



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

CAMPO DEL CONOCIMIENTO: PSICOLOGÍA Y SALUD

ESTUDIO DE LA AUTOEFICACIA PARENTAL EN PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNOS DEL
ESPECTRO AUTISTA

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

DOCTOR EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

VIOLETA ADLAI HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

TUTOR PRINCIPAL:

DRA. MARÍA LUISA RASCÓN GASCA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑÍZ

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

DRA. GUADALUPE ACLE TOMASINI

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNAM

DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

DRA. SILVIA LÓPEZ LARROSA

UNIVERSIDAD DE A CORUÑA, ESPAÑA

DR. FRANCISCO LORENZO JUÁREZ GARCÍA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑÍZ

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos y dedicatoria

En primer lugar, agradezco a Dios por ayudarme a realizar este trabajo que ha significado un gran reto en mi vida.

Agradezco a mi familia, que me brindó un soporte muy importante para realizar mis estudios de doctorado. Te agradezco mamá por haber viajado desde Veracruz a la Ciudad de México en diversas ocasiones para ayudarme a cuidar a mi bebé, y por el periodo de tiempo en el que papá y tú, nos recibieron en su casa, para que pudiera corregir y concluir mi tesis, su gran ayuda me hizo llegar a la meta. Muchas gracias también a mi esposo, quien ha sido mi amigo en todo este proceso, a mi suegra, a otros familiares y, claro, a mi nena Ámbar, porque tu existencia me inspira, y me ha sensibilizado sobre lo que implica ser madre.

Agradezco a los Doctores miembros de mi comité académico. A la Dra. María Luisa Rascón Gasca, por su generosidad, sus palabras de aliento y su amistad; a la Dra. Guadalupe Acle Tomasini, por sus aportaciones que me ayudaron a reflexionar y a mejorar mi trabajo; a la Dra. María Emilia Lucio Gómez-Maqueo, por su calidad profesional, gracias por su ayuda, me alegra mucho que haya formado parte de mi comité académico; a la Dra. Silvia López Larrosa, porque siempre me apoyó, porque además de una excelente profesional, la considero una linda amiga; Al Doctor Francisco Lorenzo Juárez García, porque fue un pilar muy importante en este trabajo, ha sido un excelente profesor y un gran apoyo para mí.

Quiero expresar un agradecimiento especial al Dr. Philip Roman Zelazo, de la Universidad de McGill (Canadá) por compartir conmigo su modelo de intervención con padres y niños. Ha sido un privilegio conocerle y volverme su discípula.

Agradezco a diferentes colegas, compañeros y amigos que en su momento me brindaron orientación y ayuda.

Agradezco a todos los participantes en la investigación, porque con sus aportaciones, hicieron posible esta tesis.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme, una vez más, formar parte de su comunidad y enriquecerme como profesional. Gracias también, al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por brindarme soporte económico para mis estudios.

Dedico esta tesis a los padres y madres de niños con Trastornos del Espectro Autista, pues convivir con ustedes ha cambiado mi percepción del mundo. Gracias por su gran ejemplo de resiliencia.

Resumen

La autoeficacia parental ha sido motivo de estudio de diferentes investigadores, pues se reconoce su influencia en la salud mental de padres de niños con desarrollo típico, así como en padres de niños diagnosticados con alguna discapacidad o trastorno.

Existe una variabilidad en la conceptualización y medición del constructo de autoeficacia parental. Sin embargo, se distinguen dos formas de aproximación a esta variable: de forma general y por dominios específicos. En la presente tesis se estudió a la autoeficacia parental en un dominio específico: en el manejo de problemas de conducta externalizada. Se exploró esta variable en un grupo de padres de niños diagnosticados con Trastornos del Espectro Autista.

La investigación se planteó en dos fases. En la primera fase, se realizó un estudio con una muestra de 51 padres mexicanos de niños con diagnóstico de TEA para conocer cómo se relacionaba la autoeficacia parental con factores sociodemográficos y con variables psicológicas, tales como el estrés percibido y el estrés parental. Se encontró que la autoeficacia parental estaba más fuertemente relacionada con las variables psicológicas que con aspectos sociodemográficos.

En la segunda fase de la investigación, se diseñó e implementó una intervención para enseñar a los padres a manejar problemas de conducta externalizada de sus hijos con TEA y de esta forma incrementar la autoeficacia parental. La intervención se aplicó a 9 padres de niños menores de 4 años con reciente diagnóstico de TEA. Constó de 10 sesiones, de las cuales 5 fueron sesiones grupales y 5 individuales. Se midieron la autoeficacia parental y el estrés percibido al principio y al final de la intervención. Se analizaron los resultados a nivel grupal y a nivel individual. Como grupo, se presentó un incremento significativo en la autoeficacia parental y disminución significativa en el estrés percibido. Sin embargo, a nivel individual, se observaron diferencias en los efectos de la intervención, pues algunos participantes aumentaron su autoeficacia parental y disminuyeron su estrés percibido; mientras que otros aumentaron su autoeficacia parental pero no hubo cambios en el estrés percibido o viceversa. Se discuten los resultados y se plantean perspectivas a futuro.

Palabras clave: trastornos del espectro autista, padres, autoeficacia parental, estrés percibido, estrés parental, intervención.

Abstract

Parental self-efficacy has been the subject of study by different researchers, as its influence on the mental health of parents of children with typical development is recognized, as well as parents of children diagnosed with a disability or disorder.

There is variability in the conceptualization and measurement of the parental self-efficacy construct. However, two ways of approaching this variable are distinguished: in general and by specific domains. In this thesis, parental self-efficacy was studied in a specific domain: in the management of externalized behavior problems. This variable was explored in a group of parents of children diagnosed with Autism Spectrum Disorders.

The research was carried out in two phases. In the first phase, a study was conducted with a sample of 51 Mexican parents of children diagnosed with ASD to learn how parental self-efficacy was related to sociodemographic factors and psychological variables, such as perceived stress and parental stress. Parental self-efficacy was found to be more strongly related to psychological variables than sociodemographic aspects.

In the second phase of the research, an intervention was designed and implemented to teach parents how to manage their children's externalized behavior problems with ASD, thus increase parental self-efficacy. The intervention was applied to 9 parents of children under 4 years of age with a recent diagnosis of ASD. It consisted of 10 sessions, of which 5 were group sessions and 5 individual sessions. Parental self-efficacy and perceived stress were measured at the beginning and at the end of the intervention. Results were analyzed at group and individual level. As a group, there was a significant increase in parental self-efficacy and a significant decrease in perceived stress. However, at the individual level, differences were observed in the effects of the intervention, as some participants increased their parental self-efficacy and decreased their perceived stress; while others increased their parental self-efficacy but there was no change in perceived stress or vice versa. Results are discussed and future prospects are considered.

Key words: autism spectrum disorders, parents, parental self-efficacy, perceived stress, parental stress, intervention.

Contenido

Introducción	7
Marco conceptual y antecedentes	10
Autoeficacia	10
Autoeficacia parental	12
Autoeficacia parental en padres de niños con discapacidades	21
Autoeficacia parental en padres de niños con trastornos del espectro autista (TEA)	23
Autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada del hijo con TEA	30
Estrés en padres de niños con TEA	34
Estrés percibido	34
Estrés parental	35
Intervenciones para incrementar la autoeficacia parental y disminuir el estrés en padres de niños con TEA	38
Justificación y planteamiento del problema	48
Método	51
Preguntas de investigación	51
Primera fase: Exploración de la autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada	52
Objetivos generales	52
Objetivos específicos	52
Elaboración y validación de instrumentos	53
Tipo de estudio	67
Tipo de diseño	67
Participantes	67
Definición conceptual y operacional de las variables de estudio	69
Instrumentos	70
Procedimiento	71
Resultados	72
Conclusiones de la primera fase	83
Segunda fase: Diseño y evaluación de una intervención para el incremento de la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada	89
Objetivo general	89
Objetivos específicos	89
Elaboración de la intervención para padres	95
Tipo de diseño	99
Definición conceptual y operacional de las variables de estudio	99
Hipótesis	100
Participantes	100
Escenario	103
Instrumentos	103
Materiales	104

Procedimiento	105
Resultados	106
Conclusiones de la segunda fase	118
Discusión	120
Consideraciones éticas	130
Conclusiones finales	131
Limitaciones y perspectivas a futuro	132
Referencias	134
Apéndices	149

