



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**SALUD MENTAL EN FAMILIAS CON HIJOS CON**

**TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO**

**DE LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**AUTOR: KEVIN FABIÁN GUILLÉN SÁNCHEZ**

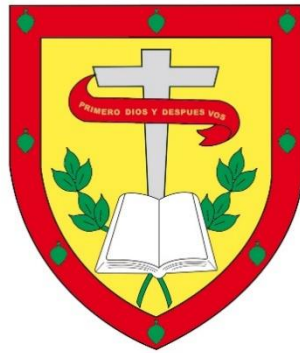
**MILAGROS DESIRE VELASCO BARAHONA**

**DIRECTOR: LIC. JUAN PABLO VIÑANZACA LÓPEZ, MGs.**

**CUENCA - ECUADOR**

**2023**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**SALUD MENTAL EN FAMILIAS CON HIJOS CON TRASTORNO DEL  
ESPECTRO AUTISTA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**AUTOR: KEVIN FABIÁN GUILLÉN SÁNCHEZ**

**MILAGROS DESIRE VELASCO BARAHONA**

**DIRECTOR: LIC. JUAN PABLO VIÑANZACA LÓPEZ**

**CUENCA - ECUADOR**

**2023**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

**Kevin Fabián Guillén Sánchez** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302975339** y **Milagros Desire Velasco Barahona** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302087408**. Declaramos ser los autores de la obra: **“Salud mental en familias con hijos con trastorno del espectro autista”**, sobre la cual nos hacemos responsables sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaramos finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también nos responsabilizamos y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **19 de octubre de 2023**

F: .....

**Kevin Fabián Guillén Sánchez**

**C.I. 00302975339**

F: .....

**Milagros Desire Velasco Barahona**

**C.I. 0302087408**



## CERTIFICACIÓN

Yo Juan Pablo Viñanzaca López, con cédula de identidad N° 0105635072 en calidad de Director del Trabajo de Titulación con el tema: **“Salud Mental en Familias con Hijos con Trastorno del Espectro Autista”**, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por KEVIN FABIÁN GUILLÉN SÁNCHEZ y MILAGROS DESIRE VELASCOBARAHONA, bajo mi supervisión.



Firmado electrónicamente por:  
JUAN PABLO  
VIÑANZACA LÓPEZ

**Psi. Cli. Juan Pablo Viñanzaca López, M.S.c.,  
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN  
DOCENTE DE LA CARRERA**

## **Dedicatoria**

Dedicamos este logro en primer lugar, a Dios y a la vida por permitirnos cursar el proceso universitario como paso a nuestra autorrealización.

De igual manera, dedicamos el presente a nuestros padres, hermanos y amigos por el apoyo y acompañamiento incondicional, el mismo que nos han proporcionado valores y enseñanzas pertinentes para nuestro desarrollo tanto personal como profesional.

Finalmente, dedicamos este trabajo de titulación al Psi. Cli. Juan Pablo Viñanzaca López, M.S.c. por su predisposición, entrega y compromiso en función de la elaboración de esta tesis.

**Kevin Fabián Guillén Sánchez**

**Milagros Desire Velasco Barahona**

## ÍNDICE

Resumen.....	7
Abstract.....	8
Introducción .....	9
Importancia del caso.....	9
Bases teóricas y/o metodológicas utilizadas en la intervención.....	11
Objeto de estudio.....	13
Objetivos de investigación .....	15
Metodología .....	15
Presentación del caso .....	20
Antecedentes .....	20
Anamnesis y desarrollo del problema .....	21
Evaluación inicial .....	22
Tratamiento y curso.....	26
Metas y objetivos de tratamiento .....	26
Descripción del tratamiento .....	27
Resultados del tratamiento.....	30
Discusión y conclusiones.....	33
Referencias.....	37

### **Resumen**

La salud mental en familias con hijos con Trastorno del Espectro Autista (TEA) se ve vulnerada por la ausencia de información e intervenciones psicológicas centradas en esta problemática, para lo que se explica que en este contexto se desencadenan factores de estrés, ansiedad y depresión que se vinculan con los cambios de rutina, aceptación y adaptación a una nueva realidad y por lo tanto en la calidad de vida y funcionalidad familiar. En este sentido, se ejecutó un plan de intervención con enfoque Cognitivo Conductual centrado en la terapia familiar con el objetivo de brindar a cada miembro del sistema estrategias o habilidades para trabajar en comunicación y convivencia, adjunto a la regulación emocional que mantiene estrecha relación con estrés y ansiedad. Los resultados se presentan de forma cualitativa según la codificación de datos y de manera cuantitativa mediante la comparación entre el pre-tratamiento y post-tratamiento, finalmente se concluye mencionando que el evidente cambio ante el diagnóstico de un hijo con TEA acarrea cambios que generan un desequilibrio en los holones, además de reglas, acuerdos y roles que contribuyen a la funcionalidad familiar.

**Palabras claves:** Salud Mental, Trastorno del Espectro Autista, Familia, Estudio de Caso

### **Abstract**

The mental health of families with children with Autism Spectrum Disorder (ASD) is compromised due to the absence of information and psychological interventions focused on this problem; within this context, factors of stress, anxiety, and depression are triggered, which are linked to changes in routine, acceptance, and adaptation to a new reality and, therefore, in the quality of life and family functionality. In this regard, an intervention plan was implemented with a Cognitive Behavioral approach focused on family therapy, intending to provide each family member with strategies or skills to work on communication and coexistence, together with emotional regulation closely related to stress and anxiety. The results are presented qualitatively according to the data coding and quantitatively through comparing pre-treatment and post-treatment. Finally, it is concluded that the evident changes following the diagnosis of a child with ASD lead to an imbalance in the family unit, affecting rules, agreements, and roles, all of which contribute to the family's functionality.

**Keywords:** Mental health, Autism Spectrum Disorder, family, case study

## Introducción

### Importancia del caso

Con el presente estudio de campo se busca encontrar la relación de factores como el estrés, la ansiedad y la calidad de vida especialmente en el núcleo parental y filial tras obtener el diagnóstico de un hijo con Trastorno del Espectro Autista; en función de la ausencia de estudios e intervenciones que se enfoquen en esta problemática y centrados en la región.

Muñoz et al. (2022) recopila diferentes definiciones, empezando por conocer qué es salud según la OMS (2018) menciona que la salud mental parte desde un punto subjetivo, donde se fundamenta en la capacidad que el individuo posee para sobrellevar las tensiones de la vida, en relación además de su autorrealización y desenvolvimiento en la sociedad.

El Trastorno del Espectro Autista es una condición que se diagnostica a partir de los primeros años de vida, que se caracteriza por la deficiencia en la interacción social, el marco comportamental y la comunicación verbal y no verbal (Canseco & Vargas, 2020); entendiendo que la misma acompañará al paciente a lo largo de su vida (Quintero et al., 2019). Sin embargo, las intervenciones psicológicas han planteado estrategias que permiten al individuo aceptar y vivir con el trastorno (Fernández & Espinoza, 2019).

Hablar de familia es considerar desde el conjunto de subsistemas que se desenvuelven como un todo, donde se forjan lazos afectivos que constituyen experiencias en función del desarrollo del lenguaje, espacio y tiempo, a la vez, son quienes establecen un equilibrio entre los miembros satisfaciendo su necesidad de apoyo y resolución de problemas inter e intrapersonales significando para el individuo el acompañamiento en logros y fracasos, de la misma manera en función de la estimulación o inhibición de su comportamiento. Razón por la cual, la familia es la principal fuente del desarrollo de la personalidad, identidad y desenvolvimiento social del ser humano (Martínez & Guaimara, 2019).

En función de lo mencionado, el apoyo principal que obtendrá el paciente con TEA será impartido por la familia, pues el accionar de este pilar marcará el desenvolvimiento de dicha persona y se verá estrechamente relacionado e influenciado en planos como sus expectativas, posibilidades y bienestar (Neto et al., 2018); razón por la cual, debemos considerar que los progenitores son las primeras personas que deben adecuar su contexto social y personal a la del niño con el objetivo de lograr una adaptación propicia (Sumalavia & Almenara, 2019). Cabe destacar que Ochoa (2021) menciona que en dicho proceso se puede presentar una serie de

complicaciones que dificultan la interacción social del sistema o el alejamiento de sus amistades y la interrelación que los mismos poseen con otros entornos familiares los cuales no presentan un individuo con diagnóstico de TEA.

A su vez, Tanta et al. (2019) mencionaron que se debe considerar que el poseer un hijo con TEA conlleva grandes niveles de estrés parental y familiar, acarreando deficiencias en la calidad de vida interpersonal de los sujetos, por lo que en respuesta a esto se debe educar a la familia en materia de técnicas de afrontamiento. En este estudio realizado en Perú, obtuvieron datos que explican que el 30% de las madres de hijos con diagnóstico de autismo poseen un estilo de afrontamiento evitativo el cual es contraproducente para la salud; por otro lado, se ha evidenciado que una de las causas del estrés parental suscitado se debe a los problemas de comunicación que exhiben los niños con TEA. Se evidenció de igual forma un deterioro evidente en el bienestar psicológico, con la presencia de emociones negativas como lo es el estrés y la ansiedad, además de las complicaciones físicas. Se notó también, que las madres con niños con TEA que muestran niveles altos de resiliencia, satisfacción personal y autoconfianza presentan menor valor en la sobrecarga subjetiva (Delgado & Arias, 2021).

En este sentido, los padres de hijos con problemas de desarrollo experimentan desafíos a considerar en su diario vivir y se sabe que atraviesan niveles altos de ansiedad. La estrecha relación que existe entre la sintomatología ansiosa experimentada por los padres y la suscitada por sus hijos con trastorno del espectro autista solo ha sido investigada en el último tiempo. Sin embargo, se muestra una clara evidencia de que los padres con hijos con trastorno del espectro autista serían más proclives a poseer trastornos en el área afectiva, englobando dentro de la misma también trastornos de ansiedad, esto en comparación con los niveles de la población general. De la misma forma, se ha evidenciado que la sintomatología más común presentada en estos casos se manifiesta en forma de pensamientos catastróficos, sudoración, quejas somáticas, palpitaciones fuertes, entre otras (Fernández & Espinoza, 2019).

Las emociones que se suscitan en los hermanos ocurren en el primer momento luego del diagnóstico de TEA ya sea del hermano mayor como del menor, recalcando como punto de importancia que todos estos sentimientos deberían ser expresados y no reprimidos, partiendo de ahí se busca brindar información útil y fácil de comprender, esto en pro de generar conductas y relaciones funcionales. Entre los sentimientos más comunes que se pueden generar se observa una preocupación por el bienestar y futuro del hermano que padece el trastorno, el posible malestar por

la forma en la que se produciría el trato por parte de su entorno, ya sea familiares, pares, profesores o en general tratos discriminatorios por parte de su entorno social (Pentón et al., 2019).

