.

Schmidt, Dalbosco y Alves (2007), encontraron que la primordial dificultad era la conducta del niño, frente a ello, las madres utilizaban preferentemente las estrategias de acción directa y de aceptación. Por otro lado, en referencia a las estrategias para lidiar con las emociones, utilizaban frecuentemente la distracción, búsqueda de apoyo social/religioso, la inacción y la evitación.

De la misma manera Najjar y Kurtz (2011), analizaron a cuatro madres cuyos hijos fueron diagnosticados con TEA, se realizó de manera individual una entrevista semiestructurada a cada madre, donde realizaron un análisis textual cualitativo, cuyos resultados muestran que la experiencia con estos niños es un desafío, estas madres han tenido que renunciar a sus profesiones, vida social y a las relaciones afectivas para cuidar a su hijo con TEA, lo cual conllevó que tengan sentimientos de tristeza, incertidumbre y desamparo.

Además, Espada y Grau (2012), realizaron su investigación con 14 mamás y papás con hijos que poseen dos años con el diagnóstico de autismo. Los resultados obtenidos arrojaron que los progenitores utilizaban el estilo de afrontamiento centrado en el problema como: entereza - reflexión y adecuación a la acción - calma; por otro lado, dentro de los estilos evitativos encontraron rumiación, huida/evitación y aislamiento social.

López, Díaz, Moreno, Vargas y Villamizar (2011), obtuvieron que el 85.9% de los progenitores cuyos hijos nacieron a pre término tenían un estilo de afrontamiento adecuado, no obstante, las variables que se relacionan de manera significativa con el afrontamiento familiar ante la llegada del hijo pretérmino están referidas al estado civil y el ingreso económico.

Jiménez, Macías y Valle (2012), estudiaron el afrontamiento de 43 familias en situaciones de crisis con hijos adolescentes. Observaron que poseían una predisposición familiar que era valerse del apoyo social como primordial estilo de afrontamiento en situaciones de dificultad, luego de la reformulación. El estilo menos manejado fue el de movilizar a la familia para aceptar, seguida de la evaluación pasiva y el apoyo espiritual.

Fecteau (2012), investigó la regulación fisiológica y percepción del estrés en progenitores con hijos diagnosticados con TEA y cómo contribuye la presencia de una mascota, en este caso, un perro de servicio y las representaciones asociadas con el apego. Examinaron la naturaleza multidimensional de las variables, en las discrepancias intraindividuales en los padres y la actividad total del cortisol en 15 semanas, donde encontró que la presencia del perro de asistencia en la familia origina cambios relacionados a una disminución en la respuesta frente al cortisol.

Jaser, Linsky y Grey (2013), estudiaron a madres de adolescentes con diabetes

de tipo 1, el afrontamiento y angustia psicológica. Este estudio evidenció que, en relación al control glicémico de los adolescentes, encontraron que las madres solteras o divorciadas y las madres afro americanas utilizaron con mayor frecuencia la evitación como estilo de afrontamiento, y presentaban índices elevados de ansiedad en comparación con las madres anglo sajonas, las casadas o madres compañeras.

Según Rogers, Dawson y Vismara (2018), refieren que en un estudio realizado el mismo año en Atlanta (Georgia) por los Centros de Control y la Prevención en Enfermedades de los EE. UU, los Trastornos del Espectro Autista (TEA), afectan a 1 de cada 59 niños en los Estados Unidos, por lo que miles de padres y madres han recibido la noticia que su hijo o hija tiene TEA.

Pérez de Velasco (2017), encontró que había trece correlaciones significativas entre algunos estilos de afrontamiento, el puntaje total y las dimensiones del bienestar, obteniendo una de 13 correlaciones con un nivel bajo y los doce restantes con un nivel moderado. De la misma manera, halló que las mamás que tenían ayuda con el cuidado de su niño, tenía mayor bienestar psicológico. Igualmente, descubrió que las madres que tenían más tiempo de conocimiento del diagnóstico de su niño, observaban los infortunios como una oportunidad de crecimiento personal.

Falcón (2017), realizó su tesis de padres de niños con diagnóstico de Autismo, donde encontró una correlación elevada entre las estrategias de afrontamiento y los rasgos de personalidad; en el afrontamiento enfocado en la problemática halló relaciones elevadas con todos los rasgos de personalidad, excepto de agradabilidad, donde encontró una relación moderada, por otro lado, en la estrategia de afrontamiento centrada en la emoción tuvo como resultado una correlación moderada con el rasgo de extraversión y agradabilidad, juntamente con correlaciones elevadas con los otros rasgos.

Por otro lado, Arphi, Sánchez y Vásquez (2017), obtuvieron que el 72% de los padres tenían un nivel moderado de estrés y el 66% manejaron estrategias de afrontamiento evitativo. No se hallaron relaciones significativas entre ambas variables.

Gastiaburú (2018), en su estudio acerca de las estrategias de afrontamiento en relación al componente actitudinal de las representaciones del cáncer hallaron que el grupo de madres y padres que evaluaban de manera negativa el cáncer tuvieron puntuaciones bajas en la estrategia de afrontamiento de búsqueda de soporte social por razones emocionales en relación a aquellos padres que valoraban de manera positiva.

Ramos y Yucra (2018), realizaron un estudio sobre resiliencia y estilos de afrontamiento al estrés en madres de niños con distintas discapacidades, el cual tuvo como población a 47 madres, donde el 74.5% presentaba alto índice de resiliencia, 17% con un nivel medio y 8.5 % con un bajo nivel. Así mismo se evidenció un estilo predominante enfocado a la emoción representando el 63.8%.

Mertz (2018), realizó un estudio sobre las representaciones del apego y los estilos de afrontamiento en 75 madres de niños con labio fisurado o paladar hendido que participaron en un tratamiento brindado por una ONG. Halló que el 42.7% de madres dicen haber sido apoyadas por sus familiares, principalmente sus padres, quienes forman sus vínculos de apego primarios. En cuanto al afrontamiento se evidencia que las madres utilizan con mayor frecuencia el estilo emocional positivo.

2.3. Bases Teóricas-Científicas del estudio

2.3.1. Afrontamiento

De la misma manera, Alcoser (2012) señaló que Frydenberg y Lewis

conceptualizaron al afrontamiento como aquellas estrategias de un individuo a nivel cognitivo y conductual para obtener una adaptación positiva ante una situación.

Respecto a las teorías relacionadas con el afrontamiento, Alcoser (2012), refirió que empezaron con los “mecanismos de defensa” de Sigmund Freud. El constructo afrontamiento tuvo aportes realizados por Lazarus y Folkman (1984) quienes fueron pioneros en abordar el tema, generando una teoría relevante en la Psicología.

Asimismo, Alcoser (2012), mencionó que Everly, definió afrontamiento como los esfuerzos que realizan los individuos para reducir aquellas consecuencias o efectos desagradables del estrés, estos esfuerzos podían ser conductuales o psicológicos. Asimismo, las estrategias podían ser adaptativas, que son aquellas que reducen el estrés promoviendo a largo plazo salud o estrategias inadaptativas que solamente disminuyen a corto plazo el estrés.

Además, Díaz, Jimenez y Fernández (2004), refirieron sus estudios acerca del afrontamiento mediante el modelo de la valoración cognitiva, en donde, mencionaron que las situaciones no son las que incitan la respuesta emocional, sino es la interpretación que el individuo le da al acontecimiento.

Según Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento es un proceso en el que una persona resiste, tolera o controla una circunstancia específica, esforzándose de manera cognitiva y conductual ante una situación que se considera estresante para posteriormente realizar una acción. Además, indicaron que su función primordial es que el individuo reduzca la tensión que siente para que su organismo se equilibre.

De la misma manera, Casaretto, Chau, Oblitas y Valdez (2003), refieren que los estilos de afrontamiento son una disposición personal que permite a los individuos hacer frente a una infinidad de circunstancias y esto es lo que va a determinar que se utilicen ciertas estrategias de afrontamiento.

Tal como lo mencionó Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento es un intermediario significativo en la contestación emocional frente al estrés. Debido a ello, refiere que esta respuesta determina el tipo de reacción y la intensidad emocional que experimenta la persona en tanto busque disminuir o solucionar las consecuencias negativas de la circunstancia.

Es por ello, que Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), refirieron que la ansiedad se elevaba en relación a la capacidad de afrontamiento y al nivel de coacción que mostraba la circunstancia generadora de estrés.

2.3.1.1. Modelos teóricos del afrontamiento

Asimismo, Lazarus y Folkman (1986) en su modelo transaccional, mostraron al afrontamiento como un proceso que está en frecuente cambio debido a las situaciones y actitudes de cada individuo. Precisaron que son los esfuerzos cognitivos conductuales que están en cambios constantes lo cual ayuda al sujeto a conducir las solicitudes tanto internas o externas que sean estimadas como desbordantes por la persona.

Según Lazarus y Folkman (1986), refirieron que hay dos estilos de afrontamiento, estos son hacia el problema en donde el individuo definía la situación problemática, para luego buscar alternativas de solución lo que traía como consecuencia que la situación estresante se modificara y el otro está enfocado en la emoción, que representaba a la disminución del malestar emocional que poseían las personas en un determinado momento.

De la misma forma, Lazarus y Folkman (1986), mencionaron que cada estilo está compuesto por un grupo de estrategias. Así, el estilo enfocado en el problema está compuesto por cinco estrategias cuyo objetivo es el de realizar actos que cambian la fuente que genera estrés. Estas estrategias son:

A. Afrontamiento activo: Son aquellas conductas del individuo que minimizan los efectos no favorables del estresor.

B. Planificación: Es cuando las estrategias de acción se organizan para afrontar un problema.

C. Eliminación de actividades competentes: Es la encargada de impedir que el individuo se distraiga por actividades que no tienen que ver con el manejo del estresor.

Contención del afrontamiento: Tiene como finalidad el impedir algún acto antes de que sea necesario que ocurra.

D. Buscar apoyo social por razones instrumentales: Busca orientación u consejos para corregir la situación problemática.

Luego, está el estilo enfocado en la emoción que es la que se encarga en someter o intenta conducir el distrés emocional que se da por una circunstancia que se percibe como amenazante. Las estrategias son:

A. Buscar apoyo social por razones emocionales: Cuya finalidad es buscar personas que den apoyo moral, que muestren comprensión y empatía.

B. Reinterpretación positiva y crecimiento: Es la estrategia que trata de ver el lado bueno de la circunstancia adversa para crecer como persona y madurar, lo cual tiene como consecuencia que la persona genere pensamientos positivos que la motivarán a afrontar el problema.

C. Aceptación: El primer punto en esta estrategia es identificar una situación que genere estrés, lo cual lo lleva a observar su realidad sin juzgarla.

D. Acudir a la religión: Ocurría por varias causas podía ser por ser un lugar en donde se encontraba soporte emocional o para crecimiento personal.

Carver, Scheier y Weintraub (1989), agregaron un estilo más al propuesto por Lazarus y Folkman, y plantearon el estilo de afrontamiento evitativo que poseía tres estrategias

usadas para ignorar una circunstancia adversa. Las estrategias son:

- A. Encaminar y liberar emociones: Cuando la persona por un tiempo largo pensaba las consecuencias desagradables de la situación, debido a ello, expresaba de manera abierta sus emociones acerca del evento.
- B. Desentendimiento conductual: El sujeto no se esforzaba o su nivel de esfuerzo era bajo a nivel de su conducta o cognitivo.
- C. Desentendimiento mental: Se da cuando el individuo permitía que otras actividades le distrajesen y debido a ello, postergaba el evaluar aspectos relacionados con el problema.

Además, Roth y Cohen (1986), propusieron dos estilos de afrontamiento, el evitativo y el aproximativo. Asimismo, Carver et al. (1989), añadieron dos estrategias, que no pudieron ubicar en ninguno de los anteriores, debido a los estudios que realizaron. Estos son: Uso del humor y de sustancias como alcohol y drogas.

Igualmente, Carver y Scheier (1994), indicaron la existencia de dos enfoques del afrontamiento, el situacional y disposicional. En la primera, planteaban al afrontamiento como un asunto que se encontraba en cambios constantes debido a las situaciones; por otro lado, el segundo tipo se refería como algo que no se modificaba, eran las respuestas típicas y usuales que tenía el sujeto.

Lazarus y Folkman (1986), relataron que el afrontamiento era un transcurso dinámico, que estaba en cambio constante en relación a las situaciones que le ocurrían al individuo, y que no constituía un rasgo. Debido a ello, Carver y Schereier (1994), mencionaron que estudiar los estilos de afrontamiento es desacertado, pues encasillarían a la persona en una manera de responder a una circunstancia en vez de darle la flexibilidad de modificar sus respuestas en diferentes situaciones.

Casaretto y Chau (2015), pusieron a prueba tres modelos para organizar el COPE, el Modelo A que tenía 3 estilos, centrado en la emoción, en el problema y otras escalas, posteriormente el Modelo B, que poseía tres estilos también que eran: orientado a la tarea, a lo cognitivo y social emocional y el Modelo C que es el que propusieron utilizar, donde lo organizaron en tres estilos también y son: Estilo orientado a la tarea (enfrentamiento activo, planificación, contención, supresión de actividades, reinterpretación positiva y crecimiento y aceptación), estilo orientado a lo social emocional (enfocar y liberar emociones, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales), el estilo evitativo (desentendimiento mental, desentendimiento conductual y negación) y otras escalas que no pertenecen a los estilos puros (enfrentamiento religioso, uso del humor, uso de sustancias).

2.3.2. Estrés

Según Coon (2008), el estrés es un estado mental y físico que se da cuando la persona debe adecuarse al medio en donde se desenvuelve. Además, refirió que el estrés acompaña el diario vivir, no obstante, esto si se prolonga puede representar un riesgo conductual.

Pérez (2017), citó a Seyle quien mencionó que tener estrés no es malo la mayoría de las veces ya que esto ayuda a estar alertas antes situaciones poco agradables cotidianas y es lo que permite actuar.

Según Coon (2008), mantener un estilo de vida saludable implica sentir en cierta manera alguna fuerte emoción que provoque el estrés positivo o eustrés que proporcionará las fuerzas y energías para continuar las actividades cotidianas, que el individuo puede evaluarlos como perniciosos, como, por ejemplo: presiones laborales, dificultades económicas o de pareja, y otros acontecimientos que pueden ser estimados

como positivos como viajes, un nuevo empleo, etc.

Por otro lado, Sarason y Sarason (2006), refirieron que estrés es un término que indica situaciones de oportunidades, demandas y represiones, sin embargo, recalcó que las circunstancias estresantes van a depender de la percepción de cada sujeto y del valor que le da a cada una de las situaciones en donde se desenvuelve.

Doctor y Doctor (1994), hablaron de las señales que advierten que una persona se encuentra estresada de manera prolongada, están las señales emocionales, donde el sujeto presenta apatía, ansiedad, fatiga mental e irritabilidad, también están las señales conductuales, donde, evaden el relacionarse y las responsabilidades, cordura deficiente o inadecuada, conductas autodestructivas y auto abandono; finalmente, las señales físicas, los individuos a menudo tienen problemas de salud, se observa gran preocupación por la enfermedad, uso enorme de medicinas y agotamiento (Coon, 2008).

En la vida cotidiana se encuentran experiencias que pueden tener más posibilidades de generar estrés extendido, lo cual genera presión en el individuo, el estresor es un estímulo que proyecta un desafío o una amenaza. Lo impredecible aumenta los niveles de estrés según Coon (2008).

Según Weiten (1998), el estrés tiene como componente a la presión la cual se da debido a que, el individuo debe prestar atención a solicitudes o expectativas externas urgentes, como, por ejemplo, cuando de improvisto se agregó más trabajo, cuando debe aligerar diligencias, etc.