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Reactivos propuestos para el cuestionario de autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada</i>	55
Tabla 2. <i>Reactivos finales del cuestionario de autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada con el peso factorial de los reactivos</i>	59
Tabla 3. <i>Reactivos de la subescala de estrés de la escala de Estrés Percibido 10</i>	60
Tabla 4. <i>Reactivos del Parental Stress Scale</i>	62
Tabla 5. <i>Análisis de discriminación de los reactivos de la escala de estrés parental</i>	65
Tabla 6. <i>Reactivos que integran la escala de estrés parental y su peso factorial</i>	66
Tabla 7. <i>Datos sociodemográficos de la muestra</i>	68
Tabla 8. <i>Análisis descriptivo de las variables de estudio</i>	73
Tabla 9. <i>Análisis correlacional de las variables de estudio</i>	74
Tabla 10. <i>Diferencias entre mujeres y hombres respecto a las variables de estudio</i>	75
Tabla 11. <i>Descripción de las variables de estudio según la edad del hijo con TEA</i>	76
Tabla 12. <i>Diferencias en las variables de estudio según las preocupaciones de los padres</i>	79
Tabla 13. <i>Diferencias en las variables de estudio según los problemas de conducta del hijo</i>	80
Tabla 14. <i>Descripción de las variables sociodemográficas de padres que puntuaron alto y bajo en el cuestionario de autoeficacia parental</i>	81
Tabla 15. <i>Situación familiar y preocupaciones de padres que puntuaron alto y bajo en el cuestionario de autoeficacia parental</i>	82
Tabla 16. <i>Diferencias en el estrés percibido y en el estrés parental en los padres con alta y baja autoeficacia parental</i>	83
Tabla 17. <i>Reactivos que inicialmente se propusieron para el segundo cuestionario de autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada</i>	91
Tabla 18. <i>Segundo cuestionario de autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada con el peso factorial de los reactivos</i>	94
Tabla 19. <i>Estructuración de las sesiones para padres de niños con TEA</i>	98
Tabla 20. <i>Características sociodemográficas del grupo de intervención</i>	102
Tabla 21. <i>Análisis descriptivo de las escalas de autoeficacia parental en el grupo de intervención</i>	107
Tabla 22. <i>Análisis comparativo de la preprueba y la posprueba de las escalas de autoeficacia parental en el grupo de intervención</i>	108
Tabla 23. <i>Análisis descriptivo y comparativo de la preprueba y la posprueba del estrés percibido en el grupo de intervención</i>	108
Tabla 24. <i>Descripción sociodemográfica de cada participante</i>	109

Tabla 25. <i>Análisis descriptivo del cuestionario de evaluación de la intervención</i>	118
---	-----

Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Calificaciones de cada participante en la escala de seguridad para manejar problemas de conducta externalizada en la preprueba y en la posprueba	111
<i>Figura 2.</i> Calificaciones de cada participante en la escala de ideas y emociones al manejar problemas de conducta externalizada	112
<i>Figura 3.</i> Calificaciones de cada participante en el cuestionario de estrés percibido antes y después de la intervención	113

Introducción

La autoeficacia parental es conceptualizada por algunos autores como una estimación propia de la competencia en el rol parental, o como la percepción de la habilidad para influenciar positivamente la conducta y el desarrollo de los hijos (Coleman & Karraker, 2000). Esta confianza parece contribuir a la salud mental de los padres, y se relaciona también con aspectos positivos de los hijos (Biehle & Mickelson, 2011; Juntitla & Vauras, 2014).

Por su relevancia, esta variable se ha estudiado en padres de niños con discapacidades, incluyendo a los padres de niños con Trastornos del Espectro Autista (Giallo, Wood, Jellett, & Porter, 2011).

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son una serie de desórdenes del neurodesarrollo caracterizados por un amplio rango de déficits en la comunicación social y comportamientos restringidos y repetitivos, los cuales ocasionan notables limitaciones en la autonomía personal; a nivel mundial, los estudios epidemiológicos han reportado una incidencia del 1% (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). En diferentes partes del mundo, existen investigaciones acerca del sentir de los padres de niños diagnosticados con TEA en las que se han encontrado diferentes necesidades e inconformidades. Por ejemplo, en México, los padres han expresado falta de orientación oportuna por parte de los profesionales (Campbel & Figueroa, 2001). En muchos casos, los padres han deambulado por diversos centros de salud sin encontrar una respuesta clara y una propuesta integral de tratamiento, lo cual, sin duda, aumenta su angustia (Albores, Hernández, Díaz, & Cortes, 2008). Asimismo, muchos niños diagnosticados con TEA tienen conjuntamente problemas de conducta externalizada,

que complican su adaptación social, afectando también, la adaptación social de sus padres (Rosenblum-Fishman, 2013). Entonces, debido a las circunstancias emocionales que experimentan los padres de niños con TEA, las conductas desafiantes que suelen presentar estos niños y la falta de apoyo social, el tener a un niño con TEA se asocia con sobrecarga para los padres; y con una mayor incidencia de problemas emocionales (Howlin, Goode, Hutton, & Rutter, 2004).

Al estudiar a la autoeficacia parental en padres de niños con TEA, se ha encontrado que esta variable influye positivamente en la adaptación psicológica de los padres (García, Sarriá, & Pozo, 2016). Incluso, algunos autores mencionan que la autoeficacia parental influye mucho más que los factores sociodemográficos y las características de los niños diagnosticados (Karp & Kuo, 2015). Luque, Yañez, Tabernero, y Cuadrado (2017) encontraron que la autoeficacia parental es un predictor relevante de la satisfacción de las madres de niños con TEA y correlaciona positivamente con estrategias de afrontamiento positivas, tal como el uso de resolución de problemas. Sin embargo, en los estudios sobre autoeficacia parental se presentan diferencias en la forma de definirla y evaluarla. Mientras que algunos autores evalúan a la autoeficacia parental como una percepción general de competencia parental, otros autores se centran en evaluar la autoeficacia parental por dominios específicos (Coleman y Karraker, 2000).

Esta tesis se dedicó a estudiar la autoeficacia parental. En el marco conceptual y antecedentes se presentan estudios de esta variable, primero en población de padres de niños con desarrollo típico, posteriormente en padres de niños con alguna discapacidad, para finalmente centrarse en los estudios realizados con padres de niños diagnosticados con TEA.

Después de la revisión de los antecedentes, esta tesis se centró en abordar la variable autoeficacia parental en un dominio específico: la autoeficacia para manejar problemas de conducta externalizada del hijo con TEA. Pues, como se ha mencionado, la literatura señala que estos problemas de conducta son frecuentes en niños con TEA (Gulsrud, Jahromi, & Kasari, 2010) y afectan negativamente a los padres, pues incrementa su estrés (Pozo, Sarriá, & Méndez, 2006). Asimismo, la literatura señala que el estrés está inversamente relacionado al sentido de competencia parental (Rosenblum-Fishman, 2013). De aquí la importancia de abordar la variable autoeficacia parental, especialmente en el manejo de los problemas de conducta externalizada, pues al conocer qué variables se relacionan con ésta, y encontrar intervenciones pertinentes para incrementarla, podría disminuirse el estrés de los padres, y, por tanto, mejorar la adaptación psicológica de padres y niños.

Se planteó una investigación en dos fases. En la primera fase, se elaboró y validó un instrumento para medir la autoeficacia parental específicamente en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada, y se realizó un estudio con una muestra de 51 padres mexicanos de niños con diagnóstico de TEA, para conocer cómo se relacionaba esta variable con factores sociodemográficos y con variables psicológicas, tales como el estrés percibido y el estrés parental. Con base en los hallazgos encontrados, en la segunda fase de la investigación, se diseñó una intervención para incrementar la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada dirigida a padres de niños con reciente diagnóstico de TEA. La intervención se aplicó a 9 padres de niños menores de 4 años y se evaluaron la autoeficacia parental y el estrés percibido al principio y al final de la intervención. Se analizaron los resultados a nivel grupal y a nivel individual. Como grupo, se presentaron cambios positivos en la autoeficacia parental y disminución en el estrés

percibido. Sin embargo, a nivel individual, se observaron diferencias en los efectos de la intervención.

Esta tesis aporta a la psicología, un acercamiento a la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada en padres mexicanos de niños con TEA, propone un instrumento para medirla, y una intervención que puede utilizarse en centros públicos de atención a los TEA.

Marco conceptual y antecedentes

Autoeficacia

La autoeficacia es definida por Bandura (1997) como el propio juicio acerca de la capacidad personal para realizar una tarea. Es una capacidad generativa en la cual aspectos cognitivos, sociales, emocionales y comportamentales deben ser organizados y puestos en marcha para el cumplimiento de diversos propósitos.

La teoría de la autoeficacia se ha aplicado en diversas áreas del funcionamiento humano: la educación, promoción y prevención de la salud, el funcionamiento de las organizaciones, etc. Proviene de la perspectiva de la teoría cognitiva-social. Desde este punto de vista, las personas tienen la capacidad de organizarse a sí mismas, de autorregularse y de reflexionar sobre su actuación. Las personas, entonces, son productoras de sus propias circunstancias y no sólo productos de ellas. A través del desarrollo de capacidades y de creencias positivas sobre sí mismos, los seres humanos contribuyen al curso de sus vidas (Bandura, 1997).

Las creencias en la eficacia personal son un factor clave, ya que diferentes personas con habilidades similares, o la misma persona bajo diferentes circunstancias podría desarrollarse pobremente, adecuadamente, o extraordinariamente, dependiendo de las fluctuaciones en sus creencias de eficacia personal. Por lo que, la autoeficacia no está relacionada con la cantidad de habilidades que las personas tienen, sino con lo que las personas creen que pueden hacer con lo que tienen bajo una variedad de circunstancias. Aunque, cabe mencionar que el funcionamiento efectivo de las personas requiere ambos: desarrollar habilidades y las creencias en la eficacia para usar dichas habilidades (Bandura 1997).