La detección precoz sigue siendo indispensable en estos casos debido a que se presume que su tratamiento inicial promueve el desarrollo adaptado en las funciones deficientes, en este sentido tras varias investigaciones longitudinales se considera que el diagnóstico de un hijo con TEA afecta de manera inmediata a los padres y hermanos, en explicación de que son los padres quienes entre los 12 y 18 meses de nacimiento observan conductas anormales del desenvolvimiento común, donde su diagnóstico se valida a partir de los 3 años, asimismo, los estudios se basan especialmente en videos donde se visualiza que los niños presentan problemas al establecer un contacto social o en la adquisición tardía del lenguaje (Hervás et al., 2017). Esto se puede generar debido a distintos factores, principalmente los padres no cuentan con los recursos económicos necesarios para acceder al sistema de salud, y esto se concatena con la falta de información y conocimiento sobre el trastorno del espectro autista en los profesionales encargados de brindar la atención médica. Todo esto ha desencadenado que el diagnóstico se establezca incluso hasta los cinco o seis años de edad (Alvarado et al., 2021).

Es importante mencionar que tras los avances y el reconocimiento de la salud mental de la familia del niño con autismo, se establecen más problemas en la aceptación del diagnóstico por parte de los padres, para lo que las intervenciones se han centrado especialmente en reducir los niveles de estrés que se generan tras las frustraciones en las adaptaciones de ambientes y contextos de crianza del hijo, así es indispensable de igual manera una intervención temprana para establecer patrones de funcionamiento acordes a las condiciones del hijo, debido a que se observa con frecuencia una modificación en los pensamientos y la expresión de afecto de manera distintiva entre los hijos que no posee TEA, a la vez se considera una disminución o dificultad de manera significativa en el establecimiento de mecanismos que le permitan regular y equilibrar sus funciones mentales en relación con el cuidado del menor (Da Paz & Wallander, 2017).

### **Bases teóricas y/o metodológicas utilizadas en la intervención**

Para el siguiente trabajo, se utilizó el modelo cognitivo conductual centrado en la intervención de la familia, para esto en primera instancia tras la identificación de creencias, pensamientos e ideas irracionales en cuanto al problema, se modificó por concepciones más adecuadas a la realidad. Por otra parte, desde la perspectiva conductual se trabajó a nivel de intercambio de refuerzos y modificación de las contingencias que mantienen el problema. El

desarrollo de la TCC en las familias con problemas de disfunción posibilitan la adquisición de habilidades que les permitan solucionar conflictos, donde a la vez, con su base psicoeducativa brinda la capacidad de poseer la información necesaria para el desenvolvimiento del individuo dentro del sistema, cabe mencionar que son estrategias que tras ser implementadas y dar resultados perduran en el tiempo (Walsh & Petteta, 2019).

El modelo Cognitivo-Conductual se basa en la implementación de elementos como la cognición encargada de los pensamientos y el componente conductual que se observa en los comportamientos de los individuos, para esto Beck menciona que el significado que la persona atribuye a un contexto le permite reaccionar en función de mecanismos aprendidos con anterioridad, donde es fundamental mencionar procesos internos importantes como el procesamiento de la información, esquemas cognitivos y la metacognición, que mediante el cumplimiento de sus funciones permite exteriorizar como conducta la información percibida desde un pensamiento (Andrade et al., 2021). La conducta desde el punto de vista de Skinner permite integrarse en esta terapia, ya que menciona que lo desarrolló en función de que la conducta es tanto observable como medible, lo que se contrapone a la idea psicoanalítica de Freud, así refiere que la conducta se rige por el ambiente, por ende es aprendida mediante estímulos, que a largo plazo y tras su refuerzo condiciona al hombre a una respuesta adaptativa (Pérez, 2021). Finalmente, Albert Ellis introduce la Terapia Racional Emotiva-Conductual (TREC) en donde reconoce que las emociones juegan un papel importante en la interpretación de los pensamientos y la ejecución de cierta conducta; en este sentido, abarca elementos imprescindibles como las ideas irracionales, creencias erróneas y poco asertivas, que explican como meta fundamental de la TREC que tanto las emociones como la conducta se expresan en base a las creencias y la percepción de la realidad que la persona otorga a la situación (Cabezas & Lega, 2006).

Mediante la identificación del modelo destinado a su utilización en la intervención con la familia, se planteó técnicas de la TREC para trabajar el aspecto cognitivo como detección, refutación y discriminación con el objetivo de reconocer las ideas irracionales, con la ayuda del profesional contrastarla y finalmente, establecer diferencias entre las ideas irracionales que posean con aquellas que se pudieran considerar racionales o adaptables a la realidad de la familia. A la vez, para abarcar la conducta se consideró técnicas como el entrenamiento en habilidades sociales con el objetivo de implementar estrategias asertivas para el desenvolvimiento tanto individual con

la familia como en el ámbito social, técnicas de relajación con el fin de brindar herramientas que le permitan establecer un equilibrio cuando existan situaciones de tensión, además, el ensayo conductual y role playing permite a los sujetos por medio de la escenificación identificar patrones disfuncionales y encontrar a través del modelado y ensayo alternativas para solucionar la dificultad presentada (Ruiz & Cano, 2002).

### **Objeto de estudio**

La familia, desde una vista sistémica, se considera como un sistema vivo, donde los miembros de esta forman un conjunto que se caracteriza por mantener relaciones e interactuar como un todo frente al medio exterior; en este sentido mantienen una estructura que se divide en subsistemas como el holón conyugal o parental, filial y el fraternal, dentro de la familia se busca satisfacer las necesidades presentes en cada etapa de vida que se cursa, en la que se observa los diferentes tipos de familia, en función de las reglas que se planteen, los roles y la adquisición de alianzas y coalición (Rodríguez et al, 2021). En relación a este contexto, Zambrano y Lescay (2022) menciona que la familia conforma el núcleo de la sociedad en la que fundamentalmente se imparten valores tanto éticos como morales, además de considerar factores de trasmisión como creencias y la religión, tras ser la familia la primera instancia de aprendizaje del individuo elementos como la confianza, comunicación, respeto, armonía, entre otros fomentan el desarrollo funcional del sistema; en este sentido, los padres deberían cumplir con la obligación de satisfacer las necesidades ya sean básicas como afectivas de sus hijos, en donde se establezca un ambiente de desarrollo eficaz para los mismos.

Para esto, propiamente el autismo es un trastorno del neurodesarrollo que principalmente se caracteriza por la dificultad en la socialización especialmente relacionada a la comunicación considerada como verbal o no verbal, además se observa una repetición de conductas, establecimiento de patrones o la deficiencia respecto a la medición del peligro; asimismo, para la condición es relevante indicar que variables como el ambiente y la genética inciden directamente en el desarrollo del individuo dentro del trastorno. En consecuencia, para la actualidad y tras la investigación prudente se destaca la frecuencia de este diagnóstico donde la tendencia mundial ofrece estadísticas en función de que 1 de cada 160 niños presenta un tipo de autismo (Celis & Ochoa, 2022).

El eje parental tras estar directamente relacionada con la crianza, se encuentra inmerso ante una serie de exigencias o demandas para la crianza del hijo con TEA, debido a que de la mano

arraiga características relacionadas a los intereses y conductas restringidas, además de estereotipias que desencadenan en los padres un desgaste tanto físico como emocional, donde con frecuencia se establecen síntomas comórbidos, estos relacionados a incrementos de niveles de estrés y ansiedad, adjunto a trastornos afectivos. Asimismo, elementos como la economía y educación pueden jugar en contra en cuanto se habla de bienestar familiar; en consecuencia desde un ámbito general se puede considerar que ya sean las políticas públicas o las intervenciones psicológicas se han restringido sólo a la atención del paciente diagnosticado con trastorno del espectro autista dejando de lado la salud tanto física como mental de los cuidadores (Fernández & Espinoza, 2019). Es por eso que, el proceso de diagnóstico de autismo, acarrea a los padres una carga de estrés y una serie de emociones desgastantes y agotadoras en el tiempo. Trayendo como resultado que esta experiencia de cuidado y acompañamiento se torne conflictiva, sin embargo, su labor no concluye en ese momento, debido a que deben convertirse en el apoyo primordial y esencial para al proceso terapéutico que el hijo debe continuar (Aguilar et al., 2018).

Principalmente como consecuencia de lo ya mencionado, se produce de forma inmediata la vivencia de un duelo suscitado en padres y madres de los niños con dicho diagnóstico; para esto, Bravo et al. (2019) en estudios actuales encontraron que al momento de recibir la noticia de que su hijo padece dicha condición los participantes equipararon a esta situación como si se tratara de la muerte de su descendiente. Además, se evidenció que consideraban que la palabra “autismo” estaba estrechamente relacionada con la pérdida del hijo saludable que criaban hasta antes de que se produjera el diagnóstico. Asimismo, se corroboró que los cuidadores atraviesan por las cinco etapas de duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación; sumado a esto que el duelo ante un diagnóstico de TEA no se reconoce, lo que limita la adquisición de habilidades de afrontamiento ante la situación. En conclusión, se define este duelo como una situación continua e interminable, ya que, no se culmina en ningún punto ni presenta algún cierre verdadero que marque el final.

Otra situación que se sucede a la par, se contempla en la convivencia con los hermanos luego de dicho diagnóstico, no se puede negar ni obviar el impacto en este subsistema, debido a que cuentan con el derecho y la capacidad de entender la situación familiar, en este sentido tras brindar la información pertinente se evita que se especule o se creen situaciones incómodas de lo que sucede en casa. De ninguna manera se puede considerar la experiencia de crecer con un

hermano con TEA como devastadora, aunque no se niega el hecho de que se puede presentar situaciones de crisis, donde a la vez estas deben ser consideradas como propias del desarrollo en el contexto que se encuentren, por otro lado, de manera positiva se reconoce que los hermanos son más solidarios, afectivos y afectuosos (Cordero et al., 2023). Al igual que, (Montagut et al., 2017) indica que no existe ninguna diferenciación con respecto al comportamiento de los hermanos menores y de los niños con TEA en los primeros meses, sin embargo, los cambios se empiezan a notar a partir de los 14 meses, ya que, denotan habilidades reducidas tanto en el plano cognitivo, lingüístico y motor, con respecto a otros niños de su misma edad.

### **Hipótesis/pregunta guía de investigación**

¿Cómo es la salud mental de una familia con hijo con Trastorno del Espectro Autista?

### **Objetivos de investigación**

#### ***Objetivo general***

Analizar la salud mental de una familia con hijo con Trastorno del Espectro Autista por medio de una investigación de caso para comprender el desarrollo de los diferentes subsistemas familiares.

