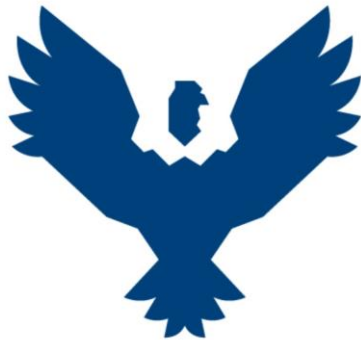




Universidad Andina del Cusco
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Psicología



**Depresión y Clima Social Familiar en Padres con Hijos que Tienen
Autismo, Abrazos Cusco-2017**

Tesis presentada por:

Bach. Angela Olivera Ojeda

Bach. Franz Rivero Palomino

Para optar el título profesional de Psicólogo

Asesor: Dr. Ernesto Lucano Crisóstomo.

Cusco – 2020



AGRADECIMIENTO

A la fuerza divina del universo, dios, por siempre iluminarme y no dejarme sola.

A La Universidad Andina Del Cusco, por mi entera formación como profesional y por transmitirme el conocimiento y los valores para ayudar a la humanidad.

A mi asesor de tesis, Dr. Ernesto Lucano Crisóstomo, por el apoyo y motivación de llegar a la meta.

A la Asociación Abrazos, por compartir el interés de nuestra investigación y permitir su realización.

A mis padres Walter y Celinda por ser los pilares de mi gran futuro; a mis hermanas Kelly y Mel, por ser el motor y motivo de mi crecimiento.

Angela

A Dios por darme siempre las fuerzas para continuar en lo adverso, por guiarme en el sendero de lo sensato y darme sabiduría en las situaciones difíciles.

A la Universidad Andina Del Cusco por permitirme desarrollar académicamente.

A la asociación Abrazos por abrimos paso y darnos todas las facilidades del caso.

A mi asesor, Dr. Ernesto Lucano por brindarnos los conocimientos y la confianza necesaria en este proceso.

A todos los académicos que nos brindaron apoyo y su valioso tiempo.

A los padres de familia y participantes del estudio pertinente.

Franz



DEDICATORIA

A mi Mamá por ser mi verdadera compañera en este camino, sin importar obstáculo o adversidad presente, gracias por todo tu esfuerzo, amor, dulzura y sabiduría.

A mi Papá, por sus grandes esfuerzos de ayudarme a cumplir esta meta importante en nuestra vida. gracias por todo el conocimiento que me transmites para enfrentar el mundo.

A mis hermanas y cuñado, por motivarme a avanzar en los nuevos caminos de mi vida y acompañarme en mis procesos.

A Franz, por esa admirable paciencia y perseverancia ante las adversidades para alcanzar metas. Gracias por darme esa fuerza y confianza mi gran compañero de tesis y futuro gran colega.

A mi gran amiga de vida, Crislinda, por estar siempre en los momentos precisos y con las palabras exactas para no desistir. Gracias por esa vitalidad y amistad única.

A mis amigos de universidad, por su carisma y compañerismo en cada momento de nuestra trayectoria.

Angela

Con todo cariño y amor aquellas personas que me apoyaron en el transcurso de mi vida profesional.

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y momentos difíciles que me han enseñado a valorarlos cada día más.

A mi madre, por su coraje, fortaleza y valentía indomable de apoyo permanente en todo proyecto y decisión emprendido, verdadero tesoro en vida.

A mi querido padre que siempre lo tengo presente en mi corazón y

A Angela por ser una maravillosa compañera

Franz



NOMBRES DE JURADO

Presidente

1 jurado

2 Dictaminante

Ps. Maria del Carmen Boisseranc Bonett

3 Dictaminante

Ps. Roberto Serapio Mejia Rodriguez

4 replicante

5 replicante

Dr. Ps. Ernesto Lucano Crisóstomo

Asesor



ÍNDICE

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.2.1 <i>Problema general</i>	4
1.2.2 <i>Problemas específicos</i>	4
1.3 Justificación de la investigación.....	4
1.3.1 <i>Conveniencia</i>	4
1.3.2 <i>Relevancia social</i>	5
1.3.3 <i>Implicancias practicas</i>	5
1.3.4 <i>Valor teórico</i>	5
1.3.5 <i>Unidad metodológica</i>	6
1.4 Objetivos de la investigación	6
1.4.1 <i>Objetivo general</i>	6
1.4.2 <i>Objetivos específicos</i>	6
1.5 Delimitación del estudio.....	7
1.5.1 <i>Delimitación espacial</i>	7
1.5.2 <i>Delimitación temporal</i>	7
1.5.3 <i>Viabilidad</i>	7



1.5.4 Aspectos éticos	8
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes de la investigación	9
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	9
2.1.2 Antecedentes nacionales	13
2.2 Bases teóricas	15
2.2.1 Teorías psicológicas sobre la depresión	15
2.2.2 Teorías conductuales sobre la depresión	24
2.2.3 Teoría del Clima social familiar de MOOS.....	37
2.3 Marco conceptual	54
2.4 Hipótesis.....	56
2.4.1 Hipótesis general	56
2.4.2 Hipótesis específicas	56
2.5 Variables e indicadores	57
2.5.1 Operacionalización de las variables	57
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	59
3.1 Tipo de investigación	59
3.2 Alcance de la investigación.....	59
3.3 Diseño de la investigación.....	59
3.4 Población y muestra	60
3.4.1 Población	60



3.4.2	<i>Muestra</i>	60
3.4.3	<i>Características de la muestra</i>	61
3.5	Técnicas de recolección de datos	61
3.5.1	<i>Inventario de depresión de Beck</i>	62
3.5.2	<i>Escala del clima social familiar (FES)</i>	65
3.6	Técnicas de procesamiento de datos	72
CAPITULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....		73
4.1	Resultados respecto a la relación entre Depresión y el Clima Social Familiar.....	73
4.2	Resultados respecto a la relación entre depresión y la dimensión de relaciones	77
4.3	Resultados respecto a la relación entre depresión y la dimensión de desarrollo.....	80
4.4	Resultados respecto a la relación entre depresión y la dimensión de estabilidad	83
CAPITULO V: DISCUSIÓN		86
5.1	Descripción de los hallazgos más relevantes	86
5.2	Limitaciones del estudio.....	88
5.3	Comparaciones críticas con la literatura existente	88
5.4	Implicancias del estudio.	91
CONCLUSIONES		92
SUGERENCIAS.....		94
BIBLIOGRAFÍA		95
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....		101
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....		102





ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación entre la Depresión y el Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.	73
Tabla 2. Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.	74
Tabla 3. Niveles de depresión que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.	76
Tabla 4. Relación entre la Depresión y la dimensión relaciones de los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.	77
Tabla 5. Dimensión Relación del Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.	79
Tabla 6. Relación entre la Depresión y la dimensión desarrollo que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.	80
Tabla 7. Dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.	82
Tabla 8. Relación entre la Depresión y la dimensión estabilidad que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.	83
Tabla 9. Dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.	84



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Catecolaminas y su posible influencia en la Depresión	24
Figura 2 Baremos peruanos: Estandarización Lima Metropolitana 1993.....	72
Figura 3 Relación entre la Depresión y el Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.	74
Figura 4 Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017	75
Figura 5 Niveles de depresión que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.....	76
Figura 6 Relación entre la Depresión y la dimensión relación de los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.....	78
Figura 7 Relaciones del Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.....	79
Figura 8 Relación entre la Depresión y la dimensión desarrollo de los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.....	81
Figura 9 Desarrollo del Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.....	82
Figura 10 Relación entre la Depresión y la dimensión estabilidad de los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.....	84
Figura 11 Estabilidad del Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.....	85



Resumen

El presente estudio tiene por objetivo identificar la relación entre la depresión y el clima social familiar en los padres de familia con hijos diagnosticados con el trastorno del espectro autista, quienes son atendidos en el Centro de Diagnóstico de Autismo Abrazos en el año 2017. La investigación utilizó la metodología correlacional, no experimental y transversal cuyo propósito fue observar y describir la variable depresión y el clima social familiar. Para la obtención de resultados se utilizó como instrumentos de medición la Escala de MOS y el Inventario de Depresión BDI, que dieron por resultados que un 75% de la muestra de estudio presentan una depresión severa y un clima social familiar en la categoría media, existiendo una relación significativa entre ambas variables de estudio.

Palabras Clave: Depresión, Clima social familiar, Autismo

Abstract

The present study aims to identify the relationship between depression and family social climate in parents with children diagnosed with autism spectrum disorder, who are treated at the Abrazos Autism Diagnosis Center in 2017. The research I use the correlational, non-experimental and transversal methodology whose purpose was to observe and describe the variable depression and the family social climate. To obtain results, the MOS Scale and the BDI Depression Inventory were used as measurement instruments, which showed that 75% of the study sample had a severe depression and a family social climate in the middle category. a significant relationship between both study variables.

Keywords: Depression, Family social climate, Autism



CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

En la actualidad uno de cada 160 niños en el mundo es diagnosticado con el trastorno del espectro autista (TEA), dichas cifras se han incrementado con el paso del tiempo, generando así una problemática internacional. El autismo tiene una serie de características que comienzan en la infancia y perseveran durante toda su vida. Aunque una parte de la población de las personas con TEA pueden vivir de manera independiente, otras necesitan de constante guía, soporte y apoyo en sus actividades diarias (OMS, 2016).

Muchas personas con TEA son víctimas de estigmatización, exclusión y abuso de los derechos humanos. Así existen grandes limitaciones mundiales para tener acceso al soporte y servicio social que necesitan (OMS, 2016).

El trastorno del espectro autista es un tema de salud mental poco conocido en el Perú debido a las pocas investigaciones realizadas. Existen muy pocas instituciones y profesionales que trabajen al respecto. Aun los profesionales conocen solo lo básico y muchas veces solo los mitos a cerca del TEA. Esto dificulta enormemente el adecuado diagnóstico de este trastorno.

También se ha demostrado que las intervenciones psicosociales basadas en evidencias ayudan a reducir las dificultades en sus etapas de desarrollo. Los programas de capacitación a los padres y las terapias conductuales para sus hijos tienen un resultado positivo para la calidad de vida y bienestar. La disposición en las intervenciones hacia las personas con TEA, deben estar asociadas universalmente a su entorno (físicos, sociales y actitudinales) de esta forma dichas intervenciones serán más alcanzables, inclusivas y humanitarias (OMS, 2016).

Está comprobado que el TEA no tiene cura, la persona nace y morirá con autismo. Sin embargo, también queda comprobado que mientras más temprano se dé una intervención



adecuada se pueden reducir las características enormemente, facilitando así la inclusión social de las personas con esta condición (OMS, 2016).

El alumbramiento de un hijo es un momento de cambio en la historia personal de un hombre, así como también un desarrollo en varios aspectos emocionales, familiares y personales. No obstante, cuando el nacimiento viene acompañado de una falencia es percibido por los padres como un acontecimiento fuera de lo habitual impensado y que no es cognoscible (Limiñana & Patró, 2012).

En el Perú, las familias con hijos que tienen el TEA atraviesan muchas dificultades desde el momento en el que nacen, los padres de familia encuentran características llamativas durante su desarrollo. Como, por ejemplo, no hay contacto visual, no escuchan su nombre, tienen movimientos estereotipados, hay un comportamiento de juego limitado, hay una reciprocidad limitada, prefieren hacer las cosas en su forma. Todas estas características antes mencionadas conllevan a pensar al padre de familia que su hijo es diferente y probablemente tenga un trastorno, que en muchos de los casos se confunde con otros diagnósticos como hiperactividad, trastorno de déficit de atención, esquizofrenia infantil, trastorno de personalidad, en casos escolares dislexia y dislalia. Sin embargo, sabemos que se trata del TEA (OMS, 2016).

Con lo mencionado anteriormente, se puede decir que en su mayoría los padres se vean afectados con depresión, un trastorno mental que es usual y tiene como principales características la tristeza, la pérdida de interés y/o placer, sentimientos de falta o culpa, carencia de autoestima, desordenes del sueño e ingestión, impresión de cansancio y escasez de concentración. Este trastorno suele volverse habitual y reiterado, también puede afectar en la rutina cotidiana, en el trabajo y el desempeño. Trayendo así consecuencias tanto leves como



graves en las que es necesario la intervención médica y psicológica. Ante todas estas circunstancias también el clima social familiar puede verse afectado (OMS, 2016).

“El clima social familiar es el resultado de las contribuciones personales de cada parte de la familia, interpretada en algo que suministra emoción. Al mismo tiempo el clima prospera en la disposición en que se fundan relaciones entre dos individuos, se determinan tres dimensiones primordiales y cada una está instituida por principios que las forman: relación, desarrollo y estabilidad” (Gonzales & Pereda, 2009).

Según Cabezas, (2001) la presencia en la familia de un niño con alguna falencia se convierte en un factor potencial que puede perturbar la dinámica familiar. Una vez diagnosticado el trastorno, los padres han de pasar por un cambio de actitud, que implica un largo y doloroso proceso educativo, con un alto grado de estrés que requerirá de asesoramiento profesional. También el TEA sólo se diagnostica por especialistas psicólogos y el neurólogo especializado en el tema. A partir de todo ello la familia atraviesa una serie de complicaciones familiares y afectivas, al no saber cómo actuar antes, durante y después del diagnóstico. Su dinámica familiar se ve influenciada de forma positiva o negativa en base al diagnóstico y tratamiento de sus hijos con TEA, teniendo probables consecuencias en el clima social familiar.

En la ciudad del Cusco, desde el año 2008 se funda el Centro de Diagnóstico y Orientación del Autismo “Abrazos”, con el objetivo de orientar a los padres de familia y asistir a los niños con TEA. Encontramos padres con distintas edades, desde jóvenes hasta adultos mayores. También los lugares donde las familias residen son distintos en la ciudad del cusco, en zonas urbanas y rurales. Así podemos encontrar en estas familias, estados económicos muy diferentes desde una pobreza extrema hasta una clase muy acomodada. Los tipos de familia también son variados, no todas las familias son nucleares. Encontramos familias con padres separados, madre soltera y/o padre soltero, familias extensas, etc.



Todo este proceso nos muestra que la estabilidad emocional de los padres de familia se ve afectada, y en este desarrollo podemos encontrar un riesgo a la depresión y por lo tanto un desequilibrio en el clima social familiar en la población específica de Cusco.

En base a esta problemática, de conocer a fondo y científicamente estas variables se plantea el siguiente problema de esta investigación.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre la depresión y el clima social familiar en padres con hijos que tienen autismo, Abrazos Cusco - 2017?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación de la depresión con la dimensión de relaciones de los padres con hijos que tienen autismo, en Abrazos Cusco - 2017?
- ¿Cuál es la relación de la depresión con la dimensión de desarrollo de los padres con hijos que tienen autismo, en Abrazos Cusco - 2017?
- ¿Cuál es el nivel de relación de la depresión con la dimensión de estabilidad de los padres con hijos que tienen autismo, en Abrazos Cusco- 2017?

1.3 Justificación de la investigación

1.3.1 Conveniencia

El presente estudio, es conveniente para la sociedad, en especial para las familias que presentan algún familiar con el trastorno del espectro autista, ya que esta investigación ayuda a identificar aquellos problemas frecuentes en su dinámica familiar y social. También proporciona un aporte importante a la institución “Abrazos” para tener una visión más amplia y clara de la problemática. Gracias a los datos de esta investigación se podrá hacer un aporte a futuros proyectos de afrontamiento, y de crecimiento personal y familiar.



1.3.2 Relevancia social

La presente investigación es trascendente para la sociedad debido a que los resultados que se obtienen sirven para prestar la debida atención a las diferentes problemáticas que presentan las familias que tienen un integrante con TEA. De este modo, poder intervenir con talleres y programas de promoción y prevención que contribuyan a mejorar la situación de las familias de la Asociación Abrazos, así como otras instituciones públicas o privadas de la ciudad el Cusco.

1.3.3 Implicancias practicas

Con la presente investigación se pretende identificar si existe determinar la existencia de una relación entre las variables de estudio, si bien es cierto encontramos investigaciones que nos brindan diversa información relacionada a los niños con TEA desde su diagnóstico, proceso y desarrollo, en el contexto peruano no se encuentran muchas investigaciones que permitan dar cuenta cómo se relacionan la depresión y el clima social familiar en los padres de estos niños.

Los datos de esta investigación aportan al enriquecimiento en la guía de análisis de la Asociación Abrazos y posteriores investigaciones, siendo de utilidad para los directivos y especialistas de dicha asociación. Del mismo modo es útil para otros especialistas en el ámbito de salud y educación de la región.

1.3.4 Valor teórico

La presente investigación presenta un valor teórico debido a que aporta al conocimiento de esta área poco investigada y estudiada en nuestra sociedad. La cual carece de indicadores y bases teóricas que ayuden a analizar la depresión y el clima social familiar que aquejan a este grupo de familias de nuestra sociedad. También esta investigación aporta para incentivar la participación de los padres en la atención a las necesidades educativas especiales de sus hijos con TEA, considerando que los programas de recuperación psicopedagógica y socio emocional



son necesarios. Cómo la intervención en las familias, capacitándolas en la dinámica familiar con estrategias que ayuden a la mejora de su interacción y funcionamiento. La información que se logre obtener la presente investigación tendrá un aporte en futuras investigaciones que se realicen en un ámbito similar.

1.3.5 Unidad metodológica

La presente investigación contribuye metodológicamente para la implementación o creación de herramientas que ayuden a identificar la depresión y el clima social familiar que predominen en el grupo de familias que tienen algún integrante con el trastorno del espectro autista. Asimismo, sirve para generar programas de intervención en una población específica como son los padres de familia con hijos que tienen dicho diagnóstico.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar el nivel de relación entre la depresión y el clima social familiar en padres con hijos que tienen autismo en Abrazos - 2017.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar el nivel de relación de la depresión con la dimensión de relaciones de los padres con hijos que tienen autismo, en Abrazos - 2017.
- Determinar el nivel de relación de la depresión con la dimensión de desarrollo de los padres con hijos que tienen autismo, en Abrazos - 2017.
- Determinar el nivel de relación de la depresión con la dimensión de estabilidad de los padres con hijos que tienen autismo, en Abrazos - 2017.



1.5 Delimitación del estudio

1.5.1 Delimitación espacial

El estudio se realizó en las instalaciones de la Asociación Abrazos, ubicado en la Urb. Amadeo Repetto, Av. Coronel Paz Soldán A-3, el mismo que se encuentra colindando con la Villa Militar de Huancaro, en el distrito de Santiago, provincia de Cusco.

1.5.2 Delimitación temporal

El estudio se realizó en el año 2017, comenzando con la recolección de información y concluyendo con el análisis de los datos estadísticos.

1.5.3 Viabilidad

La investigación fue viable debido a la disponibilidad de recursos tales como:

- Humanos: se contó con el acceso a la población y muestra de estudio de la Asociación Abrazos.
- Materiales: para este estudio se utilizará laptop, esquema de investigación de la universidad Andina, cuestionarios, impresiones, papel bond.
- Financieros: se hace uso de los recursos propio de los investigadores, se contó con el presupuesto económico para solventar los gastos, tales como movilidad, materiales, recolección datos, análisis de datos, entre otros
- Teóricos: con el sustento teórico de Aaron T. Beck. De acuerdo a este modelo la depresión surge en un contexto dado, y es la parte racional la que precede y provoca síntomas afectivos - negativos. Por lo cual se utilizó el Inventario de Depresión de Beck. También se utilizó el sustento teórico del Clima social familiar de MOOS, en el cual menciona que el ambiente es un determinante fundamental para el desarrollo del individuo y la relación con su entorno. Por lo cual se hizo uso de la Escala del Clima Social Familiar de MOOS.



1.5.4 Aspectos éticos

Para garantizar la cuestión ética del estudio, se realizó según los principios éticos de los psicólogos los cuales son:

- **Principio A - Beneficencia y no maleficencia:** en primera instancia se realizó un esfuerzo por hacer el bien a aquellos con quienes interactúan profesionalmente y asumen la responsabilidad de no hacer daño para ello se manejó la información de manera confidencial sin exponer a los involucrados.
- **Principio B - Fidelidad y responsabilidad:** Se establecieron relaciones de confianza con el grupo de estudio mediante una previa reunión para explicar sobre la investigación, siempre manteniendo una responsabilidad profesional y científica con el centro de Asociación Abrazos y las personas que son objeto de estudio es decir los padres de familia.
- **Principio C – Integridad:** se logró promover la exactitud, honestidad y veracidad en la ciencia, docencia, y práctica de la profesión durante todo el proceso de investigación.
- **Principio D – Justicia:** El presente estudio se realiza de manera imparcial y justa para que se logre que todas las personas de estudio accedan y se beneficien de los aportes de la investigación.
- **Principio E - Respeto por los derechos y la dignidad de las personas:** En el presente estudio se respetó la dignidad y el valor de todas las personas y el derecho a la privacidad, a la confidencialidad y a la autodeterminación de los padres de familia.



CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Piovesan et al (2015) refiere la investigación “la Calidad de Vida -CV- y la presencia de síntomas depresivos en madres de individuos con Trastorno del Espectro Autista, y la posible relación con la edad del hijo”. La metodología fue correlacional y de corte transversal; la muestra estuvo compuesta por 40 mujeres, con edades entre 28 y 72 años, casadas, con niveles de escolaridad y renta de mediana a baja, con hijos entre 10 y 40 años. Los instrumentos utilizados fueron: cuestionario sociodemográfico y de caracterización de la salud, Cuestionario de Calidad de Vida -WHOQOL-Bref-, Inventario de Depresión y de Desesperanza de Beck -BDI-II y BHS-, y Escala Baptista de Depresión Versión Adulto -EBADEP -. La calidad de vida y la presencia de síntomas depresivos en las madres no evidenciaron correlación significativa con la edad del hijo. Se observó correlación alta y negativa entre calidad de vida y niveles elevados de síntomas depresivos y correlación moderada y positiva entre el medio ambiente y la renta. Se finaliza el estudio con la necesidad de intervenciones preventivas y terapéuticas a las madres.