Según la teoría de la autoeficacia que menciona Bandura (1997), la percepción de ésta se ve influenciada por cuatro factores: experiencias previas que nos permiten sentir dominio sobre algo, es decir, cuando hacemos algo y es exitoso, entonces tenemos una sensación mayor de autoeficacia respecto a esa tarea o a alguna que es similar; experiencia vicaria, que es la observación del éxito de otro en la tarea en cuestión, quien es similar a uno mismo, y funge como modelo; persuasión verbal o social, esto es, cuando las personas son persuadidas verbalmente acerca de que ellas pueden realizar una tarea, este apoyo de los demás, genera sentido de autoeficacia; y estados somáticos y emocionales, es decir, las sensaciones y emociones que ocurren cuando una persona está haciendo una tarea le proveen pistas sobre la probabilidad de éxito o fracaso en dicha tarea, por ejemplo, el miedo, el estrés y la ansiedad afectan a la percepción de la autoeficacia.

La autoeficacia tiene diversos efectos: influencia cuánto esfuerzo las personas invierten en una tarea, cuánto tiempo perseveran en enfrentar los obstáculos y fallas, su resiliencia a la adversidad y el nivel de estrés y depresión que experimentan al enfrentar las demandas del ambiente. Por lo tanto, este constructo de la autoeficacia se vuelve relevante. En especial, si

tomamos en cuenta que, para el bienestar humano, se requiere una visión optimista de sí mismo. Si bien, las personas viven circunstancias difíciles por lo que están llenas de frustraciones, conflictos e inequidades, el sistema de creencias funcional en circunstancias difíciles debe combinar realismo sobre la situación, pero también optimismo de que se puede vencer o adaptarse pese a las dificultades, a través del auto-desarrollo y el esfuerzo perseverante (Bandura, 1997). El desarrollo humano, su adaptación y cambio se logran a través de una perspectiva de agencia: ser agente del propio funcionamiento; y las creencias de eficacia personal son el fundamento de esta agencia humana (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Regalia, & Scabini, 2011).

El concepto de autoeficacia, desde sus orígenes hasta la actualidad es relevante en la psicología contemporánea teórica y práctica (Schwarzer & Renner, 2000). Una de las tareas o actividades humanas en donde ha destacado la influencia de la variable autoeficacia es en el desempeño del rol parental. A continuación, se revisará la autoeficacia parental como variable de interés.

Autoeficacia parental.

La autoeficacia parental se conceptualiza de diferentes formas: el grado en que un padre se siente competente y seguro, sobre todo, en el manejo de los problemas de su hijo (Johnston & Mash, 1989); la autoevaluación de competencia en el rol parental (Coleman & Karraker, 2000); creer en las habilidades que se poseen para llevar a cabo el rol parental, lo que incluye tener expectativas realistas y una auto-percepción de ser competente como padre o madre (Kendall & Bloomfield, 2005); las creencias de los padres acerca de sus habilidades para

influenciar a sus hijos de forma tal que los hijos logren un desarrollo positivo (Glatz & Buchanan, 2015), entre otras definiciones.

Como puede observarse en las definiciones, algunos autores definen a la autoeficacia parental como sinónimo de competencia parental. Otros diferencian autoeficacia y competencia parentales como constructos diferentes, no obstante, quienes los han diferenciado encuentran correlaciones positivas entre estos constructos (Teti & Gelfand, 1991). Por otro lado, hay algunos autores como Coleman y Karraker (2000) que aseguran que la autoeficacia parental, es un elemento cognitivo de la competencia parental, que implica la percepción del padre de tener habilidades para influenciar positivamente la conducta y el desarrollo de sus hijos.

En los estudios que se han realizado a lo largo del tiempo, se ha encontrado que la autoeficacia parental juega un papel interesante en la adaptación al rol de ser padre o madre. Williams et al. (1987) encontraron que las madres quienes tenían fuertes creencias en sus capacidades de brindar cuidados (que habían sido evaluadas en este aspecto antes del nacimiento de su primer hijo), experimentaban mayor bienestar emocional, apego más cercano a su bebé, y mejor ajuste a su rol parental durante la fase de post parto. También experimentaban menos conflicto sobre su rol parental y mejores relaciones maritales durante este periodo de la niñez temprana, que las madres quienes tenían creencias débiles acerca de sus capacidades parentales. Un estudio longitudinal realizado por Oloff y Aboud (1991) confirmó que un fuerte sentido de eficacia parental percibida sirve como un factor protector ante la depresión postparto.

En estudios posteriores, se encontró que una alta autoeficacia parental predecía una mayor satisfacción con la crianza de los hijos (Coleman & Karraker, 2000).

A lo largo de las últimas décadas, se encuentran diversos estudios sobre la autoeficacia parental y su efecto en los padres e hijos. A continuación, se mencionan algunos de estos estudios en dos apartados: estudios sobre la autoeficacia parental en relación con variables de los hijos; y estudios sobre la autoeficacia parental en relación con variables de los padres. En cada apartado se ordenan cronológicamente los estudios, y se detallan algunas características de estos.

Estudios sobre la autoeficacia parental en relación con variables psicológicas de los hijos.

Teti y Gelfand (1991) estudiaron a 86 madres de bebés entre 3 y 13 meses de edad, midieron su autoeficacia parental mediante un cuestionario elaborado por estos mismos autores que consistía en 10 reactivos acerca del sentimiento de eficacia en dominios específicos (por ejemplo: calmar al niño, entenderlo, etc.). Encontraron una correlación negativa entre la autoeficacia parental y un temperamento difícil de los niños. Posteriormente, Coleman y Karraker (2000) evaluaron a 145 mujeres, madres de niños en edad escolar, evaluaron la autoeficacia parental desde dos perspectivas: de forma general, y por ámbitos o dominios específicos (disciplina, recreación, cuidado, salud, etc.), encontraron que las madres de alta autoeficacia parental tenían niños con menores problemas emocionales y conductuales, eran niños más sociables.

Otros autores, también encontraron relación entre características de los niños y la autoeficacia de los padres. Por ejemplo, Nievar (2005), midió la autoeficacia parental de 1,364 padres, cuyos hijos tenía entre 6 y 36 meses de edad. Para lo cual aplicó un cuestionario que ha sido ampliamente utilizado para medir autoeficacia parental, llamado Parenting Sense of Competence PSOC (Johnston & Mash, 1989), que tiene 2 subescalas: satisfacción y

eficacia parental. En total son 16 reactivos que evalúan el grado de acuerdo con enunciados como: “ser padre es algo manejable”. Encontró en sus resultados, que la autoeficacia parental, y las prácticas parentales eran predictores de apego seguro y autocontrol de los niños.

Sequera (2010), estudió a 104 madres de niños entre 14 y 46 meses de edad, evaluó la autoeficacia parental en diversas tareas del rol parental, y encontró que existe una asociación negativa entre autoeficacia parental y problemas de conducta de los hijos, asimismo, concluyó que la autoeficacia parental predice significativamente problemas de conducta en los niños.

En estudios más recientes, se encuentra el realizado por Juntitla y Vauras (2014), en el que se evaluó a 981 estudiantes de cuarto grado en Finlandia (niños de 10 años), se evaluó a sus padres y a sus profesores. En este estudio se aplicó una escala de autoeficacia parental que incluía subescalas: autoeficacia parental respecto a la recreación, respecto a la disciplina, para el cuidado y participación. Se encontró que los niños cuyos padres tenían una alta autoeficacia parental, presentaban mayor conducta prosocial. Finalmente, se menciona el estudio de Glatz, Cotter, y Buchanan (2017), quienes estudiaron a 130 padres (89 madres y 41 padres) de adolescentes. Se utilizó un breve cuestionario de autoeficacia parental, que consistió en 5 reactivos sobre la influencia de los padres en los adolescentes, por ejemplo: “Yo puedo conseguir que el niño evite problemas escolares”. En los resultados se encontró que la autoeficacia parental estaba ligada a crianza activa y positiva cuando los niños eran mayores (la edad de los hijos influía en la autoeficacia de los padres), y cuando presentaban pocos problemas de conducta externalizada.

Estudios sobre la autoeficacia parental en relación con variables psicológicas de los padres.

Existen diversos estudios sobre la autoeficacia parental y sus efectos en los padres. Teti y Gelfand (1991) en su estudio mencionado anteriormente con 86 madres de bebés, encontraron una correlación positiva entre la autoeficacia parental y el apoyo social, especialmente, el marital.

Más adelante, Bandura et al. (2011) estudiaron a los integrantes de 142 familias de adolescentes en Milán, Italia. Los autores crearon un cuestionario para evaluar la autoeficacia parental que incluía 12 reactivos, un ejemplo de estos reactivos era: “¿Qué tan bien, ayudas a tu hijo(a) a manejar los problemas que él tiene con otros?”. Entre sus hallazgos más importantes, encontraron que las mujeres tenían mayor autoeficacia parental que los hombres, y que la autoeficacia parental contribuía a la eficacia familiar, por ejemplo, estaba relacionada a la comunicación abierta. Biehle y Mickelson (2011) también estudiaron a 104 parejas, pero estas parejas estaban en el periodo de gestación de su primer hijo, aplicaron una escala de autoeficacia de 14 reactivos que evaluaba diversos aspectos del rol parental, un ejemplo de estos reactivos era: “Yo tendré dificultades para determinar qué es seguro para mi bebé”. Encontraron que la autoeficacia parental estaba relacionada a una mejor salud mental y a la satisfacción de madres y padres.