#### ***Objetivos Específicos***

- Evaluar los niveles de estrés y ansiedad del grupo familiar.
- Identificar factores que influyen en el desarrollo y funcionalidad familiar.
- Analizar los cambios en la salud mental de los padres tras el diagnóstico de un hijo con Trastorno del Espectro Autista.

### **Metodología**

#### **Diseño**

Este trabajo es un estudio de caso con enfoque mixto, de tipo no experimental y longitudinal, con alcance descriptivo. El proceso de evaluación e intervención se llevó a cabo en consulta privada.

#### **Unidad de caso**

La investigación contó con una muestra de 5 miembros de una familia, la cual se conforma del padre con una edad de 39 años, la madre de 39 años y en el holón filial tres hermanos, el primero de 21 años, la intermedia de 14 años y finalmente el niño diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista que a la fecha tiene 10 años de edad, donde cabe mencionar que el diagnóstico lo recibieron hace 5 años. En la búsqueda de un sistema familiar se cumplió con el único criterio de inclusión referente a la aceptación voluntaria de esta para la participación del estudio, donde es fundamental la firma del consentimiento y asentimiento informado. La unidad de caso tomó contacto con los investigadores de este proyecto bajo el motivo de referencia de problemas familiares solicitando el debido apoyo.

El proceso de evaluación, intervención y seguimiento fue tutorado y supervisado por Juan Pablo Viñanzaca López, Psicólogo Clínico con maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia y Juan Pablo Mazón Ávila, Psicólogo Clínico con maestría en Psicoterapia Familiar Sistémica.

## **Instrumentos**

### ***Estrés, Ansiedad y Depresión***

Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés que en inglés se conoce como Depression, Anxiety and Stress Scale definen sus siglas como DASS; fue elaborado por Lovibond y Lovibond (1995) la cual constaba de 42 preguntas, sin embargo, Antony et al. (1998) plantearon un cuestionario de 21 ítems, para lo que da pie a lo que hoy conocemos como DASS-21. El objetivo de esta escala es medir de manera concreta síntomas relacionados al estrés, la ansiedad y la depresión, así la misma se compone de tres categorías de 7 ítems cada una, las que se califican mediante una escala de tipo Likert de 4 puntos; para esto, se denota que 0 corresponde a no me ha ocurrido, 1 a me ha ocurrido un poco, 2 me ha ocurrido bastante y 3 en relación a me ha ocurrido mucho (Valencia, 2019). Carlos et al. (2023) reportaron validaciones del test en estudiantes universitarios de Lima, Perú, donde calculó el coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach de .80 y respecto al KMO de .80. Asimismo, Vargas et al. (2022) presentó la escala a 964 estudiantes, en los que obtuvo .93 para el Alfa de Cronbach y .95 para los análisis factoriales (KMO).

### ***Calidad de vida***

La escala de WHOQOL - BREF que lleva el nombre de Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud fue creada por la OMS (1996) en Ginebra Suiza. Su objetivo es evaluar la percepción que posee cada individuo con respecto a la forma en la que se va desarrollando su vida, el cuestionario consta de 26 ítems, cada ítem se compone de 5 respuestas de tipo Likert que mide las dimensiones relacionadas a la salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Para lo que, su administración puede ser tanto de forma individual como colectiva, enfocada en jóvenes y adultos; a la vez, consta de una duración aproximada de 20 minutos. Un estudio en Perú indica el coeficiente de confiabilidad estimando valores de .86 y .88 referentes al análisis factorial (Llallahui, 2020); también, Ramos (2017) reportó la validación en un estudio realizado en Trujillo Perú en una muestra de 369 adultos mayores en donde los valores referentes a la consistencia interna mediante omega son de .75 y en lo relacionado al KMO de .97. De la misma forma, Hidalgo et al. (2021) presentó en un estudio realizado en Chile a 1,205 adultos jóvenes en donde se analizó las propiedades psicométricas de la escala antes mencionada arrojando datos de consistencia interna de ,94.

### ***Regulación Emocional***

La escala DERS que por sus siglas en inglés significa Difficulties in Emotion Regulation Scale fue desarrollada en Estados Unidos por Gratz y Roemer en 2004, está conformada por 36 ítems que evalúan las dificultades en la regulación de emociones negativas. Las mismas se encuentran distribuidas en seis dimensiones las cuales son: dificultades en el control de impulsos, acceso limitado a estrategias de regulación emocional, falta de aceptación emocional, interferencia en conductas dirigidas a metas, falta de conciencia emocional, y falta de claridad emocional. Para esto se establecen respuestas donde 1 es igual a casi nunca, 2 a veces, 3 la mitad de veces, 4 la mayoría de veces y 5 casi siempre (Michelini & Godoy, 2022). Así, Reiván et al. (2020) realizó una validación de la escala en la población ecuatoriana, donde el coeficiente de confiabilidad según alfa de Cronbach se puntúa en .90 y para el análisis factorial se obtuvo .93. Además, Muñoz et al. (2016) aplicaron la herramienta a una población colombiana en la que se mencionó que cuenta con un índice de confiabilidad de .90 y para el análisis factorial según la prueba Kaiser-Meyer-Olkin fue de .83.

### ***Funcionamiento Familiar***

El instrumento FACES IV es una escala diseñada para la Evaluación de cohesión y Adaptabilidad Familiar. La misma fue creada por Olson et al. (1985); el reactivo consta de 20 ítems en total, diez destinados para la cohesión y los otros diez ítems para medir adaptabilidad, su objetivo es describir los sentimientos de cada individuo que conforman la familia, considerando el funcionamiento familiar en las dimensiones de adaptabilidad y cohesión. Está estructurado en una escala de cinco opciones de respuesta tipo Likert en donde consta: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre; a su vez, está constituido también de tres categorías: Familias extremas, Familias de rango medio y Familias equilibradas (Estrada & Mamani, 2019). Así, Castillo et al. (2021) realizó la validación de la escala en una unidad de atención primaria en México en donde obtuvo una fiabilidad por coeficiente Alfa de Cronbach de .92 y para el análisis factorial según el KMO de .88. Además, Olivera y Yupanqui (2020) en el estudio realizado en Perú del análisis psicométrico del reactivo obtuvo valores de consistencia medida por el Alfa de Cronbach de .79 y en cuanto al análisis factorial según KMO el valor fue de .91.

### *Entrevista*

La recolección de datos cualitativos se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas, para esto se establecieron dos formatos con cinco preguntas cada uno. La primera se realizó al sistema parental, para luego acceder a la información del holón filial; plateados con el fin de evaluar las estructuras que componen el núcleo familiar, además de recabar información acerca de la salud mental de los integrantes de la misma. El registro de las sesiones se llevó a cabo mediante la grabación de audio utilizando un celular con las siguientes características: modelo - iPhone 11, aplicación - notas de voz.

### *Estrategias de evaluación*

**Pre-tratamiento.** La evaluación se realizó en primera instancia con cada uno de los miembros familiares aplicando los instrumentos (DASS-21, WHOQOL-BREF, DERS, FACES IV, Entrevista) antes detallados, esto nos permitió establecer una línea base anterior al tratamiento.

**Durante el tratamiento.** Para el seguimiento se aplicó las escalas FACES-IV en la tercera sesión y el DASS-21 en la octava sesión.

**Posterior al tratamiento.** Finalmente, tras el proceso de intervención se aplicó las mismas escalas utilizadas en el pre-tratamiento. Se tuvo en cuenta un proceso de seguimiento posterior al mismo de al menos un mes, con la finalidad de observar si los cambios suscitados se mantienen.

### **Bioética**

Tras plantear el trabajo como un estudio de caso no se requiere de la revisión y aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH), sin embargo, se hizo uso de consentimientos informados y asentimientos respectivamente. Cabe mencionar que se mantuvo absoluta confidencialidad, debido a que la información estuvo resguardada tanto por el tutor de la investigación como por los estudiantes investigadores y se encuentra bajo llave al cuidado del tutor.

Además, para salvaguardar la identificación de los miembros de la familia participantes del estudio no se reportó nombres reales, números de cédula ni ningún otro dato que lleve a la misma; y en cuanto, a las grabaciones de audio de ser necesario se distorsionan las voces.

### **Análisis de la información**

**Análisis cuantitativo:** se analizó las puntuaciones de cada miembro en los tests presentados, además de sus respectivas categorías; se logró mediante una estadística descriptiva para determinar las medias y la desviación estándar, además se hizo uso de la prueba de Wilcoxon para establecer las diferencias entre una muestra a lo largo de dos momentos. La *d* de Cohen permitió medir el tamaño de efecto de la intervención y finalmente, el análisis cuantitativo se realizó con Jeffrey's Amazing Statistics Program por sus siglas en inglés JASP.

**Análisis cualitativo:** se hizo uso del programa NVIVO 12, proporcionado por el Centro de Investigación e Innovación de Transferencia Tecnológica (CIITT) de la Universidad Católica de Cuenca para categorizar las respuestas de las entrevistas; en este sentido, mediante el reconocimiento e identificación de códigos permitió establecer un patrón de frecuencia en la repetición, en el cual se identificaba los temas con mayor mención dentro de las sesiones.

Posterior a este procedimiento, se trianguló la información tanto cualitativa como cuantitativa, relacionado con lo manifestado en la literatura.

## Presentación del caso

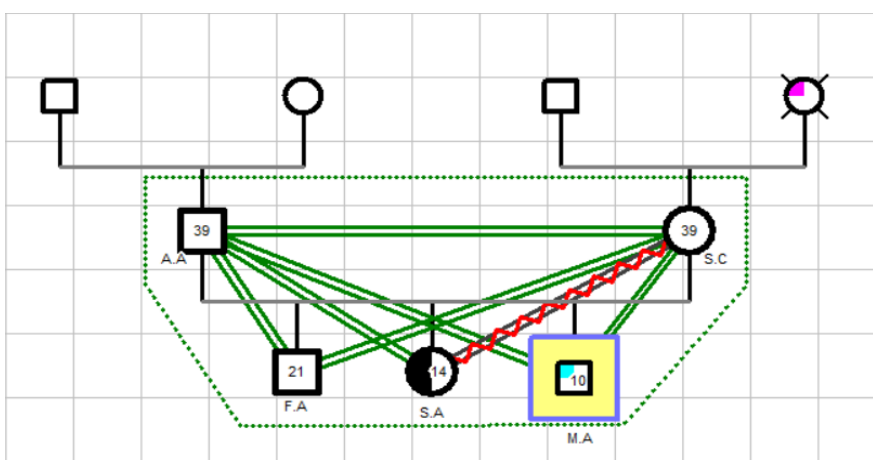
### Antecedentes

La unidad de caso está conformada por una familia de tipo nuclear constituida por padre y madre de 39 años de edad, el primer hijo de 21 años, la segunda hija de 14 años y el tercer hijo de 10 años quien posee el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. Dentro de los subsistemas, el conyugal mantiene una buena relación donde apremia la comunicación y la resolución de conflictos de manera asertiva, en el holón parental se observa una distancia marcada por las actividades que cumple cada integrante, finalmente, el área fraternal presenta un debilitamiento en aspectos relacionados a la cercanía, comunicación y afectividad. Los límites son difusos, la jerarquía autoritaria y el rol tanto ejecutivo como afectivo lo desempeñan ambos progenitores; la familia se encuentra en la etapa de hijos adolescentes y con niños, a la vez, se identifican alianzas entre padre-hija y madre-hijo.