Por otro lado, Pegah Athari et al (2013) investigó la relación entre depresión y estrés de madres comparados con la severidad de autismo en niños y el efecto de los ingresos familiares sobre una relación entre estas dos variables. La investigación tiene un orden metodológico descriptivo correlacional de corte transversal en cuanto a los niveles de estrés y depresión de las madres -n=250- fueron medidos usando la escala de presión, ansiedad y estrés de 42 ítems -Depression Anxiety and Stress Scale of 42 ítems, DASS-42-. La severidad de autismo de los niños fue determinada con la lista de comportamientos autistas -Autism Behavior Checklist, ABC con respecto a los reportes de los profesores -n=250-. Los ingresos de cada familia se obtuvieron del reporte de las madres y fueron inspeccionados como medidores de la relación



entre depresión-estrés de madres y la severidad de autismo entre los niños. Los resultados evidenciaron que los distintos ingresos de las madres tienen un efecto significativo en el nivel de depresión y estrés de las madres y la severidad del autismo; además también revelaron que la severidad del autismo varía con los ingresos familiares y los niveles de depresión y estrés de las madres.

Álvarez (2012) hizo un estudio sobre “Relación entre los niveles de carga, la salud física autopercebida y los niveles de depresión en las cuidadoras principales de niños y jóvenes con autismo”. Su objetivo reside en identificar y determinar si existe relación entre los niveles de carga, la salud física autopercebida y los niveles de depresión en las cuidadoras principales de niños y jóvenes con autismo pertenecientes al Centro de Atención Integral para Personas con Autismo C.A.I.P.A. - Lara. El tipo de investigación es correlacional *ex post facto* con un diseño transversal. En la muestra se encuentran un total de 50 cuidadoras principales, divididas en 6 abuelas y 44 madres, con edades desde 20 a 75 años. Se utilizó un cuestionario elaborado para definir criterios de exclusión y obtener los datos sociodemográfico de la muestra, la Entrevista de Carga de Zarit para evaluar los niveles de carga, el SF-36 para medir la salud física autopercebida y el Inventario de depresión de Beck para valorar los niveles de depresión. Los resultados indicaron carga leve, peor estado de salud física autopercebida y ausencia de depresión en las cuidadoras principales. Simultáneamente, se encontró que la correlación entre las tres variables es alta, positiva y significativa. Igualmente, las correlaciones bivariadas señalan correlaciones positivas y negativas significativas entre la carga con la depresión, la salud física autopercebida con la depresión y la carga con la salud física autopercebida.

Por otro lado, en Holanda, Van Steijn, Oerlemans, van Aken, Buitelaar, & Rommelse. (2014) investigaron, La influencia de los síntomas del trastorno del espectro autista (TEA) y del déficit de atención /hiperactividad (TDAH) en el clima familiar. su principal propósito fue



analizar la influencia de los hijos con trastorno del espectro autista o trastorno de déficit de atención /hiperactividad y sus síntomas en el clima familiar. La metodología tiene un diseño descriptivo de corte transversal, los participantes fueron padres y madres caucásicos en un total de 103 familias con al menos un hijo biológico con TEA o TDAH; utilizando como instrumento la escala del clima social familiar; los resultados mostraron que no hay evidencia negativa significativa en los aspectos de estructura y relaciones del clima familiar mostrando estándares normales.

Mora, (2015) realizó en Ecuador un estudio titulado “Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión en estudiantes hijos de padres migrantes”. Tiene como objetivo determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión en estudiantes hijos de padres migrantes. El alcance de la investigación es exploratorio–descriptivo. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de depresión de Beck-II y un cuestionario para las variables sociodemográficas. Los resultados muestran que la prevalencia de depresión es de 31,2% (49 estudiantes), de estos: el 65,3% leve, el 26,5% moderada, y grave el 8,2%; los alumnos de 17 años de edad posee más prevalencia de depresión (12,7%); existe un riesgo de 2,1 veces de las mujeres de tener depresión con respecto a los hombres; el tiempo de ausencia paternal debido a la migración, si influye en la presencia de depresión; tener un familiar con depresión establece un riesgo 2,5 veces superior de desarrollar depresión. Concluyendo que La prevalencia de Depresión es alta en los hijos de padres migrantes, se asocia a: el sexo femenino, tiempo de migración paternal, poseer un familiar con depresión.

También Hernández (2015) nos enseña la investigación “Clima social familiar y rendimiento académico en el colegio adventista libertad de Bucaramanga, Colombia”. Que tiene como objetivo de: determinar la relación existente entre el clima social familiar y el rendimiento académico de los estudiantes del grado noveno del colegio Adventista Libertad de



la ciudad de Bucaramanga, Colombia. El tipo de investigación fue descriptiva correlacional. Los instrumentos utilizados fueron el clima social familiar de Moos y Trickett. Para el rendimiento académico, se tuvo en cuenta una evaluación estandarizada de la prueba Saber.

Los resultados encontrados en esa investigación mostraron que no existe correlación entre las puntuaciones totales del clima social familiar y el rendimiento académico. Aunque no hay correlación entre la puntuación total de ambos constructos, se observó una relación significativa, aunque moderada, entre la dimensión intelectual y el rendimiento en el área de español y entre la dimensión organización y el rendimiento en el área de competencia ciudadana.

Vargas, (2009) en Argentina hace un estudio que tiene como título “la Percepción de clima social familiar y actitudes ante situaciones de agravio en la adolescencia tardía”. Con el objetivo de: indagar la conexión que existe entre la percepción del ambiente familiar y las actitudes de los adolescentes ante las situaciones de agravio. El tipo de investigación fue descriptiva correlacional. Los instrumentos empleados fueron la adaptación de la Escala de Clima Social Familiar (FES) (Fernandez Ballesteros, 1984), el Cuestionario de Actitudes ante Situaciones de Agravio (Moreno, 2000) y un cuestionario demográfico para recabar variables como edad, sexo y estado civil, entre otras. Los resultados del estudio indican que se encontraron diferencias significativas con respecto a las actitudes Venganza y Perdón entre los grupos que presentaron diferente clima familiar. Los que percibieron un clima menos favorable mostraron más predisposición a la Venganza y menos tendencia al Perdón ante la ofensa, en los ámbitos de trabajo, amistad, padres y Dios. Las actitudes ante el agravio más agresivas se vieron afectadas por la percepción negativa del clima familiar. Las actitudes prosociales se relacionaron con un ambiente más favorable. Los resultados obtenidos parecen estar de acuerdo con el modelo complementario, que plantea que las relaciones familiares proporcionan un aprendizaje de valores y habilidades básicas para la interacción con los demás en otros ámbitos.



2.1.2 Antecedentes nacionales

Gomez & Herrera (2016), realizaron un estudio titulado como “Clima social familiar y depresión en el adulto mayor”. Tuvo como objetivo determinar el Nivel de Depresión y el Nivel Clima Social Familiar en usuarios del Programa. Esta investigación fue de tipo descriptivo correlacional. Se aplicó la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS= Geriatric Depression Scale) y la Escala de Clima Social Familiar. Como conclusión se demostró que el 42.9 por ciento presentan nivel de depresión moderado, el 65.1 por ciento indica un nivel de clima social familiar promedio y el 71.4 por ciento un nivel de clima social familiar bajo, presenta un nivel de depresión severa. Asimismo, se halló una relación significativa entre el nivel de clima social familiar y el nivel de depresión en los adultos mayores. Por otro lado, se evidencia que la familia representa un papel muy importante sobre todo en las relaciones socioafectivas, que son primordiales para el adulto mayor y su bienestar psicológico y el desarrollo una mejor calidad de vida.

Otro antecedente importante es la tesis realizada por Fernández (2016) con el título de “Clima social familiar y síntomas depresivos en estudiantes de una institución educativa. Distrito José Leonardo Ortiz, 2016”. Tiene como objetivo determinar la relación entre el clima social familiar y los síntomas depresivos de los estudiantes de una institución educativa del nivel secundario del distrito de José Leonardo Ortiz en noviembre de 2016. Tiene un alcance no experimental de tipo cuantitativo correlacional. Se aplicaron la escala del clima social familiar (FES) y el inventario de depresión infantil. La población estuvo conformada por 215 estudiantes, la muestra calculada fue de 84 adolescentes que cumplieron los criterios de elegibilidad, seleccionados por el muestreo probabilístico estratificado. Los resultados revelan que la mayoría de los adolescentes presentan un clima social familiar medio en cuanto a sus dimensiones relación (63.10%), desarrollo (50%) y estabilidad (82.14%) y con respecto a los síntomas depresivos se evidencia que la mayoría de los adolescentes no presentan síntomas



depresivos, aunque el 10% de las mujeres de 16 años, muestran síntomas depresivos mínimos o moderados. En conclusión, se afirma que existe relación entre clima social familiar y síntomas depresivos en los adolescentes de una institución educativa del nivel secundario del distrito de José Leonardo Ortiz.

Calle, (2016), con el trabajo titulado “Niveles del clima social familiar en padres de niños con necesidades especiales auditivas del CEBEP Nuestra Señora De La Paz”. El objetivo de esta investigación fue determinar el nivel del clima social familiar en padres de niños con necesidades especiales auditivas del Centro de Educación básica Especial Particular CEBEP. La metodología corresponde a un diseño de investigación no experimental de tipo cuantitativo, de nivel descriptivo. El instrumento fue la “Escala del Clima Social Familiar” (FES), en una muestra de 74 padres cuyos niños tienen necesidades especiales auditivas. Se encontró que el 51% de los padres cuyos niños tienen necesidades especiales auditivas poseen un clima social familiar “bueno”, al mismo tiempo se encontró que en la dimensión Relaciones 47% de padres obtuvieron una calificación “media”, mientras que en las dimensiones Desarrollo y Estabilidad el 46% y 42% de padres respectivamente, obtuvieron el nivel bueno. Se concluye que el nivel del clima social familiar de los padres cuyos niños tienen necesidades especiales auditivas del CEBEP Nuestra Señora de la Paz es buena.

Contreras, (2014) realizo un estudio titulado “Clima social en el entorno familiar según opinión de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Leonor Saavedra, S.J.M. – 2013”. Cuyo objetivo es determinar las características del clima social en el entorno familiar de los adultos mayores. El estudio es una investigación de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo; método descriptivo, de corte transversal. El estudio se realizó en el Centro de Salud Leonor Saavedra, la muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores. Los instrumentos que se aplicaron fueron la Escala abreviada de Yesavage, el Cuestionario abreviado de Pfeiffer y



seguidamente se aplicó la Escala de Clima Social Familiar modificada. conclusión El clima social en el entorno familiar de los adultos mayores en la dimensión relacional, de desarrollo, y de estabilidad es de un nivel medianamente favorable, seguido de un nivel favorable y en menor proporción el desfavorable. Siendo la familia el soporte principal, para el proceso de desarrollo en las diferentes etapas de vida.

Castro y Tantalean, (2012) en su estudio titulado “Clima social familiar y depresión en residentes de un centro de rehabilitación de Chiclayo”. Se realizó para determinar qué relación existe entre clima social familiar y depresión en residentes de un centro de rehabilitación de Chiclayo. Esta investigación es de tipo correlacional, transeccional. Se emplearon la Escala de Clima social Familiar (FES) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para evaluar a 100 personas de sexo masculino cuyas edades oscilan entre los 15-65 años, de un centro de rehabilitación. El análisis de los datos se efectuó mediante la estadística de Gamma. Entre los resultados se encontró que no existe correlación significativa entre la variable de clima social familiar y depresión, se encontró que entre las subescalas (intelectual de clima social familiar y depresión), (social-recreativo de clima social familiar y depresión), (moral-religioso de clima social familiar y depresión), sí existe relación estadísticamente significativa, en tanto que en (subescala control y la variable Depresión), se halló relación altamente significativa.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Teorías psicológicas sobre la depresión

El enfoque psicológico de la depresión ha encontrado en la teoría del aprendizaje una vía capaz de compatibilizar conocimientos procedentes de la investigación biológica y de la clínica en psiquiatría. La elaboración de esquemas teóricos que explican la adquisición y mantenimiento de conductas es un paso previo tanto para la creación de modelos



psicopatológicos experimentales como para el diseño de estrategias de intervención clínica. (Ponce De León Hernández & Morillas, 2014).

Los principios básicos de la modificación de conducta proceden de los estudios sobre condicionamiento clásico (CC) y condicionamiento operante (CO). Llamamos conductas respondientes a aquellas que son elicitadas por estímulos provocadores específicos. Su frecuencia se ve exclusivamente determinada por la frecuencia de estímulo provocador, aunque en su plasticidad intervienen factores de aprendizaje. El esquema teórico que explica esa plasticidad es el de condicionamiento clásico. (Ponce De León Hernández & Morillas, 2014).

El comportamiento respondiente se da en casi todos los seres vivos, pero la mayor parte de las conductas emitidas por los organismos superiores son del tipo operante y su frecuencia está influenciada por las consecuencias que producen, es decir, por los eventos ambientales que las siguen. Cuando se produce un aumento en la frecuencia de la conducta, llamaremos a esas consecuencias refuerzo, y diremos que son reforzadores positivos si consisten en la aparición de algún estímulo apetecible, y negativos si consisten en la eliminación de estímulos aversivos. (Ponce De León Hernández & Morillas, 2014).

En cuanto a los estímulos antecedentes, son llamados discriminativos porqués su papel es el de anunciar las consecuencias, ya sean de recompensa de castigo. El aprendizaje observacional o vicario (3) es otra forma mediante la cual se adquieren conductas nuevas sin necesidad de una experiencia estimular directa. Observando un modelo (en situación de CC o de CO), el sujeto aprende sin experimentar directamente los estímulos. El resultado será una conducta de imitación que dependerá de los resultados obtenidos por el modelo, de sus características sociales, de la relación entre modelo y observador y de variables del observador (Ponce De León Hernández & Morillas, 2014).



2.2.1.1 La depresión

La depresión (o en su defecto tristeza) es un concepto que está difundido de forma clara entre muchas culturas a través de tiempos históricos, de una forma estable y diferenciable de otros estados emocionales. De forma escrita, tal vez los primeros indicios en que se “diagnostica” depresión aparecen en la Biblia, la cual, entre muchos otros relatos semejantes, destacan los estados depresivos que afectaban a Saúl y a Job.

La concepción pre decimonónica de la melancolía constituía un cajón de sastre de distintos padecimientos, en los cuales no solamente figuraba la presencia de sintomatología depresiva, sino también de algunos de tipo alucinatorio, paranoides y demenciales. Por esta razón, la melancolía se volvía un término muy difuso, generalizable prácticamente a un gran cumulo de trastornos afectivos sin distinción (Luque & Berrios, 2011).

El término melancolía aparecería por primera vez en el último tercio del siglo V A. C. en uno de los escritos más antiguos de Hipócrates (Lanczik y Beckmann, 1991). La melancolía se atribuía como un exceso de bilis negra, siguiendo a la teoría de los humores, mismos de los que dependía el comportamiento humano según la concepción de Hipócrates. De acuerdo con este acercamiento epistemológico, el exceso de bilis provocaría la corrupción del cerebro y con ello la aparición del cuadro depresivo (Luque & Berrios, 2011).

En 1586, Timothy Bright publica la primera monografía en inglés sobre la melancolía, titulada *Treatise of melancholy*. En los siglos siguientes se denotan varios intentos por establecer una nomenclatura adecuada de la “melancolía”, no obstante, la misma corresponde a Emilio Kraepelin (1856-1926) dentro de su sistema de clasificación orientado tanto en la predicción como en la clasificación. (Luque & Berrios, 2011).



Más adelante el término de melancolía evoluciona en la propia concepción de Kraepelin al punto que diversos autores comienzan a hablar más de depresión mental que de melancolía en sintonía con la evolución del sistema diagnóstico del autor.

El siglo XIX marca un cambio en el enfoque de la melancolía. Diversas posiciones teóricas comienzan a rechazar la vaguedad del término, pretendiendo la conceptualización de uno menos genérico. Rush propone la tristimania y Esquirol sugiere la lipemania, siendo en ambos un componente central la baja motivación y estado de ánimo bajo (Luque & Berrios, 2011).

La diferencia entre manía y depresión no surge sino hasta el final del siglo XIX. La expresión “depresión mental” fue apareciendo y ganando adeptos. Postulado desde la Fisiología, con el tiempo se abandonó el adjetivo de “mental” (Luque & Berrios, 2011).

Kraepelin postuló la existencia de una entidad nosológica de la melancolía subdividiéndola en tres sub-formas:

- Melancolía simple
- Melancolía activa
- Melancolía atónita

La melancolía simple era visualizada como la forma más sencilla de melancolía. Se caracterizaba por una anhedonia en la cual el sujeto perdía motivación para su propia existencia. La melancolía activa, presentaban más bien una excitación ansiosa. Por último, la melancolía atónita suponía el polo opuesto de la melancolía activa en términos de estado psicomotor, empleando el término estupor como un sinónimo. (Beckmann & Franzek, 2000).

En su obra tardía, Kraepelin propone una categoría más amplia (locura maniaco depresiva) que contenía todas las formas de depresión y de la manía. De esta forma se posiciona



la depresión como un opuesto a la manía, especificando más sus síntomas. Es aquí donde la Depresión gana validez y posición científica.

Ya en el siglo XX el tema interesa a diversos estudiosos como Leonhard, Chaslin, Wernicke y Kleist (Luque & Berrios, 2011). Estos teóricos se oponen a la visión de Kraepelin de agrupar todos los trastornos del estado de ánimo en una sola entidad y comienzan a proponer una separación (Luque & Berrios, 2011). Leonhard por ejemplo establece una diferenciación entre psicosis afectiva, unipolar y bipolar basándose en estudios de Wernicke que diferenciaban entre melancolía afectiva y melancolía depresiva (Beckmann & Franzek, 2000).

En 1966 Perris y Angst demuestran, de forma separada en sus estudios, hallazgos que apuntan a una distinción nosológica entre los trastornos unipolar y bipolar. Estos dos autores, plantean a modo de conclusión que en la psicosis maniaco depresiva se presentaban tres entidades independientes: dos formas unipolares (depresiva y maniaca) y una bipolar (Luque & Berrios, 2011).

En resumen, el constructo teórico de la Depresión históricamente pasó de ser un concepto vago, impreciso y confundible con otras categorías como la esquizofrenia por ejemplo, atravesando un proceso de concretización de la fragmentación del término “locura maniaco depresiva” con trabajos como los de Wernicke, Kleist y Leonhard hasta culminar en la propuesta de Angst y Perris en separar la depresión unipolar del trastorno bipolar, propuesta validada desde el DSM III en 1980, utilizada aun en los actuales sistemas de clasificación diagnóstica. (Luque & Berrios, 2011).

2.2.1.2 Sistemas de clasificación actuales

Ya posicionada y legitimada la depresión en los diversos intentos de nomenclatura del siglo XX, era posible desarrollar un sistema dicotómico de diagnóstico basado tanto en la



predicción como en la clasificación referenciado a síntomas. Los sistemas de clasificación actuales se basan en este sistema orientado a los síntomas, fomentando a su vez, un sistema diferenciado. (Beckmann & Franzek, 2000).

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante DSM V) y la décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (en adelante CIE-10) utilizados actualmente, con respecto al tema de los trastornos del estado de ánimo se adhieren a la dicotomía diagnóstica (clasificación y predicción) de las psicosis endógenas tal y como la concibió Kraepelin, pero también tienen en cuenta la discusión entre Kasanin y Leonhard (los cuales enfatizaban la separación entre melancolía y manía). Con el CIE-10 y el DSM es posible conocer la tendencia hacia un sistema diferenciado. Los autores del DSM adoptaron una serie de términos nosológicos que fueron suprimidos en el sistema de Kraepelin, entre éstos figuran melancolía, ciclotimia, distimia y psicosis afectivas. (Beckmann & Franzek, 2000).

Para el DSM V, el Trastorno depresivo mayor se caracteriza por la frecuencia de uno o más episodios depresivos mayores. Los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. (DSM V). El trastorno depresivo mayor puede clasificarse asimismo en el trastorno depresivo mayor episodio único, caracterizado por la presencia de un único episodio depresivo mayor, y el trastorno depresivo mayor recidivante, caracterizado por la presencia de dos o más episodios depresivos mayores separados por mínimo una semana en su aparición (APA, 2014).

El CIE 10, detalla un episodio depresivo cuando por lo general, se cuenta con un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución en su vitalidad llevando a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado,



que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. El CIE 10 también expone las siguientes como manifestaciones de los episodios depresivos:

- La disminución de la atención y concentración
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Las ideas de culpa y de ser inútil
- Una perspectiva sombría del futuro
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- Los trastornos del sueño
- La pérdida del apetito (OMS, 2016).

Según el CIE 10, la aparición de episodios repetidos de depresión conlleva a la aparición del trastorno de depresivo recurrente, que pueden resultar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave (OMS, 2016).

Los actuales sistemas de clasificación posicionan a la Depresión como constructo teórico con fuerte validez empírica. A pesar de ello, las causas de la Depresión no se entienden muy bien y la misma puede aparecer bajo muy variadas circunstancias. Muchas perspectivas teóricas han contribuido a brindar un acercamiento al fenómeno. Al considerarse en conjunto se posibilita una comprensión más integral de la Depresión (OMS, 2016).

2.2.1.3 Factores causales de la depresión

a) Teorías biológicas

La importancia del factor hereditario en la aparición de Trastornos del espectro depresivo se demuestra por la asociación entre el grado de consanguinidad y la probabilidad de diagnóstico (Sarason & Sarason, 2014).



En una investigación de Sullivan (2002, citado por (Butcher, Mineka, & Hooley, 2007)) en una revisión de aproximadamente 21.000 gemelos monocigóticos, se encontró que, si uno sufría una depresión mayor unipolar, su contraparte tiene el doble de probabilidades de sufrirla.

Otro tipo de estudios es utilizando el método de adopción para investigar la influencia genética sobre los trastornos del estado de ánimo. Uno de los más importantes mencionados por (Butcher, Mineka, & Hooley, 2007) es el de Wender et al (1986), en el cual se encontró que la depresión unipolar aparecía siete veces más entre los parientes biológicos de niños adoptados y que tenían una depresión severa, que entre los parientes biológicos de niños de control también adoptados.

Esto pone en claro la existencia de cierta contribución genética para el trastorno de depresión.

b) Factores bioquímicos

Existe evidencia de niveles anormales de distintos neurotransmisores como serotonina, norepinefrina, dopamina y demás neurotransmisores aminérgicos están involucrados en la fisiopatía de la Depresión (Sarason & Sarason, 2014).