Algunos autores se han dado a la tarea de estudiar a la autoeficacia parental como un mediador entre variables de los padres, por ejemplo, Yeung y Chan (2011) realizaron un estudio con 504 padres de familias chinas en situación de pobreza, eran padres de niños en

edad preescolar y primaria. Para medir la autoeficacia parental utilizaron una subescala del instrumento PSOC (Parenting Sense of Competence). El objetivo de estos autores era conocer si la autoeficacia parental era un mediador entre el estrés de la familia y los efectos negativos de la pobreza. Encontraron que la autoeficacia parental sí era un mediador significativo.

Asimismo, Giallo, Treyvaud, Cooklin, y Wade (2013) estudiaron a 982 padres australianos (851 mujeres y 131 hombres) también usaron la escala PSOC para medir la autoeficacia parental. Encontraron que la autoeficacia parental mediaba la relación entre el bienestar del padre, el temperamento del niño y el involucramiento del padre en actividades de su hijo. Otros autores también se han ocupado de investigar a la autoeficacia parental como variable predictora del involucramiento de los padres, encontrando que sí es un predictor significativo (Kwok, Ling, Leung, & Li, 2013; Kwok & Li, 2015; Molenda-Kostanski, 2016; Trahan, 2017).

En cuanto al papel que juega la autoeficacia parental como predictora de depresión, se encuentran los estudios de deMontigny, Girard, Lacharité, Dubeau, y Devault (2013), quienes estudiaron a 205 hombres, padres de bebés entre 8 y 16 meses, encontraron que una baja autoeficacia parental estaba asociada con el desarrollo de depresión postnatal en estos padres. Por otro lado, hay autores que mencionan una asociación bidireccional entre la autoeficacia parental y la depresión, es decir, la baja autoeficacia es un predictor de la depresión y la ansiedad, así como la depresión y la ansiedad predicen baja autoeficacia parental (Kunseler, Willemen, Oosterman, & Schuengel, 2014).

En cuanto a la relación entre la autoeficacia parental y el estrés de los padres, se encuentra el estudio de Gavita, David, y DiGiuseppe (2014), quienes entrevistaron a 211 padres rumanos,

y aplicaron la escala PSOC para evaluar autoeficacia parental, con el fin de conocer si ésta era un tipo de cognición que afectaba el estrés. Encontraron que una baja autoeficacia parental en combinación con una percepción global negativa sobre el hijo, contribuían significativamente al estrés. Otros autores, también han mencionado asociaciones significativas, negativas, entre autoeficacia y estrés parental (Kwan, Kwok, & Ling, 2015).

Es importante mencionar en este breve recorrido de estudios sobre autoeficacia parental, el estudio de Chau y Giallo (2015), quienes evaluaron a 1,143 padres (1,003 madres y 140 padres) en Australia. Estas autoras encontraron que la autoeficacia parental (evaluada con la escala PSOC) se relacionaba negativamente con la fatiga de los padres y con la hostilidad; y positivamente, con la calidez parental.

Otros estudios, como el de Mark-Ribiczey, Miklosi, y Szabo (2016), quienes evaluaron a 407 mujeres, madres en Finlandia, encontraron que la autoeficacia parental tenía una asociación negativa con sentimientos de culpa, y positiva, con el uso de estrategias como reenfoque en la planeación y reevaluación positiva. En este estudio la edad de la madre se encontró negativamente relacionada a la autoeficacia parental.

Finalmente se menciona el estudio de Aldoney – Ramírez (2017), quienes estudiaron a 51 madres y sus hijos, quienes eran latinos y tenía bajos recursos. La autoeficacia fue medida con cuatro reactivos que evaluaban la autopercepción de tener o no habilidad en el rol parental. En sus resultados, se encontró que la alta autoeficacia parental correlacionaba con tener rutinas adecuadas en el hogar.

Conclusiones sobre los estudios de la autoeficacia parental en padres e hijos.

En los estudios antes mencionados, se corroboró la relevancia de la variable autoeficacia parental.

Se encontró una relación bidireccional entre la autoeficacia parental y algunas conductas de los hijos: una alta autoeficacia parental correlaciona con conductas positivas en los hijos (por ejemplo, conducta prosocial); y a su vez, el que los hijos presenten problemas de temperamento o de conducta (en especial, se mencionaron problemas de conducta externalizada), afecta la autoeficacia de los padres (Glatz et al., 2017; Mark-Ribiczey et al., 2016).

Asimismo, se mencionaron relaciones positivas entre la autoeficacia parental y variables de los padres tales como: satisfacción, calidez, estrategias de afrontamiento positivas, involucramiento con los hijos, las cuales son positivas para la salud mental de los padres; y relación negativa con aquellas variables que representan problemas en la salud mental (tales como: depresión, estrés, fatiga, culpa, etc.). Estableciéndose también relaciones bidireccionales, por ejemplo, entre la autoeficacia parental y la depresión de los padres (deMontigny et al., 2013).

Sin embargo, desde los primeros estudios, que fueron pilares en la historia de la autoeficacia parental, se cuestionaron las diversas formas en que se ha medido la variable (Coleman & Karraker, 2000). Se han usado cuestionarios que miden la variable de forma general (por ejemplo, el instrumento PSOC, que mide creencias generales de satisfacción y de competencia parental), y por dominios específicos (evaluando la autoeficacia parental en

tareas particulares como la disciplina, recreación, cuidados básicos, etc.) lo cual implica muchas diferencias en los instrumentos que se utilizan (McDonald, Kehler, Bayrampour, Fraser-Lee, & Tough, 2016). No obstante, algunos autores afirman que los instrumentos que miden la autoeficacia parental en dominios específicos brindan más información que aquellos que miden una percepción general de autoeficacia parental (Coleman & Karraker, 2000).

Variables que contribuyen a la autoeficacia parental.

Algunos autores han encontrado variables que afectan a la autoeficacia parental. En cuanto a variables sociodemográficas, Coleman y Karraker (2000) definieron que las madres con mayor escolaridad, ingresos familiares superiores, y experiencias anteriores con niños, puntuaban con una alta autoeficacia parental. Otros encontraron que las madres tenían mayor autoeficacia que los padres (Bandura et al., 2011). Mark-Ribiczey et al. (2016) mencionaron que la edad de la madre estaba negativamente relacionada a autoeficacia parental.

En cuanto a otras variables que contribuyen a la autoeficacia parental, Hess, Teti, y Hussey-Gardner (2004) mencionaron los conocimientos sobre el desarrollo; Leigh (2011) mencionó la percepción de apoyo social; y diversos autores encontraron que los problemas de conducta externalizada de los niños pueden afectar negativamente la autoeficacia parental (Slagt, Deković, de Haan, van den Akker, & Prinzie, 2012).

Giallo et al. (2013) definieron que el temperamento difícil del niño, el estrés, la ansiedad y la depresión del padre, influían negativamente en la autoeficacia parental. También Kunseler et al. (2014) mencionaron que los problemas de salud mental de los padres afectan negativamente la autoeficacia parental.

Glatz y Buchanan (2015) encontraron asociaciones entre autoeficacia parental, prácticas de crianza, y comportamiento positivo en niños y adolescentes, las cuales son descritas como una retroalimentación constante: una alta autoeficacia parental permite a una persona engancharse en comportamientos positivos (prácticas de crianza positivas), lo cual produce resultados positivos en los objetivos a cubrir, en este caso, en el comportamiento de los hijos, lo cual alimenta, a su vez, el sentido de autoeficacia parental.

Finalmente, cabe mencionar que los estudios sobre la autoeficacia parental que se presentaron fueron realizados con padres de niños con desarrollo típico. En esta población se ha observado que la autoeficacia parental favorece la satisfacción y el funcionamiento familiar (Seigny & Loutzenhiser, 2009). Por tal motivo, también ha sido objeto de estudio en poblaciones vulnerables, tales como en padres de niños con trastornos o discapacidades. A continuación, se mencionan brevemente algunos hallazgos relacionados a la autoeficacia parental en padres de niños con discapacidades, para centrarnos posteriormente en los estudios realizados en padres de niños con Trastornos del Espectro Autista (TEA), que fue la población en la que se centró esta tesis.

Autoeficacia parental en padres de niños con discapacidades.

Bandura (1997) mencionó que la autoeficacia parental es fundamental en los casos de niños que sufren problemas de salud, especialmente si estos problemas impiden la funcionalidad del niño en la vida diaria: los padres (con alta autoeficacia parental) quienes creen que tienen un papel clave en el desarrollo de sus niños, actúan según estas creencias de forma tal que cultivan el potencial de los niños, además, estos padres suelen involucrarse más que otros en las instituciones sociales que brindan apoyo a sus hijos. Lo anterior fue corroborado por el

estudio de Feldman y Werner (2002) con padres de niños con problemas conductuales, en los que se observó que la autoeficacia parental suponía que se veían a sí mismos como agentes de cambio en el comportamiento de sus niños, y eficaces no sólo en detener la conducta problemática del niño, sino también en la prevención de nuevas ocurrencias y en enseñar conductas apropiadas a sus hijos. Además, se ha observado que, en esta población de padres, la autoeficacia parental incide en el estrés y en la adaptación a las dificultades de los hijos (Hassall, Rose, & Mc Donald, 2005).