El diagnóstico inicial se realizó a los 5 años, el mismo que afectó de manera directa en la dinámica familiar, desorganizando rutinas y hábitos de vida; en consecuencia, el desconocimiento acerca del TEA trajo consigo conflictos que forzó una reestructuración en los distintos ámbitos de desenvolvimiento, en factores como la convivencia entre holones, divisoando una mayor atención hacia el niño con TEA, contribuyendo así al desajuste en la relación padres-hijos, a la vez, actividades de pareja fueron postergadas por la atención que requería su nueva realidad.

### Figura 1

#### Genograma



*Nota.* En el gráfico se evidencia el fallecimiento de la abuela materna por un tipo de cáncer; el sistema está conformado por los cinco integrantes inmersos en el interlineado de color verde, donde se evidencia buena relación de padres a hijos exceptuando la dinámica madre-hija (cercana-hostil). El paciente señalado en el recuadro posee un diagnóstico de TEA y la hermana un diagnóstico de TDAH.

### **Motivo de consulta**

La unidad de caso tomó contacto con los investigadores de este proyecto bajo el motivo de referencia de problemas familiares solicitando el debido apoyo, por la presencia de factores como estrés y ansiedad que dificultaban su desarrollo dentro del ámbito familiar, además de problemas que interfieren en la cohesión familiar, proporcionando una distancia en la realización de actividades que generen bienestar.

### **Anamnesis y desarrollo del problema**

La unidad de caso a analizar está constituida por una familia de 5 integrantes, donde mediante la entrevista se pudo analizar y evidenciar los siguientes aspectos a considerar dentro del estudio.

En función de lo mencionado, la familia se conformó hace 21 años con el nacimiento del primer hijo; se refiere además que la hija presenta Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. Desde que nació su tercer hijo, notaron los síntomas característicos de un autismo, para lo que tras las valoraciones y cumplido los 5 años emitieron el diagnóstico; en ese momento, el padre mantenía una postura reacia ante la aceptación, mientras la madre se encontraba consciente de las condiciones. La ausencia de información dificultó el conocimiento de los hijos, para lo que ellos consideran que le prestaban mayor atención por ser un niño con problemas de conducta; el holón conyugal se vio afectado por la deficiencia de tiempo y espacio que dedicaban para sus relaciones tanto interpersonales como intrapersonales, además las condiciones económicas conflictuaron los ámbitos de desarrollo influyendo en la posibilidad de adquirir recursos necesarios para la atención de su hijo y su adaptación en un ámbito escolar.

Según el transcurso del tiempo, los hermanos adquirieron información por fuentes externas, la misma que les permitió entender el desenvolvimiento del hermano; en consecuencia, el primer hijo no estableció una cohesión fuerte no así con la hermana, quien dedicaba tiempo para su cuidado; esta distancia se refleja en el tiempo limitado que los padres poseen debido a sus

responsabilidades; en este sentido se fundamenta lo mencionado con la incapacidad de adquirir habilidades para el ajuste de ritmos de vida luego del diagnóstico. Factores como la alimentación, muestras de cariño, sociabilidad, entre otros que son áreas que se disocian por el TEA tuvieron que adecuarse a la realidad, sin mencionar antes el desajuste que generó en aquellas que estaban implantadas; al igual estrategias de cuidado e incluso la manera de expresarse debido a que un niño con TEA lo toma literal, representaba una dificultad en la convivencia de ellos, otorgando una separación.

Como dato relevante, se refiere la condición de la hija lo que ha sumado factores que desencadenan problemas a la hora de establecer normas, reglas y acuerdos para su desenvolvimiento, además que se menciona que por la medicación y las características relacionadas al TDAH mantienen una preocupación y un cuidado constante hacia ella. En este sentido, los síntomas relacionados al estrés y ansiedad han incrementado tras la urgencia y necesidad de establecer rutinas que les permitan la convivencia armoniosa, donde los padres han tomado una postura jerárquica y han establecido roles que en su medida se han tornado rígidos, asimismo por la falta de comunicación entre la familia, las frustraciones han incrementado.

En la actualidad la familia cumplió con un proceso de adaptación, el cual si bien es disfuncional les ha permitido sobrellevar las presentes dificultades; entre ellas la reorganización del tiempo dedicado a la convivencia. Al igual los padres mencionan que tras seguir un tratamiento terapéutico en primera instancia por la hija con TDAH y de seguido por el niño con TEA ha contribuido a la implementación de ciertas habilidades que faciliten la convivencia, sin embargo, las etapas evolutivas como la adultez, adolescencia y preadolescencia han significado un retroceso en lo aprendido.

Finalmente, la calidad de vida del sistema se ha visto vulnerado ya que su bienestar físico, social y psicológico ha ido en descenso, para lo que se considera de vital importancia empezar con un proceso psicoterapéutico con el objetivo de brindar las herramientas necesarias para el reajuste de actividades, la adquisición de habilidades de acercamiento, comunicación y afectividad y sobretodo, la aceptación a la realidad que todos los subsistemas se encuentran inmersos.

### **Evaluación inicial**

Dentro de la entrevista familiar los datos más relevantes recogidos son los siguientes:

- En el holón conyugal se evidenció la comunicación como un punto primordial dentro de la relación, se expuso que los problemas se resuelven en base a este apartado, al igual refieren que las muestras de cariño forman parte de su vida cotidiana, sin embargo los límites son difusos ya que si bien están establecidos normas y reglas existen situaciones puntuales en donde estas cambian en función de las necesidades, para esto también se evidencia una diferenciación en las reglas por cada hijo. La falta de tiempo para su convivencia en pareja se ha aplazado debido al cansancio percibido luego del desarrollo de sus actividades semanales, de manera individual el alejamiento de amistades y redes de apoyo ha perjudicado directamente en la satisfacción de sus vidas.
- Para el holón filial se rescata una deficiencia en la convivencia de los mismos, puesto que al cursar distintas etapas de vida y la diferencia en el rango de edad la comunicación se encuentra limitada, en consecuencia existe un sentimiento de inconformidad por parte de cada hermano debido a que las normas y reglas no son iguales para cada uno; como resultado las muestras de cariño entre ellos se ha visto cohibida incluso para pedir ayuda o solucionar aspectos importantes relacionados a sus áreas inter e intrapersonales. Al mismo tiempo el desconocimiento sobre el TEA propuso una ausencia de entendimiento en el modo de crianza de sus padres hacia su hermano. El hermano mayor no posee un acercamiento con el hermano con TEA, no así la hija que incluso está involucrada en el cuidado del niño.
- Dentro del holón parental la jerarquía permanece rígida lo que trae consigo un sentimiento de desigualdad por parte de cada hijo involucrado, también es de importancia destacar que el primer hijo recurre a la madre fortaleciendo sus lazos de confianza, con el padre mantiene comunicación y afecto, mientras la adolescente busca ayuda en aquellas personas que se encuentran en su círculo social externo, por ende la relación con la madre es conflictiva. Así pues, la convivencia se encuentra vulnerada porque no existe un espacio de tiempo dedicado para este punto, cada individuo se concentra en sus propias responsabilidades lo que dificulta la interrelación entre los miembros que conforman la familia. Los cambios en la dinámica pasaron por un proceso de adecuación y los sentimientos alrededor del diagnóstico incidieron como desencadenante de síntomas de estrés y ansiedad, vinculándose a la falta de iniciativas para llegar a acuerdos que involucren a la familia y proporcionen un bienestar, que a la final se han visto reflejados en las áreas de desenvolvimiento.
- Los resultados cuantitativos se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 1***Resultados pre-tratamiento*

	A.A		S.C		F.A		S.A	
	Total	Categoría	Total	Categoría	Total	Categoría	Total	Categoría
<b>Depresión</b>	6	Leve	21	Extremadamente severa	8	Moderada	20	Extremadamente severa
<b>Ansiedad</b>	4	Leve	20	Extremadamente severa	2	Sin ansiedad	21	Extremadamente severa
<b>Estrés</b>	11	Moderado	21	Extremadamente severo	14	Severo	17	Extremadamente severo
<b>Aceptación</b>	19	Medio	13	Bajo	34	Alto	16	Medio
<b>Objetivos y Metas</b>	12	Medio	16	Medio	20	Alto	25	Alto
<b>Impulsos</b>	16	Medio	18	Medio	26	Alto	26	Alto
<b>Consciencia</b>	15	Medio	24	Alto	12	Bajo	25	Alto
<b>Estrategias</b>	13	Bajo	22	Medio	20	Medio	35	Alto
<b>Claridad</b>	9	Bajo	15	Medio	11	Bajo	17	Medio
<b>DEERS</b>	84	Presenta levemente dificultades	108	Presenta levemente dificultades	123	Presenta dificultades	144	Presenta dificultades
<b>Cohesión</b>	23	-	25	-	23	-	17	-
<b>Flexibilidad</b>	24	-	26	-	21	-	15	-
<b>Desapego</b>	16	-	24	-	27	-	23	-
<b>Apego</b>	20	-	22	-	15	-	15	-
<b>Rigidez</b>	21	-	22	-	21	-	17	-
<b>Caos</b>	17	-	24	-	24	-	27	-
<b>Salud Física</b>	27	-	18	-	27	-	12	-
<b>Salud Psicológica</b>	23	-	11	-	22	-	7	-
<b>Relaciones Sociales</b>	12	-	6	-	15	-	14	-
<b>Ambiente</b>	22	-	20	-	32	-	17	-
<b>WHOQOL-BREF</b>	84	-	55	-	96	-	40	-

*Nota.* – sin codificación; A.A: iniciales del nombre del padre; S.C: iniciales del nombre de la madre; F.A: iniciales del nombre del hijo; S.A: iniciales del nombre de la hija.