En el trastorno depresivo mayor se ha demostrado a través de diversos ensayos clínicos una reducción significativa en el número de transportadores de Serotonina de pacientes con depresión mayor (Van Praag, 1998).

La serotonina ejerce una importante acción en el estado de ánimo, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y el ciclo de sueño-vigilia (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006). Concordando con el hecho que durante un episodio depresivo disminuya significativamente el desempeño en estas áreas. El BDI II presenta ítems donde se revisan algunos de estos parámetros.



Los tres grupos de antidepresivos (inhibidores de la monoaminoxidasa IMAO, tricíclicos e inhibidores de la recaptación de serotonina ISRS), potencian la actividad sináptica de serotonina inhibiendo la recaptación del neurotransmisor o su degradación, sustentándose así que el sistema serotoninérgico desempeña un papel importante en la fisiopatología de la depresión (Arango, Escobar, & Pimienta, 2004).

La norepinefrina por su parte, involucrada en procesos de vigilia, toma su parte en Trastornos Depresivos cuando se da una alteración de la misma. De tal manera el estrés crónico genera depresión reactiva, resultando que las reservas de norepinefrina en el Locus Coeruleus tienden a disminuir, lo que conduce a mantener el estado de depresión, en el caso de individuos con depresión secundaria al estrés crónico ocurre un fenómeno fisiológico similar. (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

Funcionalmente, la norepinefrina parece estar relacionada con un número de procesos psicológicos, entre ellos la estabilización del estado de ánimo, la regulación del sueño, estado de alerta y activación, y en la respuesta a estresores que pueden iniciar o exacerbar la sintomatología depresiva (Goodale, 2007).

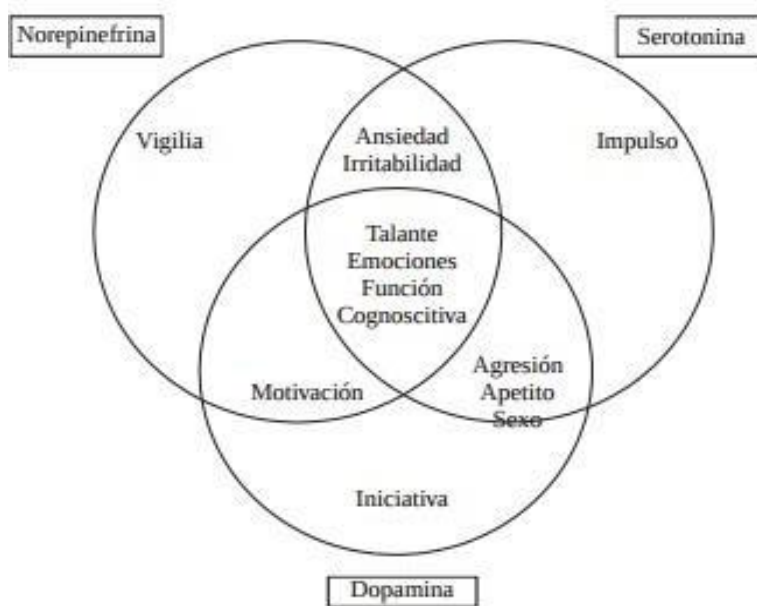
Con respecto a la Dopamina, la reducción de la actividad dopaminérgica se ha asociado con la anhedonia, menor motivación y pérdida de interés. Las vías mesocorticolímbicas de Dopamina parecen ser fuentes reguladoras fundamentales del placer y la capacidad de disfrute. El estriato ventral y el córtex prefrontal parecen ser regiones dopaminérgicas importantes relacionadas con la motivación. Una disfunción del sistema mesocorticolímbico de la Dopamina podría agravar los síntomas de anhedonia, apatía, y pérdida de interés observados en la Depresión Mayor (Goodale, 2007).

Mientras que la serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y funciones cognitivas, la dopamina está involucrada en la función motriz. Las tres

catecolaminas son sin duda fundamentales para un funcionamiento adecuado neurobiológico. De modo que dependiendo de la interacción en la producción y captación de las mismas se pueden dar alteraciones en el estado de ánimo. La figura 1 ilustra la interacción de los tres neurotransmisores en la fisiopatología de la depresión. (Goodale, 2007).

Figura 1

Catecolaminas y su posible influencia en la Depresión



Fuente: (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006)

2.2.2 Teorías conductuales sobre la depresión

Durante la década de los 70's y 80's, en el medio del conductismo se vinculó la explicación de la depresión a partir de la idea de que esta se produce en base a la ausencia de respuestas producto de refuerzos positivos o cuando aumenta la tasa de refuerzo negativo (Sarason & Sarason, 2014). Según (Butcher, Mineka, & Hooley, 2007), la base de las teorías conductistas se fundamenta en el hecho de que las personas con depresión puede que tengan una tasa muy baja de reforzamientos positivos, y una tasa muy alta de acontecimientos negativos. No obstante, según los mismos autores la teoría conductual no demuestra que la depresión esté causada por esos factores, es decir, no sugieren una explicación causal al



fenómeno sino más bien correlacional. Los mismos autores aseguran que por esta y otras razones, las teorías conductuales de la depresión no han ejercido demasiada influencia. (Butcher, Mineka, & Hooley, 2007).

2.2.2.1. Teoría de la indefensión adquirida

Martin Seligman, exponente de la teoría de la indefensión adquirida, propone a partir de sus estudios en laboratorios con animales, un marco explicativo más sólido que la teoría conductista. La misma establece que cuando los animales o los humanos se enteran de su falta de control ante la aparición de situaciones aversivas, puede que aprendan que están indefensos ante dichas situaciones, lo que a su vez les deja sin motivación para intentar responder y hacerse frente de esos mismos estímulos en un futuro; dando por resultado el desarrollo de posturas de pasividad e incluso de síntomas depresivos (Seligman, 1975).

(Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978) (Según Butcher, Mineka, Hooley, 2007) propusieron que cuando las personas enfrentan acontecimientos negativos e incontrolables y cuestionan el porqué de esa situación, estas atribuciones que las personas hacen respecto a acontecimientos incontrolables se convertirían así en un factor esencial en el origen de la depresión. De esta manera proponen tres dimensiones básicas sobre las cuales se establecen dichas atribuciones: interna/externa, global/específica y estable/inestable. (Butcher, Mineka, & Hooley, 2007). No obstante, los resultados de muchas investigaciones no apoyan lo que la teoría sugiere, mientras que otros estudios si, evidenciando por tanto la inconsistencia y falta de apoyo empírico de los que adolece a la teoría.

2.2.2.2. La teoría de la depresión como desesperación

Debido la inconsistencia de resultados obtenidos en base en las investigaciones realizadas en el marco de la teoría de indefensión, se realizó una revisión de la misma la cual recibió como



nombre Teoría de la desesperación. Esta teoría propone a la desesperación compuesta por dos factores: la percepción de falta de control sobre algún aspecto a suceder, y la certidumbre absoluta de que está por ocurrir algo malo o que no va a ocurrir algo positivo (Butcher, Mineka, & Hooley, 2007).

a. La teoría cognitiva de Beck

A más de 40 años de su formulación es una de las teorías acerca la depresión más importante y tomada en cuenta por el medio científico. Surgida de un contexto el cual consideraba que los síntomas relacionados con la depresión eran principalmente los de índole emocional, Beck plantea que es la parte racional la que precede y provoca los síntomas afectivos. Es decir, son los pensamientos negativos la parte más importante y destacable de la depresión y no las bajas tasas de reforzamiento (como propone la teoría conductista).

Según Beck (2008), el modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: 1. La triada cognitiva, 2. Los esquemas y 3. Los errores cognitivos.

La triada cognitiva consiste en la visión negativa que realiza la persona de tres realidades: acerca de si mismo, del mundo y del futuro. Para Beck (2008), los signos y síntomas del síndrome depresivo serían una consecuencia de los patrones cognitivos negativos, realizados en estas tres instancias. El paciente responde y se prepara a una situación como si la misma realmente fuese a ocurrir, debido a sus creencias de que realmente van a ocurrir. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado). Esta anticipación sesgada por las creencias del individuo, pueden explicar según Beck (2008) los síntomas motivacionales, dependencia e incluso los síntomas físicos de la depresión.



Los Esquemas se refieren a la organización estructural en el pensamiento depresivo. Se refieren a patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad y las interpretaciones que se crean en base a un determinado conjunto de situaciones. El esquema es la base que le permite a una persona enfrentarse a una circunstancia, ya que permite transformar los datos en condiciones, permitiendo localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Según (Beck A. , 2008) los esquemas cognitivos influyen de modo fundamental en la información que la persona atiende, preside, almacena y recupera y en las interpretaciones, valoraciones y asociaciones que hace en un momento dado. Por esta razón, Beck (2008) plantea que, en los estados psicopatológicos, en este caso la depresión, las conceptualizaciones que tienen los individuos acerca de determinados sucesos se distorsionan de tal modo que se ajustan esquemas inadecuados e irracionales. Estos esquemas hacen que la persona pierda gran parte de control voluntario sobre su proceso de pensamiento y por tanto se muestre incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

Según Beck (2008) los esquemas se agrupan en torno a un modelo de tres instancias: las creencias centrales, las creencias intermedias y los pensamientos automáticos. Las creencias centrales se refieren a los esquemas y formas de pensamientos que se encuentran muy aferrados y se consideran como ciertos. Estos determinan el modo en que la persona se posiciona en el mundo, lo interpreta y reacciona ante él. Las creencias intermedias se refieren a las reglas, actitudes y presunciones que se derivan de las creencias centrales. Los pensamientos automáticos son la manifestación (no del todo consciente) de las creencias centrales e intermedias, las cuales aparecen siempre ante un estímulo específico, pero ya conocido desde antes, que predisponen al sujeto a reaccionar de esa manera.

Por último, se encuentran los errores cognitivos en el procesamiento de información. De manera conjunta con las creencias distorsionadas que alimentan el trío cognitivo negativo, el



mismo puede mantenerse a costa de diversos errores o sesgos cognitivos de carácter negativo. Cada uno de ellos supone un procesamiento sesgado de la información (Butcher, Mineka, & Hooley, 2007). Beck (2008) opina que los mismos mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la presencia de evidencia contraria. Entre ellos se encuentran:

Inferencia arbitraria. Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye, o que la evidencia sea contraria a la conclusión misma.

Abstracción selectiva. El hecho de centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando las características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a este fragmento (el cual siempre negativo)

Generalización excesiva. Se refiere a elaborar una regla general en base a una conclusión específica de uno o varios hechos aislados y aplicar el concepto a situaciones inconexas.

Maximización y minimización. Se refiere a la sobre importancia que se le da a un hecho negativo, como también a la denigración u olvido sobre un hecho positivo.

Personalización se refiere a la tendencia para atribuirse asimismo fenómenos cuando no existe una base firme para realizar tal conexión.

Pensamiento absolutista, dicotómico. Se refiere a la tendencia en clasificar cada experiencia según una o dos categorías opuestas. En el caso de la depresión se seleccionan las categorías del extremo negativo. (Beck A. , 2008)

De esta manera, cada factor de la teoría de Beck se encuentra enlazado uno con otro, al punto que lo que predispone la manifestación de síntomas depresivos no sería la aparición de factores aislados entre sí, sino la interrelación existente entre los esquemas, el trío cognitivo negativo, y los errores de procesamiento de información. En este sentido, Butcher, Mineka y Hooley (2007) señalan que cada uno de los componentes la teoría cognitiva actúa como un reforzador de los demás. (Butcher, Mineka, & Hooley, 2007)



A pesar de que a lo largo de los años la teoría cognitiva de Beck ha ido adquiriendo cada vez mayor coherencia y elaboración, constituyéndose en una de las teorías más sólidas utilizadas como referencia por diferentes profesionales en salud mental, se ha señalado distintas limitaciones en torno al modelo cognitivo general y/o de la terapia cognitiva en particular. La siguiente lista propuesta por Rachman, 1997 (citado por (Beck A. , 2008)) expresa los principales problemas del enfoque de Beck

No se ha demostrado el papel causal de las cogniciones negativas, estas podrían ser un simple correlato o una dimensión más entre otras.

No se sabe si la reducción de las cogniciones clave es el principal mecanismo crítico de acción de la terapia cognitiva. Terapias no centradas en modificar las cogniciones consiguen el mismo cambio en estas que la terapia cognitiva, no todas las personas pueden acceder a las cogniciones que supuestamente mantienen sus problemas. Además, gran parte del procesamiento cognitivo no es accesible a la conciencia, no siempre es posible modificar las cogniciones de una persona.

El cambio cognitivo no siempre supone cambio emocional, el papel de las emociones es subestimado; estas influyen mucho en cómo las personas estructuran cognitivamente sus experiencias. Rachman, 1997 (citado por (Beck A. , 2008))

A pesar de estas limitaciones, (Butcher, Mineka, & Hooley, 2007) destacan que, con respecto a la teoría propuesta por Beck, se ha realizado bastante apoyo empírico e investigativo los cuales han encontrado resultados que apoyan los aspectos causales de la teoría.

Teoría de Beck y su método de evaluación

Beck implementó la terapia cognitiva que es un alcance ejecutivo, dinámico, estructurado y limitado por el tiempo desde el cual se puede estudiar y tratar diversos problemas de salud



mental, entre estos la depresión (Beck, 1979). Este arquetipo propone que hay una fuerte relación entre los eventos que vive una persona, su conducta y su estado emocional. Los modelos cognitivos, y por ende la teoría de Beck sobre la depresión, enfatizan la importancia de la forma en que se procesa la información como causa de este trastorno (Vázquez Barquero, 2008).

El modelo de Beck sobre la depresión plantea una cadena de elementos causales, como se presenta a continuación (Vázquez Barquero, 2008). En este, es importante resaltar tres elementos fundamentales para entender la depresión, estos son los esquemas cognitivos, los sesgos cognitivos (también conocidos como errores de procesamiento) y la tríada cognitiva (Beck A. , 2008).

El primer elemento son las experiencias tempranas, estas forman los sistemas cognitivos sobre los cuales se interpretará la realidad. Las experiencias tempranas se generan en la infancia y serán activadas a lo largo de toda la vida de la persona. Los niños elaboran sus creencias a partir de la interacción con el mundo, en especial con personas significativas (Bieling & Segal, 2004).

El segundo elemento del gráfico son los esquemas cognitivos. El procesamiento de la información resulta fundamental para la supervivencia de un organismo, la información que se recibe del ambiente es tanta que, sin un adecuado filtro, no se podría focalizar la atención a los estímulos más relevantes. Esta información es procesada por estructuras que dan sentido. El resultado de este proceso es una interpretación particular de cada individuo. Estos filtros son los esquemas (Bieling & Segal, 2004).

Sin embargo, un esquema es más que un filtro, Beck (1979) afirma que estos son la base sobre la cual se seleccionan, se diferencian y se codifican los estímulos. Estos son los elementos básicos de la representación interna del significado. La importancia del esquema está dada por



el grado de interrelación que tiene con otros esquemas. Otra manera de entender los esquemas es verlos como planes mentales abstractos que sirven de guía para el comportamiento. Cada persona tiene un gran número de esquemas que usa a diario para procesar la información que llega del ambiente (Curwen, Palmer, & Ruddell, 2000).

Hay diversos esquemas y se evalúa cada situación usando un complejo número de estos. Además, son los responsables de cómo responde la persona frente a las diversas situaciones. En la depresión, la conceptualización del paciente es distorsionada, de tal manera que puede encajar con sus esquemas disfuncionales. Estas distorsiones se acentúan cuando la depresión es más grave puesto que los esquemas disfuncionales tienden a dominar todo el pensamiento del sujeto (Beck A. , 1979).

Clark y Beck (1999) clasifican los esquemas de dos formas distintas, en base a su grado de interrelación con otros esquemas y en base al tema sobre el cual hacen referencias.

Según la primera clasificación hay tres tipos de esquemas, los pensamientos automáticos que contienen la mayoría de las creencias compartidas del ambiente y de nosotros mismo son el primer tipo. En el caso de la depresión, estos no tienen un valor fundamental en la aparición del trastorno puesto que no contienen metas personales. El segundo tipo de esquemas son las creencias intermedias, y suelen presentarse en forma de reglas con las que las personas se evalúan tanto a sí mismas como a los demás. Estos a diferencia de los primeros son mucho menos concretos, más personales y son generalizables a muchas circunstancias. Por su característica muy personal, las creencias intermedias juegan un papel importante en la aparición del trastorno depresivo. El último tipo de esquemas según esta clasificación son las creencias nucleares, estas suelen ser sumamente generales y se refieren al self, además suelen ser polarizadas. Las creencias nucleares por referirse al self también juegan un papel fundamental en la aparición de un trastorno depresivo (Clark & Beck, 1999).



Según el segundo tipo de clasificación propuesta por Clark y Beck (1999) hay cinco tipos de esquemas. El primero son los esquemas cognitivo-conductuales. Estos se encargan del procesamiento de la información. En lo que se refiere a las creencias intermedias y las creencias nucleares, los esquemas cognitivo-conductuales incluyen las representaciones del self, las metas futuras y los valores. Por esta razón para la teoría cognitiva de la depresión, este tipo de esquemas juegan un rol de particular importancia. El segundo tipo de esquemas son los afectivos, estos se encargan de la percepción de los diversos estados afectivos. La activación de estos esquemas es lo que permite la experiencia afectiva en sí. El tercer tipo de esquemas, son los fisiológicos, estos son bastante más rudimentarios y se encargan de interpretar los estímulos provenientes de las vísceras y la musculatura. Usualmente estos esquemas suelen pasar desapercibidos. Luego se describen los esquemas conductuales, estos son la representación de los códigos de respuesta y las actitudes de alerta que permiten las diversas respuestas motoras inmediatas y coordinadas. El último tipo de esquemas son los motivacionales, estos pueden ser similares a los conductuales debido a que muchos de ellos son impulsos automáticos e involuntarios. Sin embargo, otros esquemas motivacionales hacen referencia a las metas más personales (Clark & Beck, 1999).

En general, en individuos deprimidos los esquemas están orientados negativamente, tanto en el procesamiento como en el tono con el que se evalúa la realidad, lo que genera emociones negativas y problemas de conducta. Las personas deprimidas; sin embargo, no interpretan erradamente toda la realidad, sino que tienden a encontrar en el ambiente una mayor cantidad de información que valida sus sentimientos de inadecuación (Bieling & Segal, 2004).

El tercer elemento del gráfico es el evento estresor, este es un acontecimiento crítico que activa los esquemas disfuncionales ya presentes y desencadenará el trastorno (Vázquez



Barquero, 2008). Clark y Beck (1999), entienden este evento como una sensación de pérdida de recursos personales.

El cuarto elemento del gráfico son los sesgos cognitivos o distorsiones cognitivas. Según Beck (1979), son errores sistemáticos en el pensamiento que mantienen y validan los pensamientos negativos que tiene la persona deprimida, a pesar de la evidencia contradictoria. Son formas primitivas de conceptualizar la realidad, puesto que tienden a hacer juicios generales, negativos, categóricos y absolutistas, en contraste a una visión más madura de la realidad, en donde las situaciones de la vida son integradas basándose en la calidad de las mismas, más que en la cantidad de ellas. Esta forma esquemática de entender la realidad lleva al paciente a definir sus experiencias como deprivaciones totales e irreversibles, lo que los lleva a tener la mirada pesimista que los caracteriza.

Cada persona tiende a usar predominantemente un grupo de estos posea o no un trastorno psicológico (Curwen, Palmer, & Ruddell, 2000). Beck (1979) reconoce que en la depresión son seis los pensamientos distorsionados presentes. La interferencia arbitraria, que es llegar a una conclusión específica sin fundamentos necesarios o inclusive con evidencia contradictoria; la abstracción selectiva, que es la focalización desproporcionada en un sólo detalle que tiene como consecuencia la conceptualización de la realidad en base a una mirada sesgada; la sobre generalización, que se refiere a la creación de reglas generales en base a uno o más incidentes aislados y extrapolar esas conclusiones a otros contextos; la magnificación y minimización, que son errores en la evaluación de la magnitud de un evento; la personalización que es la tendencia a relacionar con uno mismo eventos externos; y por último el absolutismo o pensamiento dicotómico que está referido a la tendencia a evaluar las experiencia en polos de un mismo continuo.



Otros autores reconocen más pensamientos distorsionados en las personas deprimidas, (Curwen, Palmer, & Ruddell, 2000) afirman que además de los ya mencionados las personas deprimidas suelen usar la catastrofización que es la tendencia a pensar que algo negativo va a ocurrir; el pensamiento emocional que se refiere a la tendencia a sacar conclusiones lógicas basándose en las emociones; las declaraciones de tipo debería...; la negación de lo positivo y el creer que pueden predecir el futuro y leer la mente de los otros.

El último elemento del gráfico es la tríada cognitiva, esta incluye patrones de pensamientos distorsionados basados en los sentimientos de pérdida y de deprivación que se generan puesto que las personas deprimidas interpretan estímulos ambiguos, que pasarían inadvertidos en personas sin depresión, como la confirmación de su desvalía. La frecuencia más alta de pensamientos negativos caracteriza a la persona deprimida; sin embargo, esto no significa que estas personas no presenten pensamientos positivos, pero los negativos suelen ser el doble de estos (Bieling & Segal, 2004).

Estos tres patrones de pensamiento distorsionado que conforman la tríada cognitiva incluyen: los pensamientos relacionados a uno mismo, a las propias experiencias y al futuro. El primer componente de esta tríada es aquel que se refiere a la mirada negativa del paciente sobre sí mismo. La persona con depresión suele criticarse en exceso y pensar que, por sus propios defectos, es poco apreciado y no merecedor de afecto (Beck A. , 1979). En ciertas ocasiones se puede observar que las personas deprimidas no siempre interpretan mal la realidad, muchas de las interpretaciones que hacen sobre sus propias características negativas pueden ser incluso más acertadas que las de personas sin este trastorno. Esto se conoce como realismo depresivo (Bieling & Segal, 2004).

El segundo componente de la tríada es la tendencia de la persona deprimida a interpretar la realidad de una manera negativa, es decir, a desvalorizar sus propias experiencias. La persona



deprimida tiende a sentir que el mundo es demasiado exigente. También encuentra explicaciones negativas sobre los acontecimientos que le ocurren sin tener suficiente información y habiendo explicaciones alternativas más reales (Beck A. , 1979).