2.3.2.1. Modelos teóricos del estrés

Palmero y Martínez (2008), mencionaron el enfoque transaccional del estrés de Lazarus, donde este define estrés como una correlación exclusiva entre el sujeto y el medio ambiente, el cual es valorado como amenazador o excesivo para sus recursos y que coloca en riesgo su bienestar.

Lazarus y Folkman mencionaron los mecanismos de evaluación que se dan entre el suceso y la respuesta del individuo, y son de tres tipos. La primera es la evaluación primaria es donde el sujeto establece si la circunstancia es irrelevante, benigno positiva o estresante, en caso de ser estresante, Lazarus la clasificó en tres formas: daño o pérdida, amenaza y cambio o desafío. El segundo tipo de evaluación es la secundaria, en la cual el individuo examina sus recursos y de qué manera los utiliza para afrontar la situación. Finalmente, la reevaluación en donde se repiten los dos pasos anteriores, y esto dependerá de si la situación es nueva según Palmero y Martínez (2008).

Hankin y Abramson (2001), crearon el modelo de diátesis cognitiva del estrés donde mencionaron que algunos individuos poseen estilos cognitivos que los hacen ser vulnerables cuando deben afrontar una situación estresante lo cual puede tener como consecuencia que desarrollen algún trastorno psicológico, es decir el trastorno se puede desarrollar si el sujeto interpreta de manera negativa o sesgada el evento. Estos autores, destacan dos maneras o estilos cognitivos que hace que los individuos con mayor vulnerabilidad experimenten estrés, el primero es la meditación la cual tiene que ver con que el sujeto observe sus emociones y pensamientos internos, lo cual puede tener una consecuencia negativa pues el rumear esos sentimientos y pensamientos puede hacer que el individuo presente los síntomas en un tiempo prolongado. Agregan que el segundo es el estilo de atribución de desesperanza, o la predisposición para hacer juicios negativos acerca de la causa, consecuencia e implicación individual de los sucesos vitales negativos.

Por otro lado, se encuentra la dimensión social del estrés propuesto por Berkman, Syme Hankin (Palmero y Martínez, 2008), quienes hallaron que los ciudadanos que se encontraban integrados socialmente vivían más en relación a los que no tenían mucho contacto social, es decir, es bueno para la salud física y mental que el ser humano posea relaciones sociales.

Cohen y Wills (1985), sugieren la definición de apoyo social como la contención que dan las personas a un individuo y como esta resguarda del estrés, además de que las consecuencias del impacto son mucho menores y se exteriorizan disminución de síntomas.

2.3.2.2. Fisiología del estrés

Palmero y Martínez (2008), refieren que los pioneros en el estudio del estrés a nivel fisiológico, se le atribuyó a Bernard (1813-1878), quien creó la expresión “medio externo” para referirse que los seres más desarrollados son los que poseen la capacidad de mantenerse autónomo de los dominios del medio en que se desenvuelve. Asimismo, indicó que los seres que poseen un sistema fisiológico más complejo permite al organismo disminuir las ocasionales consecuencias dañinas del medio ambiente externo sobre el medio ambiente interno.

Por otro lado, Cannon (1935), menciona la naturaleza adaptativa de la respuesta de estrés a la que él llamó respuesta de lucha-huida, esto permite al individuo lograr su objetivo que es proteger su integridad física ante un casual ataque a su homeostasis o equilibrio interno y así desaparezca la situación turbulenta.

Según Coon (2008), comienza cuando se produce la emoción, se activa el sistema nervioso autónomo, lo cual tiene consecuencias físicas como, por ejemplo: frecuencia cardíaca rápida, se eleva la presión arterial, la respiración se vuelve rápida y corta, tensión en los músculos, además de otras respuestas del sistema mencionado. Asimismo, alude que este estrés es de corta duración, es desagradable y escasa vez genera daños.

Ward, Parker, Chesney, Taylor, Keegan y Barchas (1983), mostraron que diferentes contextos de estrés al parecer tendrían relación con diferentes esquemas de secreción hormonal.

De la misma manera Palmero y Martínez (2008), mencionan que la respuesta fisiológica ante eventos provocadores de estrés se caracteriza porque activan los sistemas

simpático-adrenomedular e hipotalámico-hipofisario-adrenocortical, lo cual provoca secreciones de las siguientes hormonas: catecolaminas y glucocorticoides, mineral corticoides y androsteidona.

2.3.2.3. Estrés y enfermedad

Amigo (2015), estudió las diferencias de las respuestas del estrés a corto plazo y a largo plazo, mencionó también al estrés crónico que puede ser la forma en la que vive el sujeto diariamente y este está cargado de estrés agudo. Es importante mencionar, que, el estrés agudo también puede desencadenar un accidente cardiovascular en aquellos individuos que se encuentran en constante estrés crónico, lo cual genera en el organismo deterioro del sistema fisiológico. Asimismo, el estrés agudo también favorece a ello. Tanto el estrés crónico como el agudo forman cambios negativos en los comportamientos y rutinas de salud.

2.3.3. Ansiedad

Según Belloch, Sandín y Ramos (2009), refieren que el vocablo ansiedad es muy usado en la psicología y está asociado a diferentes términos como miedo, fobia, angustia y estrés. Por ello realizan delimitaciones e indican que en ansiedad el predominio es de componentes psíquicos, mientras que en la angustia el dominio es de componentes físicos. Así mismo efectúa una distinción entre ansiedad y miedo, donde refieren que el primero es un estado emocional más difuso y sin una fuente externa de amenaza reconocible. En cuanto al miedo se asocia a algún estímulo externo amenazante identificable.

Asimismo, Epstein (1972), diferenció ambos conceptos en términos de acción. Es decir que el miedo puede ser entendido como un drive que impulsa a la conducta de evitación o escape ante la percepción de un estímulo amenazante; mientras que la ansiedad, corresponde a un estado de activación que no tiene una

dirección específica tras percibir una amenaza.

Del mismo modo, Belloch et al. (2009), citan a Barlow, quien señala que el miedo es como una alarma primitiva en su respuesta ante un estímulo de peligro, que se caracteriza por una activación elevada de gran impacto negativo. En cambio, la ansiedad, la define como una combinación indefinida de emociones, con una estructura cognitiva y afectiva con referencia al futuro.

En términos fenomenológicos, Spielberger, Pollans y Worden (1984), definieron el estado de ansiedad, como una respuesta emocional, que se expresa con sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, además de una activación o descarga del sistema nervioso autónomo.

No obstante, Wolpe (1958), con un enfoque experimental, el cual define la ansiedad de una manera más operativa, es decir como una reacción automática de un organismo tras la presentación de un estímulo nocivo.

Finalmente se puede deducir, que la ansiedad puede ser entendida como una respuesta normal y necesaria de manera (anticipatoria) o por el contrario como una respuesta desadaptativa (ansiedad patológica o clínica) donde intervienen ciertos factores como la frecuencia, intensidad y la persistencia que lo diferencian de la ansiedad normal.

Además, estas diferencias, están determinadas por múltiples factores como: características de la personalidad, creencias personales de enfermedad y presiones familiares. Por otro lado, características clínicas de los trastornos de ansiedad como: ataques de pánico, fobias comunes, entre otros (Belloch et al., 2009).

Según Ries, Castañeda, Campos y Del Castillo (2011), citando a Spielberger refirieron que para definir ansiedad se tenía que realizar una diferenciación entre la ansiedad como un rasgo de personalidad y como un estado emocional, por esa

razón plantea la Teoría de Ansiedad Estado - Rasgo.

Así mismo, Ries et al. (2011), indican que un individuo con grado alto de ansiedad – rasgo, era capaz de divisar circunstancias como peligrosas, además tenía mayor predisposición a desarrollar a menudo ansiedad – estado. Si el sujeto no evitaba lo que le puede causar el estrés, usaba sus habilidades de afrontamiento para desafiar al entorno estresante.

Según Reyes-Ticas (2005), existen otras teorías que explican acerca de la ansiedad Estado - Rasgo, como la Teoría Situacionista, propuesta por Mischel, quien indicaba que las respuestas de ansiedad dependen de las peculiaridades del acontecimiento estresante, más que de las características de la personalidad del individuo. Para este enfoque la conducta estaba determinada por la situación.

2.3.3.1. Modelos teóricos de la ansiedad

Duffy (1972), quien en su teoría clásica de la activación asevero que la ansiedad es la tendencia que poseen los individuos hacia una activación elevada. De la misma manera, Dienstbier (1989), propuso a la ansiedad como un componente de activación y componente cognitivo, asimismo, indico que hay autores que mencionaron que mientras el sujeto interprete la activación de manera negativa este no se adaptara, debido a ello, los índices de activación se consideren como índices de ansiedad.

Según Rojo (2011), Landers, dió a conocer que existen autores que mencionaron que la ansiedad es una reacción emocional desagradable que va conducida de la aceleración del sistema nervioso autónomo y que es un estado emocional desadaptativo.

De la misma manera, Rojo (2011), menciona que la ansiedad es una etapa de ánimo dañino que se caracteriza por sintomatologías físicas de tensión corporal y

temor en relación al futuro. Es decir, es considerada una emoción debido a ello, presenta mayor complicación y es diferente a nivel cualitativo a la actividad fisiológica que va con ella.

Spielberger (1966), indicó que se debía razonar para hacer una definición sobre la ansiedad, tal es así que propuso una diferencia de la ansiedad como un estado emocional temporal debido a una situación desagradable y la ansiedad como un rasgo, es decir como parte de la personalidad del sujeto, debido a ello, planteó la teoría de la ansiedad estado-rasgo.

Asimismo, Rojo (2011), menciona que la ansiedad estado, es una emoción negativa que se caracteriza porque el individuo presentaba tensión, nerviosismo, preocupaciones, aprensión, pensamientos cargantes, todo esto seguido de una excelsa activación del organismo, además de ser una emoción que varía de acuerdo a la situación, si esta ansiedad es demasiado elevada la persona podría llegar a tener pensamientos catastróficos y conductas desorganizadas de pánico.

De la misma manera, Rojo (2011) menciona que la ansiedad rasgo es parte de la personalidad del sujeto para señalar algunas circunstancias como amenazadoras cuya respuesta era que presentaba índices elevados de ansiedad estado. La diferencia entre ambas ansiedades (estado y rasgo), es que la ansiedad rasgo se da por la continuidad con la que el sujeto percibe elevaciones en su ansiedad estado, no se manifiesta por la conducta, sino por aquellas elevaciones frecuentes en su ansiedad estado. Por tanto, los individuos que tienen un elevado nivel de ansiedad rasgo observan más rango de situaciones como amenazadoras lo que tiene como consecuencia que están mayormente predispuestos a padecer de ansiedad estado.

2.3.3.2. Fisiología de la ansiedad

Según la teoría de Spielberger (1966), la ansiedad estado a nivel fisiológico

implican cambios en el sujeto, tales como presentar: respiración agitada, se eleva el ritmo cardiaco, elevada presión sanguínea, deshidratación de boca, aumento de la sudoración, se dilatan las pupilas, rigidez capilar, contracción muscular todo ello permite al individuo prepararse para realizar un quehacer rápido que es demandada por el ambiente externo.

2.3.4. Delimitaciones en los modelos teóricos entre el estrés y la ansiedad

Según Rojo (2011), el estrés es un constructo psicológico confuso, debido a que, esta conceptualización va a depender de las distintas áreas de la psicología como el área clínica, organizacional, de la personalidad, etc. De la misma manera, indicó que también va a depender de otras ciencias como las ciencias médicas y biológicas.

Desde el punto de vista de la psicología clínica se refieren al estrés como un estímulo. Esta definición la acuñó Spielberger (1966), en su modelo de ansiedad como proceso en donde el estrés es un estímulo. Indicó que el vocablo estrés solamente debía ser utilizada para apuntar las condiciones o estímulos ambientales o también de aquellas situaciones que se identifican por presentar algún nivel de peligro psíquico o físico.

Por otro lado, desde el campo de las ciencias médicas y biológicas definen al estrés como una respuesta, lo cual tiene como consecuencia que el estrés y la ansiedad sea sinónimos. Al definirla como una respuesta no se tenía en cuenta de qué manera se desencadenaba el estrés, no se identificaba lo que le generaba estrés al individuo y lo que no, solamente era obligatorio esperar una respuesta sin tener en cuenta las variables psicológicas, debido a ello, el constructo no se puede juzgar como una reacción psicológica puesto que no se conoce el estímulo que ha provocado una respuesta en la persona (Rojo, 2011).

Por otro lado, el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1986), quien refirió, que se debe tener en cuenta las particularidades de la persona y del entorno ambiental en el que se desenvuelve, asimismo, conceptualizó al estrés como el resultado de la relación que se da entre la persona y el medio ambiente que es examinado como amenazador o que sobrepasa sus recursos poniendo en riesgo su bienestar, es decir, tomaba en cuenta las características del individuo y factores situacionales, además de la relación de la persona con el medio.

2.3.5. Trastorno del Espectro Autista

2.3.5.1. Historia del trastorno: Definición del Autismo

Martínez, Cuesta, Murillo, Alvarez y Arnáez (2012), refieren que Leo Kanner y Hans Asperger, facilitaron sutiles descripciones sobre las que se ha cimentado y construido el conocimiento actual de “Autismo”. Así mismo, mencionan el “caso de Hugh Blair” en 1747, quien a los 39 años pidió que se evalúe su condición mental para contraer matrimonio. Según los resultados se determinaron su falta de sentido común, su mirada anormal, dificultades en su lenguaje, ya que se apreciaban repeticiones de frases o ecolalias, presentaba conductas obsesivas por coleccionar plumas y palos, con dificultades para adaptarse a los cambios, con movimientos repetitivos y poca flexibilidad mental.

Del mismo modo, Martínez, Cuesta, Murillo, Alvarez y Arnáez (2012), refieren que Bonnaterre argumentó que el niño salvaje de Aveyron también padecía de autismo. El niño poseía rarezas sensoriales, ausencia de imitación, de risa sin causa aparente, balanceos del cuerpo. Así mismo se observó un adecuado progreso en algunas áreas, como el área del aprendizaje asociativo de tipo visual, por el contrario, bajo rendimiento en el área del lenguaje oral. A pesar de estos casos, la palabra autismo es utilizado de manera inicial en 1911 para describir esta

patología por Eugen Bleuler.

Kanner (1943), quien publicó su artículo “Autistic disturbances of affective contact” donde detalla cuatro rasgos determinantes del trastorno: inhabilidad del niño para poder relacionarse con los demás, dificultades severas en el progreso del lenguaje tanto en lo expresivo como comprensivo y la resistencia a los cambios de rutinas y ambientales. También, reconoce la aparición de manera temprana del Autismo antes de los 3 años de edad.

Asperger (1944), quien describe la “psicopatía autística”, basándose en la observación de cuatro casos; así mismo, indica que dicha condición autista está presente solo en varones, evidenciando torpeza social, con dificultades para relacionarse socialmente y para mostrar emociones y sentimientos hacia los demás, con conductas repetitivas y estereotipadas, motrizmente lerdos; en cuanto a su lenguaje no se apreciaba un retraso, por el contrario se observó buenas cualidades lingüísticas, aunque con un uso idiosincrásico, así como buenas capacidades cognitivas.

Agregan que Bettelheim (1967), es quien propuso de la “teoría de la madre refrigeradora” como causa del autismo, debido a su frialdad y falta de interés por su hijo, consecuente a ello el niño, creaba un mecanismo de defensa frente a ese entorno hostil, atribuyendo responsabilidad a los padres lo cual generaba sufrimiento y sentimientos de culpa, con la idea de que si ellos modificaban la manera en que interactuaban con el niño, esta condición sería reversible. Sin embargo, años después esta teoría sería desacreditada.