**Formulación del caso**

El origen de los problemas parte del conocimiento nulo sobre el autismo, en función de las características de esta patología que el niño presentaba a tan corta edad, sumado a esto la movilidad y el factor económico que se prescindía para cada valoración, tras el diagnóstico la aceptación del padre hacia la condición de su hijo dificultó la manera de ajustarse a su nueva realidad. Asimismo,

la ausencia de explicación a los hijos condicionó la convivencia y ausencia de los padres en sus etapas de evolución.

En este sentido, se establece como factores mantenedores la negativa con respecto a la aceptación, la ausencia de disponibilidad destinada a tiempo de ocio entre pareja y familia; dentro de los factores precipitantes se encontró la carga horaria asumida por las responsabilidades de cada miembro del grupo familiar, la ausencia de comunicación y cohesión y finalmente, para los factores precipitantes se visualiza insatisfacción de la pareja en el plano sexual, inconformidad de los hijos en el establecimiento de normas, reglas y acuerdos, debido a que consideran que hay una percepción de injusticia, sobreprotección tanto al hijo con TEA como con la hija con TDAH, dificultad en la adaptación del niño con TEA en el ámbito escolar, ausencia de estrategias y habilidades para establecer rutinas que permitan el desenvolvimiento del hijo concatenado a la ausencia de sus habilidades sociales.

Villavicencio y López (2019) refieren que es visible en el holón filial el sentimiento de abandono, debido a que pueden sentir que se presta más atención por parte de sus padres al hermano que posee TEA, pudiendo generar en ellos baja autoestima, restricción en las relaciones interpersonales, temprana independencia, incluso venganza hacia su hermano y un sentimiento de disconformidad con el hecho de pensar que los cuidados son excesivos hacia su hermano o que existe sobreprotección con el mismo. Sin embargo, tras la mediación y el conocimiento adecuado los hermanos son capaces de adquirir habilidades de empatía, amor, cuidados a quien lo necesita, adaptación al nuevo ambiente familiar, tolerancia, resiliencia, entendimiento de las diferentes realidades, se vuelven defensores, partícipes en el cuidado del niño con TEA y pueden alcanzar un gran nivel de madurez para servir como apoyo de los padres y cuidadores primarios (Nahmod, 2021).

Tras explicar que existe una desorganización en el sistema familiar, la presente investigación fundamenta la consideración de la calidad de vida en relación a factores relacionados a los síntomas diagnósticos del trastorno, donde mediante un estudio conformado por una población de 49 familias, las 24 primeras con niños con un diagnóstico de TEA y las siguientes 25 con niños que presentan un desarrollo común se aplicaron test que median el vocabulario y la inteligencia de los niños y para la calidad de vida se aplicó la escala de Calidad de Vida familiar; explican los resultados que demuestran que existe una diferencia significativa en la satisfacción,

la interacción y tanto el bienestar físico como emocional entre las diferentes muestras, para esto, los autores concluyen que mantienen una estrecha relación variables como la conducta adaptativa del niño con el nivel de calidad de vida del núcleo familiar, además consideran que las redes de apoyo hablando de familia, amigos y entidades marcan la diferencia en la aceptación y adaptación del trastorno al desarrollo del sistema (Garrido et al., 2020).

## **Tratamiento y curso**

### ***Tipo de tratamiento***

El tipo de intervención empleado en la presente investigación consta de varios modelos psicológicos, principalmente se ha utilizado el modelo Cognitivo Conductual con el fin de trabajar patrones de pensamiento que posee cada individuo de la familia y a su vez como estos influyen en el apartado conductual, con el objetivo de reemplazar los patrones de comportamiento desadaptativos por conductas que favorezcan la convivencia y relación familiar (Walsh & Petteta, 2019). Asimismo, el enfoque sistémico familiar permitió reconocer el manejo de roles, acuerdos, alianzas y coaliciones dentro del sistema, identificando la relación presente en cada holón o subsistema y en el desenvolvimiento de un todo. Además, se ha evidenciado que en conjunto con la terapia Racional Emotiva favorecen el involucramiento de las emociones, que incita la identificación de las ideas irracionales adjunto a patrones de pensamiento que influyen de manera directa en el factor comportamiento, a la vez, se indica que se busca construir creencias racionales en función de los contextos suscitados que permitan adquirir y expresar de manera asertiva sus emociones que también se reflejan en conductas funcionales (Ruiz & Cano, 2002).

Dentro del caso analizado, la TCC con enfoque en la TREC justifican la intervención debido a que las ideas irracionales evidenciadas en la familia dificultan su socialización dentro y fuera del hogar, en este sentido, sus comportamientos, comunicación y estrategias para afrontar problemas se han visto vulneradas por creencias irracionales que se han fomentado por el diagnóstico de TEA y el cambio de rutinas, a la vez, el involucramiento de la triada de pensamiento, emoción y conducta permite establecer como meta el reestablecimiento de habilidades que permitan regular las antes mencionadas.

### **Metas y objetivos de tratamiento**

Objetivo a corto plazo:

- Disminuir síntomas relacionados a la depresión, estrés y ansiedad.

Objetivo a mediano plazo:

- Fortalecer lazos de comunicación y afecto en los sistemas parental y filial.
- Trabajar en la aceptación de los cambios de vida tras el diagnóstico.

Objetivo a largo plazo:

- Promover estrategias que permitan a los miembros del grupo familiar su regulación emocional.
- Implementar habilidades para fortalecer el funcionamiento familiar.

### **Descripción del tratamiento**

El plan de intervención se realizó en función de los resultados arrojados por los reactivos aplicados en la entrevista inicial, donde la implementación de 11 sesiones con duración entre 45 y 60 minutos permitió trabajar las deficiencias presentadas y percibidas, en este sentido, se organizó en la mejora de la comunicación y la convivencia del grupo familiar para continuar con sintomatología ansiosa y estresante, y finalmente la vinculación con resolución de problemas.

Dentro de la primera sesión, la implementación de los contratos de contingencias cumplió con el objetivo de adquirir un compromiso, además del reconocimiento de conductas a modificar, establecer un cambio y recibir una recompensa; la expresión de sentimientos negativos y positivos de manera directa se realizó en función de mejorar la comunicación entre miembros. En la segunda sesión, se buscó fortalecer los lazos familiares para lo que se inicia con el reencuadre que permitió retomar lo tratado en la sesión anterior, la caja de deseos es una herramienta que a partir de escribir en papeles actividades de gusto particular que involucre a toda la familia reforzó dichos lazos, como tarea intersesión se manejó los símbolos de unión relacionado a la técnica mencionada con anterioridad con el fin del desarrollo de las actividades y el cumplimiento del objetivo. Para la tercera sesión, se enfocó en trabajar factores como estrés y ansiedad mediante la detección de pensamiento, técnica dirigida a realizar un autocontrol emocional en situaciones desbordantes suscitadas en su diario vivir, de seguido se aplicó el FACES IV para evaluar el funcionamiento familiar tras las sesiones ejecutadas y se concluyó con respiración diafragmática con la finalidad de brindar una herramienta enfocada en la regulación emocional relacionada directamente con pensamientos y conductas.

En la cuarta sesión, se inició con connotación positiva con el objetivo de reconocer los apartados positivos de la problemática y se identifiquen recursos tanto personales como familiares, la psicoeducación de creencias irracionales permitió la implementación de la técnica de la TREC ABCDEF, donde el reconocimiento del acontecimiento, la emoción y el pensamiento da pie al cuestionamiento y la adquisición de un nuevo pensamiento, por consiguiente en forma de reforzar e impartir esta estrategia en su diario vivir se planteó como TIS el autorregistro. La quinta sesión se empezó con la revisión del autorregistro con el fin de analizar patrones irracionales y el cambio realizado, dichas creencias irracionales se trabajaron de la mano con reestructuración cognitiva específicamente con diálogo socrático, finalmente se reconoce el compromiso y el cambio mediante el elogio. En la sesión seis, se analizó los contextos conflictivos de la convivencia a través de las perspectivas de cada integrante y su empatía hacia las mismas mediante la pregunta circular y el role playing, y se finalizó con respiración profunda con el objetivo de establecer un equilibrio psicósomático.

En la séptima sesión, se otorgó herramientas o habilidades que contribuyen a la capacidad de resolver conflictos familiares, a continuación se planteó como TIS la carta desde el futuro con el fin de brindar un espacio personal para escribir una carta motivacional que contenga las habilidades que le ayudaron a superar el problema y los reforzadores verbales posibilita el reconocimiento de acciones y/o conductas que contribuyen a la funcionalidad familiar. Se consideró oportuno que en la sesión número ocho se refuerce el entrenamiento en solución de problemas, para esto en primera instancia se revisó la tarea intersesión y posterior a ello, se aplicó el test DASS-21 con el fin de evaluar los cambios generados a lo largo de las sesiones transcurridas. Dentro de la sesión nueve, se trabajó con entrenamiento asertivo que consiste en implementar habilidades que permiten la comunicación respetuosa y a la vez funcional dentro del sistema, en función de reforzar la misma se envió como TIS el tiempo fuera que genera un espacio de reflexión evitando la impulsividad que empeore el evento desencadenante, finalmente se empleó la imaginación guiada como mecanismo de control en situaciones similares.

En la sesión diez, se abordó la prevención de recaídas mediante psicoeducación y se reforzó con la técnica llamada caja de recursos que se basa en guardar objetivos o frases motivacionales como recursos para motivar en posibles situaciones de crisis o recaídas; finalmente en la onceava sesión se aplicó los reactivos (DASS-21, DERS, FACES IV, WHOQOL - BREF), el feedback

permitió generar un recuento de todo lo abordado en las sesiones y los cambios que percibieron a partir de las mismas, concluyendo la sesión con el respectivo cierre.