El tercer componente de la tríada cognitiva, es la mirada negativa de la persona deprimida hacia el futuro. Cuando una persona con este trastorno planifica su futuro, tiende a esperar más frustraciones y dificultades que una persona sin él. Por esta razón el paciente deprimido, cuando se encamina en una tarea, espera fallar (Beck A. , 1979).

Beck (1979) y con mayor detalle (McCullough, 2000) comparan el pensamiento de un adulto deprimido con el pensamiento de un niño normal, usando la teoría de (Piaget, 1970). Las personas deprimidas tienen una visión general del mundo bastante primitiva, que se refleja en como ellas resuelven los problemas. El pensamiento de las personas severamente deprimidas es similar al de un niño en el estadio pre operacional de Piaget que va desde los dos hasta los siete años. Esto se debe a que ambos grupos usan pensamientos globales, además el proceso de sus pensamientos no está influenciado por la lógica ni la razón. Otra similitud entre ambos grupos es el egocentrismo característico del pensamiento depresivo. Además, se encuentra que los monólogos son las formas más comunes de lenguaje en estos grupos. Otra característica de ambos es la falta de empatía que se relaciona con el egocentrismo. La última semejanza entre estos es el escaso control de emociones en ocasiones de gran estrés. Por esta razón Beck (1979) describe el pensamiento de una persona deprimida como primitivo.

“Dentro de las fases o etapas por las que los padres pasan durante el periodo de conocer el diagnóstico de su hijo podemos destacar las siguientes: **(a)** Shock **(b)** Negación **(c)** Depresión **(d)** Reacción Las respuestas posteriores al diagnóstico se clasifican en cuatro fases posteriores al diagnóstico son: shock, negación, depresión y reacción. El shock es el momento inicial donde los padres no se encuentran preparados para recibir el diagnóstico de que su hijo tendrá un



trastorno crónico, genera un desconcierto, posterior a esto está la negación donde los padres buscan opiniones de más especialistas, seguido se encuentra la depresión donde los padres sientan cabeza de que su hijo no tendrá un desarrollo típico, un proceso irreversible, lo que conduce un estado de desesperanza y si no se sabe llevar genera un estado de depresión crónica. Normalmente La fase de reacción o realidad se caracteriza por ser coherentes con respecto a la situación y buscar asesoramiento, analizando que cambios se deben realizar para poder brindar la atención más adecuada para su hijo” (Da Paz & Wallander, 2017).

2.2.2.3. Depresión en padres de individuos con trastorno del espectro autista.

“El afrontamiento puede variar de una persona a otra algunos se refugian en la religión, pensamientos positivos, percepción de buen apoyo familiar, social y económico. Así como otros pueden quedas en una situación de crisis creando actitudes de rechazo, evitación y negación” (Kim, Kim, Voight, & Ji, 2018).

“El aprender a ser resiliente ha demostrado ayudar a lidiar con el estrés, mejorar la salud mental de los cuidadores y del paciente, la resiliencia tiene varias definiciones sin embargo se dice que es la capacidad de resistir, prevalecer ante una situación difícil o adversa también puede ser una adaptación positiva durante una situación estresante. La resiliencia tomada como una intervención tendría el objetivo de ayudar a los padres y hermanos a ser más receptivos a la hora de interactuar con sus hijos o hermanos, además de ayudarlos a ellos a generar habilidades de comunicación” (Bekhet, Johnson, & Zauszniewski, 2012).

“La crianza de un niño con TEA, es un desafío permanente para los padres sumado esto a el desafío de tratar su propia vida, esa carga constante deriva usualmente en la depresión; esta enfermedad disminuye las capacidades de protección y autocuidado de una persona que para nuestro caso son los padres quienes dejan de lado sus vidas para centrarse en sobre llevar la multitud de trabajo extra que demanda el cuidado de una persona con TEA, consecuencia de



esto se manifiesta en el descuido de la salud física y emocional, incluida la vida social” (Boshoff, Gibbs, Phillips, Wiles, & Porter, 2016).

“Se ha demostrado que la depresión es más frecuente en los padres de niños con TEA que en los padres con niños que tienen desarrollo típico, y padres de niños con otras discapacidades. Y un estudio mostro que es tres veces más frecuente en madres de niños con TEA” (Ingersoll, Meyer, & Becker, 2010).

“Los síntomas de cada niño e individuo varían, muchos requieren apoyo en todas las áreas de su vida, lo que conlleva a que los padres se encuentren en agotamiento constante. Teniendo en cuenta que estos individuos requieren múltiples visitas a especialistas y necesitan terapias que en muchos casos no se encuentran cubiertas por ningún seguro” (Chan, Lam, Law, & Cheung, 2018)

“El afrontamiento posterior al diagnóstico de TEA, varía de una familia a otra, determinantes son el nivel económico, la educación de los padres. Los métodos de afrontamiento pueden ser ineficaces o desconocidos para los padres generando dificultades para encontrar la felicidad, o un estado de bienestar constante” (E.A. & A.A., 2015)

2.2.3 Teoría del Clima social familiar de MOOS

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

La psicología ambiental

La psicología ambiental comprende una amplia área de investigación relacionada con los efectos psicológicos del ambiente y su influencia sobre el individuo. También se puede afirmar que esta es un área de la psicología cuyo foco de investigación es la interrelación del ambiente



físico con la conducta y la experiencia humana. Este énfasis entre la interrelación del ambiente y la conducta es importante; no solamente los escenarios físicos afectan la vida de las personas, los 33 individuos también influyen activamente sobre el ambiente (Kemper, 2000).

Características de la psicología ambiental

(Kemper, 2000) Hace un análisis de las siguientes características: Refiere que estudia las relaciones hombre – medio ambiente en un aspecto dinámico, afirma que el hombre se adapta constantemente y de modo activo al ambiente donde vive, logrando su evolución y modificando su entorno.

Da cuenta de que la psicología del medio ambiente se interesa ante todo por el ambiente físico, pero que toma en consideración la dimensión social ya que constituye la trama de las relaciones hombre y medio ambiente; el ambiente físico simboliza, concretiza y condiciona a la vez el ambiente social.

El ambiente debe ser estudiado de una manera total para conocer las reacciones del hombre o su marco vital y su conducta en el entorno. Afirma que la conducta de un individuo en su medio ambiente no es tan solo una respuesta a un hecho y a sus variaciones físicas; sino que éste es todo un campo de posibles estímulos (Kemper, 2000).

El concepto de ambiente según Moos

Para (Moos, 1984) el ambiente es un determinante decisivo del bienestar del individuo; asume que el rol del ambiente es fundamental como formador del comportamiento humano ya que este contempla una compleja combinación de variables organizacionales y sociales, así como también físicas, las que influirán contundentemente sobre el desarrollo del individuo.



El clima social familiar

El clima social que es un concepto y cuya operacionalización resulta difícil de universalizar, pretende describir las características psicosociales e institucionales de un determinado grupo asentado sobre un ambiente. En cuanto al clima social familiar, son tres las dimensiones o atributos afectivos que hay que tener en cuenta para evaluarlo

Una dimensión de relaciones, una dimensión de desarrollo personal y una dimensión de estabilidad y cambio de sistemas, las cuales se dividen a su vez en sub – escalas para estudiar estas dimensiones (Moos, 1984) ha elaborado diversas escalas de clima social aplicables a diferentes tipos de ambiente como es el caso de Clima Social en la Familia (FES).

En el clima familiar se dan interrelaciones entre los miembros de la familia donde se dan aspectos de comunicación, interacción, etc. El desarrollo personal puede ser fomentado por la vida en común, así como la organización y el grado de control que se ejercen unos miembros sobre otros.

Cohesión Familiar

Se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, la Cohesión familiar (CO) evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados entre ellos. Dentro del Modelo Circumplejo los conceptos específicos para medir y diagnosticar la dimensión de Cohesión Familiar son: vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, tema de discusiones, intereses y recreación Tueros (citado por (Pezua, 2012)). Según el informe FES (1993); la Cohesión mide el grado en el que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí.



Así mismo Cohesión según Cárdenas (Pezua, 2012) es el lazo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en el sistema familiar.

Para Zavala (citado por (Pezua, 2012)) la familia, como lugar de aprendizaje, de pertenencia, de amor y de seguridad, ofrece las mayores oportunidades para desarrollar las capacidades personales. La familia es, por lo tanto, un lugar de crecimiento que permite explorar el mundo desde que se es pequeño, para luego ser capaces de actuar en él.

Cuando un niño vive situaciones que le provocan rabia, miedo o tristeza, la familia puede ayudar a que esas vivencias difíciles se integren en su proceso de desarrollo y se fortalezca su personalidad, en estas ocasiones los niños necesitan más que nunca ser tomados en serio y sentirse acogidos por la familia (Pezua, 2012).

Así, la familia juega un papel fundamental en el crecimiento de los hijos. En este largo proceso los padres dan y también reciben. Ellos dan seguridad a sus hijos al entregarles calor afectivo y la sensación de que son útiles y valiosos, pero también son recompensados cuando sienten la satisfacción de verlos jugar, crecer, y aprender todos los días algo nuevo.

Los niños, durante su normal proceso de crecimiento, deben enfrentar problemas que pueden darse en el área de la educación, de la diferenciación e independencia del resto de los miembros de la familia, de la presión del grupo social, del desarrollo de su identidad sexual, etc, Todo ello influirá de una u otra manera en la consolidación de sus rasgos de personalidad (Pezua, 2012).

Hay problemas que se dan durante el crecimiento del adolescente que pueden ser más graves y que han aumentado en los últimos tiempos. Nos referimos a la adicción a las drogas y alcohol. Se trata de problemas serios que serán rechazados si el adolescente ha logrado



establecer una relación cercana a su familia, en un clima de confianza y amor entre padres e hijos. Algunas veces, las malas relaciones en el hogar determinan en los niños una historia de hostilidad que los impulsa a hacer exactamente lo contrario de lo que los padres esperan de ellos y realizan comportamientos de autoagresión y autodestrucción para así hacer sentir a su familia culpables por el fracaso de sus propias acciones Zavala (citado por (Pezua, 2012))

El ambiente familiar nocivo

La familia puede volverse nociva cuando sin saberlo, involuntariamente, puede convertirse en un medio patógeno, no cumple con su rol, cuando las relaciones entre los individuos que la componen son inadecuadas; cuando no se brinda afecto, o se le brinda mal, cuando la falta de cultura y de inteligencia, o la pobreza, no permiten que el niño y posterior adolescente se adapte; cuando los problemas psicológicos, el alcoholismo, la inadaptación social del padre, de la madre o de los hermanos son para el niño fuente de profundas perturbaciones., como dice Zavala (citado por (Pezua, 2012))

Si la familia se ha formado disarmónicamente, con frecuencia se resquebraja y aparentemente se desintegra. Cada uno o algunos de sus miembros creen en tal situación que ya no hay nexo e interés común familiar, y entonces la dinámica se vuelve tóxica y venenosa, volcando todo el resentimiento por los agravios recibidos, por el cariño no satisfecho o las atenciones no correspondidas. En el sentir de cada uno de los miembros gravita fuertemente el celo, por la dedicación de los demás a adaptarse a la nueva dinámica familiar o a otras relaciones.

En este estado, las posibilidades de concentrarse en los estudios o de pensar en desarrollo o proyección de futuro para el joven o alguno de los miembros, son mínimas, ya que la energía vital se encuentra concentrada en un permanente estado de defensa, lo que imposibilita al individuo y lo sume en la apatía y la inacción. Algunas situaciones familiares son claramente



desfavorables y riesgosas para la socialización de los niños y adolescentes; la violencia doméstica, la falta de recursos materiales para asegurar el sustento cotidiano, la ausencia de lazos estables solidarios con los otros, el aislamiento social, el autoritarismo patriarcal, la ausencia de la ley, entre otros (Pezua, 2012).

2.2.3.1 Definición de familia

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

Generalmente se plantea, el término familia, como una estructura social básica donde padres e hijos se relacionan. Para esta investigación se considera dicha definición sobre familia como la más adecuada y cercana a la visión que se tiene sobre ésta. Por lo tanto, familia es todo grupo donde existe una relación que se basa en lazos afectivos fuertes, por lo que sus miembros forman una comunidad unida en 27 distintos aspectos de la sociedad: económicos, jurídicos, sociales y culturales. Además, la familia constituye una unidad e identidad en la que lo que afecta a un miembro o a todos de forma directa o indirectamente; por ello se puede hablar de un sistema familiar, de una comunidad que está organizada, ordenada y jerarquizada y, muchas veces, relacionada con su entorno. La familia influye con valores y pautas de conducta que son presentados por los padres, los cuales van conformando un modelo de vida para sus hijos. Estos enseñan normas, costumbres, valores, que contribuyen en la madurez y autonomía de sus hijos (Minuchin, 1980)



La (ONU, 1994) estipula que la familia es una entidad universal y tal vez el concepto más básico de la vida social; sin embargo, las familias se manifiestan de muy diversas maneras y con distintas funciones. El concepto del papel de la familia varía según las sociedades y las culturas. No existe una imagen única ni puede existir una definición universalmente aplicable, es así que, en lugar de referirnos a una familia, parece más adecuado hablar de familias, ya que sus formas varían de una región a otra a través de los tiempos, con arreglo a los cambios sociales, políticos y económicos.

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

2.2.3.2 Tipos de familia

Existen varias formas de organización familiar y de parentesco; entre ellas, se han distinguido cuatro tipos de familias (Martin, 2000):

La familia nuclear o elemental.

Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia. (Martin, 2000)



a. La familia extensa o consanguínea

Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos (Martin, 2000).

b. La familia de madre soltera.

Es aquella familia en la que la madre desde un inicio asume, generalmente sola, la crianza de sus hijos/as pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta (Martin, 2000).

c. La familia de padres separados.

Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja, pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos e hijas, se niegan a la relación de pareja, pero no a la paternidad y maternidad (Martin, 2000).

Estos cuatro tipos de familia antes mencionados, nos da una visión más realista de las familias a las cuales estamos relacionados en el quehacer social y educativo. Sin embargo, es preciso mencionar que no se consideran otros tipos de familia como las monoparentales ya que sólo estamos mencionando aquellas que tienen relación con nuestra investigación (Martin, 2000).



2.2.3.3 Funciones de la familia

La definición y los tipos de familia, fueron descritos de forma general, sin embargo, no es suficiente por lo que es necesario conocer cuáles son las funciones que tiene ésta con los miembros que forman la familia. Es por ello que se han considerado dos autores, cada uno tiene su punto de vista para la descripción de las mismas (Martin, 2000).

Según (Ugardza, 1993); la familia asume 5 funciones principales:

Biológica.

Esta se refiere a las funciones más cotidianas que le corresponde cumplir a la familia: alimentación, salud y descanso, por las cuales todos los individuos reponen diariamente su existencia y capacidad de trabajo (Ugardza, 1993).

Socialización.

En lo que respecta a socialización la tarea primordial de la familia es transformar, en un tiempo determinado a un niño totalmente independiente de sus padres, en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad (Ugardza, 1993).

Cuidado.

Se refiere a resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a la salud, educación de cada uno de sus miembros (Ugardza, 1993).

Afecto.

Consiste en propiciar amor y cariño en base a los subsistemas paternal, filial, conyugal, fraternal (Ugardza, 1993).



Reproducción.

El matrimonio, como institución legal y sacramento de la iglesia, nace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y la sociedad: el factor sexual y el de la reproducción (Ugardza, 1993).

Se observa en este caso, que el autor expone dichas funciones en relación a la existencia de un niño(a) en la familia, sin embargo, resalta el cuidado y el afecto a todos los miembros que conforma cualquier tipo de familia, ya que se menciona el afecto conyugal y fraternal.

Por otro lado, según (Beltran & Bueno, 1997), la familia desarrolla dos funciones básicas:

Función socializadora: La familia es el principal agente o factor de la Educación, incluso podemos decir que es el factor fundamental del ser humano. Su función educadora y socializadora está en base a que, como institución, supone un conjunto de personas que aceptan, defienden y transmiten una serie de valores y normas interrelacionados a fin de satisfacer diversos objetivos y propósitos. La meta 30 de la familia es socializar al individuo. En los primeros años de vida, el niño está todo el tiempo en contacto con la familia, y se van poniendo los cimientos de su personalidad antes de recibir cualquier otra influencia. Los padres en este proceso de socialización actúan como modelos que los hijos imitan. Tras los primeros años de influencia familiar, viene la Educación institucional escolar, que cobra gran importancia. El proceso de socialización consiste en el hecho de que el individuo aprende por el contacto con la sociedad (Beltran & Bueno, 1997),.

El proceso de aprendizaje social se desenvuelve con la gente y entre la gente, y, por consiguiente, implica siempre relaciones sociales. Se halla el proceso condicionado, por la comunicación de índole interpersonal. Los agentes de socialización están representados por la familia, la escuela, los pares, los medios de comunicación social, etc (Beltran & Bueno, 1997),.



La socialización es un proceso que dura toda la vida e implica una influencia recíproca entre una persona y sus semejantes. La aceptación de las pautas de comportamiento social tiene importancia en el plano objetivo, por la socialización transmite la sociedad su cultura de generación en generación; y en el plano subjetivo nos encontramos ante un proceso que tiene lugar en la persona (Beltran & Bueno, 1997),.

Función educadora: La familia educa múltiples facetas de la personalidad a distintos niveles. En los primeros años de su vida, el vínculo afectivo es una verdadera necesidad biológica, como base de la posterior actividad fisiológica y psíquica. Se le enseñan actitudes y habilidades necesarias (andar, hablar, respuesta afectiva a la sonrisa, etc.) que, si no se educan en el momento oportuno, luego ya no es posible inculcarlas en el niño. El papel de la familia consiste en formar los sentimientos y educar la voluntad de sus hijos, su capacidad de esfuerzo, de entrega y de sacrificio, su espíritu de cooperación y su capacidad para el amor (Beltran & Bueno, 1997),.

Estos dos fundamentos nos dan a conocer que las funciones que cumple la familia son variadas en el sentido que el enfoque que le asignemos va a tener un significado primordial para el desarrollo de cada uno de los miembros que la conforman.

2.2.3.4 El Ambiente familiar

La familia es, sin duda, la formación básica de la sociedad humana. Su origen es biológico como alguna de sus esenciales funciones, pero también es un factor cultural de trascendental importancia en la vida del hombre, tanto desde el punto de vista de su ser social, como de su personalidad sobre la cual ejerce una poderosa influencia, cuya profunda huella ha puesto en evidencia la psicología contemporánea. Como institución formativa de la personalidad social e individual, la familia desempeña un papel de primordial importancia en la formación del carácter personal y el desarrollo de la sociabilidad.



En el seno de ella forman sus hábitos de convivencia las nuevas generaciones. Y en cuanto a lo individual, mucho del contenido emocional y de las actividades que dan tono y color a la conducta personal, es infundido en el subconsciente del sujeto por el ambiente familiar en la época de la vida de mayor plasticidad y menor discernimiento crítico, formando una de las modalidades más persistentes de la personalidad (Molina, 1997).

Según (Molina, 1997), el ambiente familiar puede ser un factor de inadaptación escolar manifestándose en una de sus formas en un rendimiento académico inadecuado como las bajas calificaciones. Para ello el autor menciona aspectos que son causales de dicha problemática, uno de ellos son los conflictos entre los miembros de la familia y de estos con el niño aparecen en primera línea como determinantes de los problemas de conducta. Al cavar profunda huella en la personalidad del niño, influyen sobre su actitud y humor en la escuela, pudiendo producirse manifestaciones graves de desviaciones y problemas de conducta, alteraciones orgánicas de la salud, violencia y rebeldía. En algunos casos, se puede apreciar la predilección del padre hacia un hijo, generando rivalidad entre hermanos.

Otra son las dificultades económicas y materiales en familias con baja adaptabilidad familiar constituyen terrenos propicios para la generación de conflictos entre los miembros de la familia. Además, la inseguridad, insatisfacción y el mal manejo de las emociones crean un clima en el que los problemas de conducta son frecuentes. A la insuficiencia de recursos, se aúna la falta de elementos necesarios para la calidad de vida que debe tener el niño y el hacinamiento en la vivienda. Y por último tenemos la baja cohesión familiar, la desintegración o la constitución anormal de la familia: familia incompleta, padres separados, madre soltera, etc. Estos acontecimientos en el 32 niño pueden generar inseguridad afectiva que muchas veces no pueden sobrellevarla con equilibrio, pues para él significa una pérdida (Molina, 1997).



Como se puede apreciar el ambiente familiar es esencial para un buen desenvolvimiento del niño(a) en edad escolar, ya sea a nivel formativo, afectivo o social.

2.2.3.5 Clima social familiar

Luego de describir todo lo referente al tema de familia, a continuación, se presenta el clima social familiar para poder comprender la escala utilizada para la investigación, las áreas consideradas y el desarrollo social del niño de 6 a 10 años.

Además, es importante realizar una mención sobre el Clima Social Familiar donde se manifiesta en las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, aspectos de desarrollo como la comunicación, interacción, desarrollo personal que puede ser fomentado por la vida en común según Guerra (citado por (Pezua, 2012)) También tenemos dentro del Clima Social Familiar la estructura y organización de la familia y el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre los otros. Es por ello que se considera de suma importancia desarrollar este aspecto en la investigación.

2.2.3.6 Impacto Familiar del autismo

Definición de Trastornos del Espectro Autista

“Los Trastornos del Espectro Autista, se definen como una disfunción neurológica crónica con fuerte base genética que desde edades tempranas se manifiesta en una serie de síntomas relacionados con la interacción social, la comunicación y la falta de flexibilidad en el razonamiento y comportamientos. El grado de gravedad, forma y edad de aparición de cada uno de los criterios va a variar de un individuo a otro, definiendo cada una de las categorías diagnósticas. A pesar de las clasificaciones, ninguna persona que presenta un TEA es igual a otro en cuanto a características observable” (Cuxart, 1997).