Otro cambio importante, nació del estudio que realizaron Wing y Gould (1979), a la triada de las deficiencias propias del autismo, que incluía: deficiencias en lo que respecta la capacidad para interactuar socialmente de manera recíproca,

deficiencia en la comunicación, y deficiencia en la imaginación. Estas deficiencias se encontraban también en personas con diferentes trastornos del desarrollo. Esto extendió la noción del concepto sobre el autismo, remplazando la idea de una serie de indicios sintomatológicos que se dan de manera “continua” por un concepto de “espectro” donde las dimensiones se encuentran alteradas, a partir de ello surge la denominación de Trastornos del Espectro Autista.

Wing (1981), utilizó el término “Síndrome de Asperger” para describir a una serie de pacientes que mostraban una gran similitud clínica con los que Asperger había descrito en su artículo. Posteriormente dicho síndrome fue añadido dentro de los trastornos generalizados del desarrollo como categoría diagnóstica según las clasificaciones diagnósticas internacionales, tales como el DSM- IV y CIE- 10.

2.3.5.2. Diagnóstico

Posteriormente los cambios en la definición sobre el autismo, ha tenido como consecuencia que tal concepto ha ido cambiando de clasificaciones diagnósticas. Tal es así que el DSM-I y DSM-II se encontraba enfocado de manera psicodinámica ya que en la época predominaba dicha teoría, por otro lado, en el DSM-III el autismo se encontraba dentro de la categoría de los trastornos generalizados del desarrollo. En el DSM-IV incluyeron al síndrome de Asperger dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. Finalmente, en el DSM 5, se observaron modificaciones relevantes en estas categorías diagnósticas modificando el término TGD por Trastorno Espectro Autista TEA.

Dentro de la versión anterior o DSM IV-TR, el TEA se encontraba dentro de los “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia”, en la subcategoría “Trastornos generalizados del desarrollo”, ubicándose el Trastorno Autista y Trastorno de Asperger junto al Trastorno de Rett, Trastorno

Desintegrativo infantil, Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado. Estas cinco categorías estarían consideradas como arbitrarias por algunos autores ya que no diferencian entre comorbilidades, por lo que la persona puede cambiar de diagnóstico a lo largo de su vida.

Asimismo, en el DSM IV-TR el trastorno autista se basa en tres dimensiones donde se presentan deficiencias: el área social, el área del lenguaje y el área de comportamientos o conductas repetitivas. Estableciendo así 12 criterios diagnósticos donde se cumplían 6 de estos, se establecían el diagnóstico de Autismo.

En el caso del DSM 5, como se mencionó, tuvo varios cambios en relación al TEA. En primer lugar, se ubicó dentro de los “Trastornos del desarrollo neurológico”, en la subcategoría de “Trastorno del espectro autista (TEA)”, obteniendo así una única categoría dentro de la cual se fusiona el Trastorno de Asperger, siendo considerado un TEA nivel 1. Los criterios diagnósticos ya no se basan en tres áreas, sino en dos, siendo estas la comunicación social, en la cual se agrupa el área del lenguaje con el área social; y los comportamientos restringidos y repetitivos. Sin embargo, los criterios del DSM IV-TR no son eliminados, sino fusionados. Además, se agrega la catatonía como posible síntoma.

El DSM 5 también propone tres niveles del Trastorno del Espectro Autista, los cuales se determinarán por el nivel de severidad de la enfermedad el cual se medirá en la ayuda necesitada. Cada nivel se basará en los criterios planteados por el DSM 5, según sus dos áreas. Es así como la diferenciación entre pacientes será más cuantitativa que cualitativa.

De la misma manera, el DSM 5 propone especificar si es que el trastorno es acompañado de una discapacidad mental, deterioro del lenguaje y/o una afección

médica o genética o un factor ambiental conocido.

Actualmente se sabe que es indispensable el trabajo multidisciplinario, incluyendo a la familia, tanto para el proceso de evaluación e intervención del niño con trastorno espectro autista.

Durante el proceso de evaluación se incluye la información de los padres, la observación al niño, la interacción con él y el juicio clínico del profesional. En la actualidad existen instrumentos diagnósticos con una adecuada confiabilidad, nos referimos al ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised), es una entrevista semi-estructurada que se realiza a la familia o cuidadores de niños, adolescentes o adultos con TEA y se complementa con la administración del ADOS-2 (Autism Diagnostic Observational Schedule), que es también una entrevista semi-estructurada que se aplica a la persona afectada; sin dejar de lado los criterios diagnósticos del DSM-V y CIE-10.

Riviére (2000), y refieren el estudio realizado a 100 familias, haciéndoles un informe retrospectivo, de allí sale la definición de un patrón prototípico de los niños con TEA los cuales son:

- El infante presenta una aparente normalidad en los primeros ocho u nueve meses de desarrollo, no obstante, esto viene acompañado de una característica común en todos los casos y es la tranquilidad expresiva.
- Falta de comportamientos de comunicación intencional, donde el infante pide y declara, las cuales los padres no lo perciben con frecuencia, esto se da en la fase locutiva del desarrollo, que se da lugar entre el mes número nueve y el diecisiete, donde se observó que había una pérdida de iniciar una relación, perdida en relación a su respuesta al lenguaje.
- Observación de una alteración cualitativa del desarrollo, que se da junto a

la fase locutiva del desarrollo, en este periodo se nota en el infante un evidente aislamiento, lenguaje limitado o ausente, una aparente sordera, rituales, dificultad conductual ante los cambios y falta de competencias intersubjetivas y de ficción.

De acuerdo con lo mencionado por Riviere (2000), algo característico en los informes de estos niños, es que encontró un patrón de pasividad, ausencia de comunicación intencionada tardía lo que tiene como consecuencia que los padres se preocupen tardíamente, ya que, lo asocian más a problemas de sordera.

Según Valdez y Ruggieri (2011), a nivel neurobiológico, a finales del año de vida se dan cambios importantes en cuanto a las conexiones neuronales entre los lóbulos frontales, áreas temporales y sistema límbico. De acuerdo con estos cambios, Riviere (2000), mencionó que el autismo podría estar relacionado con una modificación neurobiológica ya que esto ayuda al desarrollo de capacidades que hacen que sea posible que adquiera funciones superiores

Agregan Valdez y Ruggieri (2011), que diferentes estudios acerca de las manifestaciones tempranas de los TEA, concluyeron que la alteración más importante de este trastorno estaba relacionada con una dificultad en el desarrollo a nivel social, se destaca la naturaleza de las relaciones interpersonales e intersubjetivas que se observan a partir del segundo año de vida.

Como ya se señaló, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), hubo varios cambios significativos en relación a los manuales anteriores, se instituyó el término “trastorno del espectro autista” para incluir al trastorno autista, de asperger, generalizado del desarrollo no especificado y desintegrativo de la infancia. Además, ahora posee dos dominios que son el déficit social y de comunicación y el segundo es que la persona posee conductas

repetitivas e intereses fijos y deficiencias a nivel social y comunicativo.

2.3.5.3. Teorías explicativas del Autismo

Actualmente existen diversas investigaciones que intentan encontrar la etiología del autismo. Sánchez (2017) menciona las teorías más importantes que han intentado buscar y explicar los factores que originan el autismo.

2.3.5.3.1. Teorías biológicas

Dentro de ellas están las explicaciones genéticas, bioquímicas, microbianas y neurológicas.

Las numerosas investigaciones genéticas indican que son múltiples genes que interactúan para producir el fenotipo del autismo. Es decir, no existe un solo cromosoma implicado en el trastorno. Sánchez (2017), refiere que han encontrado tres genes ligados a los cromosomas 2q, 7q y 17q. Así mismo refiere que se han encontrado alteraciones de la serotonina y triptófano, como variaciones en los genes que codifican para el receptor GABAA y el gen PRKCB1 para los receptores de los neurotransmisores.

Así mismo, se sostiene que muchos niños con autismo presentan intolerancia a las grasas y al gluten, provocando daños en el epitelio intestinal, provocando heces de gran tamaño, por ello concluían algunas investigaciones que, si se les aplicaba una dieta sin gluten, la sintomatología disminuía, sin embargo, solo mejoraba sus problemas intestinales, más no los síntomas de autismo.

Campbell- McBride (2018) creó el Programa nutricional Síndrome de Intestino y Psicología (GAPS), cuyo objetivo era restaurar la mucosa intestinal de los afectados, ya que esta investigadora pensaba que la mayoría de los problemas cerebrales están en conexión con el sistema digestivo. Dicho estudio se realizó por medio de un experimento con ratones, donde provocaron síntomas similares a las

del autismo, es decir infectaron a las madres con una molécula similar al virus durante el embarazo y encontraron que después del nacimiento, los ratones habían alterado las bacterias intestinales en comparación con los ratones sanos. Posteriormente se trataron a los ratones enfermos con una bacteria positiva y se consiguió atenuar algunos síntomas conductuales menos conductas ansiosas y estereotipadas.

Por otro lado, Sánchez (2017) refiere que los estudios del sistema neuronal indican que las neuronas espejo están comprometidas en la interacción social. Su disfunción podría ser la causante de algunos síntomas del autismo, como la ausencia de la empatía y el aislamiento.

2.3.5.3.2. Teorías psicológicas

Según la corriente psicoanalítica descrita por Sánchez (2017), en un principio algunos autores hipotetizaban que el autismo se originaba como una defensa psicótica entre la simbiosis madre-bebé, donde lo entendían como una coraza protectora contra el mundo intolerable, estas posturas antiguas hacían responsables a las madres de estos niños. Actualmente, los autores de la corriente psicoanalítica critican estas posturas tan extremistas y explican que los niños con autismo no integran sensaciones con las emociones surgidas de la interacción con la madre. Por ello explican una disfunción entre las conexiones sensorio-emocional primitiva que repercute en la plasticidad cerebral del niño, lo cual conlleva a captar de manera superficial su entorno, sin tener en cuenta las emociones, ni pensamientos de los demás.

Cabe mencionar los resultados y el gran éxito del tratamiento conductual, siendo la metodología ABA la que mayor resultado ha dado. Esto se trata de una terapia conductual basada en la aplicación sistemática de los principios y técnicas

de aprendizaje en la modificación de la conducta humana, tratando de enseñar por la repetición con premios y castigos, según refiere Sánchez (2017). Así mismo indica que el niño con autismo presenta un fallo en el aprendizaje debido a la inadecuada interacción padres-hijo, lo cual impedía estímulos sociales como el halago, alabanzas, atención y hasta comida que podían utilizarse para que aprendieran nuevas conductas.

2.3.5.3.3. Teorías cognitivas

La teoría de la mente, fue estudiada por Baron-Cohen (1985), esta teoría permite comprender la conducta social, ellos dicen que, si una persona carece de teoría de la mente, es decir, no percibe la existencia de los estados mentales, las relaciones sociales lo entenderían como caóticas, confusas y esto le generaría temor. En los casos con mayor complejidad esto tendría como consecuencia que el individuo se aisle socialmente por completo, lo cual tiene consecuencias conductuales tales como: pocos intentos de interacción con otras personas donde las asistiría como si no tuvieran “mentes” como si fueran objetos inanimados.

Asimismo, Valdez y Ruggieri (2011) describen la capacidad de los individuos para realizar las llamadas teorías de la mente, como la consecuencia de un componente cognitivo esencial que está especializado y determinado biológicamente para la creación de metarrepresentaciones que es la capacidad del individuo para atribuir estados mentales y desdoblarse cognitivamente de lo que percibe en relación a las representaciones primarias.

Posteriormente, Wimmer y Perner (1983), crearon la tarea de creencia falsa donde mostraban a un grupo de 20 niños, dos muñecas llamadas Sally y Ana, donde le mencionaban la siguiente consigna: Sally tiene una cesta y Ana una caja. El niño ve como Sally deja su canica en la cesta y se va. Mientras tanto, la picara

de Ana cambia la canica de Sally de la cesta a su propia caja. Vuelve Sally. Al niño se le pregunta: ¿Dónde buscará Sally su canica? Estos autores hallaron que dieciséis de los niños con tea respondieron que buscarían en la caja donde estaba la canica que había sido puesta por Ana, no se daban cuenta de la creencia falsa de Sally

Por otro lado, Dennis (1991), sugiere seguir una serie de pasos tales como planificar, controlar los impulsos, inhibir respuestas inapropiadas, búsqueda organizada y plasticidad de pensamiento y actuar. Todos los comportamientos que tienen que ver con las funciones ejecutivas tienen en común que se desprenden del entorno o contexto contiguo o guiarse por representaciones internas o modelos mentales.

Valdez y Ruggieri, (2011), señalan que los individuos que presentan una falta en relación a la función ejecutiva presentaron lesiones en los lóbulos frontales, lo que tiene como consecuencia el habla o movimientos repetitivos sin sentido, una disminución en su capacidad de planificación. Las personas con este trastorno se les dificulta el ver un todo, ya que suelen enfocarse en los detalles.

2.3.5.4. Tratamiento

En cuanto al proceso de intervención según Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad y Téllez de Meneses (2010), describen los modelos de intervención en niños con autismo de la siguiente manera.

Intervenciones psicodinámicas: No suelen usarse en la actualidad. Pero hace referencia a un daño emocional secundario a la falta de desarrollo de un vínculo entre los progenitores en especial la madre con el hijo.

Intervenciones biomédicas: que a su vez lo divide en dos. La primera es la medicación para síntomas de enfermedades asociados con el TEA, como la

epilepsia, trastornos de conducta (TDAH) o el sueño. La segunda es medicina complementaria, como las dietas, suplementos vitamínicos, siendo su eficacia poco clara.

Intervenciones psicoeducativas: La cual se basa en enseñar a los niños nuevos comportamientos o habilidades, haciendo uso de técnicas especiales y estructuradas. Como las intervenciones conductuales, que se enfocan en enseñar a los niños con autismo nuevas habilidades y conductas, dentro de ellas está el Análisis Aplicado de la Conducta (ABA) y Programa de Lovaas. Así mismo existen las Intervenciones evolutivas, que se encargan de enseñar al niño técnicas sociales-comunicativas y el desarrollo de habilidades para la vida diaria, dentro de ello se encuentra Floor time (Tiempo suelo), Responsive Teaching (RT) y Relationship Development Intervention (RDI). En lo que refiere a las intervenciones basadas en terapias, centradas en la comunicación, como los dispositivos generadores del lenguaje (SGDs), el sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS) historias sociales (social stories), comunicación facilitada (FC) y entrenamiento en comunicación funcional (FCT); y sensorio-motoras como integración auditiva (AIT) e integración sensorial. En lo que respecta las intervenciones basadas en la familia, como los programas de PBS y Programa Hanen. Finalmente, mencionan las intervenciones combinadas, es decir empleando métodos conductuales y evolutivos, mostrando su eficacia en la actualidad, como es el modelo SCERTS, el modelo TEACCH, el modelo DENVER y el modelo LEAP.

2.4. Definición de términos básicos

2.4.1. Estilos de afrontamiento

Son las maneras en las que un individuo afronta o responde ante una

situación problemática que le genera malestar psicológico el cual puede tener consecuencias físicas como temblor en el cuerpo, náuseas, etc. debido a ello, el individuo hace uso de estrategias para que su nivel de estrés disminuya.

2.4.2. Ansiedad

Es una reacción emocional desagradable que siente el sujeto ante una situación de amenaza, expresada por miedo constante, nerviosismo y preocupación que se evidencia con respuestas fisiológicas del cuerpo como ritmo cardíaco acelerado, hiperventilación, sudoración excesiva, etc.