Es relevante mencionar que se han realizado estudios para comparar el nivel de autoeficacia parental entre padres de niños con discapacidad y padres de niños sin discapacidad, como el de Boyraz y Sayger (2011), quienes realizaron un estudio comparativo entre 217 hombres, padres de niños con desarrollo típico; y 63 hombres, padres de niños con discapacidad. Se midió la autoeficacia parental con el uso de una escala que mide las habilidades percibidas en diferentes dominios (la habilidad percibida para ser proveedor, manejar cuestiones escolares, manejo conductual, y apoyo emocional). Se encontró que no había diferencias significativas en la autoeficacia parental entre padres de niños con discapacidad y padres de niños sin discapacidad. Los resultados subrayaron la importancia de la cohesión familiar y la autoeficacia parental en el bienestar de ambos grupos de padres. Este estudio, así como otros que se han realizado posteriormente (Kline, 2014), llevan a cuestionarnos sobre qué factores realmente están relacionados y contribuyen a la autoeficacia parental en padres de niños con discapacidades, más allá del hecho de tener un hijo con discapacidad.

A continuación, nos centraremos en algunos estudios sobre la autoeficacia parental y variables relacionadas a ella, en padres de niños con Trastornos del Espectro Autista.

Autoeficacia parental en padres de niños con Trastornos del Espectro Autista.

La autoeficacia parental como variable de interés en los estudios en población de padres de niños con Trastornos del Espectro Autista (TEA), también ha sido definida y evaluada como una percepción general de tener competencia para desempeñar el rol parental (Johnston & Mash, 1989) y como sentido de competencia en dominios específicos o tareas parentales particulares para niños con TEA (Kuhn & Carter, 2006). Por lo que en cada estudio publicado se hace necesario indagar qué definición de autoeficacia parental se ha utilizado y cómo se ha medido.

Kuhn y Carter (2006) realizaron un estudio con 170 madres de niños con TEA, sobre la relación entre autoeficacia parental, agencia, sentimientos de culpa, depresión y estrés parental. Estos autores definieron la autoeficacia materna como las competencias percibidas en áreas del cuidado del niño. Utilizaron el instrumento The maternal efficacy scale (Teti & Gelfand, 1991), que consiste en 10 reactivos tipo Likert de 4 puntos, que evalúan qué tan capaz se percibe la madre en diferentes aspectos del cuidado del hijo (por ejemplo: entender lo que el niño quiere, saber lo que el niño disfruta, poder calmarlo). En su estudio, la autoeficacia correlacionó directamente con la agencia materna, es decir, a mayor autoeficacia, mayor sentido de iniciativa de la madre para realizar actividades favorecedoras del desarrollo de su hijo, y correlacionó inversamente con sentimientos de culpa y estrés parental. Cabe mencionar que se buscaron relaciones entre la autoeficacia parental y variables sociodemográficas, y se encontró una relación directa entre autoeficacia parental y tiempo desde el diagnóstico, así como con la edad del niño; y una relación inversa de la autoeficacia

parental con la presencia de otro niño con discapacidad. La edad de la madre, el género del niño, el orden de nacimiento del niño, no estuvieron asociados a la autoeficacia parental.

Giallo et al. (2011) realizaron un estudio con 50 madres australianas de niños con TEA de edades de 2 a 5 años, midieron la autoeficacia parental (definida como sinónimo de competencia parental) y otras variables como la fatiga, la depresión, ansiedad, estrés, calidad de sueño y apoyo social. El instrumento utilizado para medir la autoeficacia parental fue PSOC (Johnston & Mash, 1989). Cabe recordar que este instrumento no es específico para padres de niños con TEA, fue creado para evaluar a cualquier padre, contiene 16 reactivos que evalúan de forma general la satisfacción y eficacia en el rol parental. Los resultados del estudio indicaron que la fatiga, la depresión, el estrés, calidad del sueño y necesidad de apoyo social estaban inversamente relacionados con la autoeficacia parental. Las madres que estaban sumamente agotadas física y emocionalmente tendían a percibirse menos autoeficaces en su labor parental, posiblemente por tener menos energía para involucrarse en actividades con el hijo y/o hacer frente a sus conductas.

Rosenblum-Fishman (2013) realizó un estudio con 180 madres de niños en edad escolar, para examinar qué factores del ambiente estaban relacionados a la autoeficacia parental. Esta muestra incluyó: madres de niños con TEA, madres de niños con Trastorno por Déficit de atención e hiperactividad, y madres de niños con desarrollo típico. La autoeficacia parental (definida como sentido de competencia parental) fue medida también, con el instrumento PSOC (Johnston & Mash, 1989). Los factores que se examinaron para conocer su relación con la autoeficacia parental fueron: mensajes de crítica de la competencia parental (estigma percibido), problemas de conducta del niño, estrés materno, y apoyo social. En sus resultados, esta autora encontró que la autoeficacia parental estaba muy relacionada con los problemas

de conducta externalizada de los hijos, y no tanto con el hecho de que los hijos tuvieran un diagnóstico. El estrés parental mediaba la relación entre los problemas de conducta externalizada de los niños y la autoeficacia parental: mayores problemas de conducta externalizada en los niños con TEA, incrementaban el estrés parental, y esto disminuía la autoeficacia parental; también encontró que el estrés parental mediaba la relación entre la percepción de apoyo social y la autoeficacia parental: menores niveles de apoyo social estaban relacionados con altos niveles de estrés parental y esto se relacionaba con menores niveles de autoeficacia parental.

Kline (2014) realizó un estudio con 68 cuidadores primarios de niños con TEA (cuyas edades se ubicaban entre 15 meses y 12 años) y 60 cuidadores de niños con desarrollo típico, con el objetivo de comparar su autoeficacia parental (definida como sinónimo de autoestima parental) y estrés parental. Utilizó el instrumento PSOC (Johnston & Mash, 1989) para evaluar la autoeficacia parental. En sus resultados encontró que no había diferencia significativa en la autoeficacia parental en ambos grupos: los padres de niños con TEA así como los padres de niño con desarrollo típico tuvieron una autoeficacia parental alta. Sin embargo, sí hubo diferencias en el estrés parental: los cuidadores de niños con TEA tenían mayor estrés que los cuidadores de niños con desarrollo típico. La autoeficacia parental fue un predictor de estrés parental. Cabe mencionar que no hubo relación entre la edad de los niños ni de los padres con la autoeficacia parental.

May, Fletcher, Dempsey, y Newman (2015) estudiaron a 152 padres de niños menores de 13 años con diagnóstico de TEA (80 madres y 72 padres), analizaron la relación entre la autoeficacia parental, el estrés parental, y la calidad de la co-parentalidad. En este caso, la variable autoeficacia parental se midió con dos instrumentos: una subescala de un

cuestionario de estrés parental (Abidin, 1995), que contiene 13 reactivos que miden el sentido de competencia de los padres (autoeficacia parental en general); y un instrumento creado por Kim, Anderson, Birkin, Seymour, y Moore (2004) que contiene 25 reactivos que miden la habilidad percibida de los padres para aplicar sus conocimientos sobre autismo en la crianza de su hijo. Se encontraron correlaciones moderadas entre estos dos instrumentos, sin embargo, se consideró que los instrumentos medían constructos diferentes. Cabe mencionar que hubo correlaciones bajas entre los instrumentos de autoeficacia parental con estrés parental y co-parentalidad. Uno de los aspectos que destacan los autores en este estudio, es que, para medir la autoeficacia parental en la población de padres de niños con TEA, habría que usar instrumentos específicamente diseñados para estos padres, pues hay ciertas situaciones que estos padres viven, así como ciertas competencias que estos padres tienen que desarrollar, a diferencia de otros padres. Entre otros hallazgos, se encontró un nivel alto de estrés parental en padres y madres, pero se subraya que las madres estaban más estresadas que los padres; la severidad de los síntomas de autismo estuvo correlacionada con el estrés de las madres.

Luque et al. (2017) estudiaron la relación entre las variables autoeficacia parental, estrategias de afrontamiento y satisfacción vital, en 129 padres de niños con TEA (64 hombres y 65 mujeres). El instrumento que se usó para medir la autoeficacia parental incluía 8 reactivos sobre la percepción de los padres de sus habilidades para el cuidado de sus hijos, así como su autoeficacia para afrontar el estrés. Los resultados demostraron que la autoeficacia parental correlacionó directamente con satisfacción vital y con estrategias de afrontamiento positivas (resolución de problemas y reestructuración cognitiva); correlacionó inversamente con estrategias de afrontamiento negativas (auto crítica, retraimiento social); además, la

autoeficacia parental fue la variable que mejor explicó el nivel de satisfacción vital de las madres.

Román et al. (2018) evaluaron la autoeficacia parental en un dominio específico: el juego. Estudiaron a 8 padres de niños entre 3 y 7 años diagnosticados con TEA. El estudio que realizaron fue de tipo cualitativo. El método que utilizaron para medir la autoeficacia parental fue una entrevista semiestructurada, acerca de la habilidad percibida para interactuar con su niño y la presencia de emociones positivas durante el juego. Los resultados encontrados mostraron que los hombres tenían un mayor sentido de autoeficacia parental que las mujeres en el juego, ya que tenían mayor disfrute y lograban conectar más fácilmente con los niños. Se reflexionó sobre las diferencias de género y cómo estas afectan las interacciones con los hijos: mientras las madres sentían que durante el juego debían enseñar habilidades, los padres no lo consideraban así, por lo que había mayor disfrute y expresión de emociones que facilitaban los encuentros de juego con sus hijos.