“Tiempo de dedicación: Un hijo autista precisa de mucha más dedicación que otro hijo. Cuando es pequeño por la hiperactividad que presenta y el grave riesgo de accidentes, además de la cantidad de pruebas diagnósticas y clínicas a que se ven sometidos. Cuando es mayor porque no saben qué hacer con su tiempo y hay que estar ocupándolos continuamente o se hundirán en interminables rutinas y estereotipias. Paradójicamente, los mayores niveles de estrés se dan en las madres que no trabajan fuera de casa” (Cuxart, 1997).

“Recursos económicos: El tiempo de dedicación que un hijo con autismo precisa puede obligar a que alguno de los padres no trabaje o reduzca su jornada laboral. Si a esto añadimos los gastos de terapias, ocio, centro educativo, etc., algunas familias pueden sufrir ahogo económico. Si una familia tiene más de un hijo autista (que las hay) la situación se hace insostenible” (Cuxart, 1997).

“Dedicación a otros hijos y familiares: La plena dedicación al hijo con autismo puede hacer que se dedique menos tiempo a otros hijos, en parte porque se relativizan los problemas, lo que puede llevar a un cierto grado de disminución de atención y, en consecuencia, cierto complejo de culpabilidad por ese “abandono”. El tener un hermano autista puede llegar a crear en algunos chicos graves problemas en las relaciones intrafamiliares, pudiendo darse el caso de no reconocimiento de hermanos o de abandono de los mismos, sobre todo en determinadas etapas como en la pre y la adolescencia. No son raros los hermanos de chicos con autismo que son también usuarios de las Unidades de Salud Mental Infantil. Por el contrario, la mayoría de los casos no sólo quieren mucho a sus hermanos, sino que se implican mucho en su cuidado, siendo chicos, en general, más solidarios y maduros que los de su entorno” (Cuxart, 1997).

“Relaciones sociales: Se puede provocar una situación de aislamientos social, sobre todo en determinadas fases de la dinámica familiar, evitando la relación con otras familias que no entienden la situación, que niegan el problema o que incluso se atribuyen el derecho de dar



“consejitos” anodinos e insulsos o contraproducentes. En el caso de la familia extensa, también se puede encontrar de todo: desde quien apoya a muerte (el abuelo que se encarga de llevar y traer la colegio todos los días a su nieto) hasta quien se desentiende o evita interactuar con la familia. Aunque la vida ha cambiado mucho no están tan lejos en el tiempo los casos en que se encerraban en una habitación o se ingresaban en un Hospital Psiquiátrico a temprana edad y de por vida. Es muy importante el apoyo familiar y social para salir adelante y es por ello que surgen las asociaciones de familiares y de autoayuda en la búsqueda de compartir experiencias y de luchar por objetivos comunes” (Cuxart, 1997).

“Relaciones de pareja: Es más difícil compartir espacios de intimidad, tiempo de ocio, experiencias, salidas, etc., cuando se tiene un hijo con una grave discapacidad para relacionarse con el resto del mundo. Cualquier familiar no puede quedarse con un chico con autismo y siempre queda la duda de que sea capaz de entenderlo. No son pocos los casos de separación matrimonial acelerados por no entender de la misma forma el problema y son también frecuentes los casos de padres que se desentienden y dejan toda la responsabilidad sobre el otro progenitor (generalmente las madres) con la sobrecarga que ello supone. Por el contrario, también se dan los casos en que la pareja se ve más unida al compartir un tema tan apasionante” (Cuxart, 1997).

Convivir con el autismo

“Se afirma que un niño tenga una rabieta irreducible en un supermercado, coja comida de otra mesa en un restaurante porque no puede esperar o deje caer un vaso de cristal conscientemente en un lugar público para ver cómo suena, no son conductas exclusivas, aunque sí típicas de los niños con autismo. Este tipo de conductas provoca frecuentes miradas de reprobación sobre los padres y un gran rubor que puede hacer que la familia se aíse y evite interactuar en lugares públicos. Y es que la disociación entre el aspecto físico (aspecto de niño



sano y mirada inteligente) y la realidad del diagnóstico induce a que la población que conoce a estos niños no acabe de creérselo y dificulta la aceptación del diagnóstico incluso en los propios padres. También ocurre que el estereotipo de las personas con autismo difiere en muchos casos de la realidad” (Perez.G., 2002).

El impacto emocional del Autismo

“Uno de los aspectos más difíciles en el trato con personas con autismo es el impacto emocional que éste causa en el núcleo familiar, ya que mientras la persona con autismo sufre de los problemas asociados con la discapacidad, todos los miembros de la familia, y en especial los padres, sufren de una tensión emocional. Las alegrías anticipadas que habían rodeado la llegada de esta nueva personita en la casa son de repente ensombrecidas por la tensión creada por la diferencia de esta persona. El reconocimiento y aceptación de las reacciones emocionales con respecto al autismo es quizás la mayor ayuda para vencerlas ya que cuando los padres y hermanos saben que lo sienten es algo de esperarse y que es una reacción normal a la situación pueden entonces localizar métodos terapéuticos para vencer todos los temores e inquietudes que tengan al respecto. La reacción emocional hacia el autismo se extiende a lo largo de la vida de la familia y los siguientes puntos detallan las etapas de la vida y algunas de las reacciones que sienten los padres, hermanos y familiares”

La familia del autista

“Atender personas con condición de autismo es impensable sin incluir plenamente a la familia. Los familiares no son solo quienes reciben el impacto del diagnóstico sino quienes conviven la mayor parte del tiempo con la persona afectada, debiendo ser, durante el proceso de estimulación y habilitación, los principales terapeutas. En épocas no muy lejanas, los profesionales trabajan dejando a la familia al margen, con un modelo de relación terapeuta-paciente casi excluyente. Sin embargo, además de vulnerar el derecho de la familia a participar



activamente en esta relación, se ha demostrado ya suficientemente que si ella no se involucra en los tratamientos y educación del niño o niña, los resultados quedarán muy por debajo de las expectativas” (Vega, 2014).

“El ya muy bien conocido modo de reaccionar de los allegados a una persona ante su pérdida, consistente en negación, depresión y finalmente aceptación (o resignación), es similar a la que pasan los padres de un autista cuando se les confirma la condición de autismo del hijo. Naturalmente que influye el conocimiento que puedan tener aquellos de lo que es el autismo, que generalmente suele ser más inclinado a concebirlo como una enfermedad grave, una especie de catástrofe que cambiará la vida del niño y de ellos para siempre en forma negativa. Ha sucedido muchas veces que, si los padres son personas de condición socioeconómica baja y con escasa formación intelectual, no solamente que hagan pocas preguntas, sino que además no sean informados con tanta disposición y detalle como lo exigen padres más preparados y de mejor nivel social. Qué duda cabe de que se trata de una discriminación inaceptable que debe ser desterrada de la actividad profesional de cualquiera que brinde servicios a niños” (Vega, 2014).

“Es indudable que las posibilidades de un niño de crecer sano y convertirse en una persona productiva, son mucho más prometedoras si vive en el seno de una familia sana, y en el caso de los que tienen una condición discapacitante, se hace aún mucho más importante. Los menores que presentan problemas de discapacidades están más expuestos a sufrir malos tratos, negligencia afectiva y abandonos que los que no las tienen. Además, la llegada de un niño “no típico” a una familia que no ha desarrollado lazos afectivos y patrones de comunicación saludables, puede ser motivo de conflictos entre padres por recriminaciones mutuas, problemas que pueden acabar en separaciones más o menos abruptas” (Vega, 2014).



2.3 Marco conceptual

- **Depresión:** Para Aaron T. Beck “la depresión se explica por tres conceptos específicos: 1) Triada cognitiva formada por la visión negativa de sí mismo, la tendencia a interpretar sus experiencias de forma negativa y la visión negativa acerca del futuro. 2) Los esquemas cognitivos. Estos esquemas, relativamente estables, constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones. Pueden haber estado inactivos durante periodos prolongados de tiempo y haber sido activados en situaciones generadoras de ansiedad. 3) Los errores en el procesamiento de la información. Errores que se presentan en el enfermo depresivo y que mantienen la creencia en los esquemas cognitivos a pesar de que la existencia de una evidencia contraria. Estos errores son: el catastrofismo; la inferencia arbitraria; la abstracción selectiva; la generalización excesiva y el pensamiento dicotómico o absolutista” (Moos, 1984).
- **Clima Social Familiar:** Según (Moos, 1984) el clima social familiar es “es una atmósfera psicológica donde se describe las características psicológicas e institucionales de un determinado grupo humano situado sobre un ambiente”.
- **Dimensión de relaciones:** Evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.
- **Cohesión (CO):** grado en que los miembros de la familia se apoyan y ayudan entre sí. (Moos, 1984)
- **Expresividad (EX):** grado en que se permite a los miembros de la familia expresar libremente sus sentimientos
- **Conflicto (CT):** grado en que se expresan abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia.



- **Dimensión de desarrollo:** evalúa la importancia que tienen dentro de la familia, ciertos procesos de desarrollo personal que pueden ser fomentados o no por la vida en común. (Moos, 1984)
- **Autonomía (AU):** grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos y toman sus propias decisiones.
- **Actuación (AC):** grado en que las actividades se enmarcan en una estructura competitiva.
- **Intelectual-cultural (IC):** grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.
- **Social-recreativo (SR):** grado de participación en este tipo de actividades
- **Moralidad-religiosidad (MR):** grado de importancia que se da en el ámbito familiar las prácticas y valores de tipo ético y religioso.
- **Dimensión de estabilidad:** evalúa la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que unos miembros de la familia ejercen sobre otros.
- **Organización (ORG):** grado de importancia que se da a la organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
- **Control (CTL):** grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos (Moos, 1984)
- **Trastorno del espectro autista:** “se definen como una disfunción neurológica crónica con fuerte base genética que desde edades tempranas se manifiesta en una serie de síntomas relacionados con la interacción social, la comunicación y la falta de flexibilidad en el razonamiento y comportamientos. El grado de gravedad, forma y edad de aparición de cada uno de los criterios va a variar de un individuo a otro, definiendo cada una de las categorías diagnósticas. A pesar de las clasificaciones,



ninguna persona que presenta un TEA es igual a otro en cuanto a características observable” (Cuxart, 1997).

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa de la depresión y el clima social familiar en los padres con hijos con autismo en Abrazos - 2017.

Ho: No hay relación significativa entre la depresión y el clima social familiar en los padres con hijos con autismo en Abrazos - 2017.

2.4.2 Hipótesis específicas

- Existe relación directa entre la depresión y la dimensión de relaciones de los padres con hijos que tienen autismo, en Abrazos - 2017.
- Existe relación directa entre la depresión y la dimensión de desarrollo de los padres con hijos que tienen autismo, en Abrazos - 2017.
- Existe relación directa entre la depresión y la dimensión de estabilidad de los padres con hijos que tienen autismo, en Abrazos - 2017.



2.5 Variables e indicadores

2.5.1 Operacionalización de las variables

Operacionalización de la variable Depresión.

	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
VI: Depresión	<p>Aaron Beck (1967), la depresión es un trastorno del estado de ánimo.</p> <p>Presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro.</p> <p>A este esquema se lo conoce como la tríada cognitiva.</p>	<p>La depresión se expresa en función de sus dos dimensiones: Factor Cognitivo afectivo, compuesto por 16 indicadores.</p> <p>Factor Somático Conductual, compuesto por 5 indicadores.</p> <p>Referidos a los padres con hijos que tienen autismo de la Asociación Abrazos, 2017. Que se reflejan en los resultados de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck.</p>	Factor Cognitivo – Afectivo	1. Tristeza
				2. Pesimismo
				3. Fracaso
				4. Pérdida de placer
				5. Sentimientos de culpa
				6. Sentimientos de castigo
				7. Disconformidad con uno mismo
				8. Autocrítica
				9. Pensamientos o deseos suicidad
				10. Llanto
			Factor Somático - Conductual	11. Agitación
				12. Pérdida de interés
				13. Indecisión
				14. Desvalorización
				17. Irritabilidad
				21. Pérdida de interés en el sexo
				15. Pérdida de energía
				16. Cambios en los hábitos de sueño
				18. Cambios de apetito
				19. Dificultad de concentración
20. Cansancio o Fatiga				



Operacionalización de la variable Clima Social Familiar

	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
VII: Clima Social Familiar	Según Moos (en García, 2005) el clima social familiar “es una atmósfera psicológica donde se describe las características psicológicas e institucionales de un determinado grupo humano situado sobre un ambiente”.	Para medir el clima social familiar se utilizará la Escala del Clima Social Familiar (FES). Con las respectivas instrucciones de aplicación y calificación. Se utilizará en adultos, preferentemente de forma auto administrada, Puede aplicarse también a manera de entrevista	Dimensión de relaciones	1. Cohesión
				2. Expresividad
				3. Conflicto
			Dimensión de Desarrollo	4. Autonomía
				5. Actuación
				6. Intelectual Cultural
				7. Social recreativo
			Dimensión de estabilidad.	8. Moralidad – Religiosidad
				9. Organización
				10. Control



CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

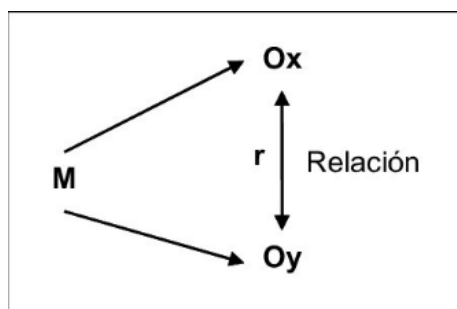
La investigación cuantitativa es un método de investigación que utiliza herramientas de análisis matemático y estadístico para describir, explicar y predecir fenómenos mediante datos numéricos (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), para la presente investigación se utilizó un enfoque cuantitativo para poder recolectar los datos mediante encuestas para su posterior análisis los cuales serán numéricos, esto para poder realizar una interpretación.

3.2 Alcance de la investigación

De acuerdo a la naturaleza del estudio de la investigación, reúne por su alcance, las características de un estudio descriptivo correlacional, porque asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), mediante este alcance deseamos explicar los niveles de depresión y las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia en los padres de familia con hijos que tienen el trastorno del espectro autista, en la asociación Abrazos en el año 2017.

3.3 Diseño de la investigación

Para la presente investigación se empleó el diseño No experimental del tipo transversal o transeccional porque recogió los datos en un solo momento ya que nuestro propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).





Donde:

M= 108 padres con hijos que tienen autismo

Ox = Niveles de depresión

Oy = Clima Social Familiar

r = Relación

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población

La población está constituida por el total de familias registradas en la asociación Abrazos.

N= 108, a diciembre del 2016.

3.4.2 Muestra

Se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple porque todas las familias pertenecientes a nuestra institución tienen la misma posibilidad de ser escogidos.

Para establecer el tamaño de la muestra se consideró los siguientes datos:

N= 108 Familias registradas en la Asociación Abrazos. (Al cierre de diciembre del 2016)

E= 0.05= 5% (error maestral)

P= 0.5 = probabilidad de éxito

Q= 0.5 = probabilidad de fracaso

Z= 1.96

α = 95%=0.95

n= tamaño de la muestra.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{(N-1) E^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$



$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.5) * (0.5) * (108)}{(108 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$n = 84.47$$

Por tanto, el tamaño de la muestra fue de 84 familias

3.4.3 Características de la muestra

La muestra de estudio, está conformada por un total de 84 padres de familia. Se consideró a un padre de familia, por cada niño que cumple con los requisitos de inclusión, indistintamente si es papá o mamá del menor.

Para presentar los resultados, se les abordó durante la aplicación del cuestionario. Requiriendo los siguientes datos: Edad de los padres, sexo, estado civil, grado de instrucción, también la composición de la familia, el número de hijos, lugar que ocupa en la familia el hijo con TEA y la escolaridad del hijo con TEA.

3.5 Técnicas de recolección de datos

Se utilizó la técnica de la encuesta, que ayudó a recopilar información de opiniones, respuestas y datos generales que se proporcionen a preguntas formuladas sobre los diversos indicadores que se pretenden explorar a través de este medio.

En esta investigación se utilizó como instrumento para recoger datos, el Inventario de Depresión de Beck. Que permite identificar la naturaleza de los síntomas depresivos importantes, que evidencian los padres de familia con hijos que tienen el TEA. Formulario que consta de una serie de preguntas e instrucciones para responder, de manera cerrada y de opción múltiple.



Al mismo tiempo se utilizó la escala del clima social familiar FES, que permite evaluar y describir las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia. Formulario de preguntas e instrucciones para responder, de manera cerrada y de opción múltiple.

3.5.1 Inventario de depresión de Beck

3.4.1.1 Descripción general

A. Ficha técnica

- **Título:** Inventario de Depresión (BDI)
- **Autores:** Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J.
- **Aplicación:** Adolescentes y adultos, de 13 años a más.
- **Duración:** Tiempo promedio de 20 minutos
- **Objetivo:** El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la misma.
- **Descripción:**

El Inventario de Depresión, más conocido por Inventario de Beck debido a su creador Aaron T. Beck y colegas, fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la misma.

Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. De acuerdo a esta perspectiva teórica, las manifestaciones afectivas y conductuales son el resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales, de ahí la fuerte carga en síntomas cognitivos del inventario (Beck A. , 2008).



El Inventario de Depresión de Beck se ha popularizado para evaluar la depresión, dada su bien demostrada confiabilidad y validez y es uno de los instrumentos más utilizados en nuestro país. Lamentablemente, su introducción en la asistencia no estuvo precedida del necesario proceso de validación, trabajo que fue acometido en la década del 90 por la Lic. Isabel Louro y un equipo de investigadores de la Maestría en Psicología de la Salud (Lugo, Louro, & Bayarre, 1996).

El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. El sujeto debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual, 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales. El inventario tiene una forma abreviada de 13 ítems, pero la que se ha popularizado en la asistencia y la investigación es la de 21 ítems.

3.4.1.2 Aplicación

Se utiliza en adultos, preferentemente de forma auto administrado, siendo el tiempo promedio de realización 10 minutos. Puede aplicarse también a manera de entrevista (de hecho, su autor inicialmente lo concibió un instrumento hetero aplicado), lo que incrementa el rango de sujetos que pueden ser evaluados. Con esta modalidad se ha aplicado con éxito en pacientes ancianos con deterioro cognitivo leve, enfermos crónicos, pacientes quirúrgicos, etc.

Los psicometristas con experiencias en la aplicación del BDI reportan que, de manera heteroaplicada, puede provocar reacciones emocionales intensas (llanto, tristeza) en personas que, aunque no necesariamente tengan una depresión clínica, están confrontando situaciones estresantes o pérdidas.



3.4.1.3 Corrección e Interpretación:

Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto. De acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma, además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma, permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severo.

La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10,9 puntos.
- Depresión leve: puntuación media de 18,7.
- Depresión moderada: puntuación media de 25,4.
- Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.

Las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems se pueden reflejar en un perfil que permite visualizar las dimensiones más afectadas.

A pesar de las bondades de este instrumento, deben tenerse precauciones a la hora de su interpretación en pacientes con enfermedades crónicas y dolor, ya que ha sido cuestionada su utilidad para diagnosticar la depresión en pacientes con enfermedades crónicas (Martin, 2000). Hay escaso acuerdo con respecto a cuál debe ser el punto de corte apropiado para identificar depresión clínica en pacientes con enfermedades crónicas. Algunos autores señalan que puede hablarse de depresión cuando el paciente obtiene puntuaciones superiores a 9 (Rodin, 1991); superior a 13 (Salkind, 1989) o mayor que 17 (Moffick, 1986).

Puede plantearse que las puntuaciones altas correspondientes al diagnóstico de depresión moderada y grave son de interés clínico, no así las que se corresponden con depresión leve



(Martin, 2000). De hecho, (Radloff, 1977) encontró que alrededor del 20% de la población sana y el 70% de la población de pacientes psiquiátricos obtenían este diagnóstico en el BDI. Lugo y cols. (1996) en un grupo de sujetos cubanos supuestamente no deprimidos, encontraron que la Media de la puntuación era de 20.2 con una desviación típica de 7.07.

Por lo tanto, creemos que la utilidad diagnóstica del BDI va en tres direcciones:

1ro. Porque permite identificar la naturaleza de los síntomas depresivos más importantes que tiene el paciente.

2do. En los casos de puntuaciones altas (depresión moderada y media) puede indicar la presencia de una depresión clínica, que deberá ser corroborada con otros procedimientos diagnósticos, ya que hay consenso de que el BDI no permite identificar trastornos como la depresión mayor o la distimia (Beck, Steer, & Garbin, 1988).

3ro. Porque permite evaluar los efectos de los tratamientos, ya que la prueba puede aplicarse varias veces al mismo sujeto. De hecho, el propio Beck ilustra estudios de casos en que se utilizan aplicaciones sucesivas del BDI para evaluar los efectos de su terapia cognitiva (Beck A. , 1979).

3.5.2 Escala del clima social familiar (FES)

A. Ficha técnica

- Autores: R. H. Moos, B. S. Moos y E. J. Trickett.
- Procedencia: Universidad de Stanford 1974, revisada en 1982.
- Adaptación: César Ruiz Alva y Eva Guerra Turín - Lima 1993
- Aplicación: Adolescentes y adultos. Individual o colectiva.
- Material para la aplicación: Manual de aplicación (1984), hoja de respuestas y perfil, lápiz o lapicero y plantilla de corrección.



- Duración: 20 minutos aproximadamente.
- Finalidad: Evaluar y describir las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. (Moos, 1984).

3.4.2.1 Dimensión de relaciones: evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.

- Cohesión (CO), grado en que los miembros de la familia se apoyan y ayudan entre sí.
- Expresividad" (EX), grado en que se permite a los miembros de la familia expresar libremente sus sentimientos.
- Conflicto (CT), grado en que se expresan abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia.

3.4.2.2 Dimensión de desarrollo: evalúa la importancia que tienen dentro de la familia, ciertos procesos de desarrollo personal que pueden ser fomentados o no por la vida en común.

- Autonomía (AU), grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos y toman sus propias decisiones.
- Actuación (AC), grado en que las actividades se enmarcan en una estructura competitiva.
- Intelectual-cultural (IC), grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.
- Social-recreativo (SR), grado de participación en este tipo de actividades
- Moralidad-religiosidad (MR), grado de importancia que se da en el ámbito familiar a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

3.4.2.3 Dimensión de estabilidad: evalúa la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que unos miembros de la familia ejercen sobre otros.