2.4.3. Trastorno del Espectro Autista

Presenta síntomas que afectan las áreas del neurodesarrollo del niño. Cómo el área del lenguaje ya sea a nivel expresivo o comprensivo. El área social, ya que poseen pocas herramientas para relacionarse y procesar adecuadamente las pautas sociales. El área sensorial, debido a que todos sus sentidos (visual, auditivo, táctil, olfativo, gustativo, vestibular y propioceptivo) se encuentran alterados evidenciando mucha o poca sensibilidad a los estímulos captados por el niño. En el área cognitiva, se evidencia alteraciones ya que en algunos casos podría estar muy desarrollada y en otros casos puede ir asociada a deficiencias intelectuales. Finalmente, en el área conductual, también se observa persistencia a realizar una actividad o poca flexibilidad para cambiar una rutina, lo cual puede comprobar su poca tolerancia a la frustración.

Teniendo en cuenta que el término “Espectro” quiere decir que dicho trastorno posee una amplia gama de síntomas en cada área del desarrollo del niño, por lo tanto, algunas podrían estar más desarrolladas que otras.

CAPÍTULO III

Hipótesis y Variables

3.1. Supuestos científicos básicos

El presente estudio está fundamentado en la teoría de Carver, Wintraub y Scheier (1989). Esta teoría complementó los estudios hechos por Lazarus y Folkman acerca de los estilos de afrontamiento, pues para esta investigación se utilizó la adaptación del COPE de Casaretto y Chau (2015), quienes distribuyeron las quince estrategias de afrontamiento en tres estilos y en otro que no pertenece a los estilos puros y son:

Tarea aproximación (planificación, aceptación, afrontamiento activo, reinterpretación positiva y crecimiento, supresión de actividades y contención del afrontamiento), Social emocional (búsqueda de apoyo social por razones emocionales, enfocar y liberar emociones y búsqueda de apoyo social por razones instrumentales), Evitativo (desentendimiento conductual, negación y desentendimiento mental) y escalas que no pertenecen a estilos puros (uso del humor, uso de sustancias y afrontamiento religioso).

Este estudio también se basa en la conceptualización de ansiedad propuesta por Spielberger, la cual estudia la ansiedad en dos dimensiones, la ansiedad como un estado momentáneo y la ansiedad como rasgo de personalidad.

3.2. Hipótesis

H1. Existe un nivel de relación significativa del estilo de afrontamiento centrado en la tarea con respecto a la ansiedad rasgo en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima sur 2019.

H2 Existe un nivel de relación significativa del estilo de afrontamiento centrado en lo social emocional con respecto a la ansiedad rasgo en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima sur 2019.

H3. Existe un nivel de relación significativa del estilo de afrontamiento evitativo con respecto a la ansiedad rasgo en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima sur 2019.

H4. Existe un nivel de relación significativa en las escalas que no pertenecen a estilos puros con respecto a la ansiedad rasgo en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima sur 2019.

H5. Existe un nivel de relación significativa del estilo de afrontamiento centrado en la tarea con respecto a la ansiedad estado en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima sur 2019.

H6. Existe un nivel de relación significativa del estilo de afrontamiento centrado en lo social emocional con respecto a la ansiedad estado en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima sur 2019.

H7. Existe un nivel de relación significativa del estilo de afrontamiento evitativo con respecto a la ansiedad estado en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima sur 2019.

H8. Existe un nivel de relación significativa de las escalas que no pertenecen a estilos puros con respecto a la ansiedad estado en madres con hijos diagnosticados con autismo en Lima sur 2019.

3.3. Variables de Estudio

3.3.1. Estilos de Afrontamiento

Se conceptualizan como aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales que se modifican con frecuencia para la conducción de las demandas existentes internas o externas, que serán percibidas y evaluadas por la persona. Variable cuantitativa, que fue medida por el Inventario de la Estimación del Afrontamiento (COPE-60) adaptado por Casaretto y Chau (2015), cuyos estilos de afrontamiento son las siguientes:

- Tarea aproximación, se divide en:
 - a. Planificación: El individuo piensa en varias soluciones y sigue un plan de acción.
 - b. Afrontamiento activo: El sujeto realiza ciertas acciones para confrontar una circunstancia estresante.
 - c. Supresión de actividades: La persona deja de lado otras actividades para concentrarse en el problema.
 - d. Contención de afrontamiento: examinar la circunstancia para no desenvolverse arbatadamente.
 - e. Reinterpretación positiva y crecimiento: darle un significado positivo a la vivencia desagradable y sacar un aprendizaje de ello.
 - f. Aceptación: Tomar como cierto lo ocurrido.
- Social emocional, se divide en las siguientes:
 - a. Enfocar y liberar emociones: el sujeto enuncia sus emociones de modo intenso.
 - b. Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: indagar en los otros información y consejos.

- c. Búsqueda de apoyo social por razones emocionales: busca en los otros comprensión y apoyo moral.
- Evitativo, comprende los siguientes:
 - a. Desentendimiento conductual: el sujeto evita comprometerse con acciones frente a una circunstancia estresante.
 - b. Desentendimiento mental: El sujeto se distrae cognitivamente ante una circunstancia estresante.
 - c. Negación: el individuo no asume la dificultad como existente.
- Escalas no pertenecientes a algún estilo:
 - a. Uso del humor: hacer bromas acerca de la circunstancia estresante.
 - b. Uso de sustancias: consumo de drogas y alcohol.
 - c. Afrontamiento religioso: el individuo busca soporte espiritual.

3.3.2. Ansiedad

Es una variable cuantitativa, que fue medida por el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) cuyo autor es Spielberger y Díaz-Guerrero, que evalúa la ansiedad en dos dimensiones:

- Ansiedad Rasgo: Se refiere a que el sujeto posee una tendencia a la ansiedad que es relativamente permanente.
- Ansiedad Estado: Es cuando la persona muestra ansiedad debido a una situación transitoria cuya intensidad varía en cada sujeto.

3.4. Variables de control

- A. Colegios de educación básica especial (CEBE)
- B. ONG

3.5. Operacionalización de variables

Variable	Tipo o naturaleza	Dimensiones	Escala de Medición	Instrumento
Ansiedad	Cuantitativa	Ansiedad – Rasgo	Ordinal	Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado
		Ansiedad – Estado	Ordinal	de Spielberger, Gorsuch y Lushene adaptado por Marlene Anchante (1993)
Estilos de Afrontamiento	Cuantitativa	Estilo dirigido a la tarea	Ordinal	Inventario de la Estimación del Afrontamiento
		Estilo socio emocional	Ordinal	de Carver, Scheier y Weintraub adaptada por
		Estilo evitativo	Ordinal	Mónica Casaretto y Cecilia Chau (2015)
		Escalas no pertenecientes a estilos puros	Ordinal	

CAPÍTULO IV

Método

4.1 Población y muestra

La muestra estuvo constituida por 85 madres con hijos diagnosticados con Autismo en Lima sur 2019, que reciben atención terapéutica en una Institución sin fines de Lucro (ONG), ubicada en el distrito de San Juan de Miraflores. Así como dos instituciones CEBE ubicadas en el distrito de Barranco, cuyos hijos tienen edades que oscilan entre los 3 y 20 años. En cuanto a la edad de las madres fluctúa entre los 20 y 60 años.

En relación a la muestra, según Tamayo (2003), es de tipo intencionado, pues se buscó individuos que sean representativos de la población que va a estudiar.

De la misma manera, según lo expuesto por Hernández, Fernández y Baptista (2014), la muestra fue obtenida de manera no probabilística o dirigida, debido a que, la muestra fue seleccionada de manera intencional y la elección de los individuos no depende del azar, sino de causas que tienen relación con las características de la investigación pues se trabajó con una población específica

como son las madres de niños con autismo que asisten a dos Centros de Educación Básica Especial (CEBE's), así mismo una Institución sin fines de lucro (ONG) que se encuentran ubicadas en la zona sur de Lima.

4.2 Tipo y diseño de investigación

Para Hernández, Fernández y Baptista (2014), la presente investigación es de tipo descriptiva, con elementos correlacionales. El cual buscó analizar la relación que existe entre dos constructos que son la ansiedad rasgo – estado y las dimensiones de afrontamiento en un grupo de madres de niños con autismo.

Asimismo, Hernández Fernández y Baptista (2014), mencionaron que el análisis descriptivo muestra los ángulos de un evento mientras que el análisis correlacional trata de predecir el valor que obtendrá un determinado grupo de sujetos en una variable, dándonos a conocer un valor explicativo, debido a que, al unirse dos variables tiene como consecuencia aportar información explicativa.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), el diseño de investigación del enfoque cuantitativo presenta una estructura y es predeterminado, es decir, antepone a la recaudación de datos.

La presente investigación es no experimental, ya que, se observó situaciones que existen, no fueron provocadas de manera intencional ni manipuladas. Dentro de los diseños no experimentales, el presente estudio es de diseño transversal, debido a que, busca describir las variables y analiza su incidencia e interrelación en un determinado momento. Asimismo, es un diseño transversal correlacional pues busco establecer las relaciones que hay entre las variables sin intentar analizar relaciones causales (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

4.3 Técnica de instrumentos de recolección de datos

En seguida, se describen los instrumentos empleados para obtener los datos de las variables del estudio. Esto es, el Inventario de Estimación de Afronte (COPE) que evalúa las dimensiones del afrontamiento y el Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (IDARE), que evalúa los niveles de ansiedad.

4.3.1 Inventario de Estimación del Afrontamiento COPE-60

Ficha técnica

Prueba: Inventario de Estimación de Afrontamiento (1989)

Autores: C.S. Carver, M.F. Scheier y J.K. Weintraub.

Objetivo: Evaluar estrategias de afrontamiento ante el estrés. Usuarios: Adolescentes y adultos.

Adaptación: Mónica Casaretto Bardales y Cecilia Chau Perez-Aranibar (Lima, 2015)

Forma de aplicación: Individual / Colectiva.

Tiempo de aplicación: Aproximadamente de 15 a 20 minutos.

Material que contiene: Manual y hojas de respuestas.

Descripción de la prueba y propiedades psicométricas

Carver, Scheier y Weintraub (1989), crearon un inventario para evaluar de qué forma las personas responden ante una situación de estrés.

Se utilizó el COPE-60, el cual puede ser administrada de forma individual y colectiva, cuenta con un formato Likert en 4 niveles de respuesta, donde: 1: Casi nunca hago esto. 2: A veces hago esto. 3: Usualmente hago esto y el puntaje. 4: Hago esto con mucha frecuencia.

Posee 60 ítems los cuales están distribuidos en 15 escalas que son:

planificación, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, enfocar y liberar emociones, afrontamiento activo, supresión de actividades competentes, contención de afrontamiento, reinterpretación positiva y crecimiento, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, acudir a la religión, desentendimiento mental, uso de sustancias, desentendimiento conductual, uso del humor, negación, aceptación.

Igualmente, Casaretto y Chau (2015), distribuyen las quince estrategias de afrontamiento en tres estilos y en otro que no pertenece a ningún estilo puro:

- A. Tarea aproximación (Planificación, afrontamiento activo, supresión de actividades, contención de afrontamiento, reinterpretación positiva y crecimiento y aceptación).
- B. Social emocional (Enfocar y liberar emociones, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales y búsqueda de apoyo social por razones emocionales).
- C. Evitativo (Desentendimiento conductual, desentendimiento mental y negación).
- D. Escalas no pertenecientes a algún estilo (uso del humor, uso de sustancias y afrontamiento religioso).

Asimismo, Casaretto et al. (2015), aplicaron el cuestionario a estudiantes de universidad que tenían entre 16 y 25 años; los resultados dieron a conocer que existía evidencia sólida para organizar 15 estrategias. No obstante, en el estudio por análisis factorial exploratorio hallaron débil evidencia para una estructura de tres factores (A. centrado en la tarea, A. centrado en lo social emocional y evitativo) que organicen las mencionadas escalas.

Carver et al. (1989), encontraron la confiabilidad del test realizando un análisis

de consistencia interna, donde encontraron que variaba la confiabilidad de las escalas entre .45 (desentendimiento mental) y .92 (acudir a la religión). Posteriormente, las autoras realizaron un estudio test-retest donde evidenciaron una confiabilidad que oscilaba entre .46 (supresión de actividades) y .86 (acudir a la religión).

Casaretto y Chau (2015), realizaron el estudio de validación y adaptación del mencionado test a la realidad de nuestro país, en donde añadieron una escala más, alusiva al uso del Alcohol y Drogas. Proporcionando apertura a la nueva adaptación del COPE 60.

Posteriormente, Kallasmaa y Pullver (2000), comentaron que los autores del test, actualizaron el inventario, donde en la escala uso de alcohol y drogas agregaron 3 ítems, asimismo, en la escala uso del humor añadieron 4 ítems, creando la tercera adaptación del COPE que se conformó por 60 ítems y 15 estrategias de afronte.

Por otro lado, Casaretto et al. (2015), mencionaron que existen dos versiones del COPE; una de ellas es la versión situacional, que evalúa respuestas ante situaciones específicas o temporales y la otra la versión disposicional referida a evaluar respuestas propias del sujeto, empleando las mismas preguntas, más no las mismas instrucciones de aplicación.

Casuso (1996) adaptó el COPE de 52 ítems, realizó la adaptación en una muestra de 817 universitarios. En donde, encontró evidencias de confiabilidad que estaban entre los 0.40 y 0.86, en la cual, la escala de desentendimiento mental tenía una evidencia de confiabilidad de 0.48 y negación de 0.40. Asimismo, el análisis factorial exploratorio con rotación varimax tuvo como resultado que 13 escalas tenían valores eigen mayores a 1.

En Perú, la adaptación de Casuso, mantiene para los estilos la estructura teórica más no la empíricamente planteada por Carver (1989). En tal sentido, se presentan las estrategias en términos de tres dimensiones:

- A. Centrado en el Problema: Afrontamiento activo, supresión de actividades en competencia, planificación y búsqueda de apoyo social por razones instrumentales.
- B. Centrado en la Emoción: Enfocar/liberar emociones, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, crecimiento, reinterpretación positiva, acudir a la religión, aceptación y negación.
- C. Centrado en otros aspectos: Desentendimiento conductual y desentendimiento mental, y enfocar y liberar emociones.

Debido a que la muestra a la que va referida este cuestionario es para estudiantes universitarios, se realizó la validez de contenido por criterio de jueces, los cuales fueron diez jueces que estuvieron de acuerdo con los reactivos y que la prueba medía lo que pretendía medir.

4.3.2 Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

Ficha técnica

Prueba: Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado IDARE (1970)

Autores: C.D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene.

Objetivo: Evaluar la Ansiedad Rasgo - Estado. Usuarios: Adolescentes y adultos.

Adaptación: Marlene Del Pilar Anchante Rulle, Lima (1993)

Forma de aplicación: Individual / Colectiva.

Tiempo de aplicación: Aproximadamente de 15 a 20 minutos.

Material que contiene: Manual y hojas de respuestas.

Descripción de la prueba y propiedades psicométricas

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en el presente estudio, se aplicó en madres de niños con Trastorno Espectro Autista. Fue creado por C.D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene (1970) y adaptada para Lima, Perú, por Anchante (1993). Este inventario se aplicó de forma individual y grupal, estudia dos dimensiones de la ansiedad, la Ansiedad Rasgo (20 afirmaciones) y la Ansiedad Estado (20 afirmaciones); en la primera dimensión se indica cómo se siente generalmente la persona y en la segunda dimensión se refiere a cómo se siente en un momento específico. El estilo de respuesta es de tipo Likert, su puntuación es del 1 al 4 y tiene cuatro alternativas de respuesta diferentes; para Ansiedad - Rasgo sería 1: No en absoluto, 2: Un poco, 3: Bastante y 4: Mucho. Así mismo para Ansiedad - Estado sería 1: casi nunca, 2: Algunas veces, 3: Frecuentemente y 4: casi siempre.