Goldberg (2018) estudió a 125 madres de niños con TEA (edades entre 3 y 5 años) para conocer si la autoeficacia parental (definida como sentido de competencia parental), la empatía materna, y el estrés parental, podían predecir la conectividad madre-hijo. El instrumento para medir la autoeficacia parental fue la escala PSOC (Johnston & Mash, 1989). Encontró que todas las variables consideradas, excepto la autoeficacia parental, contribuían a la conectividad madre-hijo. Esto sugiere que una madre podría sentirse confiada en sus habilidades para cuidar y ser responsable con su hijo, pero eso no implicaba una conexión emocional con el niño.

Conclusiones y aspectos para reflexionar sobre los estudios de autoeficacia parental en padres de niños con TEA.

Según los estudios revisados, en las madres de niños con TEA, la variable autoeficacia parental evaluada de forma general, correlacionó positivamente con satisfacción vital, apoyo social; y negativamente, con fatiga y estrés (Giallo et al., 2011; Luque et al., 2017; Rosenblum-Fishman, 2013). En todos estos aspectos de la salud mental, la percepción general de competencia o autoeficacia sí tienen influencia; pero no así en la conexión emocional madre-hijo (Goldberg, 2018). Sin embargo, habría que cuestionarse si la falta de relación entre estas últimas variables se debe a la forma de medir la autoeficacia parental, quizás si se preguntara a los padres por la autoeficacia en algún dominio específico de su rol parental, se encontraría alguna relación con la conectividad emocional madre-hijo.

Cabe mencionar que, en los estudios en los que participaron hombres y mujeres, se mostraron diferencias en la autoeficacia parental, y en cómo influye esta variable en otras variables. Por ejemplo, se observó que en áreas como en el juego, los hombres se muestran más autoeficaces que las mujeres (Román et al., 2018); y que en las mujeres la autoeficacia parental para los cuidados del hijo y para lidiar con el estrés, sí predice satisfacción vital, pero no ocurre así en los hombres (Luque et al., 2017).

Además de los hallazgos respecto al sexo, se mencionaron otras relaciones entre la autoeficacia parental y variables sociodemográficas, por ejemplo, se mencionó una relación positiva entre la autoeficacia parental y el tiempo desde que se recibió el diagnóstico del hijo y una relación negativa entre autoeficacia parental y la presencia de otro niño con discapacidad (Kuhn & Carter, 2006); hubo datos contradictorios respecto a la edad del niño

y su relación con la autoeficacia parental: cuando se mide la autoeficacia en tareas parentales específicas sí se encuentra relación positiva entre la edad del niño y la autoeficacia parental (Kuhn & Carter, 2006), pero cuando se mide la autoeficacia parental de forma general (como sinónimo de autoestima parental) no se encuentra relación entre ésta y la edad del niño (Kline, 2014).

Así como ocurrió en padres de niños con desarrollo típico, en padres de niños con TEA se mostró una relación negativa entre autoeficacia parental y problemas de conducta externalizada del hijo. Sin embargo, la relación entre estas dos variables parece estar mediada por el estrés parental: mayor conducta disruptiva en los niños con TEA incrementa el estrés parental y esto disminuye la autoeficacia parental (Rosenblum-Fishman, 2013). El estrés de los padres, entonces, se ha subrayado como un factor clave que puede influir directamente en la autoeficacia parental. Al parecer esta contribución entre autoeficacia parental y estrés es bidireccional (Kline 2014; Rosenblum-Fishman, 2013).

Finalmente, es importante subrayar que, en padres de niños con TEA, así como en padres de niños con desarrollo típico, hay una discrepancia en la forma de definir y evaluar a la autoeficacia parental, lo cual influye en los resultados de las investigaciones. Como puede observarse en los estudios presentados, la mayoría de los autores han evaluado la autoeficacia parental de forma general, y usaron instrumentos creados inicialmente para evaluar a padres de niños con desarrollo típico; hay menos estudios en los que se evaluó la autoeficacia en algún o algunos dominios específicos que los padres de niños con TEA experimentan. Sin embargo, siguiendo el argumento de Bandura (1997), y de Coleman y Karraker (2000), evaluar la autoeficacia parental en dominios específicos podría brindar más información que evaluarla como una percepción general, pues la autoeficacia parental es la percepción de

competencia en alguna tarea específicamente (Bandura, 1997), pero el rol parental incluye una diversidad de tareas, y probablemente no en todas se viva el mismo sentido de competencia (Coleman & Karraker, 2000). Entonces, preguntar específicamente en relación a un campo de acción podría situar mejor a los padres y por tanto, ellos podrían brindar una apreciación más real de su autoevaluación en esa área (Hasting & Brown, 2002), y esto quizás permita encontrar relaciones más precisas entre dominios de la autoeficacia parental y diversas variables de la salud mental de los padres.

En la presente tesis, se consideró estudiar a la autoeficacia parental, centrándose en un dominio específico: la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada del hijo. Debido a que, como se ha revisado en los estudios previos, los problemas de conducta externalizada de los niños con TEA parecen contribuir significativamente al estrés de los padres y a su percepción de competencia parental (Rosenblum-Fishman, 2013). En el siguiente apartado se presenta el tema de la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada y también se presenta un apartado sobre el estrés, ya que es una variable que se incluyó en esta tesis debido a su relación con la autoeficacia parental.

Autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada del hijo con TEA.

Los problemas de conducta externalizada son definidos como un grupo de conductas que muestran a la persona actuando negativamente en su ambiente externo (por ejemplo: agrediendo a otros, rompiendo reglas de convivencia, destruyendo objetos de las personas). A diferencia de los problemas de conducta internalizada que afectan el ambiente psicológico

interno (por ejemplo: los síntomas de depresión), los problemas de conducta externalizada afectan a los demás, e irrumpen notablemente en el escenario donde la persona se encuentra (McRae, Stoppelbein, O'Kelley, Fite, & Greening, 2018).

Es muy importante mencionar que las personas diagnosticadas con TEA, en comparación con las personas cuyo desarrollo es típico, presentan con mayor frecuencia problemas de conducta internalizada y externalizada (McRae et al., 2018). Gulsrud et al. (2010) encontraron que una tercera parte de niños con TEA de su muestra presentaba problemas de conducta externalizada.

En un estudio realizado por Hartley, Sikora, y McCoy (2008) con niños con TEA cuyas edades oscilaban entre 1 y 5 años, encontraron que los problemas de conducta externalizada correlacionaban significativamente de manera negativa con el funcionamiento cognitivo no verbal, el lenguaje expresivo y el comportamiento adaptativo. No hubo una correlación significativa entre el puntaje de problemas de conducta externalizada y la edad, el género, etnia, ni con la gravedad de los síntomas centrales de TEA (alteraciones en la comunicación social; patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades). Esto ha sido confirmado por estudios posteriores, que mencionan que los problemas de conducta externalizada están más ligados a la adaptación parental y a la crianza, que a los síntomas centrales de TEA (McRae et al., 2018).

Mc Rae et al. (2018) comprobaron en su estudio con 67 padres de niños con TEA que la crianza áspera o dura, estaba asociada a problemas de conducta externalizada en el hijo y más aún, que predecía problemas de conducta externalizada en el hijo. Por el contrario, padres quienes se enganchaban en una crianza positiva, tenían mejor ajuste parental y

ayudaban a perpetuar un ciclo positivo de las conductas del padre y del hijo. Cabe recordar que la crianza positiva se ha visto directamente asociada con la autoeficacia parental (Glatz, et al., 2017).

Aunque en la literatura no se reportan estudios que midan explícitamente la variable autoeficacia parental exclusivamente en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada (en población de padres de niños con TEA), se encontraron algunos acercamientos a esta variable. Por ejemplo, Hastings y Brown (2002) realizaron una investigación con una muestra de 26 madres y 20 padres de niños con TEA (la edad promedio de los niños era 12 años) sobre la autoeficacia parental, la ansiedad y la depresión de los padres, y la severidad de los problemas de conducta de los niños (dicha severidad fue evaluada por sus profesores). La autoeficacia parental fue medida con un cuestionario que medía la autoeficacia específicamente para manejar problemas de conducta del hijo (incluyendo problemas de conducta externalizada). El instrumento contenía cinco reactivos acerca de: sentimientos de seguridad, control y satisfacción al enfrentar problemas de conducta del hijo, una percepción de que los padres estaban teniendo un impacto positivo sobre los problemas de conducta del hijo, y un promedio sobre qué tan difícil les parecía el lidiar con los problemas de conducta del hijo. Cada reactivo tenía opciones de respuesta tipo Likert de 7 puntos. El puntaje total se obtenía promediando las respuestas de los padres. Respecto a los resultados, se evidenció que la autoeficacia parental tenía un rol diferente entre padres y madres. En las madres, los síntomas de ansiedad y de depresión fueron altos y la autoeficacia mediaba el efecto de la severidad de los problemas de conducta del niño sobre la ansiedad y la depresión. En los padres, la autoeficacia sólo moderaba el efecto de la severidad de los problemas de conducta de los niños sobre la ansiedad, cuando los problemas

de conducta eran muy graves. Es decir, cuando los niños tenían problemas de conducta disruptiva intensa, los padres con menor autoeficacia para manejarlos informaron mayor ansiedad. En cuanto a otros hallazgos sobre la relación de las variables de estudio y las variables sociodemográficas, sólo mencionaron que los padres de mayor edad reportaron menos ansiedad y depresión.