- Organización (ORG), grado de importancia que se da a la organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
- Control (CTL), grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos (Moos, 1984)

3.4.2.4 Normas de aplicación

A. Instrucciones generales

Las escalas de clima social se presentan en impresos que contienen los elementos de cada escala. El sujeto anotara las contestaciones en la Hoja de las respuestas.

Se comenzará la aplicación entregando a los sujetos la Hoja de respuestas y pidiéndoles que anoten en ella los datos que se solicitan: nombre, edad, etc.

Mientras lo realizan se les entrega el impreso de la prueba pidiéndoles que no escriban nada en él. A veces los sujetos pueden tener dificultades para utilizar la hoja de respuestas; en estos casos es conveniente que utilicen el propio impreso de la prueba para anotar las contestaciones, escribiendo una V detrás de cada elemento que consideren verdadero y una F detrás de los que consideren falso.

El examinador trasladara, después, estas contestaciones a la hoja de respuestas para facilitar su corrección.

En la aplicación se cumplirán los requisitos usuales en toda aplicación de pruebas; la sala debe ser tranquila; confortable y bien iluminada con espacio amplio para cada sujeto, de forma que el examinador pueda circular cómodamente por ella y comprobar que los sujetos realizan la tarea de forma adecuada.



Si se trata de sujetos con dificultades para realizar la prueba es conveniente aplicarla a grupos reducidos.

Normalmente se comienza la aplicación leyendo en voz alta las instrucciones de la prueba mientras los sujetos lo hacen en voz baja en sus propios impresos. Si, mientras están contestando, plantea alguna duda, se pueden hacer aclaraciones cuando los sujetos lo soliciten, pero se debe poner mucho cuidado para no influir en la dirección de la respuesta, diciendo: Si usted piensa que lo que dice este elemento es cierto la mayoría de las veces (o es cierto para la mayor parte de los miembros de su familia), la respuesta es “falso”(F). Si, a pesar de todo, se plantean dudas, como último recurso se puede decir: “Si no está usted seguro, ponga lo que crea más conveniente”.

Las escalas son relativamente cortas y se debe animar a los sujetos para que respondan a todos los elementos.

El examinador revisará las hojas de respuestas al recogerlas para comprobar si contienen los datos de identificación que se solicitan y si están contestando por completo.

3.4.2.5 Normas para la corrección y puntuación

La corrección se lleva a cabo con la ayuda de una plantilla transparente que se colocara sobre la hoja de respuesta haciendo coincidir las líneas que encuadran la zona de la hoja destinada a respuestas con las de la plantilla.

Antes de comenzar la corrección es conveniente escribir en la hoja de respuestas en las casillas correspondientes a las “sub escalas” las siglas de cada una de las sub escalas que integran la prueba; estos nombres pueden tomarse de la propia plantilla.



Para calcular la puntuación directa se contarán las marcas que aparezcan a través de los recuadros de la plantilla, en cada una de las columnas en que esta se ha dividido, y se anotara el total en la casilla PD (puntuación directa) en el lugar correspondiente a la sub escala que se está valorando.

Las puntuaciones obtenidas de este modo se pueden transformar en típicas y apartar de estos se elabora el perfil.

Las puntuaciones máximas son 10 puntos en cada una de las sub escalas. (Se exceptúan las sub escalas expresividad, autonomía y Control, en las que la puntuación máxima es de 9, pues los elementos 84, 85,87 y 90 correspondientes a estas subescalas no se puntúan.)

3.4.2.6 Desarrollo y validación

Estudio de investigaciones sobre la validación y confiabilidad en el País de origen

Estudios realizados por (Moos, 1984) indican que la Escala de Clima Social Escolar tiene Validez de Contenido y Concurrente. A los efectos de obtener la Validez Concurrente se llevaron a cabo observaciones de las clases y se mantuvieron entrevistas con los docentes de 38 clases.

A partir de un análisis factorial realizado por Trickett y Quinlan (1979) obtuvieron seis factores básicamente semejantes a seis de las nueve sub escalas ('afiliación', 'amistad', 'apoyo al profesor', 'competitividad', 'énfasis en las normas' y 'claridad en las expectativas' y 'organización' y 'énfasis en lo innovador'.)

En la adaptación española se ha analizado la estructura interna de los rasgos medidos mediante el análisis factorial. Fernández Ballesteros y Sierra (1982) hallaron ocho de las nueve sub escalas propuestas por el autor.



Así también, en los estudios presentados por TEA para la Escala FES se han empleado distintos procedimientos para determinar la confiabilidad. Se ha aplicado el procedimiento del Test-Retest con un mes y medio de intervalo para la Escala de Clima Social Escolar (CES) obteniéndose los siguientes coeficientes de correlación: IM 0.87, AF 0.73, AY 0.89, TA 0.78 CO 0.81, OR 0.85 CL 0.72, CN 0.79, IN 0.90.

A partir del análisis de Consistencia Interna (Kuder y Richardson) los índices obtenidos para esta Escala fueron: IM 0.85, AF 0.74, AY 0.84, TA 0.84, CO 0.67, OR 0.85, CL 0.74, CN 0.86, IN 0.80.

Pachecho, Stewart y Rodríguez Crespo (1990) obtuvieron índices de confiabilidad test-retest (en su mayoría superiores a .60) con un intervalo temporal de 30 días y sobre una muestra de 123 escolares de 5° y 8° y de Consistencia Interna obtenidos por el procedimiento de Kuder Richardson.

La Consistencia Interna para las sub escalas fue calculada utilizando Kuder Richardson. El promedio de las correlaciones resultó bastante elevado para las nueve sub escalas y significativamente diferencial para cada una de ellas. Los valores de las inter correlaciones entre el promedio de las sub escalas cuyo valor oscila alrededor de 0.25 sugieren que las sub escalas miden aspectos distintos vinculados con el ambiente de la clase. (Fernández Ballesteros y Sierra, 1982).

Confiabilidad: Ruiz y Guerra en 1993 Guerra, estudiaron el clima social familiar y su influencia en el Rendimiento Académico en Adolescentes utilizando el método de Consistencia interna para obtener los coeficientes de confiabilidad que van de 0.80 a 0.91 con una media de 0.89 para el examen individual, siendo las áreas de cohesión, intelectual - cultural, expresión y autonomía las más altas. La muestra usada para este estudio fue de 139 jóvenes con promedio de edad de 17 años.



Así mismo, con respecto a la validez, se prueba el FES con la escala de TAMAI (Área familiar y al nivel individual) generando coeficientes de cohesión 0.62, expresividad 0.53 y conflicto 0.59. La muestra individual en este caso fue de 100 jóvenes y de 77 familias.



3.4.2.7 Normas de interpretación

Baremos originales y de adaptación

Figura 2

Baremos peruanos: Estandarización Lima Metropolitana 1993.

Norma T	Relación	Desarrollo	Estabilidad	Categoría
80	23 a +	36 a +	22 a +	Muy Buena
75	22	34 - 35	21	
70	21	33	19 - 20	
65	20	32	17 - 18	Buena
60	19	30 - 31	16	Tendencia Buena
55	17-18	28 - 29	14 - 15	Media
50	16	27	13	
45	14 - 15	26 - 27	11 - 12	
40	13	24	9 - 10	Tendencia Mala
35	12	22 - 23	8	Mala
30	11	21	7	Muy Mala
25	10	20 - 19	6	
20	9 a -	18 a -	5 a -	

El resultado que obtenga cada evaluado, ya sea en las dimensiones o sub escalas, serán interpretados según cada categoría (muy mal, mal, tendencia media, media, tendencia buena, buena y muy buena).

3.6 Técnicas de procesamiento de datos

Los datos obtenidos en primer lugar fueron codificados y luego se ingresaron en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Sciences) con el cual se obtuvo las tablas y figuras de las variables en estudio.

Como prueba estadística se trabajó con el Chi cuadrado de Pearson y Tau b de Kendal (Coeficiente de correlación no paramétrico y simétrico para hallar la covariación entre dos variables ordinales)



CAPITULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Resultados respecto a la relación entre Depresión y el Clima Social Familiar

Tabla 1.

Relación entre la Depresión y el Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.

Clima social familiar	Depresión				f	%
	Depresión ausente o mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave		
	%	%	%	%		
Muy mala	0,0	0,0	0,0	4,8	4	4,80
Mala	0,0	0,0	11,9	7,1	16	19,00
Tendencia mala	0,0	0,0	23,8	7,1	26	31,00
Media	2,4	2,4	39,3	1,2	38	45,20
Total	2,40	2,40	75,00	20,20	84	100,00

Prueba Chi cuadrado X = 29.753

Correlacion de Spearman = - 0.478

Fuente: Inventario de Depresión (BDI) y Escala del Clima Social Familiar (FEM)

En la tabla se observa que el 4.8% de los padres de familia en los cuales el clima social familiar es muy malo presentan depresión grave, el 11.9% de los padres de familia donde se evidencia un mal clima social familiar presentan depresión moderada, el 23.8% de los padres de familia con tendencias malas en el clima social familiar presentan depresión moderada, el 39.3% de los padres de familia con Clima Social familiar medio presenta depresión moderada, sin embargo también se aprecia que el 2.4% de los padres de familia con Clima Social familiar media no tienen depresión o la depresión es mínima.

Al 95% de confiabilidad mediante la prueba Chi cuadrado, podemos afirmar que existe relación entre la Depresión y el Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, Abrazos 2017, así mismo la relación es significativa e inversamente

proporcional, es decir a mayor o mejor Clima Social Familiar menor depresión en los padres de familia, donde el grado de relación es al 47.8%, $p = 0.000 < 0.05$.

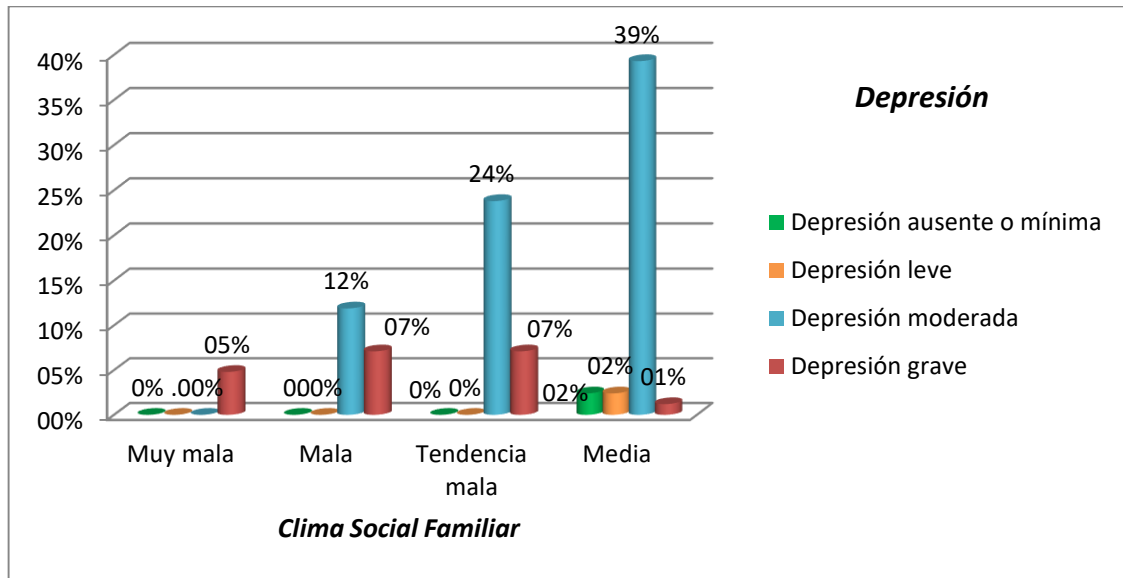


Figura 3 Relación entre la Depresión y el Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.

Variable clima social familiar

Tabla 2.

Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.

Categoría	<i>f</i>	%
Muy mala	4	4.8
Mala	16	19.0
Tendencia mala	26	31.0
Media	38	45.2
Tendencia Buena	0	0.0
Buena	0	0.0
Muy buena	0	0.0
Total	84	100.0

Fuente: Escala del Clima Social Familiar (FEM)

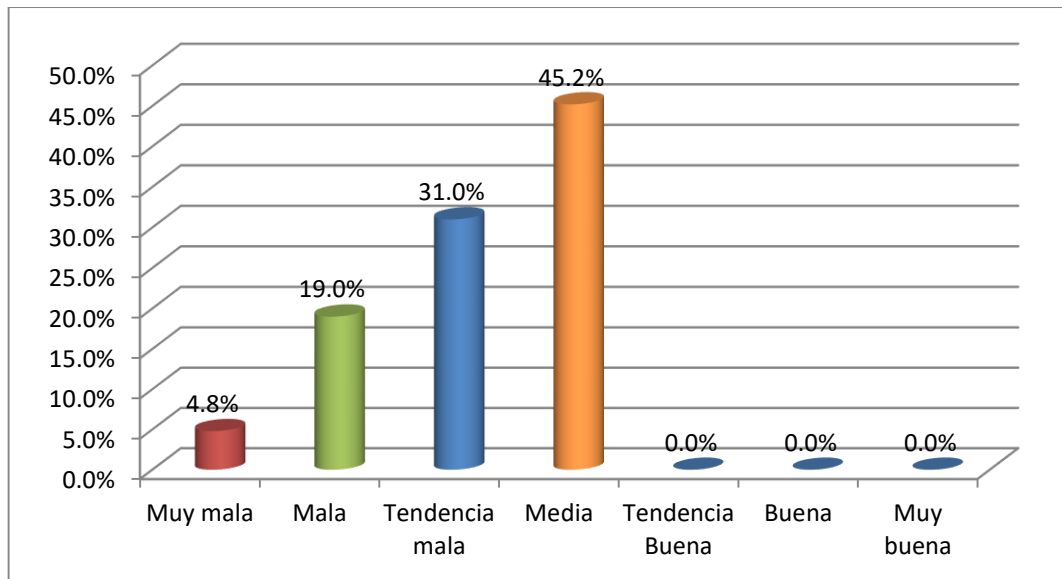


Figura 4

Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017

El clima social familiar en el 45.2% de los padres de familia con niños con autismo de la Asociación Abrazos es media con tendencia mala en un 31%, mala en el 19% y muy mala en el 4.8%.

Lo que significa que el clima social familiar con hijos con TEA tiene afectados su estructura y dinámica funcional de forma desfavorable como puede ser visualizada en la figura que se presenta a continuación.



Variable depresión

Tabla 3.

Niveles de depresión que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.

Niveles	<i>f</i>	%
Depresión ausente o mínima	2	2.4
Depresión leve	2	2.4
Depresión moderada	63	75.0
Depresión grave	17	20.2
Total	84	100.0

Fuente: Inventario de Depresión (BDI)

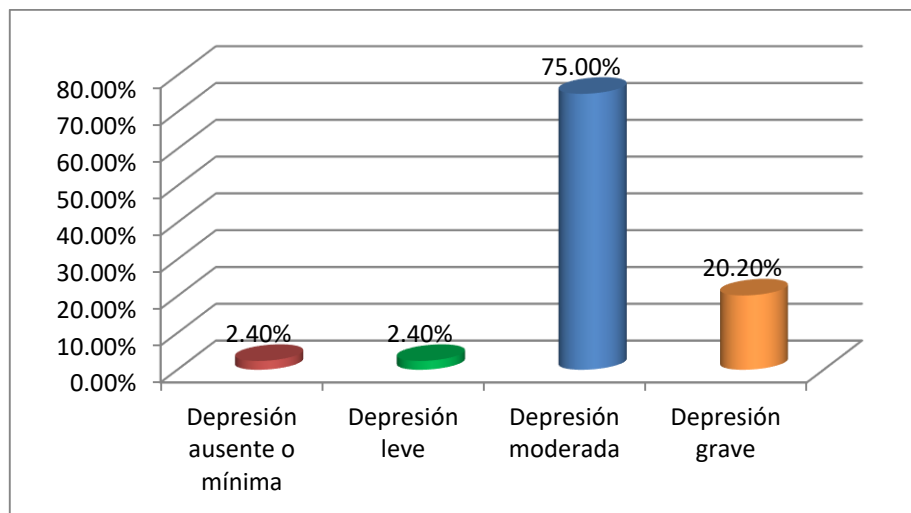


Figura 5

Niveles de depresión que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.

El 75% del total de los padres de familia de los niños con autismo presentan una depresión moderada, por otro lado, el 20.2% de los padres de familia presentan una depresión grave, el 2.4% presenta depresión leve. Lo que significa que tienen sus estados emocionales alterados al momento de la evaluación.



La depresión que presentan los padres de familia a traviesa por etapas, en un primer momento cuando se dan cuenta que sus hijos tienen características de comportamiento peculiares diferentes a la de otros niños. En un segundo momento cuando se enteran del diagnóstico definitivo de su niño y por último en el transcurso de sus terapias psicopedagógicas. Por otro lado, el clima social familiar atraviesa diferentes etapas en el crecimiento y desarrollo familiar. El mismo que se ve afectado por los cambios que tiene que afrontar y asumir la familia para adecuar su sistema de vida y sus hábitos en función a su hijo y su tratamiento.

Por las responsabilidades nuevas y la forma de afrontamiento en el desarrollo personal de la persona con autismo. Es casi siempre que solo un miembro de la familia asume la responsabilidad y es esta quien presenta mayores indicadores de depresión en todo el proceso.

4.2 Resultados respecto a la relación entre depresión y la dimensión de relaciones

Tabla 4.

Relación entre la Depresión y la dimensión relaciones de los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017

Dimensión relación	Depresión				f	%
	Depresión ausente o mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave		
	%	%	%	%		
Muy mala	3,0	0,0	0,0	4,8	4	4,80
Mala	0,0	0,0	15,0	7,1	16	19,00
Tendencia mala	2,0	0,0	16,0	7,1	26	31,00
Media	8,0	2,4	34,0	6,0	38	45,20
Total	2,40	2,40	75,00	20,20	84	100,0

Prueba Chi cuadrado $X = 28.853$

Correlación de Spearman = - 0.501

Fuente: Inventario de Depresión (BDI) y Escala del Clima Social Familiar (FEM)

En la tabla se observa que el 4.8% de los padres de familia en los cuales las relaciones es muy malo presentan depresión grave, el 15% de los padres de familia donde se evidencia un malas relaciones presentan depresión moderada, el 16% de los padres de familia con tendencias malas en las relaciones presentan depresión moderada, el 34% de los padres de familia con



relaciones medio presenta depresión moderada, sin embargo también se aprecia que el 3% de los padres de familia con relaciones media no tienen depresión o la depresión es mínima.

Al 95% de confiabilidad mediante la prueba Chi cuadrado, podemos afirmar que existe relación entre la Depresión y la dimensión relaciones que presentan los padres con hijos que tienen autismo, Abrazos 2017, así mismo la relación es significativa e inversamente proporcional, es decir a mayor o mejor relaciones menor depresión en los padres de familia, donde el grado de relación es al 50.10%, $p = 0.000 < 0.05$.

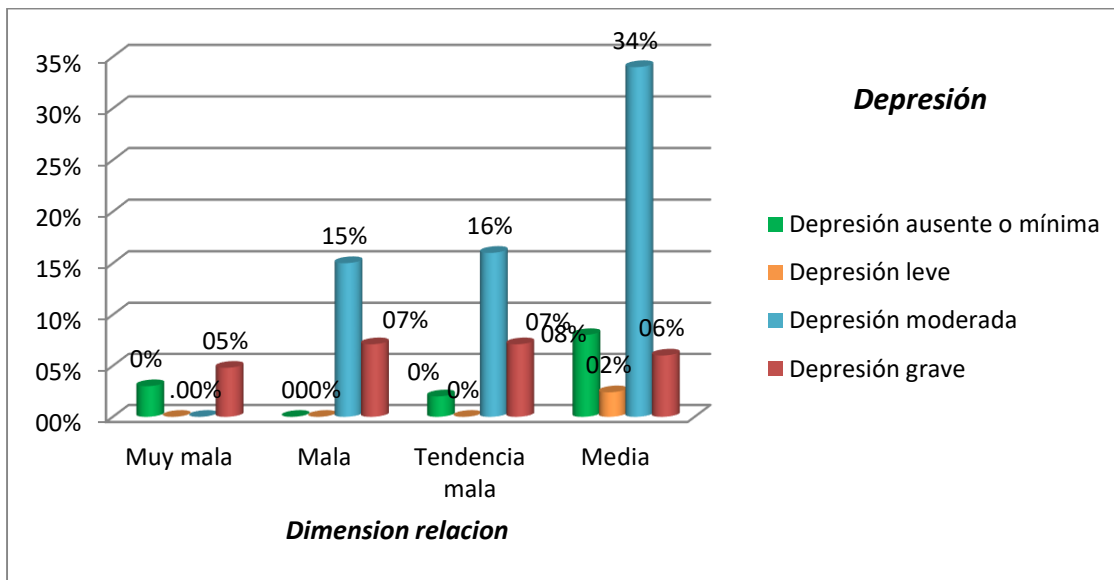


Figura 6

Relación entre la Depresión y la dimensión relación de los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.



Tabla 5.

Dimensión Relación del Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017

Categoría	<i>f</i>	%
Muy mala	2	2.4
Mala	14	16.7
Tendencia mala	0	0.0
Media	54	64.3
Tendencia Buena	14	16.7
Buena	0	0.0
Muy buena	0	0.0
Total	84	100.0

Fuente: Escala del Clima Social Familiar (FEM)

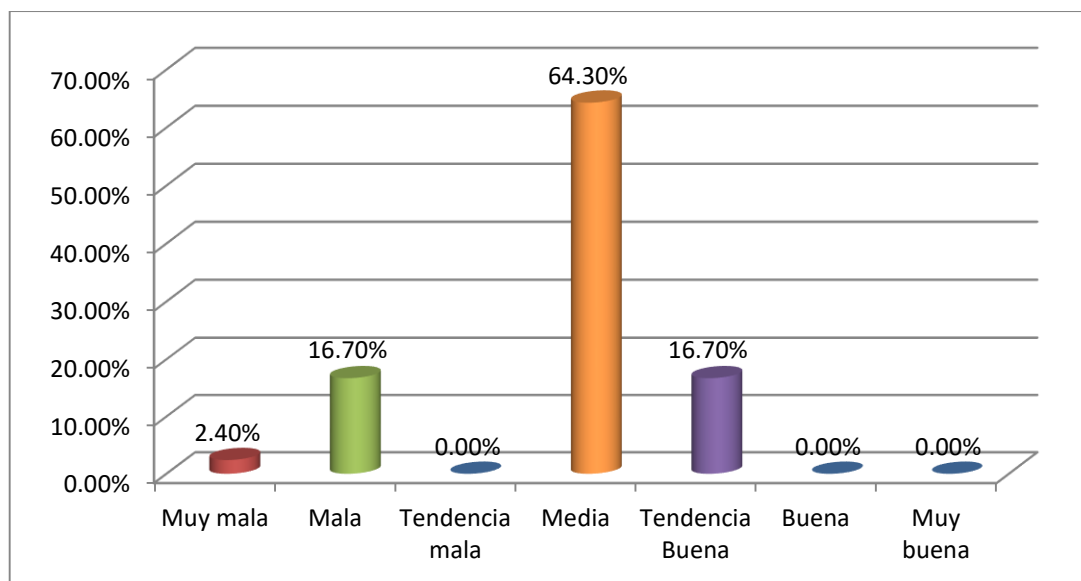


Figura 7

Relaciones del Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.