**Tabla 2**

*Plan de intervención*

Número de sesión	Objetivo de sesión	Desarrollo de la sesión	Resultados
1	Mejorar las habilidades de comunicación entre los miembros del grupo familiar para fortalecer su cohesión.	Encuadre Contraros de contingencias Expresión de sentimientos negativos de manera directa Expresión de sentimientos positivos	Se espera que el sistema familiar fortalezca sus habilidades comunicativas, además generen nuevos hábitos de convivencia y conductas adaptativas. Modificar las conductas mediante reforzadores positivos entre los integrantes del grupo familiar.
2	Implementar hábitos de convivencia que favorezcan el desempeño beneficioso para cada miembro de la familia. Retomar tiempos de ocio familiar a través del desarrollo de actividades.	Reencuadre Caja de los deseos TIS: Símbolos de unión Retroalimentación	Generar en la familia espacios de ocio que les permita fortalecer sus lazos con actividades acorde a sus preferencias.
3	Disminuir síntomas relacionados al estrés y ansiedad provenientes de un flujo acelerado del pensamiento (pensamientos rumiativos). Reducir sintomatología de estrés y ansiedad del grupo familiar mediante la conexión entre la tensión en el organismo y los factores psicológicos.	Revisión de TIS Detención de pensamiento Aplicación de reactivo (FACES-IV) Respiración diafragmática	Implementar habilidades para disminuir sintomatología relacionada al estrés y ansiedad con el desarrollo de técnicas que puedan aplicar en su vida diaria. Evaluar el mantenimiento o la eliminación de conductas que general malestar en el grupo familiar.
4	Implementar estrategias para reconocer pensamientos irracionales, pesimistas o exagerados y evitar su influencia negativa en el comportamiento.	Connotación positiva. ABCDE TIS: Autorregistros Retroalimentación	Desarrollar habilidades de renacimiento de pensamientos negativos para que los miembros de la familia inhiban su influencia en su conducta.
5	Adaptar patrones de pensamiento negativo de los integrantes de la familia en función de su realidad con el fin modificar su calidad de vida y la percepción de la misma.	Revisión de TIS Reestructuración cognitiva (Diálogo socrático) Elogio	Cambiar en los participantes patrones de pensamientos negativos que permitirán la modificación de su calidad de vida.
6	Reconocer patrones negativos de comportamiento y comunicación entre los miembros mediante la dramatización para posterior reemplazarlas con conductas asertivas.	Pregunta circular Role playing Respiración profunda	Lograr que los participantes reconozcan sus conductas negativas y la de sus pares mediante la escenificación para obtener empatía y un cambio en las mismas.
7	Enfocar la toma de decisiones asertivas en situaciones puntuales del desarrollo cotidiano, implementando habilidades de reconocimiento de las mismas.	Retroalimentación Entrenamiento en solución de problemas TIS: Carta desde el futuro Reforzadores verbales	Generar en los participantes capacidades de reconocimiento y resolución de conflictos en situaciones negativas de su vida.
8	Enfocar la toma de decisiones asertivas en situaciones puntuales del desarrollo cotidiano, implementando habilidades de reconocimiento de las mismas.	Revisión de TIS Entrenamiento en solución de problemas Aplicación de reactivos (DASS-21) Retroalimentación	Generar en los participantes capacidades de reconocimiento y resolución de conflictos en situaciones negativas de su vida.
9	Implementar estrategias para la autorregulación emocional que eliminen respuestas impulsivas que generan malestar en los integrantes de la familia.	Reencuadre Entrenamiento asertivo TIS: Tiempo fuera Imaginación guiada	Adquirir espacios de regulación emocional, donde se identifiquen y manejen los sentimientos percibidos en contextos determinados.

10	Reconocer y reforzar habilidades o características del sistema familiar para implementarlos en conflictos futuros.	Revisión de TIS Prevención de recaídas (Psicoeducación) Caja de recursos	Implementar en los participantes la utilización de sus habilidades trabajadas en sesión para evitar el efecto rebote en los mismos.
11	Recoger información pertinente que permita validar el plan de intervención. Retroalimentar, fortalecer y tratar los puntos trabajados a lo largo de la intervención para reforzar las estrategias y conductas adquiridas.	Aplicación de reactivos Feedback Cierre	Fortalacer conductas y habilidades aprendidas a lo largo del tratamiento.

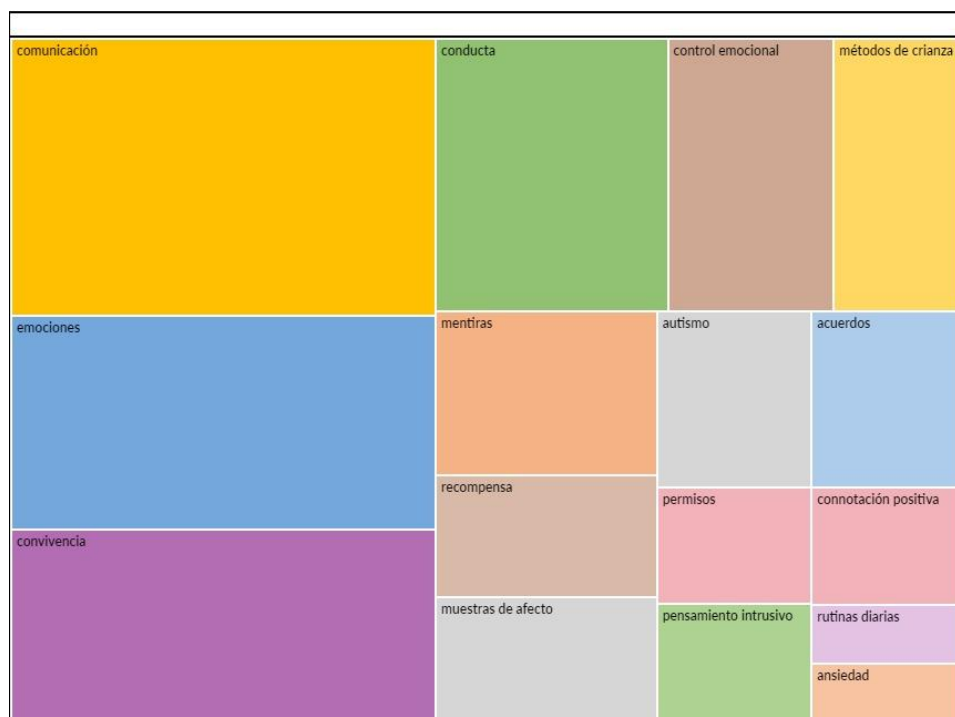
## Resultados del tratamiento

En este apartado se presentan los resultados cualitativos como cuantitativos tras el proceso de intervención psicoterapéutico.

Se observan los datos cualitativos a través de la **Figura 2**, en función de lo realizado a través del programa NVIVO 12 explicando los puntos relevantes por medio de las sesiones detalladas.

### Figura 2

#### Resultados cualitativos



En este sentido, el primer punto trabajado dentro de la primera sesión fue la comunicación la misma que permitió el cambio deseado a lo largo de la intervención, dentro de la segunda sesión,

la familia mencionó que la expresión de sentimientos tanto positivos como negativos permitió reconocer pensamientos y emociones además de buscar la manera asertiva de comunicarlos, para esto se fortaleció la convivencia mediante la implementación de actividades de gusto común que podían utilizarlo como reforzadores o recompensas. En la sesión tres, a través de la detención de pensamiento y la respiración diafragmática se logró reducir los niveles elevados de estrés y ansiedad, donde la madre de familia también comenta que se le dificulta establecer estrategias para desviar su atención y obtener una autorregulación; asimismo, la funcionalidad familiar se evaluó mediante el FACES IV, resultados que se pueden observar en la **Tabla 3**. En función de lo mencionado, la sesión cuatro permitió modificar patrones de creencias irracionales posibilitando de igual forma la liberación de sintomatología ansiosa y estresante; dentro de la quinta sesión mediante la revisión del autorregistro se visualizó la disminución de factores tanto cognitivos como emocionales que desencadenaban conflictos dentro de la convivencia, además se evidenció situaciones como la ausencia de espacios que evocaran la comunicación mencionadas por la familia que conflictuaban su desenvolvimiento, para lo que la reestructuración cognitiva posibilitó que los miembros del sistema modifiquen dichos patrones de pensamiento y conducta.

**Tabla 3**

*Resultados durante el tratamiento: tercera sesión*

	Funcionalidad Familiar											
	Pre-tratamiento		Tercera sesión		Post-tratamiento							
	Media	DE	Media	DE	Z	p	$\delta$	Media	DE	Z	p	$\delta$
Cohesión	22.000	3.464	25.750	2.630	-1.826	0.098	-1.000	22.750	2.217	1.826	0.125	1.000
Flexibilidad	21.500	4.796	22.750	4.425	-1.069	0.414	-0.667	23.250	4.349	0.000	1.000	0.000
Desapego	22.500	4.655	20.000	2.449	1.278	0.265	0.700	19.000	0.816	0.730	0.625	0.400
Apego	18.000	3.559	16.250	2.986	1.461	0.186	0.800	18.000	2.944	1.461	0.197	-0.800
Rigidez	20.250	2.217	20.500	1.915	0.000	1.000	0.000	20.750	4.031	0.365	0.850	-0.200
Caos	23.000	4.243	21.000	2.582	1.461	0.250	0.800	18.500	4.655	1.069	0.423	0.667

*Nota.* DE: desviación estándar;  $\delta$ : d de Cohen, tamaño del efecto.

Para la sexta sesión, con la técnica de role playing se notó como cada participante entendió su comportamiento reflejado en sus semejantes para lo que mediante el humor, los holones refirieron que se fortaleció la empatía y la introspección que se debe realizar al momento de discernir sobre una conducta positiva o negativa y las consecuencias de la misma. Tras ser la convivencia un elemento con repetición constante según la **Figura 2**, la séptima y octava sesión se desarrollaron en base a la misma, por medio del entrenamiento en solución de problemas la

familia logró establecer mecanismos asertivos tanto para la comunicación como para el establecimiento de acuerdos que involucren a todos los subsistemas, a la vez, es importante mencionar que en esta última a raíz de un factor precipitante debido a la ausencia de comunicación de padres a hijos y viceversa influyó de manera significativa en el desarrollo y resultados del DASS-21 aplicado en dicha sesión, como se puede observar en la **Tabla 4**. En sesión nueve, tras lo suscitado en la sesión anterior se trabajó con el reconocimiento de espacios que permitan la regulación emocional y disminución de la impulsividad, generando habilidades para el desarrollo de la comunicación asertiva y resolución de conflictos, asimismo se reforzó autoregulación emocional mediante técnicas de imaginación y respiración, para lo que la familia menciona que solucionaron el problema a través de un acuerdo que favoreció la convivencia.

**Tabla 4**

*Resultados durante del tratamiento: octava sesión*

	Depresión, Ansiedad y Estrés											
	Pre-tratamiento		Octava sesión		Z	p	$\delta$	Post-tratamiento				
	Media	DE	Media	DE				Media	DE	Z	p	$\delta$
Depresión	13.750	7.848	7.750	5.737	1.826	0.098	1.000	2.250	2.062	1.604	0.181	1.000
Ansiedad	11.750	10.145	6.000	6.272	1.826	0.125	1.000	0.750	0.950	1.826	0.098	1.000
Estrés	15.750	4.272	11.250	3.862	1.826	0.125	1.000	4.500	3.109	1.826	0.125	1.000

*Nota.* DE: desviación estándar;  $\delta$ : d de Cohen, tamaño del efecto.