Hastings y Symes (2002) realizaron un estudio descriptivo y correlacional con 85 madres quienes estaban actuando como terapeutas para sus niños, al manejar problemas de conducta externalizada a través de un programa de intervención basado en Análisis Conductual Aplicado (ABA). Midieron la autoeficacia parental para aplicar el programa de intervención, la severidad de los síntomas de autismo de los hijos, el estrés parental, y la percepción de apoyo de los profesionales del programa de intervención. En sus resultados, se presentó una correlación inversa entre la autoeficacia parental y severidad de síntomas de autismo; correlación inversa entre la autoeficacia parental y estrés parental; y una correlación directa entre la autoeficacia parental y la percepción de apoyo por parte del equipo de profesionales (instructores) del programa ABA. Cabe mencionar que ninguna variable sociodemográfica correlacionó con la autoeficacia parental.

Finalmente, cabe mencionar que en la literatura se encontraron diversos estudios que buscaron medir la autoeficacia parental en el manejo de conducta de los niños con TEA, pero se refieren a conductas centrales de los TEA, por lo que los instrumentos que ocuparon miden la competencia percibida para manejar dichas conductas propias del diagnóstico (Sofronoff & Farbotko, 2002), y los menos, incluyen explícitamente problemas de conducta externalizada, pese a que estos problemas son muy frecuentes en niños con TEA.

A continuación, se presenta un apartado sobre el estrés en padres de niños con TEA, y posteriormente se abordan las intervenciones que se han registrado en la literatura, para el incremento de la autoeficacia parental y la disminución del estrés.

Estrés en padres de niños con TEA.

El estrés, según Lazarus y Folkman (1991), es una transacción psicológica en la que la persona percibe al entorno como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Según esta lógica, existe un proceso en el que se evalúan las características del entorno (evaluación de estresores), la percepción de éstas como una amenaza (experiencia subjetiva de estrés), y las habilidades de uno mismo para poder enfrentarlas (habilidades de afrontamiento). Cohen, Kessler, y Underwood (1997) proponen que, para medir el estrés como variable de interés, es necesario enfocarse en esos tres aspectos por separado y posteriormente buscar sus relaciones.

En la presente tesis, se incluyó el estudio del estrés en los padres de niños con TEA por su relación con la autoeficacia parental. En los estudios revisados se encontró la variable estrés, ya sea como *estrés percibido*, que sería la experiencia subjetiva de tensión que experimentan los padres de niños con TEA; o bien, como *estrés parental*, que sería la evaluación de estresores (que en este caso sería la percepción del hijo con TEA como un estresor, por las demandas que implica para el padre o madre). A continuación, se mencionan algunos hallazgos acerca de estas dos variables.

Estrés percibido.

Duarte, Bordin, Yazigi, y Mooney (2005) estudiaron a una muestra de 31 madres de niños con autismo y encontraron que *su experiencia subjetiva de estrés (o estrés percibido)* era

significativamente alta y que se asociaba principalmente con tener un hijo con autismo. Sin embargo, la falta de expresión de los afectos, el poco interés en las personas, ser una madre de más edad, y tener un hijo muy pequeño, también contribuyeron al aumento del nivel de estrés.

Algunos autores proponen que el estrés percibido en los padres de niños con TEA está relacionado con las conductas desafiantes de sus hijos (Pozo et al., 2006).

O'Brien (2007) encontró en su estudio con 63 madres de niños con TEA que el estrés percibido se correlacionaba con su ambigüedad respecto a su rol parental, independientemente de las características del niño diagnosticado.

Diversos autores (Dunn, Burbine, Bowers, & Tantleff-Dunn, 2001; Hastings & Johnson, 2001; Hastings, Kovshoff, Brown, Ward, Espinosa, & Remington, 2005) mencionaron como estrategias útiles para que los padres hagan frente a la experiencia subjetiva de estrés, las estrategias centradas en el problema y el reencuadre positivo; al parecer, los padres que reportan el uso de estrategias de escape-evitación, presentan mayor estrés percibido.

Estrés parental.

El estrés parental ha sido definido como un conjunto de procesos que conducen a reacciones psicológicas y fisiológicas aversivas que surgen de los intentos de adaptarse a las exigencias de la paternidad (Abidin, 1995). Existen diversos estudios en padres de niños con TEA que han evaluado el estrés parental. Por ejemplo, Pozo et al. (2006) realizaron una investigación con 39 madres de hijos diagnosticados con TEA con el objetivo de medir su nivel de estrés parental, así como los estresores a los que se ven sometidas, y encontraron niveles de estrés parental altos. Las madres mencionaron que su estrés se debía a las características complejas

de este trastorno, ya que los niños con TEA presentaban serios problemas de conducta que implicaban un desgaste emocional muy alto del cuidador, además requerían muchas horas de tratamiento terapéutico lo cual implicaba una alta demanda de tiempo.

Martínez y Bilbao (2008) mencionaron que padres de niños con TEA presentaban niveles de estrés parental significativamente superiores a los que presentan aquellos con hijos que tienen otras discapacidades. Asimismo, Pastor, Fernández, Tárraga, y Navarro (2016) encontraron niveles más altos de estrés parental en padres de niños con TEA en comparación con padres de niños con desarrollo típico.

Lyons, Leon, Roecker y Dunleavy (2010) estudiaron a 77 cuidadores de niños con TEA y encontraron que la gravedad de los síntomas de TEA fue el predictor más fuerte y consistente del estrés parental. Esto fue corroborado por Pozo y Sarriá (2014) quienes evaluaron a 59 parejas, (padres y madres de niños con TEA) y concluyeron que la severidad del trastorno y los problemas de conducta (conductas propias de TEA y externalizadas) tenían un efecto directo y positivo sobre el estrés parental. Respecto a los problemas de conducta, Schutte et al. (2018) realizaron un estudio con 102 madres de niños con TEA, y concluyeron que la poca expresión de afecto de los niños, los comportamientos restringidos y repetitivos, la hiper-reactividad e impulsividad del niño con TEA se relacionan con el estrés materno, en cuanto a que estos factores afectaban la aceptabilidad de la condición del niño. Diversos autores también han confirmado que la severidad de los síntomas de autismo y las conductas desafiantes son predictores de estrés parental (Argumedes, Lanovaz, & Larivée, 2018; Pastor, Fernández, Tárraga, & Navarro, 2016; Schiltz et al., 2018; Tomeny, 2016; Zaidman-Zait et al., 2018).

Otros autores se han centrado en aspectos como el apoyo social, y las estrategias de afrontamiento en relación con el estrés parental. Cuzzocrea, Murdaca, Costa, Filppello y Larcán (2016) encontraron que las estrategias de afrontamiento y la percepción de apoyo social predicen el nivel de estrés parental. Si se cuenta con estrategias de afrontamiento funcionales (tal como la estrategia centrada en resolver problemas), y con apoyo social, se puede disminuir el estrés parental. Sin embargo, Pozo y Sarriá (2014) mencionaron en su estudio, que los apoyos sociales resultaron relevantes sólo para las mujeres, no para los hombres.

Por su parte Shiltz et al. (2018) en su estudio con 77 padres de niños con TEA, encontraron que el estrés parental estaba relacionado positivamente a síntomas depresivos.

Finalmente, cabe mencionar que algunos factores sociodemográficos se han visto relacionados al estrés parental. Kline (2014) reportó una diferencia significativa en el estrés parental de padres cuyos hijos con TEA eran menores de 7 años, y padres de niños entre 8 y 12 años, ya que los padres de niños mayores experimentaban mayor estrés parental. Yorke et al. (2018) mencionaron que la edad de los padres se relacionaba inversamente con el estrés parental: a mayor edad de los padres, menor estrés parental.

Como puede observarse en los estudios relacionados al estrés percibido y al estrés parental, existen diversas variables implicadas que intentan explicar el nivel de estrés de los padres, desde variables sociodemográficas (por ejemplo: edad de los padres y de los niños), hasta variables psicológicas (por ejemplo: apoyo social, estilo de afrontamiento); sin embargo, una línea muy fuerte de investigación, ha sido relacionar el nivel de estrés con la intensidad de los síntomas del trastorno y los problemas de conducta (tanto internalizada como

externalizada) que los hijos con TEA presentan (Argumedes et al., 2018; Pastor et al., 2016; Schiltz et al., 2018; Tomeny, 2016; Zaidman-Zait et al., 2018). En esta línea, se ha relacionado inversamente el estrés de los padres con el sentido de autoeficacia parental en el manejo de estos problemas de conducta (Hastings & Brown, 2002; Yorke et al., 2018). Por lo que se han creado programas para ayudar a los padres a manejar adecuadamente las conductas de su hijo con TEA.

A continuación, se mencionan algunas propuestas de intervención para incrementar autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada del niño con TEA y disminuir el estrés en los padres.

Intervenciones para incrementar la autoeficacia parental y disminuir el estrés en padres de niños con TEA.