La tabla muestra que la dimensión de relaciones del clima social familiar, en el 64.3% los padres de familia son media, el 16.7% presenta tendencia buena y en misma proporción presenta relaciones malas en su entorno familiar.



Lo que significa que la comunicación entre los padres se rompe y se vuelve conflictiva. El mismo que gira según el proceso de afrontamiento de sus hijos con TEA. Cada miembro asume la responsabilidad en función de sus habilidades sociales, de su madures emocional, de ritmo laboral. Sin embargo, es casi frecuente que sean las mamás quienes asumen la mayor responsabilidad.

El proceso de aceptación de tener un niño con TEA es asumido de diferente forma. Se muestra una mayor resistencia indistintamente en algunas ocasiones el papa es quien no quiere darse cuenta o no quiere aceptar a un hijo con TEA. Por lo antes señalado el proceso de comunicación se vuelve tormentoso. Es algo que muchas familias les toca afrontar en el día a día.

4.3 Resultados respecto a la relación entre depresión y la dimensión de desarrollo

Tabla 6.

Relación entre la Depresión y la dimensión desarrollo que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.

Dimensión desarrollo	Depresión				f	%
	Depresión ausente o mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave		
	%	%	%	%		
Muy mala	0,0	6,0	0,0	4,8	4	4,80
Mala	0,0	0,0	19,0	7,1	16	19,00
Tendencia mala	0,0	6,0	13,0	7,1	26	31,00
Media	2,4	2,4	31,0	1,2	38	45,20
Total	2,40	2,40	75,00	20,20	84	100,00

Prueba Chi cuadrado $X = 29.025$

Correlación de Spearman = - 0.498

Fuente: Inventario de Depresión (BDI) y Escala del Clima Social Familiar (FEM)

En la tabla se observa que el 4.8% de los padres de familia en los cuales el desarrollo es muy malo presentan depresión grave, el 19% de los padres de familia donde se evidencia un mal desarrollo presentan depresión moderada, el 13% de los padres de familia con tendencias



malas en el desarrollo presentan depresión moderada, el 31% de los padres de familia con el desarrollo medio presenta depresión moderada, sin embargo también se aprecia que el 2.4% de los padres de familia con desarrollo medio no tienen depresión o la depresión es mínima.

Al 95% de confiabilidad mediante la prueba Chi cuadrado, podemos afirmar que existe relación entre la Depresión y la dimensión desarrollo que presentan los padres con hijos que tienen autismo, Abrazos 2017, así mismo la relación es significativa e inversamente proporcional, es decir a mayor o mejor desarrollo menor depresión en los padres de familia, donde el grado de relación es al 49.8%, $p = 0.000 < 0.05$.

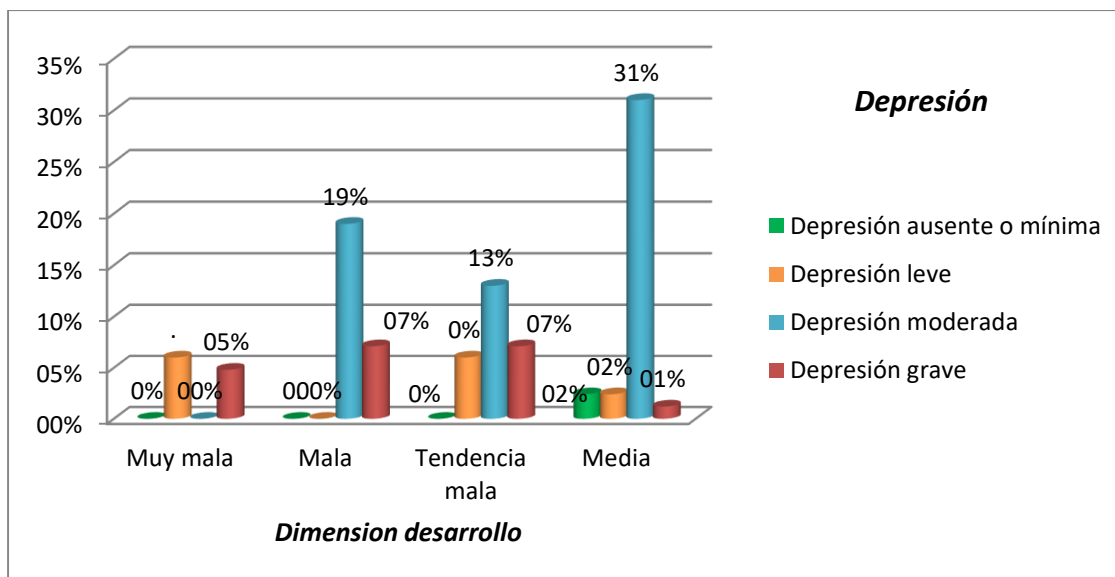


Figura 8

Relación entre la Depresión y la dimensión desarrollo de los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.



Tabla 7.

Dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.

Categoría	<i>f</i>	%
Muy mala	30	35.7
Mala	22	26.2
Tendencia mala	21	25.0
Media	7	8.3
Tendencia Buena	4	4.8
Buena	0	0.0
Muy buena	0	0.0
Total	84	100.0

Fuente: Escala del Clima Social Familiar (FEM)

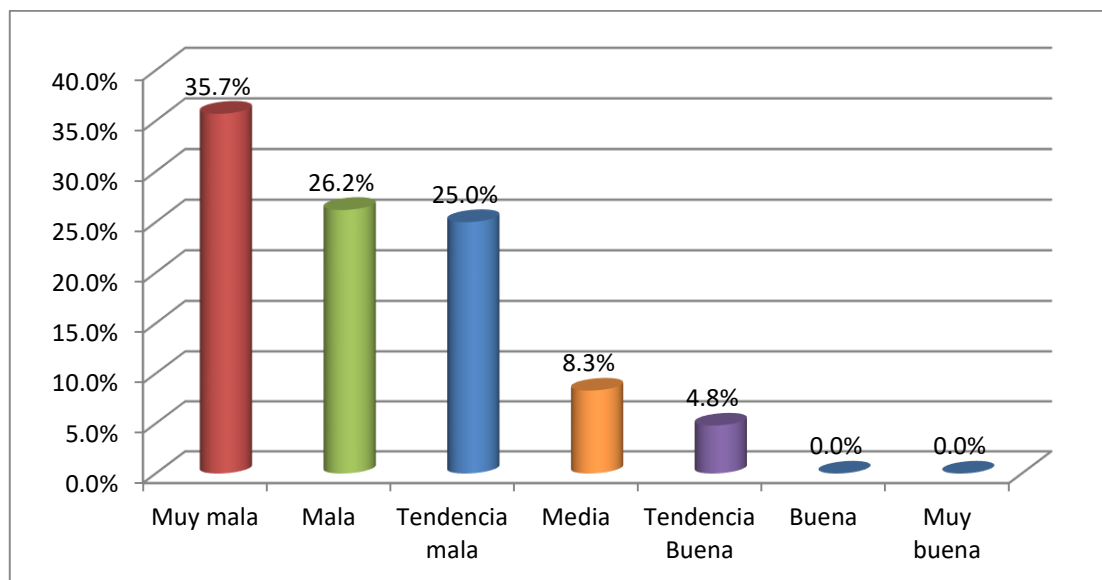


Figura 9

Desarrollo del Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.

La tabla muestra que la dimensión de desarrollo del Clima Social Familiar, considerando que existe muy mal desarrollo en el 35.7% de los padres de familia de niños con autismo, el 26.2% presenta mal desarrollo en un 26.2%, el 25% presenta tendencia mala al desarrollo y solo el 4.8% presenta tendencia buena al desarrollo del Clima Social Familiar.



Lo que significa que su atención en su área social se ve desvirtuada, centrando su atención a su hijo con TEA, las reuniones sociales, el crecimiento familiar y otros pierden su valor. La prioridad de la familia es que su hijo TEA se pueda adaptar con facilidad a la sociedad, al colegio, a la familia y a su salud e independencia posterior.

Por otro lado, la estructura de actividades de los padres se rige a la estructura del TEA y sus singularidades las cuales tienen que ser adoptadas y modificadas por la familia.

4.4 Resultados respecto a la relación entre depresión y la dimensión de estabilidad

Tabla 8.

Relación entre la Depresión y la dimensión estabilidad que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.

Dimensión estabilidad	Depresión				f	%
	Depresión ausente o mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave		
	%	%	%	%		
Muy mala	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%	4	4,80%
Mala	0,0%	0,0%	16,0%	10,0%	16	19,00%
Tendencia mala	0,0%	0,0%	14,0%	7,1%	26	31,00%
Media	2,4%	2,4%	19,0%	9,0%	38	45,20%
Total	2,40%	2,40%	75,00%	20,20%	84	100,00%

Prueba Chi cuadrado $X = 29.986$

Correlación de Spearman = - 0.563

Fuente: Inventario de Depresión (BDI) y Escala del Clima Social Familiar (FEM)

En la tabla se observa que el 3% de los padres de familia en los cuales la estabilidad es muy malo presentan depresión grave, el 16% de los padres de familia donde se evidencia una mala estabilidad presentan depresión moderada, el 14% de los padres de familia con tendencias malas en la estabilidad presentan depresión moderada, el 19% de los padres de familia con estabilidad media presenta depresión moderada, sin embargo también se aprecia que el 2.4% de los padres de familia con estabilidad media no tienen depresión o la depresión es mínima.

Al 95% de confiabilidad mediante la prueba Chi cuadrado, podemos afirmar que existe relación entre la Depresión y la dimensión estabilidad que presentan los padres con hijos que tienen autismo, Abrazos 2017, así mismo la relación es significativa e inversamente proporcional, es decir a mayor o mejor estabilidad menor depresión en los padres de familia, donde el grado de relación es al 56.3%, $p = 0.000 < 0.05$.

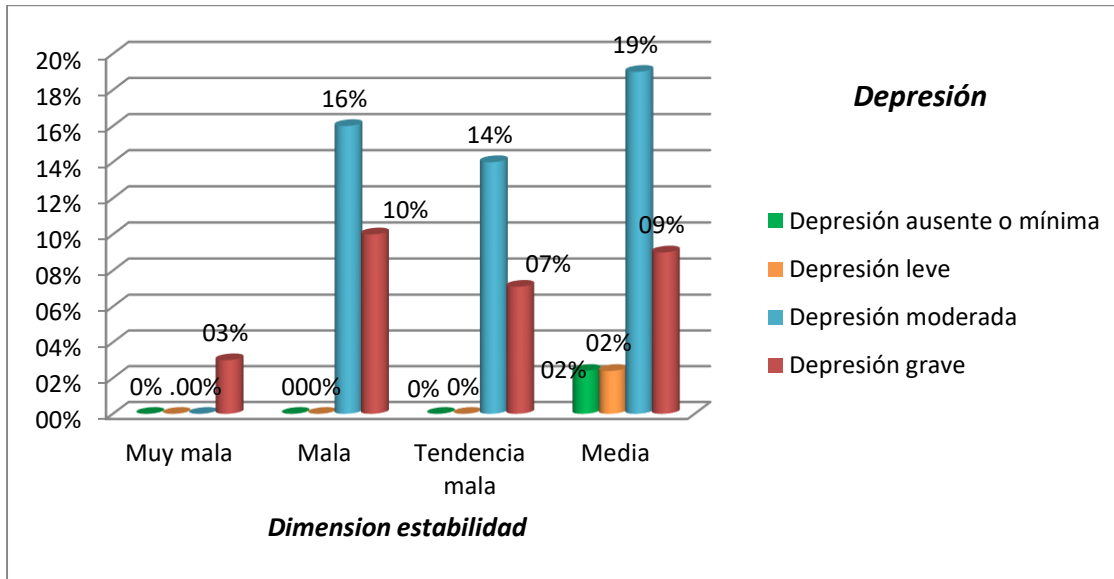


Figura 10

Relación entre la Depresión y la dimensión estabilidad de los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.

Tabla 9.

Dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017

Categoría	f	%
Muy mala	9	10.7
Mala	12	14.3
Tendencia mala	18	21.4
Media	45	53.6
Tendencia Buena	0	0.00
Buena	0	0.00
Muy buena	0	0.00
Total	84	100.00

Fuente: Escala del Clima Social Familiar (FEM)

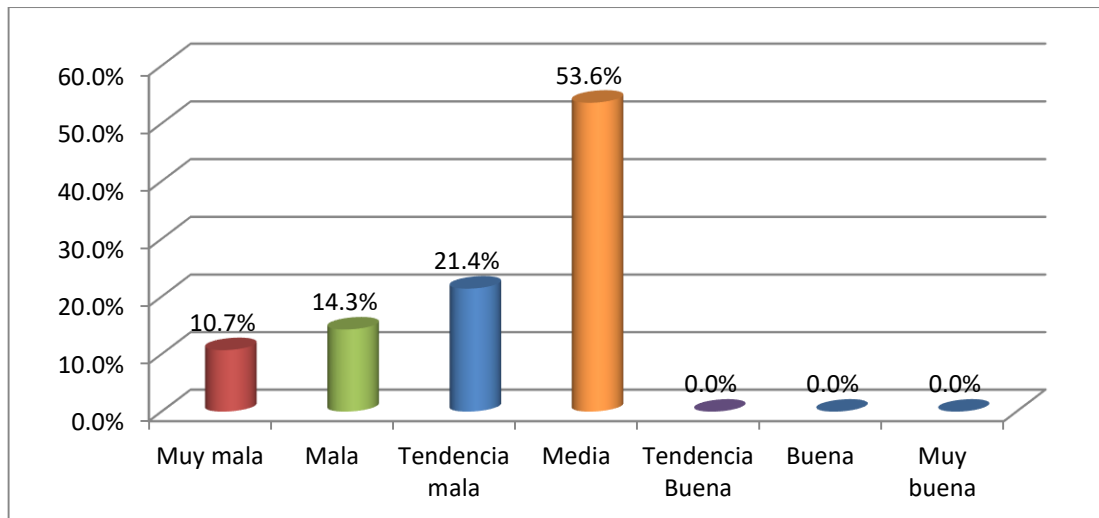


Figura 11

Estabilidad del Clima Social Familiar que presentan los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017

El 53.6% de los padres de familia encuestados presentan estabilidad media, el 21.4% presenta estabilidad con tendencia mala, el 14.3% presenta mala estabilidad y el 10.7% tiene muy mala estabilidad del Clima Social Familiar.

Que significa que los roles dentro de la estructura y dinámica familiar se desorganizan y rompen. En algunas situaciones solo la madre de familia es quien asumen la mayor responsabilidad en el seguimiento, control y monitoreo de desarrollo personal de su hijo con TEA.

La desestabilidad de la familia se presenta como resultado de los nuevos acuerdos que se tienen que asumir en los roles nuevos en la estructura funcional de la familia.



CAPITULO V: DISCUSIÓN

5.1 Descripción de los hallazgos más relevantes

En lo que respecta a los hallazgos más significativos podemos señalar los siguientes:

Según el objetivo general, Determinar el nivel de relación entre la depresión y el clima social familiar en padres con hijos que tienen autismo en Abrazos - 2017, los resultados muestran que la relación es significativa e inversamente proporcional, es decir a mayor o mejor Clima Social Familiar menor depresión en los padres de familia, donde el grado de relación es al 47.8% este resultado similar obtenido por Gómez & Herrera (2016) en su trabajo de investigación titulada “Clima social familiar y depresión en el adulto mayor” se demuestra la importancia de la familia representa un papel muy importante sobre todo en las relaciones socioafectivas, que son primordiales para el adulto mayor y su bienestar psicológico y el desarrollo una mejor calidad de vida.

Según el objetivo específico 1, Determinar el nivel de relación de la depresión con la dimensión de relaciones de los padres con hijos que tienen autismo, en Abrazos - 2017, los resultados muestran que la relación es significativa e inversamente proporcional, es decir a mayor o mejor relaciones menor depresión en los padres de familia, donde el grado de relación es al 50.10%, este resultado similar obtenido por Oerlemans, Buitelaar & Rommelse (2014) en su trabajo de investigación titulada “La influencia de los síntomas del trastorno del espectro autista (TEA) y del déficit de atención /hiperactividad (TDAH) en el clima familiar” se demuestra la importancia de comunicación entre padres e hijos es fundamental para establecer un buen vínculo emocional en la familia, especialmente cuando los integrantes de a familia tienen necesidades especiales.

Según el objetivo específico 2, Determinar el nivel de relación de la depresión con la dimensión de desarrollo de los padres con hijos que tienen autismo, en Abrazos - 2017, los



resultados muestran que la relación es significativa e inversamente proporcional, es decir a mayor o mejor desarrollo menor depresión en los padres de familia, donde el grado de relación es al 49.8%, este resultado similar obtenido por Pegah Athari et al (2013) en su trabajo de investigación titulada “la relación entre depresión y estrés de madres comparados con la severidad de autismo en niños y el efecto de los ingresos familiares” se demuestra la importancia de los padres porque convierten en guías que apoyan la realización de la actividad y van retirándose a medida que el conocimiento se construye y se interioriza. Con ello, madres y padres consiguen estimular las conexiones entre neuronas y por lo tanto, activar el desarrollo cognitivo infantil.

Según el objetivo específico 3, Determinar el nivel de relación de la depresión con la dimensión de estabilidad de los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017, los resultados muestran que la relación es significativa e inversamente proporcional, es decir a mayor o mejor estabilidad menor depresión en los padres de familia, donde el grado de relación es al 56.3%, este resultado similar obtenido por Álvarez (2012) en su trabajo de investigación titulada “Relación entre los niveles de carga, la salud física autopercebida y los niveles de depresión en las cuidadoras principales de niños y jóvenes con autismo” se demuestra la importancia de padres emocionalmente estables les ayudarán a dar siempre lo mejor de sí, la puerta hacia el éxito, y les enseñarán siempre el lado bueno de las cosas, algo que indudablemente ayudará a mejorar la relación que tiene con sus hijos con necesidades especiales.



5.2 Limitaciones del estudio

En el Perú la cifra de personas con autismo cada vez más se hace más evidente. Según la OMS, uno de cada 160 personas es diagnosticada con autismo. En el Perú se calcula una de cada 100 personas probablemente tenga autismo. Los resultados obtenidos en la presente investigación son generalizables específicamente para la población que se tomó como unidad de análisis en la investigación es decir Padres de familia pertenecientes a la Asociación Abrazos.

5.3 Comparaciones críticas con la literatura existente

En comparación con los estudios de Mora, (2015) quien en Ecuador en su estudio titulado “prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión en estudiantes hijos de padres migrantes”. Encontró que la prevalencia de depresión es de 31,2% (49 estudiantes), de estos: el 65,3% leve, el 26,5% moderada, y grave el 8,2%; los alumnos de 17 años de edad posee más prevalencia de depresión (12,7%); existe un riesgo de 2,1 veces de las mujeres de tener depresión con respecto a los hombres (OR:2,134 IC: 95%, 1,018-4,470); el tiempo de ausencia paternal debido a la migración, si influye en la presencia de depresión (Chi2: 12,448; gl: 3; p= 0,006); tener un familiar con depresión establece un riesgo 2,5 veces superior de desarrollar depresión (OR: 2,537; IC: 95%, 1,132-5,684). Podemos señalar con el presente estudio que la prevalencia que se presenta es similar al encontrarse en el presente estudio una depresión severa de los padres de familia con un 75%.

Por otro lado, Hernández, (2015) en su investigación “clima social familiar y rendimiento académico en el colegio adventista libertad de Bucaramanga, Colombia”. Donde encontró que el Clima social familiar se presenta moderada presenta similares hallazgos, pues en el presente estudio el Clima social familiar evidencia un 31% una tendencia mala y un 19% muy mala.



En comparación con los estudios de Vargas, (2009) en su estudio “la Percepción de clima social familiar y actitudes ante situaciones de agravio en la adolescencia tardía”. Donde presentaron diferente clima familiar. Los que percibieron un clima menos favorable mostraron más predisposición a la Venganza y menos tendencia al Perdón ante la ofensa, en los ámbitos de trabajo, amistad, padres y Dios. Las actitudes ante el agravio más agresivas se vieron afectadas por la percepción negativa del clima familiar. Las actitudes pro sociales se relacionaron con un ambiente más favorable. Los resultados obtenidos parecen estar de acuerdo con el modelo complementario, que plantea que las relaciones familiares proporcionan un aprendizaje de valores y habilidades básicas para la interacción con los demás en otros ámbitos. Se asemejan con el presente estudio, donde se puede evidenciar que el clima social familiar con hijos con TEA de la Asociación Abrazos tiene una tendencia desfavorable.

Al igual que en la investigación de Gómez y Herrera (2016), en su trabajo “Clima social familiar y depresión en el adulto mayor”. Donde hallaron que el 42.9 por ciento presentan nivel de depresión moderado, el 65.1 por ciento indica un nivel de clima social familiar promedio y el 71.4 por ciento un nivel de clima social familiar bajo, presenta un nivel de depresión severa. Asimismo, se halló una relación significativa entre el nivel de clima social familiar y el nivel de depresión en los adultos mayores. Por otro lado, se evidencia que la familia representa un papel muy importante sobre todo en las relaciones socio afectivo, que son primordiales para el adulto mayor y su bienestar psicológico y el desarrollo de una mejor calidad de vida. El mismo que coincide con el presente estudio donde al igual que Gómez y Herrera, se halló una relación significativa entre la variable depresión y clima social familiar, así también como los altos niveles de depresión en las muestras de estudio.