Finalmente, en la sesión diez por medio de la psicoeducación en prevención de recaídas, posibilitó que la familia adquiriera consciencia de que al cursar por un proceso de cambio se encuentran inmersos en circunstancias que alteren su equilibrio, el mismo que se reforzó a través de la implementación de recursos con significados personales que motiven a la superación de la misma; de igual forma en la onceava sesión, el feedback permitió recopilar las habilidades trabajadas a lo largo de la intervención, además los integrantes del sistema mencionaron que transcurridas las sesiones se adquirió consciencia en cuanto a la convivencia familiar y concluyen manifestando que se encuentran motivados ante el cambio.

Los resultados del seguimiento manifiestan que el grupo familiar notan cambios al transcurrir dos semanas de terminada la intervención, para lo que mencionan que los problemas presentes en ese lapso de tiempo se han concluido mediante la resolución de problemas, generando una satisfacción personal, familiar y con el proceso terapéutico, además refieren que han notado

disminución en síntomas relacionados al estrés y la ansiedad para los que han trabajado mediante la detención de pensamiento y el cambio de patrones de creencia mediante la técnica de la TREC.

Los resultados cuantitativos se realizaron con base a la prueba Wilcoxon que tras ser una prueba no paramétrica permitió obtener los datos de una muestra probabilística menor a treinta participantes, la misma realiza una comparación entre los totales obtenidos en el pre-tratamiento y el post-tratamiento, que junto al análisis del tamaño de efecto otorgan el conocimiento de la eficacia del proceso terapéutico y el cumplimiento de los objetivos planteados para la investigación.

**Tabla 5**

*Resultados post-tratamiento*

	Pre-tratamiento		Post-tratamiento		Z	p	$\delta$
	Media	DE	Media	DE			
Depresión	13.750	7.848	2.250	2.062	1.826	0.125	1.000
Ansiedad	11.750	10.145	0.750	0.957	1.826	0.125	1.000
Estrés	15.750	4.272	4.500	3.109	1.826	0.125	1.000
No Aceptación	20.500	9.327	10.750	6.397	1.826	0.098	1.000
Objetivos y Metas	18.250	5.560	15.250	4.787	1.461	0.197	0.800
Impulsos	21.500	5.260	12.750	1.258	1.826	0.098	1.000
Consciencia	19.000	6.481	20.250	5.123	0.802	0.586	-0.500
Estrategias	22.500	9.183	18.000	6.583	1.278	0.269	0.700
Claridad	13.000	3.651	10.500	5.000	1.000	1.000	1.000
Total DERS	114.750	25.264	87.500	18.520	1.826	0.125	1.000
Cohesión	22.000	3.464	22.750	2.217	-0.548	0.713	-0.300
Flexibilidad	21.500	4.796	23.250	4.349	-1.461	0.197	-0.800
Desapego	22.500	4.655	19.000	0.816	1.461	0.197	0.800
Apego	18.000	3.559	18.000	2.944	0.000	1.000	0.000
Rigidez	20.250	2.217	20.750	4.031	-0.183	1.000	-0.100
Caos	23.000	4.243	18.500	4.655	1.461	0.250	0.800
Salud Física	21.000	7.348	24.000	5.715	-1.461	0.250	-0.800
Salud Psicológica	15.750	7.974	20.000	5.354	1.826	0.098	-1.000
Relaciones Sociales	9.250	5.123	10.750	1.708	-0.730	0.625	-0.400
Ambiente	22.750	6.500	26.750	2.986	-1.095	0.375	-0.600
Total WHOQOL-BREF	68.750	25.760	82.500	14.617	1.461	0.197	-0.800

*Nota.* DE: desviación estándar;  $\delta$ : d de Cohen, tamaño del efecto.

## Discusión y conclusiones

Tras culminado el proceso terapéutico y estandarizar los resultados se puede observar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual como modelo enfocado en el tratamiento de la familia en contexto, donde la triada pensamiento, emoción y conducta fueron el foco principal para lograr un cambio, en este sentido factores como la convivencia se han enmarcado en el bienestar del sistema, relacionado con la salud física y psicológica además de la calidad de vida; en el presente estudio, los autores refieren que son de importancia elementos como la regulación emocional y la flexibilidad psicológica para entender la manera en cómo los padres afrontan el diagnóstico de los hijos, para esto la investigación se centró en verificar si las variables mencionadas evidencian un

cambio tras aplicar técnicas de tercera generación en 9 padres con hijos de 1 a 7 años que poseen TEA, donde mencionan que durante 8 sesiones se trabajó con el objetivo además de identificar factores como estrés y angustia que aqueja a los padres, finalmente, los resultados dieron a conocer que tras establecer estrategias y mecanismos que se fundamenten en la realidad que vive el sistema familiar permite el manejo emocional en función de que existe una relación directamente proporcional entre la liberación de factores como la ansiedad de los padres con el comportamiento de los hijos (Flujas et al., 2021).

En respuesta al objetivo que plantean los factores que generan el cambio en la salud mental de la familia tras el diagnóstico de TEA, Lavado y Muñoz (2023) refieren que el impacto que inflige en el sistema familiar es notorio, ya que se altera la calidad de vida y se deteriora el sistema familiar, afectando de manera directa el holon conyugal, parental y fraternal; es decir, al cursar por un proceso de duelo que permite de manera continua la aceptación, los sentimientos evidentes en el grupo familiar están relacionados a la tristeza y la ira, que desencadenan de manera directa estrés y ansiedad presentes ante la incertidumbre de su nueva realidad y su futuro. Los padres mantienen pensamientos relacionados a la pérdida de un hijo con formación típica, lo que altera sus procesos de crianza y a la vez, la adaptación de estos estilos relacionados a las características del autismo, lo que repercute en su tiempo de pareja, de igual forma, los hermanos observan el cambio ejecutado en la crianza del hermano, para lo que vinculan sentimientos de injusticia, significando un alejamiento en la relación fraternal y parental. Para esto, en lo que respecta a la familia en cuestión, la literatura fundamenta los cambios de rutina y la exigencia que se presenta en la crianza del hijo con TEA, por ende los padres mencionan que los conflictos se dan a partir de la nula información o conocimiento que se brinda, vinculada con la ausencia de accesibilidad a servicios públicos de salud o la limitación económica para acceder al servicio privado. De la mano, los hermanos del niño con TEA reconocen los cambios en la forma de crianza para lo que consideran que se presenta una sobreprotección al menor, evidenciando el mismo sentimiento de injusticia; en consecuencia, el incremento en los niveles de estrés y ansiedad dentro de los holones genera conflictos que influyen en el ambiente y funcionalidad familiar, evidenciando una deficiencia en las habilidades o estrategias para sobrellevar la situación repercutiendo en la solución de conflictos; para lo que fue de vital importancia incorporar técnicas que permitan fortalecer la comunicación e influenciar de manera directa en la convivencia, donde se evidencia los resultados de cambio a lo largo de las sesiones trabajadas, detallada en la **Tabla 5**.

Es evidente que la salud mental de los integrantes de la familia que posee un miembro con TEA se encuentre más expuesta a factores que desencadenen sintomatología perjudicial para su desarrollo tanto interpersonal como intrapersonal como es el caso de la ansiedad, en este sentido tras el diagnóstico la aceptación al mismo limitó la posibilidad de adquirir estrategias que lo permitan afrontar, de igual forma según el paso de una etapa evolutiva a otra ha significado el cambio de rutinas constantes y el desequilibrio del ambiente familiar; esto se encuentra reforzado por el estudio de Canseco y Vargas (2020) que buscaba identificar los niveles de ansiedad y los estilos de afrontamiento a los que recurren los padres que tienen un hijo con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, donde a doscientos padres con hijos que asisten a una escuela especial se aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés, a partir de este análisis obtuvieron resultados referentes a la ansiedad estado y rasgo en relación a estilos de afrontamiento centrados en la emoción como aquellos centrados en el problema; finalmente, los autores concluyen que la ansiedad estado está directamente en coherencia con la primera etapa del diagnóstico debido a que el sistema parental entra en un cúmulo de emociones en las que sobresale la angustia y la evasión de la circunstancia, además la ansiedad vinculada con el estilo de afrontamiento centrado en el problema permite que el miedo disminuya y se enfoque en el entendimiento y educación de los hijos.

En conclusión, factores como la ausencia de información y programas de apoyo que traten el Autismo y la salud mental de las familias ha significado una exclusión en cuanto al tema, el mismo que ha generado conflictos en el círculo familiar, que dentro de la entrevista, las sesiones y la literatura han evidenciado ser un factor determinante, adjunto a los cambios de la realidad que se presentan como la comunicación, los modelos de crianza, la aceptación y adaptación al trastorno ha desencadenado disfuncionalidades entre las relaciones de los holones, en este sentido tras ejecutar el plan de intervención al sistema familiar se establece que la terapia individual sería un complemento eficaz en la adquisición de habilidades personales que repercute en el desenvolvimiento de un todo, siendo la familia así el ejemplo de aprendizaje para el niño con TEA.

Se estableció limitaciones a lo largo de las sesiones las mismas que son relevantes para el proceso de intervención grupal, entre ellas la ausencia de psicoterapia individual que les permite adquirir estrategias personales para la superación de determinadas problemáticas, en este sentido otra limitación presente es el factor socioeconómico que dificulta el acceso a recursos que favorecen la calidad de vida; la motivación y el desenvolvimiento dentro del círculo familiar es un

elemento que repercute en el proceso de cambio junto a la ausencia de tiempo que destinan para la realización de tareas intersesión. Finalmente, el desconocimiento acerca del TEA y el factor cultural dificulta la implementación de habilidades de crianza y funcionalidad familiar.

Para futuras intervenciones se recomienda establecer espacios de intervención psicoterapéutica por holones, debido a que tras el diagnóstico el holón conyugal se ve desplazado en cuanto a la ausencia de tiempo destinado a la convivencia en pareja, además la psicoeducación a los miembros del grupo familiar sobre el TEA y sus principales características fomenta la empatía y la capacidad de establecer habilidades que permitan el fortalecimiento de lazos. De la misma forma, al estar los hermanos inmersos en dicho contexto sería de relevancia trabajar en este subsistema con el objetivo de incrementar la resiliencia, aceptación y diferencias de crianza.

Dentro de la psicología y sus implicaciones prácticas es fundamental mencionar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual con relación a las técnicas de tercera generación donde la triada pensamiento, emoción y conducta van ligadas en el desenvolvimiento del ser humano tanto a manera personal como social, donde a la vez el enfoque sistémico familiar permite generar el entendimiento pertinente para desarrollar el plan de intervención enfocado en la familia. En consecuencia, al tener conocimiento del cambio que se origina con el diagnóstico de un hijo con TEA se reconoce la importancia de la prevención, el diagnóstico precoz y la psicoeducación en este tema, esencial para reconocer las patologías prevalentes y su tratamiento psicológico.