De este modo, la calificación del IDARE, oscila con un mínimo de puntuación de 20 y un máximo de 80 puntos, en ambas escalas este instrumento se creó para estudiar la ansiedad en personas adultas sin síntomas psiquiátricos en el año 1970.

Asimismo, este inventario cuenta con 20 preguntas para cada tipo de ansiedad, la ansiedad rasgo está conformada por 13 ítems directos y 7 inversos, por otro lado, la ansiedad estado presenta 10 ítems directos y 10 ítems inversos, los reactivos invertidos del inventario son:

Escala A-Estado: 1,2,5,8,10,15,16,19 y 20.

Escala A-Rasgo: 1,6,7,10,13,16 y 18.

La confiabilidad fue analizada mediante el coeficiente de alpha de Cronbach mostrando valores entre .83 y .92, sumado a eso se hizo un análisis de test-retest

en distintos momentos de 1 hora, 20 días y 104 días, donde el coeficiente de confiabilidad en la dimensión Ansiedad -Estado va desde .16 hasta .54 y en la dimensión de Ansiedad - Rasgo desde .73 hasta .86.

Respecto a las evidencias de validez del test relacionadas con otras variables hicieron el estudio en pacientes neuropsiquiátricos y universitarios, en el que hallaron correlaciones positivas entre la escala de Ansiedad-Rasgo con otras escalas de ansiedad como, la de Ansiedad Manifiesta de Taylor (1953), la de Ansiedad IPAT de Cattell (1957) y el Inventario de Adjetivos de Afectos de Zuckerman (1960) con valores que van desde .52 hasta .83.

Además, Spielberger et al. (1970), utilizaron la validez de constructo para examinar el área de Ansiedad Estado, hallaron que hay diferencias significativas no solo en la puntuación final, sino también en todos los ítems excepto el ítem 8, cuando estudiaron los puntajes de universitarios en contextos normales y en otros que le puedan provocar ansiedad como las evaluaciones universitarias.

Por otro lado, al analizar las evidencias de validez relacionadas con la estructura interna, se utilizó el análisis factorial. El estudio de ansiedad se realizó en grupos de personas normales y con dificultades clínicas, hallando cuatro elementos que se manifestaban entre el 61% y el 68% de la varianza. En los resultados se localiza una división de cada escala del test, lo cual muestra dos tipos de elementos por cada escala, uno manifestado como la presencia de síntomas ansiosos, y otro como el equilibrio emocional o la ausencia de sintomatología ansiosa.

De la misma manera, Spielberger y Díaz-Guerrero (1975), utilizan el test para medir la ansiedad en estudiantes de secundaria, bachillerato, pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos.

Arias (1990), en países de Latinoamérica como Perú, Argentina, México y Ecuador, llevó a cabo la validación del inventario. Respecto a la interpretación de los resultados, proporciona una tabla de conversión de los puntajes derivados de la muestra mexicana, usando una escala de centil ordinal, de 5 a 95. Respecto a Perú, para la Ansiedad - Estado, analizaron la confiabilidad de las puntuaciones obteniendo un coeficiente alpha de Cronbach de .87, mientras que para el factor ansiedad rasgo fue de .84. Así mismo, estudió la confiabilidad, obteniendo en la escala ansiedad estado un coeficiente de Cronbach de .86, además que la correlación ítem-test analizada fue la adecuada en todos los ítems excepto el ítem 8, cuya correlación fue de .129; a pesar de que esta correlación es baja, Arias, mantuvo el ítem, debido a que, no afectaba de manera significativa la escala.

De la misma manera, Arias (1990), en relación a las evidencias de validez vinculadas con otras variables, obtuvo correlaciones positivas entre el inventario y aquellas situaciones que amenazan la vida diaria. Así mismo, encontró correlaciones negativas con situaciones que producen satisfacción.

Anchante (2013), en su investigación encontró resultados parecidos en alumnos de una universidad privada de Lima, Perú, donde el coeficiente alpha de Cronbach es .92 para Ansiedad – Estado y de .87 para Ansiedad – Rasgo.

4.4 Procedimientos para la recolección de datos

Primero se contactó con los directores de las instituciones, con el fin de obtener la autorización para poder aplicar los cuestionarios, todo ello fue avalado por la Universidad Ricardo Palma mediante un documento de presentación que se solicitó en el decanato. Previo a la aplicación del COPE-60, el mencionado instrumento fue adaptado a la población por validez de contenido a través de criterio de jueces expertos en psicología clínica, donde ningún ítem fue modificado

ni eliminado, ya que, el instrumento posee validez de contenido.

Antes de la aplicación de ambos inventarios se dictó una charla tocando un tema atractivo para la asistencia de estas madres y posterior a la aplicación de los cuestionarios, se realizaron sesiones de relajación. Se solicitó la firma del Consentimiento informado (ver anexo) a las madres de familia. Consecutivamente, se procede con la aplicación de las pruebas IDARE y COPE-60, que fue de manera colectiva, con un tiempo aproximado de 45 minutos para ambas pruebas. La recolección de datos, fue aproximadamente de dos meses.

4.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se analizó la normalidad de los datos con la prueba de Smirnov Kolmogorov a fin de determinar el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas. Los datos presentaron una distribución de carácter normal entonces se utilizó la prueba t de Pearson para determinar la relación correspondiente a las hipótesis.

El nivel de significatividad fue del 0.05 y los datos se procesaron con el programa estadístico del SPSS.

CAPÍTULO V

Resultados

5.1. Presentación de datos generales

El presente estudio de investigación estuvo constituido por una muestra de 86 madres con hijos diagnosticados con Autismo, cuyas edades oscilan entre los 20 y 60 años. Dichas madres vienen asistiendo a una Institución sin fines de Lucro (ONG) y dos CEBEs ambas ubicadas en el distrito de Barranco. A estas madres se les aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE-60).

En la figura 1, se observa la distribución de madres que participaron en la investigación según la institución donde fueron evaluadas.

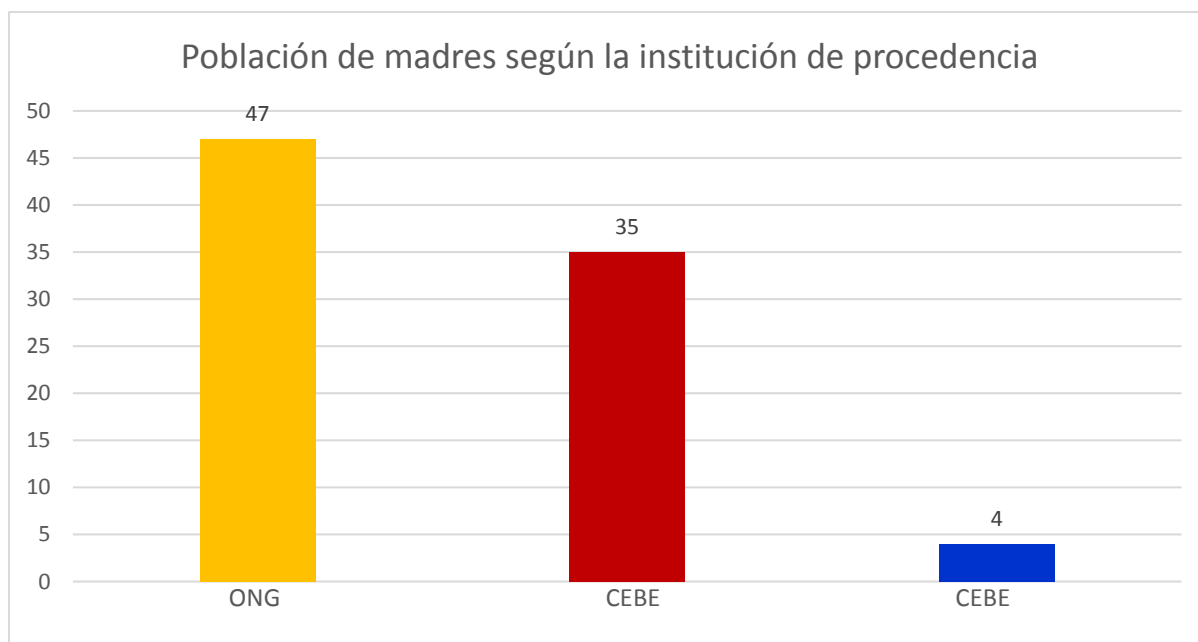


Figura 1. Distribución de madres que participaron en el presente estudio, según la institución de procedencia.

A continuación, en la figura 2, se muestran los datos obtenidos por el Inventario de Ansiedad (IDARE), como rasgo.

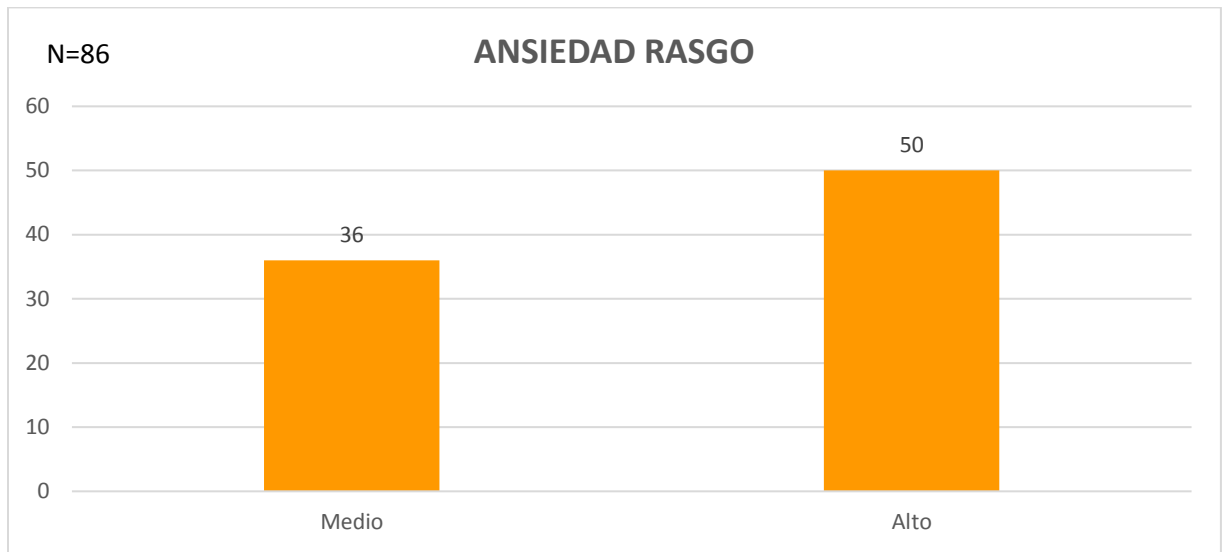


Figura 2. Puntajes obtenidos por el Inventario de Ansiedad (IDARE), como rasgo.

En la figura 3, se muestran los datos obtenidos por el Inventario de Ansiedad (IDARE), como estado.

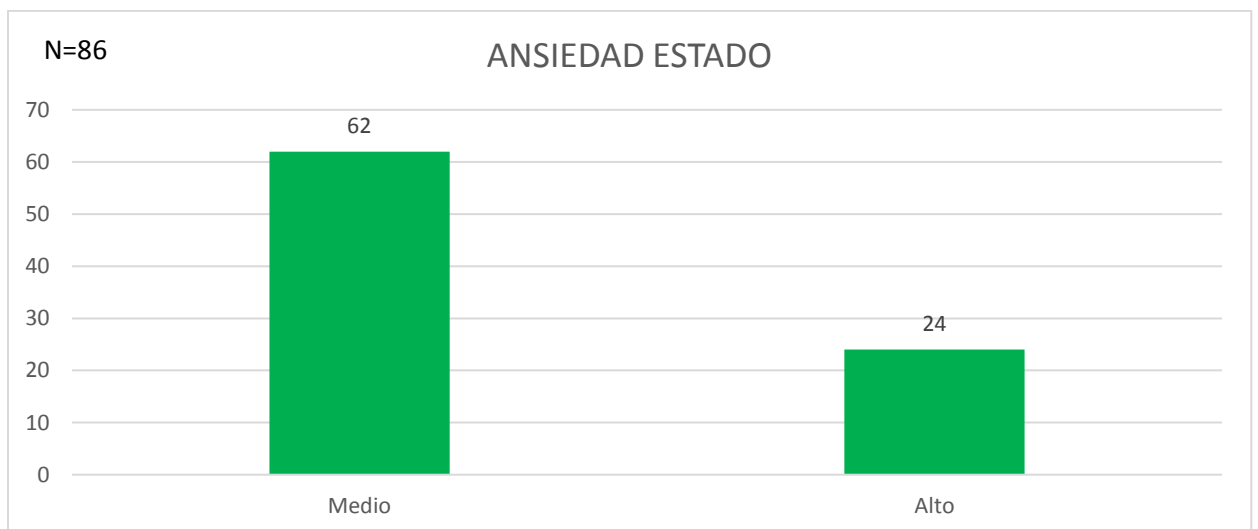


Figura 3. Puntajes obtenidos por el Inventario de Ansiedad (IDARE), como estado.

En la figura 4, se muestran los datos que se obtuvieron del Cuestionario de Estimación del afrontamiento COPE-60 referidos al estilo de afrontamiento dirigido a la tarea.

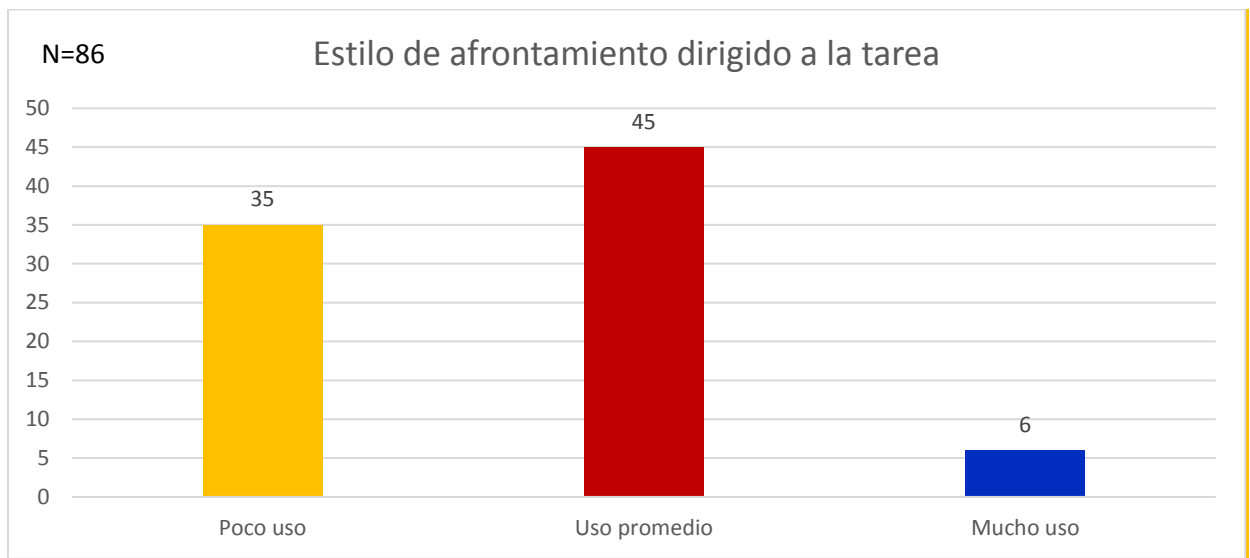


Figura 4. Puntajes obtenidos a través del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE 60, en el Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea

De igual forma en la figura 5 se observan los datos recolectados del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE-60, en el Estilo de Afrontamiento Social – Emocional.