En comparación con el estudio de Fernández, (2016) con su estudio “Clima social familiar y síntomas depresivos en estudiantes de una institución educativa. Distrito José



Leonardo Ortiz, 2016”. Don sus resultados revelan que la mayoría de los adolescentes presentan un clima social familiar medio en cuanto a sus dimensiones relación (63.10%), desarrollo (50%) y estabilidad (82.14%), se evidencia diferentes resultados, en la dimensión desarrollo el 35% es muy mala, en la dimensión estabilidad un 53% es media. Esto se debe a que las familias con hijos con autismo afrontan cognitivamente su problemática.

En comparación con el estudio de Calle, (2016), con el trabajo titulado “Niveles del clima social familiar en padres de niños con necesidades especiales auditivas del Cebep nuestra señora de la paz”. Donde encontró que el 51% de los padres cuyos niños tienen necesidades especiales auditivas poseen un clima social familiar “bueno”, al mismo tiempo se encontró que en la dimensión Relaciones 47% de padres obtuvieron una calificación “media”, mientras que en las dimensiones Desarrollo y Estabilidad el 46% y 42% de padres respectivamente, obtuvieron el nivel bueno. Se concluye que el nivel del clima social familiar de los padres cuyos niños tienen necesidades especiales auditivas del CEBEP Nuestra Señora de la Paz es buena. Podemos observar que los resultados en el presente estudio son diferentes, encontrándose en el mismo indicador de riesgo el clima social familiar y en su depresión.

En comparación con los estudios de Contreras, (2014) en su estudio “Clima social en el entorno familiar según opinión de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Leonor Saavedra, S.J.M. – 2013”. El clima social en el entorno familiar de los adultos mayores en la dimensión relacional, de desarrollo, y de estabilidad es de un nivel medianamente favorable, seguido de un nivel favorable y en menor proporción el desfavorable. Siendo la familia el soporte principal, para el proceso de desarrollo en las diferentes etapas de vida. Es diferente a nuestra muestra de estudio. Las familias con hijos con autismo se muestran más vulnerables que la muestra de estudio de Contreras (2014).



Finalmente, en comparación con los estudios de Castro y Tantalean, (2012) en su estudio titulado “Clima social familiar y depresión en residentes de un centro de rehabilitación de Chiclayo”. Donde encontró que no existe correlación significativa entre la variable de clima social familiar y depresión, se encontró que entre las subescalas (intelectual de clima social familiar y depresión), (social-recreativo de clima social familiar y depresión), (moral-religioso de clima social familiar y depresión), sí existe relación estadísticamente significativa, en tanto que en (subescala control y la variable Depresión), se halló relación altamente significativa. Podemos señalar que es totalmente opuesto al presente estudio donde se puede evidenciar que la variable depresión y clima social familiar muestran una relación estadísticamente significativos.

5.4 Implicancias del estudio.

El presente estudio ha permitido realizar una revisión profunda para poder integrar la problemática con la realidad conceptual.

Los resultados y las conclusiones de la presente investigación tienen que ser usados como referencia práctica para poder atender a la necesidad y a la problemática que atraviesa la familia que tiene un hijo con TEA. Los programas a construir a futuro tienen que usar los indicadores antes mencionados para poder guiar la estructura lógica de la psicoterapia personal y familiar.

El estudio será un eje de partida para futuras investigaciones que quieran analizar, determinar o describir este constructo tan poco estudiado en nuestra sociedad peruana.



CONCLUSIONES

Primera. – El presente trabajo de investigación determino la relación que existe entre el clima social familiar y la depresión en los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017, se determinó una significativa relación porque para los padres presenta un desafío permanente sumado esto a el desafío de tratar su propia vida, esa carga constante deriva usualmente en la depresión, asimismo, no tienen un buen conocimiento sobre la condición genética y pueden quedar en una situación de crisis creando actitudes de rechazo, evitación y negación.

Segunda. – El presente trabajo de investigación determino la relación que existe entre la depresión y la relación de los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017, se determinó una significativa relación porque para los padres no están preparados para escuchar que aquel hijo que, con independencia de sus alteraciones padece un trastorno tan grave y que no tiene cura, en ocasiones los padres no reaccionan a los estímulos de apego con su el hijo con condiciones especiales.

Tercera. – El presente trabajo de investigación determino la relación que existe entre la depresión y el desarrollo de los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017, se determinó una significativa relación porque para los padres es complicado aprender a comprender el mundo es un proceso gradual en el que los niños y niñas van engranando los saberes previos con las nuevas elaboraciones sobre su realidad, para construir una visión de ésta más compleja y cercana a la del mundo social en el que están inmersos.

Cuarta. – El presente trabajo de investigación determino la relación que existe entre la depresión y la estabilidad en los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017, se determinó una significativa relación porque para los padres aún se niegan en



que su hijo no es como los demás y eso no contribuye a mantener una estabilidad física ni emocional.



SUGERENCIAS

Primera. - Señores directivos de la Asociación Abrazos deben de organizar talleres vivenciales y el acompañamiento de Psicólogos para que los padres canalicen su depresión y mejoren el clima social familiar, esto se debe realizar gestionando los talleres vivenciales mediante la promotora de la Asociación.

Segunda. - Señores directivos de la Asociación Abrazos deben de organizar actividades recreativas con el acompañamiento de Psicólogos para que los padres mejoren su relación familiar sus hijos, esto se debe realizar gestionando actividades en locales con el apoyo de la Asociación.

Tercera. - Señores directivos de la Asociación Abrazos deben de organizar charlas informativas con el acompañamiento de Psicólogos para que los padres se informen sobre el desarrollo del niño con trastorno de espectro autistas esto contribuirá a mejorar su relación dentro de su hogar, esto se debe realizar gestionando los locales mediante la promotora de la Asociación.

Cuarta. - Señores directivos de la Asociación Abrazos deben de organizar charlas en conjunto de Psicólogos para que los padres mejoren su estabilidad física y emocional informando de manera amplia el efecto que puede ocasionar de estabilidad hacia sus hijos, esto se debe realizar gestionando loas mediante la promotora de la Asociación.



BIBLIOGRAFÍA

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation*. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Álvarez. (2012). *Relación entre los niveles de carga, la salud física autopercebida y los niveles de depresión en las cuidadoras principales de niños y jóvenes con autismo*.
- APA. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, : Asociación Americana de Psiquiatría.
- Arango, Escobar, & Pimienta. (2004). *Fundamentos Moleculares y Celulares De La Depresión Y De Los mecanismos Antidepresivos*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Beck, A. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: The Guilford Press.
- Beck, A. (2008). *The evolution of the cognitive model of depression and its neuro-biological correlates*. *American Journal of Psychiatry*.
- Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). *Psychometric properties of Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation*. *Clin. Psychol. Rev.*
- Beckmann, H., & Franzek, E. (2000). *The genetic heterogeneity of "schizophrenia"*. *World J Biol Psychiatry*.
- Bekhet, A. K., Johnson, N. L., & Zauszniewski, J. A. (2012). *Effects on Resilience of Caregivers of Persons With Autism Spectrum Disorder: The Role of Positive Cognitions*. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*.
- Beltran, & Bueno. (1997). *Psicología de la educación*. MEXICO: ALFAOMEGA.
- Bieling, P., & Segal, Z. (2004). *Cognitive Models and Issues in Depression. Mood Disorders: A Handbook of Science and Practice*. Edinburgo: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Boshoff, K., Gibbs, D., Phillips, R. L., Wiles, L., & Porter, L. (22 de julio de 2016). *Parents' voices: 'why and how we advocate'*. *A meta-synthesis of parents' experiences of*



advocating for their child with autism spectrum disorder. Obtenido de

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cch.12383>

Butcher, J., Mineka, S., & Hooley, J. (2007). *Psicología Clínica (12ª Ed.)*. Madrid: : Pearson.

Calle, C. (2016). *Niveles Del Clima Social Familiar En Padres De Niños Con Necesidades Especiales Auditivas Del Cebep Nuestra Señora De La Paz*. Piura.

Castro, J., & Tantalean, E. (2012). “*Clima social familiar y depresión en residentes de un centro de rehabilitación de Chiclayo*”. chiclayo.

Chan, K. K., Lam, C. B., Law, N. C., & Cheung, R. Y. (1 de Abril de 2018). *From child autistic symptoms to parental affective symptoms: A family process model*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891422218300325?via%3Dihub>

Clark, D., & Beck, A. (1999). *Scientific foundations of cognitive therapy and therapy of deprssion*. . New York: : John Wiley & Sons, Inc.

Contreras, R. M. (2014). *Clima social en el entorno familiar según opinión de los adultos mayores usuarios del Centro De Salud Leonor Saavedra, S.J.M. – 2013*. Lima .

Curwen, B., Palmer, S., & Ruddell, P. (2000). *Brief Cognitive Behavior Therapy*. . Detroit: : Sage Publications Ltd. .

Cuxart, F. (1997). *La familia del niño con autismo y el apoyo terapeutico a las familias*. IMSERSO.

Da Paz, N. S., & Wallander, J. L. (1 de Febrero de 2017). *Interventions that target improvements in mental health for parents of children with autism spectrum disorders*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027273581530101X?via%3Dihub>



- E.A., K., & A.A., K. (2015). Maternal mental health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 81-82.
- Fernandez Ballesteros, R. &. (1984). *Escalas de clima social (social climate scales)*. Madrid.
- Fernandez, J. (2016). *Clima Social Familiar Y Síntomas Depresivos En Estudiantes De Una Institucion Educativa*. Chiclayo.
- Gomez, R., & Herrera, J. (2016). *Clima social familiar y depresión en el adulto mayor*. Trujillo - Peru: Tesis presentado por la Universidad Nacional de Trujillo.
- Gonzales, O., & Pereda, A. (2009). *Relación entre el clima social familiar y el rendimiento escolar de los alumnos de la institucion educativa*. chimbote, Perú.
- Goodale, E. P. (2007). *El papel de la norepinefrina y de la dopamina en la depresión*. RET, Revista de Toxicomanías,.
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2006). *Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión*. Mexico: UNAM.
- Hernandez, G. (2015). *Clima Social Familiar Y Rendimiento Académico En El Colegio Adventista*. Bucaramanga.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación 5ta. Edición*. México: Mc Graw Hill.
- Holanda, V. S., Oerlemans, v. A., Buitelaar, & Rommelse. (2014). *La influencia de los síntomas del trastorno del espectro autista (TEA) y del déficit de atención /hiperactividad (TDAH) en el clima familiar*.
- Ingersoll, B., Meyer, K., & Becker, M. W. (17 de noviembre de 2010). *Increased rates of depressed mood in mothers of children with ASD associated with the presence of the broader autism phenotype*. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/aur.170>



- Kemper, S. (2000). *Influencia de la práctica religiosa (activa – no activa) y del generi de la familia sobre el clima social familiar*. lima.
- Kim, K., Kim, J., Voight, A., & Ji, M. (21 de junio de 2018). *Listening to the screaming whisper: a voice of mother caregivers of children with autistic spectrum disorder (ASD)*. Obtenido de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482631.2018.1479585>
- Limíñana, & Patró. (2012). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Obtenido de <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/viewFile/33643/30711>
- Lugo, J., Louro, I., & Bayarre, M. (1996). *Validación del Inventario de depresión de Beck. resultados preliminares. Trabajo para la obtención del título de Mster en Psicología de la Salud. Facultad de salud Pública, ISCMH*.
- Luque, R., & Berrios, G. (2011). *Historia de los trastornos afectivos*. . Colombia: Revista Colombiana de Psiquiatría.
- Martin, E. (2000). *familia y sociedad una introduccion a la sociologia de la familia*. madrid: RIALP.
- McCullough, J. (2000). *Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherap*. . Nueva York: : The Guilford Press.
- Merani, A. (1976). *Psicología de la edad evolutiva*. . México: : Grijalbo .
- Minuchin, S. (1980). *Familias y Terapia Familia*. MADRID: GEDISA.
- Moffick. (1986). *Psychiatric disorders in the general hospital*. Brit. J.of Psychiatry .
- Molina, S. (1997). *el fracaso en el apendizaje escolar (I)* . MALAGA: ALJIBE.
- Moos, R. (1984). *La escala del clima social*. españa: ediicines s.a.
- Mora, D. (2015). *prevalencia y factores de riesgo asociados a depresion en estudiantes hijos de padres migrantes*. Biblián.



- Moreno, J. &. (2000). *Cuestionariode actitudes ante situaciones de agravio [Attitudes in situations of offense questionnaire]*. Libertador San Martin. Entre Rios.
- OMS. (ENERO de 2016). *OMS*. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/es/>
- ONU. (1994). *nforme de la Conferencia Internacional sobre la Población ye! Desarrollo. El Cairo (Egipto)*. .
- Pegah Athari, e. a. (2013). *relación entre depresión y estrés de madres comparados con la severidad de autismo en niños y el efecto de los ingresos familiares sobre una relación entre estas dos variables*.
- Perez.G., E. (2002). *Convivir con el Autismo. Impacto Familiar*. Revista de Enfermería y Salud Mental.
- Pezua, M. c. (2012). *universidad nacional de san marcos*. Obtenido de pagina web de la universidad nacional de san marcos:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3304/1/Pezua_vm.pdf
- Piaget, J. (1970). *La construcción de lo real en el niño*. . Buenos Aires: : Proteo .
- Piovesan, e. a. (2015). *la Calidad de Vida -CV- y la presencia de síntomas depresivos en madres de individuos con Trastorno del Espectro Autista, y la posible relación con la edad del hijo*.
- Ponce De León Hernández, M., & Morillas. (2014). *Enfoque Psicologicode La Depresion*. Mexico.
- Radloff. (1977). *The CES-D scale: a self-report depression sacle for rearch in the general population*. . Applied Psychol. Measurment ,.
- Rodin. (1991). *Depression in the medically ill*. . New York: Brunner/Magel.
- Salkind. (1989). *Depression Inventory in general practice*. . J. Of the Royal College of Gen.Pract.



- Sarason, I., & Sarason, B. (2014). *Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada (11ª Ed.)*. Madrid: Prentice-Hall.
- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness. On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Ugardza, N. (1993). *Tipos de familia y comunicación del adolescente con sus padres*. Lima: U.N.M.S.M.
- Van Praag, H. (1998). *Anxiety and increased aggression as pacemakers of depression*. Acta Psychiatr Scand.
- Vargas, J. (2009). *Percepción de clima social familiar y actitudes ante situaciones de agravio en la adolescencia tardía*. buenos aires, argentina.
- Vázquez Barquero, A. (2008). *Las nuevas fuer-zas del desarrollo*. Barcelona: Antoni Bosch editor.
- Vega, M. (2014). *El clima social familiar de los niños diagnosticados Con autismo*. Peru: Universidad católica los ángeles de Chimbote.
- Zavala, G. (2001). *El clima familiar, su relación con los intereses vocacionales y los ipos caracterológicos de los alumnos*. lima.



MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “Depresión y Clima Social Familiar en Padres con Hijos que Tienen Autismo, Asociación Abrazos 2017”				
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variables/Dimensiones	Metodología
¿Cuál es la relación entre la depresión y el clima social familiar en padres con hijos que tienen autismo Abrazos - 2017?	Determinar la relación entre la depresión y el clima social familiar en padres con hijos que tienen autismo. Abrazos - 2017.	Existe relación significativa de la depresión y el clima social familiar en padres de hijos con autismo de la Asociación Abrazos en el año 2017.	VI: DEPRESIÓN Factor Cognitivo – Afectivo Factor Somático - Conductual VII: CLIMA SOCIAL FAMILIAR Dimensión de relaciones Dimensión de Desarrollo Dimensión de estabilidad.	Tipo: cuantitativo Alcance: correlacional Diseño: no experimental Población: 108 Familias registradas en la Asociación Abrazos. Muestra: 84 Familias registradas en la Asociación Abrazos Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario cerrado Procesamiento de datos: SPSS 23
Preguntas específicas	Objetivos específicos	Hipótesis específicas		
¿Cuál es la relación de la depresión con la dimensión de relaciones de los padres con hijos que tienen autismo, Abrazos - 2017?	Determinar el nivel de relación de la depresión con la dimensión de relaciones de los padres con hijos que tienen autismo, Abrazos - 2017.	Existe relación directa entre la depresión y la dimensión de relaciones de los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.		
¿Cuál es la relación de la depresión con la dimensión de desarrollo en padres con hijos que tienen autismo, Abrazos - 2017?	Determinar el nivel de relación de la depresión con la dimensión de desarrollo de los padres con hijos que tienen autismo, en Abrazos - 2017.	Existe relación directa entre la depresión y la dimensión de desarrollo de los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017.		
¿Cuál la relación de la depresión con la dimensión de estabilidad en padres con hijos que tienen autismo, en Abrazos - 2017?	Determinar el nivel de relación de la depresión con la dimensión de estabilidad de los padres con hijos que tienen autismo, en Abrazos - 2017	Existe relación directa entre la depresión y la dimensión de estabilidad de los padres con hijos que tienen autismo, en la asociación Abrazos en el año 2017		



INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CLIMA SOCIAL FAMILIAR

Por favor conteste las siguientes afirmaciones. Marque con una “X” la respuesta correspondiente (V o F) en cada pregunta. No deje ninguna pregunta sin contestar

	V	F
1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.		
2. Los miembros de mi familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.		
3. En nuestra familia reñimos mucho.		
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.		
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.		
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.		
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo.		
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a cultos de la iglesia.		
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.		
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.		
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos “pasando el rato”.		
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.		
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente los enfados.		
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.		
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.		
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos.		
17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa, o a visitarnos.		
18. En mi casa no rezamos en familia.		
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.		
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.		
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.		
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todo el mundo.		
23. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.		
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.		



25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.		
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.		
27. Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etc.		
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.		
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.		
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.		
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.		
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.		
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.		
34. Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.		
35. Nosotros aceptamos que haya competición y "que gane el mejor".		
36. Nos interesan las actividades culturales.		
37. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.		
38. No creemos en el cielo ni en el infierno.		
39. En mi familia la puntualidad es importante.		
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida.		
41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.		
42. En casa, si a alguno de le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.		
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.		
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.		
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.		
46. En mi familia casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.		
47. En mi casa, todos tenemos una o dos aficiones.		
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.		
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.		
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.		
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.		
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.		
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.		



54.Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema.		
55.En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares. 56.Alguno de nosotros toca un instrumento musical.		
57.Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela.		
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.		
59.En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones queden limpias.		
60.En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.		
61.En mi familia hay poco espíritu de grupo.		
62.En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.		
63.Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz. 64.Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos. 65.En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.		
66.Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.		
67.Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés.		
68.En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.		
69.En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.		
70.En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.		
71.Realmente nos llevamos bien unos con otros.		
72.Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.		
73.Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.		
74.En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás.		
75.“Primero el trabajo, luego la diversión”, es una norma en mi familia.		
76.En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.		
77.Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.		
78.En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante.		
79.En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.		
80.En mi casa las normas son bastante inflexibles.		
81.En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.		
82.En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.		
83.En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.		
84.En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.		



85.En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o en el estudio.		
86.A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.		
87.Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.		
88.En mi familia creemos que quien comete una falta tendrá su castigo.		
89.En mi familia, de ordinario, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.		
90.En mi familia uno no puede salirse con la suya.		
COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES		



CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

Marque con una (x) en su respuesta:

1)

- a) No me siento triste.
- b) Me siento triste gran parte del tiempo
- c) Me siento triste todo el tiempo.
- d) Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2)

- a) No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
- b) Me siento desanimado con respecto al futuro.
- c) Siento que no tengo nada que esperar.
- d) Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- a) No creo que sea un fracaso.
- b) Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
- c) Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
- d) Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4)

- a) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
- b) No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
- c) Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
- d) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)



- a) No me siento especialmente culpable.
 - b) No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c) Me siento culpable casi siempre.
 - d) Me siento culpable siempre.
- 6)
- a) No creo que este siendo castigado.
 - b) que puedo ser castigado.
 - c) Espero ser castigado.
 - d) Creo que estoy siendo castigado.
- 7)
- a) No me siento decepcionado de mí mismo.
 - b) Me he decepcionado a mí mismo.
 - c) Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d) Me odio.
- 8)
- a) No creo ser peor que los demás.
 - b) Me critico por mis debilidades o errores.
 - c) Me culpo siempre por mis errores.
 - d) Me culpo de todo lo malo que sucede.
- 9)
- a) No pienso en matarme.
 - b) Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c) Me gustaría matarme.
 - d) Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10)



- a) No lloro más de lo de costumbre.
- b) Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
- c) Ahora lloro todo el tiempo.
- d) Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera.

11)

- a) Las cosas no me irritan más que de costumbre.
- b) Las cosas me irritan más que de costumbre
- c) Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
- d) Ahora me siento irritado todo el tiempo.

12)

- a) No he perdido el interés por otras cosas.
- b) Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
- c) He perdido casi todo el interés por otras personas.
- d) He perdido todo mi interés por otras personas.

13)

- a) Tomo decisiones casi siempre.
- b) Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
- c) Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
- d) Ya no puedo tomar decisiones.

14)

- a) No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- b) Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
- c) Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
- d) Creo que me veo feo.



15)

- a) Puedo trabajar tan bien como antes.
- b) Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
- c) Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
- d) No puedo trabajar en absoluto.

16)

- a) Puedo dormir tan bien como antes.
- b) No puedo dormir tan bien como solía.
- c) Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
- d) Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.

17)

- a) No me canso más que de costumbre.
- b) Me canso más fácilmente que de costumbre.
- c) Me canso sin hacer nada.
- d) Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

18)

- a) Mi apetito no es peor que de costumbre.
- b) Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
- c) Mi apetito esta mucho peor ahora.
- d) Ya no tengo apetito.

19)

- a) No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
- b) He rebajado más de dos kilos y medio.
- c) He rebajado más de cinco kilos.



d) He rebajado más de siete kilos y medio.

20)

a) No me preocupo por mi salud más que de costumbre.

b) Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.

c) Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.

d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21)

a) No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.

b) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.

c) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.

d) He perdido por completo el interés en el sexo.