## Referencias

- Aguilar, M., Carrión, J., García, C., & Villavicencio, C. (2018). Diferencias del duelo y afrontamiento de los padres de niños con espectro autista. In *Conference Proceedings UTMACH*. 2(1).  
<http://investigacion.utmachala.edu.ec/proceedings/index.php/utmach/article/view/316>
- Andrade, D., Espinoza, J., Hurtado, F., & Robalino, D (2021). Psicoterapia Online: Aplicación desde una perspectiva cognitivo-conductual. *Revista Científica* , 6 (22), 56-77.  
<https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.22.3.56-77>
- Antony, M., Bieling, P., Cox, B., Enns, M., & Swinson, R. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176-181.  
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Alvarado, J., Contreras, L., & Cruz, C. (2021). Experiencias familiares, estrategias de afrontamiento y salud de madres y padres de niñez con autismo. *ECA: Estudios Centroamericanos*, 76(764), 89-111.  
<https://revistas.uca.edu.sv/index.php/eca/article/view/4576>
- Bravo, J., Pérez, M., Román, B., & Cruz, F. (2019) Experiencias de duelo en cuidadores familiares de niños con trastorno del espectro autista (TEA). *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 16(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph16234821>
- Cabezas, H., & Lega, L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30(2), 101-109.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44030207>
- Canseco, N., & Vargas, J. (2020). Comprendiendo los niveles de ansiedad y los estilos de afrontamiento en padres con hijos con TEA. *CASUS: Revista de Investigación y Casos en Salud*, 5(3), 131-137. <https://doi.org/10.35626/casus.3.2020.259>
- Carlos, E., Chavez, L., Dextre, K., Mallqui, S., & De La Cruz, C. (2023). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): evidencias psicométricas en universitarios. *Revista*

*Científica de Psicología Eureka*, 20(1), 26-42.

<https://ojs.psicoeureka.com.py/index.php/eureka/article/view/259>

Castillo, J., Vázquez, E., & Espinosa, Y. (2021). Validación del instrumento FACES-IV en español (México), en una unidad de atención primaria. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 8(3), 80-89. <http://dx.doi.org/10.24875/RMF.21000031>

Celis, G., & Ochoa, M. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 65(1), 7-20. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>

Cordero, M., Méndez, D., & Villa, A. (2023). *Experiencias de las familias que reciben un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista en uno de sus miembros*. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12707>

Da Paz, N. & Wallander, J. (2017). Interventions that target improvements in mental health for parents of children with autism spectrum disorders: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 51, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.006>

Delgado, E., & Arias, W. (2021). Estilos de crianza en niños con trastorno del espectro autista (TEA) que presentan conductas disruptivas: estudio de casos durante la pandemia del covid-19. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 15(1), 199-228. [10.7714/CNPS/15.1.301](https://doi.org/10.7714/CNPS/15.1.301)

Estrada, E., & Mamani, H. (2019). Funcionamiento familiar y agresividad en estudiantes de educación primaria de Puerto Maldonado. *Peruvian Journal of Health care and Global health*, 3(2), 70-74. [10.22258/hgh.2019.32.60](https://doi.org/10.22258/hgh.2019.32.60)

Fernández, M., & Espinoza, A. (2019). Salud mental e intervenciones para padres de niños con trastorno del espectro autista: una revisión narrativa y la relevancia de esta temática en Chile. *Revista de Psicología (PUCP)*, 37(2), 643-682. <http://dx.doi.org/10.18800/psico.201902.011>.

Flujas, J., Gómez, I., García, A., Chavez, A., & Chavez, M. (2021). Protocolo de intervención en flexibilidad psicológica y regulación emocional con terapia contextual en familias: Una serie de casos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 8(2), 50-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=8079127>

- Garrido, D., Carballo, G., Ortega, E., & García, R. (2020). Conducta adaptativa en niños con trastorno del espectro autista y su efecto sobre la calidad de vida familiar. *Revista de Neurología*, 71(04), 127-133. <https://doi.org/10.33588/rn.7104.2019401>
- Hervás, A., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría integral*, 21(2), 92-108. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Trastorno%20del%20Espectro%20Autista.pdf>.
- Hidalgo, C., Morales, G., Ortiz, M., Rojas, M., Balboa, T., Lanuza, F., & Muñoz, S. (2021). Propiedades psicométricas de la versión chilena del Whoqol-Bref para la calidad de vida. *Psicología Conductual*, 29(2), 383-398. <https://doi.org/10.51668/bp.8321210s>
- Lavado, S., & Muñoz, A. (2023). Impacto en la familia del diagnóstico de Trastorno del espectro del autismo (TEA) en un hijo/a: una revisión sistemática. *Análisis y modificación de conducta*, 49(180), 3-53. <https://doi.org/10.33776/amc.v49i180.7652>
- Llallahui Gómez, R. (2020). Propiedades psicométricas del cuestionario calidad de vida (WHOQOL–BREF) en adultos mayores que se encuentran en situación de confinamiento, Lima-2020. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/48656>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Martínez, Á., & Guaimara, E. (2019). Entender y comprender el autismo en la familia. Relato de vida de Ángel Martínez. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 2(2), 5-12. <https://doi.org/10.33996/repsi.v2i2.11>
- Michellini, Y., & Godoy, J. (2022). Adaptación Argentina de Dos Escalas de Dificultades en la Regulación Emocional en Adultos Emergentes Universitarios. *Psykhē*, 31(1), 1-20. <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2020.22585>
- Montagut, M., D'Ocon, A., & Pastor, G. (2017). Interacción social y comunicación temprana en hermanos de niños con diagnóstico de trastorno del espectro autista: una revisión de la

- literatura. *International Journal of Developmental and Educational Psychology-INFAD Revista de Psicología*, 1(4), 373-388. <http://hdl.handle.net/10662/14852>
- Muñoz, C., Cardona, D., Restrepo, D., & Calvo, A. (2022). Salud mental positiva: entre el bienestar y el desarrollo de capacidades. *CES Psicología*, 15(2), 151-168. <https://doi.org/10.21615/cesp.5275>
- Nahmod, M. (2021). ¿Hacia una epidemia del autismo? Entre historias celebratorias y estudios críticos. *Revista Psicología e Saúde*, 9(2), 61-76. <https://www.academica.org/maia.nahmod/3>
- Neto, A., Godoy, L., de Castro, M., de Lacerda, M., & Merino, L. (2018). Desafíos y derechos de la familia y cuidadores de portadores del trastorno del espectro autista. *TZHOECOEN*, 10(2), 239-247. <https://doi.org/10.26495/rtzh1810.226418>
- Ochoa, D. (2022). Severidad de autismo en hijos menores de 12 años y niveles de depresión y estrés parental. Riobamba. Ecuador. 2019. *La Ciencia al Servicio de la Salud*, 12, 90-99. <http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn/article/view/653>
- Olivera, E., & Yupanqui, D. (2020). Violencia escolar y funcionalidad familiar en adolescentes con riesgo de deserción escolar. *Revista Científica de la UCSA*, 7(3), 3-13. <https://doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2020.007.03.003>
- Olsen, D., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). Family adaptability and cohesion evaluation scales (FACES-II). *Minneapolis: University of Minnesota*. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=XAMWW9RINi4C&oi=fnd&pg=PA180&dq=related:bOUaapWueU0J:scholar.google.com/&ots=4Ztt6fBsAl&sig=hnt9INV0orjYzrvpi9zoBr0PC88#v=onepage&q&f=false>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pentón, A., Bermudez, R., & Mato, D. (2019). La resiliencia en la familia del niño con autismo: actitud y condición de desarrollo. *Revista Científica Ciencia y tecnología*, 19(23).

<http://cienciaytecnologia.uteg.edu.ec/revista/index.php/cienciaytecnologia/article/download/253/389>

- Pérez, M. (2021). ¿ Qué nos importa Skinner, treinta años después?. *Papeles del Psicólogo*, 42(1), 10-20. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2940>
- Quintero, A., Sarguera, R., & Mato, D. (2019). La resiliencia en la familia del niño con autismo: actitud y condición de desarrollo. *Revista Científica Ciencia y Tecnología*, 19(23). <https://doi.org/10.47189/rcct.v19i23.253>
- Ramos, X. (2017). Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/703>
- Reivan, G, Ortiz, P, & Reivan, P. (2020). Una versión breve de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS): Evidencia de validez en población ecuatoriana. *Revista Internacional de Investigación Psicológica*, 13(2), 14-24. <https://doi.org/10.21500/20112084.4325>
- Rodríguez, A., Agudelo, C., & Córdoba, L. (2021). Lo sistémico entre escuela y familia. Universos posibles. *Revista Perseitas*, 9, 373-388. <https://doi.org/10.21501/23461780.3975>
- Ruiz, J., & Cano, J. (2002). Manual de psicoterapia cognitiva. *España: Ubedo*.
- Sumalavia, M., & Almenara, C. (2019). Proceso de adaptación de padres y madres de hijos diagnosticados dentro del trastorno del espectro autista. *Perspectiva De Familia*, 3, 25–44. <https://doi.org/10.36901/pf.v3i0.176>
- Tanta, A., Quispe, M., Serpa, A., & Ardiles, D. (2019). Diseño y validación de la escala de afrontamiento al estrés en padres de hijos con discapacidad. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(2), 265-286. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i2.17426>
- Valencia, P. (2019). Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): ¿miden algo más que un factor general?. *Avances en Psicología*, 27 (2), 177-190. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2019.v27n2.1796>

- Vargas, M., Cárdenas, S., & Herrera, C. (2022). Un recurso para atención primaria de la salud mental. DASS-21, propiedades psicométricas. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 6(3), 141-148. <https://doi.org/10.35839/repis.6.3.1481>
- Villavicencio, C., & López, S. (2019). Funcionamiento familiar y estrategias de afrontamiento de madres y padres de preescolares con discapacidad intelectual. *Revista Ciencia UNEMI*, 12(31), 140-153. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582661248014>
- Walsh, S., & Petetta, S. (2019). Evidencia y resultados en terapia familiar en el trabajo con niños. In *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-111/650>
- World Health Organization. (2016). WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>
- Zambrano, A., & Lescay, D. (2022). Rol de la familia en la calidad de vida y autodeterminación de las personas con trastornos del espectro autista. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR*, 5(9), 41-77. <https://doi.org/10.46296/gt.v5i9edespab.0064>



Universidad  
Católica  
de Cuenca

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

**Kevin Fabián Guillén Sánchez** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302975339** y **Milagros Desire Velasco Barahona** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302087408**. En calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Salud Mental en Familias con Hijos con Trastorno del Espectro Autista”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconocemos a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizamos además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **19 de octubre de 2023**

F: .....

**Kevin Fabián Guillén Sánchez**

C.I. **00302975339**

F: .....

**Milagros Desire Velasco Barahona**

C.I. **0302087408**