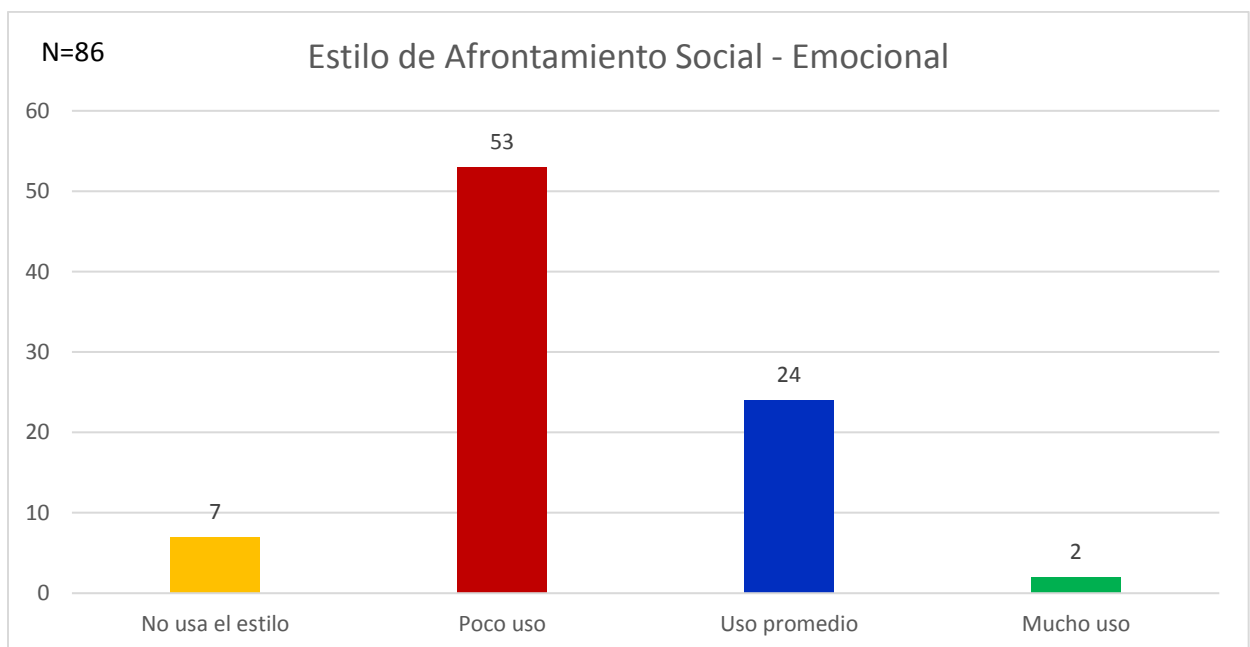


Figura 5. Puntajes obtenidos a través del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE 60, en el Estilo de Afrontamiento Social – Emocional.

Del mismo modo en la figura 6 se muestran los datos recolectados del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE-60, en el Estilo Evitativo.

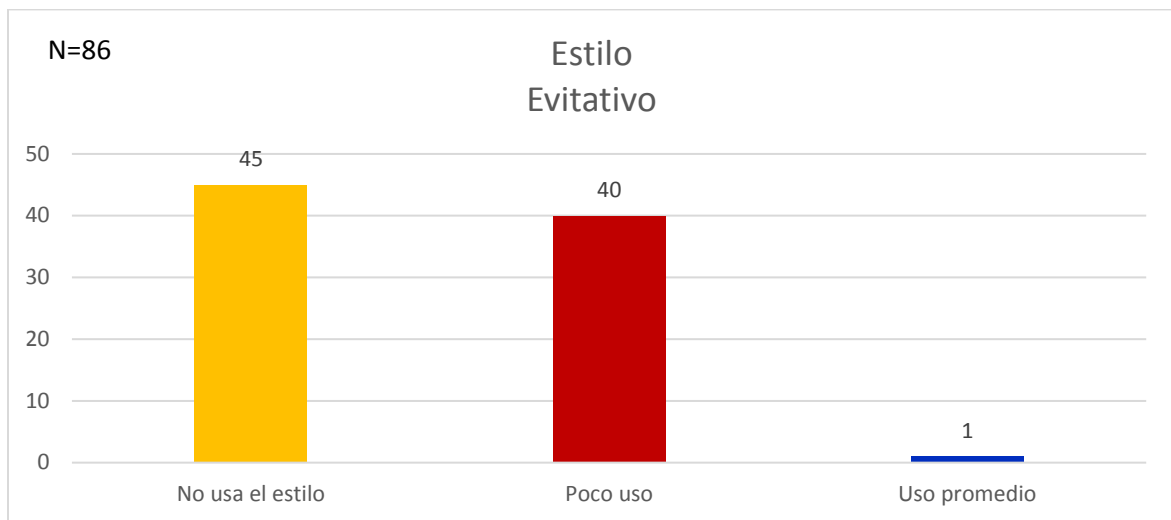


Figura 6. Puntajes obtenidos a través del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE 60, en el Estilo Evitativo.

Finalmente, en la figura 7 se muestran los datos recolectados del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE-60, en las Escalas que no pertenecen a los estilos puros.

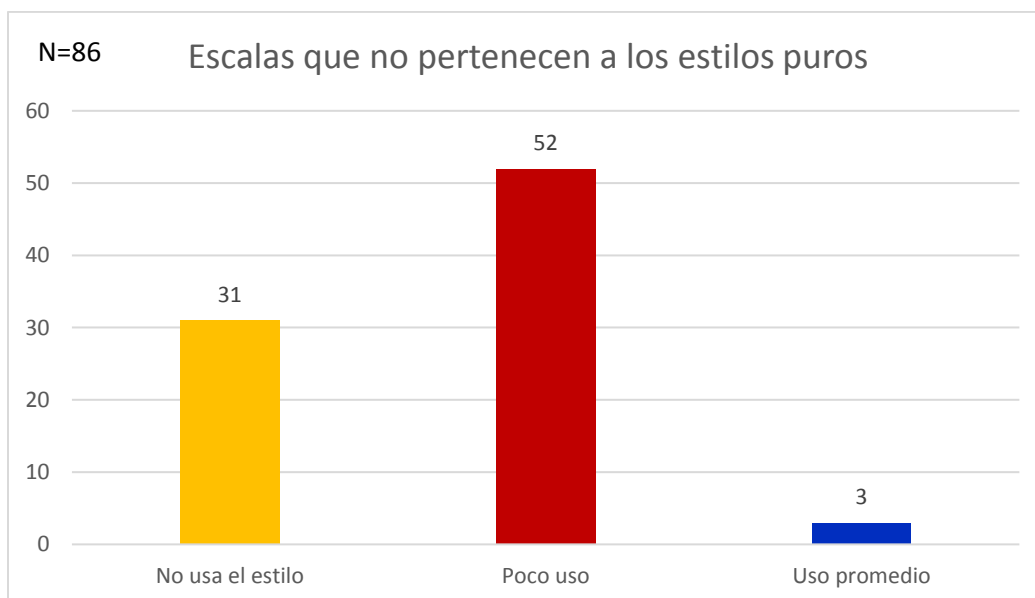


Figura 7. Puntajes obtenidos a través del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE 60, según las Escalas que no pertenecen a los estilos puros.

5.2. Presentación y análisis de datos

Respecto a la hipótesis 1, referida a la relación entre el estilo de afrontamiento enfocado en la tarea y la ansiedad rasgo, y tal como se muestra en la tabla 1, el índice de relación es igual a .056, el cual no es significativo, y presenta un tamaño del efecto pequeño de .003, resultados que permiten señalar que no se acepta esta hipótesis.

Tabla 1

Cálculo de la correlación entre estilo enfocado en la tarea y la ansiedad rasgo correspondiente a la hipótesis utilizando el índice de Pearson.

	Ansiedad Rasgo	N	Tamaño del efecto r^2
Estilos Enfocado en la Tarea	.056	86	.003

* $p < .05$

Respecto a la hipótesis 2, referida a la relación entre el estilo enfocado en lo social emocional y la ansiedad rasgo, y tal como se muestra en la tabla 2, el índice de relación es igual a .179, el cual no es significativo, y presenta un tamaño del efecto pequeño de .032, resultados que permiten señalar que no se acepta esta hipótesis.

Tabla 2

Cálculo de la correlación entre el estilo social emocional y la ansiedad rasgo correspondiente a la hipótesis utilizando el índice de Pearson.

	Ansiedad Rasgo	N	Tamaño del efecto r^2
Estilo Social Emocional	.179	86	.032

* $p < .05$

Respecto a la hipótesis 3, referida a la relación entre el estilo evitativo y la ansiedad rasgo, y tal como se muestra en la tabla 3, el índice de relación es igual a .262, el cual es significativo y presenta un tamaño del efecto mediano de .068, resultados que permiten señalar que se acepta esta hipótesis.

Tabla 3

Cálculo de la correlación entre el estilo evitativo y la ansiedad rasgo correspondiente a la hipótesis utilizando el índice de Pearson.

	Ansiedad Rasgo	N	Tamaño del efecto r^2
Estilo Evitativo	.262*	86	.068

* $p < .05$

Respecto a la hipótesis 4, referida a la relación entre los estilos que no pertenecen a estilos puros y la ansiedad rasgo, y tal como se muestra en la tabla 4, el índice de relación es igual a .260, el cual es significativo y presenta un tamaño del efecto mediano de .067, resultados que permiten señalar que se acepta esta hipótesis.

Tabla 4

Cálculo de la correlación entre estilos que no pertenecen a estilos puros y la ansiedad rasgo correspondiente a la hipótesis utilizando el índice de Pearson.

	Ansiedad Rasgo	N	Tamaño del efecto r^2
Estilos que no pertenecen a Estilos Puros	.260*	86	.067

* $p < .05$

Respecto a la hipótesis 5, referida a la relación entre el estilo de afrontamiento centrado en la tarea y la ansiedad estado, y tal como se muestra en la tabla 5, el índice de relación es igual a .183, el cual no es significativo, y presenta un tamaño del efecto pequeño de .033, resultados que permiten señalar que no se acepta esta hipótesis.

Tabla 5

Cálculo de la correlación entre el estilo de afrontamiento centrado en la tarea y la ansiedad estado correspondiente a la hipótesis utilizando el índice de Pearson.

	Ansiedad Estado	N	Tamaño del efecto r^2
Estilos en la Tarea	.183	86	.033

* $p < .05$

Respecto a la hipótesis 6, referida a la relación entre el estilo de afrontamiento social emocional y la ansiedad estado, y tal como se muestra en la tabla 6, el índice de relación es igual a -.075, el cual no es significativo, y presenta un tamaño del efecto nulo de .0005, resultados que permiten señalar que no se acepta esta hipótesis.

Tabla 6

Cálculo de la correlación entre estilo social emocional y la ansiedad estado correspondiente a la hipótesis utilizando el índice de Pearson.

	Ansiedad Estado	N	Tamaño del efecto r^2
Estilo social emocional	-.075	86	.005

* $p < .05$

Respecto a la hipótesis 7, referida a la relación entre el estilo de afrontamiento evitativo y la ansiedad estado, y tal como se muestra en la tabla 7, el índice de relación es igual a -.013, el cual no es significativo, y presenta un tamaño del efecto nulo, resultados que permiten señalar que no se acepta esta hipótesis.

Tabla 7

Cálculo de la correlación entre estilo evitativo y la ansiedad estado correspondiente a la hipótesis utilizando el índice de Pearson.

	Ansiedad Estado	N	Tamaño del efecto r^2
Estilo Evitativo	-.013	86	.00

* $p < .05$

Respecto a la hipótesis 8, referida a la relación entre estilos que no pertenecen a estilos puros y la ansiedad estado, y tal como se muestra en la tabla 8, el índice de relación es igual a .090, el cual no es significativo, y presenta un tamaño del efecto pequeño de .008, resultados que permiten señalar que no se acepta esta hipótesis.

Tabla 8

Cálculo de la correlación entre estilos que no pertenecen a estilos puros y ansiedad estado correspondiente a la hipótesis utilizando el índice de Pearson.

	Ansiedad Estado	N	Tamaño del efecto r^2
Estilos que no pertenecen a Estilos Puros	.090	86	.008

* $p < .05$

5.3. Discusión de resultados

El presente estudio, tuvo como finalidad conocer la relación entre cada uno de los estilos de afrontamiento y la ansiedad de las madres con hijos e hijas con autismo ante sucesos difíciles, ya que, desde el momento en que les dan una presunción diagnóstica, la familia pasa por un proceso de duelo, lo cual trae consigo mucha angustia, frustración, estrés y ansiedad, ante la nueva situación que para ellos es incierta, esto pasa por el desconocimiento y por los estigmas sociales. Esta serie de cambios y desafíos con el tiempo generan estados ansiosos de manera momentánea, o prolongada; es decir la ansiedad como un estado y también como rasgo de la personalidad.

Acerca de este resultado es importante mencionar que Casaretto y Chau (2015), distribuyeron las quince estrategias de afrontamiento en tres estilos (centrado en la tarea, social emocional y evitativo) y en uno que no pertenece a los estilos puros.

Se realizó un análisis de sistemas de hipótesis, se encontró que en la hipótesis 1, que plantea la relación entre el estilo centrado en la tarea (planificación, afrontamiento activo, supresión de actividades, contención de afrontamiento, reinterpretación positiva y crecimiento y aceptación) y la ansiedad rasgo, se halló que no existe una relación entre las variables (Tabla 1), debido a ello no se acepta esta hipótesis. Este resultado señala que, el realizar ciertas acciones para confrontar la situación estresante, el pensar en una gama de soluciones, realizar planes de qué hacer, todo ello, para que las madres puedan concentrarse en el problema tiene como consecuencia que la ansiedad rasgo disminuya, tal como lo propuso Mosquera (2012), mencionó que las madres cuyos hijos tenían alteraciones congénitas utilizaban estrategias de afronte orientados al problema, reaccionando de una manera más sana al estrés, lo que les permitió afrontar de manera adecuada sus emociones, teniendo mayor bienestar y estados positivos afectivos. Por otro

lado, Spielberg (1972), mencionó que la ansiedad rasgo se da por la continuidad con la que la persona percibe elevaciones en su ansiedad estado, asimismo, Pérez de Velasco (2017), halló que aquellas mamás que tenían más tiempo de conocimiento del diagnóstico de su hijo observaban los infortunios como una oportunidad para crecer personalmente, lo cual no coincide con lo investigado por Zayas et al. (2017), quienes, en su estudio sobre las madres con hijos con diabetes tipo I, hallaron que los niveles de ansiedad rasgo eran elevados.

Respecto a la hipótesis 2 que plantea la relación entre el estilo de afrontamiento social emocional y la ansiedad rasgo, se encontró que no existe relación significativa (tabla 2), lo cual indica que aquellas madres buscan en los demás información y consejos que puedan ayudarle con las conductas del niño, además de buscar apoyo moral y comprensión expresando sus emociones de manera intensa, como lo señalado por Schmidt, Dalbosco y Alves (2007), quienes encontraron que la principal dificultad de las madres era la conducta del niño, frente a eso hacían uso de estrategias de afrontamiento para lidiar con sus emociones donde buscaban apoyo social. Esta hipótesis reafirma lo señalado por Albarracín, Rey y Jaimes (2014), en padres y madres con hijos con TEA, ya que la mayoría de madres se quedaban en casa luego del diagnóstico de su hijo para el cuidado de este, además encontraron que usaban el estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

En relación a la hipótesis 3, que refiere que existe una relación significativa entre el estilo evitativo (desentendimiento conductual, desentendimiento mental y negación) y la ansiedad rasgo, tal como lo indica la tabla 3, debido a que, las madres buscan distraerse a nivel cognitivo para no hacer frente a una situación estresante debido al cansancio que supone tener un hijo con autismo, asimismo, buscan evitar comprometerse con acciones frente a una situación estresante y al inicio del diagnóstico no asumen como real la condición de su hijo. En su investigación, Gantiva, Luna, Dávila y Salgado (2010),

encontraron que la evitación emocional era el estilo de afrontamiento que más utilizaban las personas que presentaban ansiedad. Lo mismo señala Riquelme, Buendía y Rodríguez (1993), que el estilo evitativo fue usado primordialmente por los individuos que mostraban alteración psicológica. De la misma manera, Ráudez, Rizo y Solís (2017), encontraron que las madres que tienen conocimiento del diagnóstico de su hijo reaccionaban de manera similar y negaban el diagnóstico, además sentían culpa, sentimientos de pérdida, depresión, desesperación y baja autoestima.

Igualmente, Espada y Grau (2012), encontraron que aquellas madres cuyos hijos no tenían un tiempo mayor a dos años de diagnóstico de autismo su estilo de afrontamiento era de evitación / huida y se aislaban socialmente.

En la cuarta hipótesis, se plantea que existe relación significativa entre las escalas que no pertenecen a estilos puros y la ansiedad rasgo, lo cual hace que se acepte la hipótesis específica (Tabla 4), tal como lo señaló Schmidt, Dalbosco y Alves (2007), al indicar que se utilizan con frecuencia el apoyo religioso y la distracción.

Por otro lado, en la hipótesis 5, se encontró que aquellas madres que utilizaban el estilo de afrontamiento centrado en la tarea (afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y crecimiento, supresión de actividades, contención del afrontamiento, y aceptación) no presentaron ansiedad estado (tabla 5), ya que al culminar de realizar “tareas” para ayudar a sus hijos sus niveles de ansiedad bajaban, tal como lo mencionó Rojo (2011), que cuando la persona percibe y experimenta su ansiedad estado elevado como muy fastidioso y se da cuenta que no puede evitar aquellos estímulos que lo desencadenan, es ahí donde hace uso de sus destrezas para enfrentarse a la circunstancia amenazadora, el cual iniciara un proceso de defensa para que disminuya la emoción desagradable. Esto no coincide con lo que hallaron Zayas, Gil-Olarte, Guerrero y Guil (2017), en madres con hijos diagnosticados con diabetes tipo I, donde encontraron

ansiedad estado en niveles medio alto.

De la misma manera, de acuerdo con la sexta hipótesis, que establece la relación entre el estilo de afrontamiento social emocional y la ansiedad estado, y la hipótesis 7 que plantea la relación entre el estilo evitativo y la ansiedad estado, se halló que no existe relación significativa entre ambas variables, debido a ello, se rechazan estas hipótesis (Tabla 6 y tabla 7). En el estudio realizado Jiménez, Macías y Valle (2012), investigaron a familias en situaciones de crisis con sus hijos adolescentes, encontraron que estas familias estaban predispuestas a valerse principalmente del apoyo social para afrontar las dificultades por las que pasaban, por lo que se corroboraría la no existencia de relación entre el afrontamiento social emocional y ansiedad estado, de la misma manera, Pérez de Velasco (2017), encontró que las madres que tenían ayuda con el cuidado de su hijo, presentaban mayor bienestar psicológico. Respecto a la hipótesis 7 al no existir referencias de correlación entre ambas variables, se generan interrogantes para posteriores estudios.

Por otro lado, respecto a la hipótesis 8, que establece la relación entre las escalas que no pertenecen a estilos puros (uso del humor, uso de sustancias y afrontamiento religioso) y la ansiedad estado, se halló que no existe relación significativa entre ambas variables (tabla 8), debido a ello, no se acepta la hipótesis. Cabe resaltar, que en la presente investigación este resultado no se ha reportado en estudios anteriores sobre los estilos de afrontamiento y la ansiedad, por lo cual se indica que, estas madres usan el humor para bromear sobre el entorno estresante y la religión buscando apoyo espiritual para afrontar la sintomatología de su hijo y situaciones problemáticas que se presentaban en relación a las terapias diarias. Es importante mencionar, que haciendo recuento de las respuestas de las madres en relación a uso de sustancias como afrontamiento ninguna consume alcohol o drogas para afrontar las circunstancias estresantes.

Enfatizando la discusión de nuestra investigación, en la muestra estudiada encontramos

que no había relación significativa del estilo de afrontamiento centrado en la tarea con la ansiedad rasgo-estado, en nuestras madres debido a que el llevar a sus hijos a terapias, el inmiscuirse en su tratamiento y educación, además de buscar información, tenía como consecuencia que no presentaran estados de ansiedad. Por otro lado, se halló que no había una relación significativa del estilo de afrontamiento social emocional y de la ansiedad rasgo-estado, debido a que, encontramos que nuestras madres, buscaban consejo de su entorno cercano, así como también apoyo moral, expresando sus sentimientos y emociones, lo cual tenía como consecuencia que sus niveles de ansiedad disminuyeran. Con referencia al estilo evitativo y la ansiedad, siendo importante mencionar que, según Ries et al. (2011), las personas que poseen ansiedad como rasgo de su personalidad, presentan una predisposición mayor a desarrollar a menudo ansiedad estado. Encontramos que había relación significativa entre el mencionado estilo y la ansiedad rasgo, debido a que las madres evitaban comprometerse en alguna actividad fuera de casa, debido al temor de encontrarse en una situación estresante como una crisis conductual de su hijo ante un evento inesperado. Finalmente, los que no pertenecen a estilos puros y la ansiedad rasgo, refiriendo que en nuestras madres se halló que buscaban el apoyo espiritual, debido a que sentían una ansiedad intensa y prolongada en el tiempo.

CAPÍTULO VI

Conclusiones y Recomendaciones

6.1. Conclusiones generales y específicas

Considerando los resultados se puede concluir lo siguiente.

- No existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento dirigido a la tarea y la ansiedad rasgo.
- No existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento social emocional y la ansiedad rasgo.
- Si existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento evitativo y la ansiedad rasgo.
- Si existe relación significativa entre las escalas que no pertenecen a los estilos puros y la ansiedad rasgo.
- No existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento dirigido a la tarea y la ansiedad estado.
- No existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento social emocional y la ansiedad estado.
- No existe relación significativa entre el estilo de afrontamiento evitativo y la ansiedad estado.
- No existe relación significativa entre las escalas que no pertenecen a los estilos puros y la ansiedad estado.

Además, se concluye que las madres con hijos con autismo utilizan generalmente el estilo de afrontamiento dirigido a la tarea, asimismo, la mayoría de madres con hijos diagnosticados con autismo hacen “poco uso” del estilo de afrontamiento social emocional y en segundo lugar también hacen “poco uso” de las escalas que no pertenecen a los estilos puros. De la misma manera, se puede concluir que la mayoría de madres “usa el estilo” de afrontamiento evitativo en relación a la ansiedad rasgo.

Asimismo, 50 de las madres con hijos diagnosticados con autismo presentaron niveles altos de ansiedad rasgo y 24 de ellas presentaron ansiedad estado también en un nivel elevado.

6.2. Recomendaciones

En base a los resultados que se obtuvieron en el presente estudio, se pueden hacer las siguientes recomendaciones:

1. Impulsar investigaciones acerca del afrontamiento y ansiedad en otras zonas de Lima y en otros trastornos del neurodesarrollo.
2. Instaurar programas de atención y redes de apoyo para las familias, especialmente a las madres con hijos con TEA, quienes son el soporte principal de sus hijos.
3. Realizar programas de prevención de la ansiedad, dado que los niveles de ansiedad elevados pueden interferir en la vida cotidiana y desenvolvimiento de las madres, generándoles malestar emocional no solo a ellas mismas sino a las personas con las que convive y que esperan que ella sea su soporte.

6.3. Resumen.

La presente investigación tuvo como objetivo principal dar a conocer la relación entre cada uno de los estilos de afrontamiento y la ansiedad, cuya muestra fueron 86 madres con hijos diagnosticados con el trastorno del espectro autista en tres instituciones de Lima sur. Se aplicó el cuestionario de estimación del afrontamiento (COPE-60), el cual contiene cuatro estilos de afrontamiento que son: Estilo dirigido a la tarea, a lo social emocional, evitativo y escalas que no pertenecen a los estilos puros, también se utilizó el Inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE) para evaluar los tipos de ansiedad que predominan en las madres. Se realizó un sistema de hipótesis, donde se aceptaron las correlaciones entre el estilo evitativo y la ansiedad rasgo, y escalas que no pertenecen a estilos puros y la ansiedad rasgo. Asimismo, el COPE-60 fue adaptado a la población por validez de contenido a través de criterio de jueces expertos.

Palabras claves: Estilos de afrontamiento, ansiedad, madres, autismo.

6.4. Abstract. Key words

The main objective of this research was to reveal the relationship between each of the coping styles and anxiety, whose sample was 86 mothers with children diagnosed with autism spectrum disorder in three institutions in southern Lima. The coping estimation questionnaire (COPE-60) was applied, which contains four coping styles that are: Style directed to the task, to the social emotional, avoidant and scales that do not belong to the pure styles, the State trait anxiety inventory (IDARE) to evaluate the types of anxiety that predominate in mothers. A hypothesis system was carried out, where correlations between avoidance style and trait anxiety, and scales that do not belong to pure styles and trait anxiety were accepted. Likewise, the COPE-60 was adapted to the population due to content

validity through the criteria of expert judges.

Keywords: Coping styles, anxiety, mothers, autism.

REFERENCIAS

- Albarracín, A., Rey, L. y Jaimes, M. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (42), 111-126. Consultado en: <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194230899008.pdf>
- Alcoser, A. (2012). *Estrategias de Afrontamiento en adolescentes de 12 a 15 años con embarazos no planificados, usuarias del Centro de Atención Integral del Adolescente del Área 17 del Cantón Durán*. (Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica). Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. Consultado en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6004/1/TESIS%20DE%20GRADO%20Alexandra.pdf>
- Amigo, I. (2015). *Manual de psicología de la salud*. México: Pirámide.
- Anchante, M. P. (2013). *Ansiedad Rasgo - Estado y Soporte Social en un grupo de alumnos de EE.GG.CC. de la P.U.C.P.* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Arias, F. (1990). Investigaciones sobre el IDARE en cuatro países de latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 3(1), 49-85. Consultado en: <https://biblat.unam.mx/pt/revista/revista-intercontinental-de-psicologia-y-educacion/articulo/investigaciones-sobre-el-idare-en-cuatro-paises-latinoamericanos-argentina-ecuador-mexico-y-peru>
- Arphi, Y. E., Sánchez, C. V. y Vásquez, K. Y. (2017). *Relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y nivel de estrés en padres con hijos autistas*. (Tesis de Licenciatura en Enfermería). Universidad Cayetano Heredia, Lima, Perú. Consultado en:

http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/886/Relacion_Arphi%20Limo%20Yosselyn.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM 5*. Virginia, USA: Ed Arlington.

Asperger, H. (1944). Die Autistischen psychopathen im kindesalter. *Archiv für psychiatrie und nervenkrankheiten*, 117(1), 76-136. Consultado en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01837709>

Baron-Cohen, S., Leslie, A. y Firth, U. (1985). Does the Autistic Child have a Theory of Mind. *Cognition*, 21(1), 37-46. Consultado en: http://www.autismtruths.org/pdf/3.%20Does%20the%20autistic%20child%20have%20a%20theory%20of%20mind_SBC.pdf

Barra, E. (2003). *Psicología de la salud*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.

Belloch A., Bonifacio, S. y Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología*. Madrid: Editorial Mc Graw Hill.

Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress*. New York: The free press.

Cannon, W. (1935). Stresses and strains of homeostasis. *American Journal of medical science*, 189(1), 1-14. Consultado en: <https://scinapse.io/papers/1996335261>

Campbell- McBride, N. (2018). *GAPS, el síndrome psico-intestinal*. España: Editorial diente de león.

Carver, C. & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184–195. Consultado en: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.66.1.184>

Carver, C., Weintraub, J. y Scheier, M. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. Consultado en:

<https://pdfs.semanticscholar.org/5a8c/2bceefede7391164c9d45ff01f1d4619ba46.pdf>

Casaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(2), 363-392.

Consultado en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6849>

Casaretto, M. y Chau, C. (2015). Afrontamiento al Estrés: Adaptación del cuestionario COPE en Universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(1), 95-109. doi: 10.21865/RIDEP42_95

Casuso, L. (1996). *Adaptación de la Prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Consultado en: <https://www.aidep.org/sites/default/files/articles/R42/Art9.pdf>

Cohen, S. y Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310-357. Consultado en:

http://lchc.ucsd.edu/MCA/Mail/xmcamail.2012_11.dir/pdfYukILvXsL0.pdf

Coon, D. (2008). *Psicología*. México: Editorial Thomson Learning.

De Velasco, A. L. (2017). *Afrontamiento y bienestar psicológico en madres de niños diagnosticados con trastorno del espectro autista*. (Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Consultado en:

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/9894/P%C3%A9rez%20de%20Velasco_Geldres_Afrontamiento_bienestar_psicol%C3%B3gico1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Dennis, M. (1991). Frontal lobe function in childhood and adolescence: a heuristic for assessing attention regulation, executive control and intentional states important

- for social discourse. *Developmental Neuropsychology*, 7(1), 327-358. Consultado en:
- <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/87565649109540497?needAccess=true>
- Díaz, D., Jimenez, P. y Fernández, E. (2004). Estudio sobre escalas de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 3(4), Consultado en: <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
- Dienstbier, R. A. (1989). Arousal and physiological toughness: Implications for mental and physical health. *Psychological Review*, 96. 84-100. Consultado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2538855>
- Duffy, E. (1972). Activation. En N. S. Green. Field y R.A. Sternbach. *Handbook of Psychology*. NY: Holt, Rinehart y Winston. Consultado en: <https://www.hse.ru/data/2011/06/29/1216147786/Handbook%20of%20Psychophysiology.pdf>
- Espada, M. y Grau, C. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología*, 9(1), 25-40. Consultado en: <https://search.proquest.com/docview/1022980815/8A55EB021A144114PQ/3?accountid=45097>
- Epstein, S. (1972). The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. En C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (vol. II, pp. 291-337). Nueva York: Academic Press. Consultado en: https://books.google.com.pe/books?id=uYxawHyB_ckC&pg=PA146&lpg=PA146&dq=Anxiety:+Current+trends+in+theory+and+research++Nueva+York:+Academic+Press&source=bl&ots=HJV7rPgk4X&sig=ACfU3U3vI8yGI9KGCbzokXdQn0THRxiP6w&hl=qu&sa=X&ved=2ahUKEwj33NuAl8XmAhXEIDQIHZnQA

E0Q6AEwAHoEAcQAQ#v=onepage&q=Anxiety%3A%20Current%20trends%20in%20theory%20and%20research%20%20Nueva%20York%3A%20Academic%20Press&f=false

Falcón, M. M. (2017). *Relación entre los estilos de afrontamiento al estrés y rasgos de personalidad en padres de niños con trastorno del espectro autista*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Cayetano Heredia, Lima, Perú. Consultado en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1437/Relacion_FalconBord_o_Medalith.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fecteau, S. (2012). *Régulation physiologique et perception de stress chez des parents d'enfants diagnostiqués d'un trouble du spectre de l'autisme: La contribution de la présence d'un chien d'assistance et des représentations associées à l'attachement*. (thèse pour obtenir le rang de Philosophiae Doctor). Université de sherbrooke, Ottawa, Canadá. <https://search.proquest.com/docview/1237868509/fulltextPDF/774FDE50939641DDPQ/1?accountid=45097>

Fernandez, L. (3 de abril del 2018). El silencio del autismo en el Perú. El Comercio. Recuperado de: <https://elcomercio.pe/peru/silencio-autismo-peru-informe-noticia-508790-noticia/?ref=ecr>

Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A. y Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Revista Psychologia*, 4(1), 63-72. Consultado en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224086006.pdf>

García-Escamilla, D. (2002). Enfermedades psicosomáticas: Cuando la mente enferma al cuerpo. *General Interest Periodicals-México*. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/307003339/B53E8B4B1AEE4205PQ/5?acc>

oun tid=45097

Gastiaburú, M. (2018). *Representaciones del cáncer y Afrontamiento en padres y madres de niños con esta enfermedad*. (Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Consultado en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/12329/GASTIABURU_CABELLO_REPRESENTACIONES_DEL_CANCER_Y_AFRONTAMIENTO_EN_PADRES_Y_MADRES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Hankin, B. y Abramson, L. (2001). Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological bulletin*, 127(6), 2013-218. Consultado en: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0033-2909.127.6.773>

Jaser, S., Linsky, R. y Grey, M. (2013), Coping and psychological distress in mothers of adolescents with type 1 diabetes. *Maternal and Child Health Journal*. 18(1), 101 - 108. doi:10.1007/s10995-013-1239-4

Jiménez, M., Macías, M. y Valle, M. (2012). Afrontamiento en crisis familiares. *Salud Uninorte*, 28(1). Consultado en: <https://search.proquest.com/docview/1436221667/abstract/8A55EB021A144114PQ/16?accountid=45097>

Kallasmaa, T. y Pulver, A. (2000). The Structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Personality and Individual Differences*, 29(1), 881-894. Consultado en: https://www.researchgate.net/publication/247166776_The_structure_and_properties_of_the_Estonian_COPE_Inventory

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *The nervous child*, 2(1),

217-250.

Consultado

en:

<http://garfield.library.upenn.edu/classics1979/A1979HZ31800001.pdf>

Kaplan, H. y Sadock, B. (2012). *Manual de bolsillo de Psiquiatría clínica*. Barcelona:

Editorial Lippincott Williams y Wilkins.

Kubler, R. y Kessler, D. (2004). *Sobre el duelo y el dolor*. Madrid: Editorial Luciérnaga.

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

Martínez Roca.

López, R., Díaz, C., Moreno, K., Vargas, K. y Villamizar, G. (2011). Condiciones

biológicas, sociales y familiares asociadas al afrontamiento familiar ante el

nacimiento de pretérminos en la ciudad de Cartagena – Colombia. *Scholarly*

Journals, 8(2), 150-158. Consultado en:

<https://search.proquest.com/docview/1835765663/abstract/8A55EB021A144114>

[PQ/ 7?accountid=45097](https://search.proquest.com/docview/1835765663/abstract/8A55EB021A144114).

Luque, B., Yáñez, V., Taberner, C. y Cuadrado, E. (2017). The role of coping strategies

and self-efficacy as predictors of life satisfaction in a sample of parents of children

with autism spectrum disorder. *Psicothema*, 29(1), 55-60. Consultado en:

<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=4363>.

Martinez, A., Cuesta, J., Murillo, E., Alvarez, R. y Arnáiz, J. (2012). *Todo sobre el*

autismo: Los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) Guía completa basada

en la ciencia y en la experiencia. España: Publicaciones Alcaria S. L.

Mertz, L. (2018). *Apego y afrontamiento en madres de hijos con labio fisurado y/o*

paladar hendido en Lima. (Tesis para la licenciatura en Psicología). Universidad

Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú. Consultado en

<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/624042/MERTZ>

[_LL.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/624042/MERTZ)

- Mosquera, S. M. (2012). *Estilos de afrontamiento en madres de hijos e hijas con alteraciones congénitas en Huila – Colombia*. (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México. Consultado en <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/1800>
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, M. y Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de neurología*, 50(3), 77-84. Consultado en: <https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1839.1-bdS03S077.pdf>
- Najar, L., y Kurtz, P. (2011). A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 43-50. Consultado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122137006>
- OMS (2017). *Trastornos del Espectro Autista*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Consultado en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.
- Pakenham, K. I., Sofronoff, K. y Samios, C. (2004). Finding meaning in parenting a child with Asperger syndrome: correlates of sense making and benefit finding. *Research in Developmental Disabilities*, 25(3), 245-264. Consultado en: <http://www.psicothema.com/pdf/3220.pdf>
- Palmero, F. y Martínez, F. (2008). *Motivación y emoción*. Madrid: Editorial Mc Graw Hill.
- Pérez de Velasco, A. (2017). *Afrontamiento y Bienestar Psicológico en madres de niños diagnosticados con Trastornos del Espectro Autista*. (Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Consultado en:

- http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/9894/P%C3%A9rez%20de%20Velasco_Geldres_Afrontamiento_bienestar_psicol%C3%B3gico1.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Pérez, J. (2017). *Trata el estrés con PNL*. Madrid, Editorial Universitaria Ramón Areces. Consultado en http://www.gref.org/nuevo/articulos/art_250517.pdf
- Pinquart, M. y Soresen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol aging*, 18(2), 250 - 267. Consultado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12825775>
- Ramos, V. y Yucra, M. (2018). *Resiliencia y Estilos de Afrontamiento al estrés en Madres con hijos con discapacidad de tres asociaciones*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú. Consultado en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8513/PSrapogv.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Raudez, L., Rizo, L., y Solís, F. (2017). Experiencia vivida en madres/padres cuidadores de niños/niñas con trastorno espectro autista. *Revista científica de FAREM- Estelí*, (21). doi: <https://doi.org/10.5377/farem.v0i21.3484>
- Reyes-Ticas, J. (2005). Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico al tratamiento. *Med post UNAH*, 1(1), 115-123. Consultado en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M. y Castillo, O. (2011). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Revista de psicología del Deporte*. 12(2), 9–16. Consultado en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo01.pdf>
- Riquelme, A., Buendía, J. y Rodríguez, M. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema*, 5(1), 83-89. Consultado en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72705106>

Riviére, A. (2000). *¿Cómo aparece el autismo? Diagnóstico temprano e indicadores precoces del trastorno del espectro autista*. Madrid: APNA.

Rogers, S., Dawson, G. y Vismara, L. (2018). *Atención temprana para su niño o niña con autismo*. Barcelona: Autismo Ávila.

Rojo, J. (2011). *Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés*. Madrid: Ediciones Pirámides.

Roth, S. y Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813-819. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.7.813>

Sáenz, J., (2016). *Sobrecarga en cuidadores primarios de niños con trastorno del espectro autista*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Autónoma del Estado de México, Ecatepec, México. Consultado en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/68882>

Sánchez, A. (2017). *Trastorno del Espectro Autista, Evaluación, diagnóstico e intervención educativa familiar*. España: Editorial Formación Alcalá.

Schmidt, C., Dalbosco, D. y Alves, C. (2007). Estratégias de Coping de Mães de Portadores de Autismo: Lidando com Dificuldades e com a Emoção. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 124-131. Consultado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18820116>

Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.

Seguí, J., Ortiz, M. y De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología*, 24(1), 100-105. Consultado en: <https://search.proquest.com/docview/1288737502/fulltextPDF/BF8470FA226D4>

EF4 PQ/1?accountid=45097

- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. En C. D. Spielberger (ed). *Anxiety and Behavior*, New York: Academic Press, 3-20. Consultado en: <https://www.elsevier.com/books/anxiety-and-behavior/spielberger/978-1-4832-3131-0>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: California. Consultado en: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state>
- Spielberger, C. D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE. Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado*. México: El Manual Moderno.
- Spielberger, C. D., Pollans, C. H. y Worden, T. J. (1984). Anxiety disorders. En S. M. Turner y M. Hersen (Eds.), *Adults psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). Nueva York: Wiley.
- Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica: incluye evaluación y administración de proyectos de investigación*. México: Editorial Limusa.
- Valdez, D. y Ruggieri, V. (2011). *Autismo del diagnóstico al tratamiento*. Argentina: Editorial Paidós SAICF.
- Ward, M., Mefferd, I., Parker, S., Chesney, M., Taylor, C., Keegan, D. y Barchas, J. (1983). Epinephrine and norepinephrine responses in continuously collected human plasma to a series of stressors. *Psychosomatic medicine*, 45(1), 471-486. Consultado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6657864>
- Weiten, W. (1998). Pressure, major life events, and psychological symptoms. *Journal of Social Behavior & Personality*, 13(1), 51-68. Consultado en: <https://psycnet.apa.org/record/1998-04360-004>

- Wimmer, H y Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and the constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13(1), 103-128. Consultado en: <http://www.sscnet.ucla.edu/polisci/faculty/chwe/austen/wimmerperner.pdf>
- Wing, L. y Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated anomalies in children: epidemiology and classification. *Journal of autism and developmental disorders*, 9(1), 11-29.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome a clinical account. *Psychological medicine*, 11(1), 115-129.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press. Consultado en: <https://psycnet.apa.org/record/1958-04425-000>
- Zayas, G., Gil-Olarte, P., Guerrero, C. y Gull, R. (2017). Resiliencia y ansiedad en madres que padecen Diabetes tipo 1. *Revista INFAD de Psicología*, 3(1), 131-140. Consultado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349853365014>

Anexos

Consentimiento informado

La presente es una investigación, pretende evaluar el nivel de Ansiedad y el Estilo de Afrontamiento utilizado por madres de niños, jóvenes o adultos, diagnosticados con Trastorno Espectro Autista (TEA) en cualquiera de sus niveles (1, 2 o 3). Dicha investigación estará a cargo de Sandy Milagros Aguilar Obregón y Vivian Mayte Tafur Villacorta, egresadas de la Universidad Ricardo Palma, que se encuentran desarrollando su tesis de licenciatura en Psicología. Los resultados del mismo serán expuestos a ustedes y publicados para la Universidad Ricardo Palma. Para ello, será necesario aplicar dos pruebas psicológicas breves llamadas IDARE y COPE, además de una ficha de datos que ayude a controlar las variables intervinientes que puedan influir en los resultados obtenidos a una muestra aproximada de 95 madres. La identidad de las participantes se mantendrá en absoluto anonimato, por ello no es necesario especificar sus nombres, ni en los inventarios ni en la ficha de datos. Habiendo leído y comprendido las condiciones previas, confirmo que mi participación en la presente investigación es voluntaria, por tal motivo, tengo el derecho a desistir de la misma en el momento en que yo lo desee.

Nombre: _____

Firma: _____

Material complementario

Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE)

Estamos interesados en conocer la forma como responden las personas cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en sus vidas.

Hay muchas formas de manejar esas situaciones. Este cuestionario le pide indicar qué es lo que *generalmente* hace o siente cuando experimenta acontecimientos estresantes. Naturalmente, en situaciones diferentes reacciona en forma diferente, pero piense lo que *habitualmente* hace en esas circunstancias.

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señale en cada una de ellas con una X si coinciden o no con su propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

1	2	3	4
Casi nunca hago esto	A veces hago esto	Usualmente hago esto	Hago esto con mucha frecuencia

Elija sus respuestas cuidadosamente, y responda de la forma más sincera que le sea posible. Responda todos los ítems. Recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas, de modo que elija la respuesta que más se le ajuste a usted no la que usted piense que la mayoría de la gente diría o haría. Indique lo que Ud. *generalmente* hace o siente cuando experimenta situaciones difíciles o estresantes.

Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con mucha frecuencia
1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.				

2. Me concentro en el trabajo u otras actividades sustitutivas para alejar el tema de mi mente.				
3. Me altero y dejo aflorar mis emociones.				
Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con mucha frecuencia
4. Trato de conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.				
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación.				
6. Me digo a mí mismo(a): "Esto no es real".				
7. Confío en Dios.				
8. Me río acerca de la situación.				
9. Admito que no puedo lidiar con el problema y dejo de intentar resolverlo.				
10. Me contengo a mí mismo(a) de hacer algo apresuradamente.				
11. Hablo de mis sentimientos con alguien.				
12. Consumo alcohol o drogas para sentirme mejor.				
13. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió.				
14. Hablo con alguien para saber más acerca de la situación.				
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.				
16. Sueño despierto(a) con otras cosas diferentes.				
17. Me altero y soy realmente consciente de la situación.				
18. Pido la ayuda de Dios.				
19. Hago un plan de acción.				
20. Hago bromas sobre la situación.				

21. Acepto que el hecho ha sucedido y que no puede cambiarse.				
22. Demoro hacer algo sobre el tema hasta que la situación lo permita.				
Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con mucha frecuencia
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.				
24. Dejo de intentar alcanzar mi meta.				
25. Tomo medidas adicionales para intentar librarme del problema.				
26. Intento evadirme un rato bebiendo alcohol o tomando drogas.				
27. Me niego a creer que haya sucedido.				
28. Dejo aflorar mis sentimientos.				
29. Intento ver el problema de una forma diferente, para que parezca más positivo.				
30. Hablo con alguien que pudiera hacer algo concreto acerca del problema.				
31. Duermo más de lo habitual.				
32. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer.				
33. Me concentro en el manejo del problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas.				
34. Consigo la compasión y comprensión de alguien.				
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.				
36. Bromeo sobre ello.				
37. Renuncio a intentar lo que quiero.				
38. Busco algo bueno en lo				

que está sucediendo.				
39. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.				
40. Actúo como si realmente no hubiera sucedido.				
Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con mucha frecuencia
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado pronto.				
42. Intento evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos de manejar la situación.				
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.				
44. Acepto que es una realidad que el hecho ha sucedido.				
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.				
46. Siento que me altero mucho y expreso demasiado lo que siento.				
47. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.				
48. Intento encontrar consuelo en mi religión.				
49. Me obligo a mí mismo(a) a esperar el momento oportuno para hacer algo.				
50. Hago bromas de la situación.				
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que dedico a resolver el problema.				
52. Hablo con alguien acerca de cómo me siento.				
53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.				
54. Aprendo a vivir con el problema.				
55. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema.				

56. Pienso profundamente acerca de qué pasos tomar.				
57. Actúo como si nunca hubiera ocurrido.				
Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con mucha frecuencia
58. Hago lo que hay que hacer, paso a paso.				
59. Aprendo algo de la experiencia.				
60. Rezo más de lo habitual.				

Asegúrese que ha contestado a los 60 enunciados.

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

IDARE

Nombre:

HC:

Instrucción

Ocupación:

Fecha:

Instrucciones: A continuación se presentan algunas expresiones que la gente usa para describirse. Lea cada frase y marque con un aspa sobre el número que indique cómo se siente ahora mismo o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

Tenga en cuenta que cada número corresponde a lo siguiente:

1: NO, EN ABSOLUTO

2: UN POCO

3: BASTANTE

4: MUCHO

Nº	EN ESTE MOMENTO....	1	2	3	4
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contrariado				

5	Estoy a gusto				
6	Me siento alterado				
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				
8	Me siento descansado				
9	Me siento ansioso				
10	Me siento cómodo				
11	Me siento en confianza				
12	Me siento nervioso				
13	Me siento agitado				
14	Me siento a punto de explotar				
15	Me siento reposado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy preocupado				
18	Me siento muy excitado y aturdido				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

Alternativas: 1 Casi Nunca / 2 Algunas veces / 3 Frecuentemente / 4 Casi Siempre

N°	GENERALMENTE...	1	2	3	4
21	Me siento bien				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25	Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente				
26	Me siento descansado				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mi mismo				
33	Me siento seguro				

34	Trato de evadir las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólico				
36	Me siento satisfecho				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado.				

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.