Debido a la relevancia de la autoeficacia parental en padres de niños con TEA, se han propuesto diversos tratamientos que ayuden a aumentarla. En este apartado se mencionan algunos tratamientos que buscaron incrementar la autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta de los niños y que incluyeron el manejo de la conducta externalizada. Estas intervenciones son definidas por sus autores como tratamientos educativos, psicoeducativos, entrenamiento a padres, o asesoramiento.

Zelazo (1997) en Canadá, propuso un programa de intervención conductual y estimulación del desarrollo implementado por padres de niños con trastornos del espectro autista. Es decir, los padres implementan el plan de tratamiento bajo la guía del profesional, generalmente un psicólogo. Las prioridades de intervención se guían por el perfil específico del niño en seis dominios de desarrollo: Cognición, emoción, lenguaje, motricidad fina, motricidad gruesa y

social. El objetivo es reiniciar el desarrollo en cada dominio y guiar este desarrollo hacia el curso normal. La intervención se implementa utilizando procedimientos conductuales para reducir la excitación emocional causada por atrasos en el desarrollo emocional, y para estimular la adquisición de habilidades de desarrollo como el lenguaje expresivo, a partir de estos procedimientos se disminuyen los problemas de conducta externalizada. El Dr. Zelazo enseña y supervisa a cada padre semanal o quincenalmente, para que él o ella realicen sesiones diarias con su hijo, con una duración de 12 minutos. En estas breves sesiones, se realizan 4 actividades, dos fáciles (para iniciar y terminar la sesión) y dos difíciles (que son las actividades intermedias), implementando técnicas de relajación, que fueron diseñadas por el Dr. Zelazo para lograr la tolerancia, controlar el estrés, y disminuir la excitabilidad del niño. Las sesiones van aumentando de dificultad conforme el niño va comprendiendo las instrucciones del padre y va mejorando sus habilidades, las cuales se generalizan a la vida cotidiana. Los padres que participaron en este programa, después de 6 meses, reportaron mejoras en la conducta y habilidades de su hijo, y también se detectó un incremento en la autoeficacia parental (evaluada con el instrumento PSOC) y disminución en el estrés parental (Zelazo, 1997).

Sofronoff y Farbotko (2002) realizaron un entrenamiento para padres en Australia, padres de niños cuyos síntomas de TEA eran leves (antes diagnosticados con síndrome de Asperger). El objetivo de este entrenamiento fue mejorar la autoeficacia parental en el manejo de los problemas más comunes que presentan niños con síndrome de Asperger, pero también se abordó el tema de manejo de otras conductas (incluidos los problemas de conducta externalizada). Las edades de los niños se ubicaban entre 6 y 12 años. Se dividió a los participantes de la siguiente forma: 17 madres y 16 padres formaron un grupo de intervención

(asistencia a una sesión grupal); 18 madres y 18 padres integraron otro grupo de intervención (asistencia a 6 sesiones individuales); 10 madres y 10 padres de una lista de espera integraron el grupo control. En ambos tratamientos se abordaron los mismos contenidos: psicoeducación general sobre el síndrome de Asperger, uso de historietas e historias sociales, manejo de problemas de conducta externalizada, manejo de comportamientos rígidos, rutinas e intereses especiales, y manejo de la ansiedad. Se realizó una evaluación de la variable autoeficacia parental, la cual fue medida mediante un cuestionario desarrollado para este estudio en el que se describen 15 de los problemas de conductas centrales del síndrome de Asperger y se pregunta al padre qué tan seguro se siente de manejar estas conductas (este cuestionario no incluía problemas de conducta externalizada). También se utilizó otro instrumento que era un inventario de problemas de conducta internalizada y externalizada, en el cual se describían problemas de conducta del hijo (por ejemplo: “discute con padres acerca de las reglas”), y se preguntaba a los padres si esto se presentaba o no. En los resultados se determinó que, después de las intervenciones, habían disminuido problemas de conducta externalizada reportados por los padres en ambos grupos experimentales, pero disminuyeron más en aquellos que asistieron a sesiones individuales; la autoeficacia parental en el manejo de problemas centrales del diagnóstico aumentó en los participantes de ambos grupos experimentales, sin embargo, al comparar esta variable por sexo, se observó que este aumento se dio solamente en las mujeres, en los hombres no hubo cambios.

Whittingham, Sofronoff, Sheffield, y Sanders (2009) probaron otro programa de entrenamiento para padres llamado Stepping Stones Triple P (SSTP) en padres de niños con TEA para analizar los resultados en variables como la autoeficacia parental. El Stepping Stones Triple P (SSTP) de crianza positiva, fue desarrollado en Australia, específicamente

para las familias de niños con discapacidades. Se centra en proporcionar a los niños atención positiva y manejar su comportamiento de una manera constructiva que tenga en cuenta la función de la conducta, además se incluyen estrategias para la adquisición de habilidades, tales como enseñar al niño a comunicar lo que quiere. En el estudio participaron 59 padres (29 en el grupo experimental y 30 en el grupo control) cuyos niños tenían entre 2 y 9 años de edad. La intervención consistió en la asistencia a nueve sesiones grupales (grupos de 4 o 5 personas) y de 1 a 3 sesiones individuales (dependiendo del juicio del clínico a cargo). El programa de intervención incluyó enseñar a los padres los principios de manejo conductual para el incremento de conductas deseables y la disminución de conductas indeseables, así como el uso de historias sociales. Se evaluó la autoeficacia parental con el instrumento PSOC (Johnston & Mash, 1989); también se evaluó la frecuencia e intensidad de problemas de conducta internalizada y externalizada reportada por los padres. Entre los resultados de la intervención, pudo notarse en el grupo experimental, una disminución de la frecuencia e intensidad de los problemas de conducta reportados por los padres; en cuanto al instrumento para evaluar la autoeficacia parental, hubo incremento sólo en una de sus subescalas, la que mide satisfacción parental.

Keen, Couzens, Muspratt, y Rodger (2010), también en Australia, evaluaron el efecto de una intervención centrada en padres de niños con reciente diagnóstico de TEA para conocer su efecto en la autoeficacia parental y el estrés. Hubo dos tipos de tratamiento: un curso de tipo psicoeducativo grupal de dos días de duración complementado con 10 sesiones individuales (en el que asistieron 17 padres); el otro tratamiento fue un video en el que se trataban los mismos contenidos del curso psicoeducativo (en esta modalidad participaron 22 padres). El contenido incluía: conocimientos básicos sobre TEA, comunicación, juego, sentidos, manejo

de problemas de conducta (incluyendo la externalizada), estrategias para incrementar interacción social e intervención temprana centrada en el niño. Se midieron el estrés y la autoeficacia parental antes y después del tratamiento. La autoeficacia fue evaluada mediante el instrumento PSOC (Johnston & Mash, 1989). Los resultados mostraron que el estrés disminuyó y aumentó la autoeficacia parental en el grupo que participó en el curso psicoeducativo dirigido por un profesional en comparación con aquellos que usaron el video.

Tellegen y Sanders (2014) evaluaron un breve programa para padres de niños con Trastornos del Espectro Autista. En el estudio participaron 64 padres de niños con diagnóstico de TEA en edades entre 2 y 9 años. Se realizó una intervención que consistía en 4 sesiones individuales apuntando a uno o dos problemas específicos de los niños, los cuales eran seleccionados por los padres. Los problemas más mencionados por los padres fueron problemas de conducta externalizada (la desobediencia y la agresión). Las sesiones tuvieron una duración máxima de 73 minutos. Se constituyó un grupo control integrado por familias que recibían la atención usual por parte de los profesionales del centro. Se realizó la evaluación de la variable autoeficacia parental pre y post tratamiento (y con un seguimiento a los seis meses). La autoeficacia parental fue definida como la confianza en el desempeño del rol parental. Fue evaluada mediante el instrumento The Parenting Tasks Checklist PTC (Sanders & Woolley, 2005), también se evaluó el nivel de estrés de los padres. Los resultados indicaron que los padres que recibieron la intervención nueva mencionaron disminución en la intensidad de los problemas de conducta de los niños y un incremento respecto a la autoeficacia parental. Al realizar un seguimiento a los seis meses, se observó que los problemas de conducta de los niños no habían cambiado, pero había disminuido la sobre-actividad de los padres; cabe mencionar que la autoeficacia parental y la reducción de estrés

se mantuvieron. Este programa brindó mayor satisfacción a los padres en comparación con el tratamiento habitual, y tuvo como peculiaridad centrarse en las necesidades e intereses de los padres.

McAleese, Lavery, y Dyer (2014) también mencionaron un programa psicoeducativo y terapéutico para padres de niños con Trastornos del Espectro Autista. En su estudio se evaluaron a 83 padres que asistían a un servicio de autismo para niños con edades diversas. Se realizó una intervención psicoeducativa grupal que consistió en tres sesiones semanales con tres horas de duración cada una. Se abordaron los siguientes temas: ¿Qué es el autismo?, el mundo sensorial de los TEA, y el uso de estrategias visuales como intervención conductual. Se evaluaron antes y después de la intervención la comprensión sobre los contenidos teóricos y la autoeficacia parental (definida como la confianza en el uso de dichos conocimientos para manejar los problemas de conducta del hijo), mediante un cuestionario creado por Wright y Williams (2007), quienes crearon también el manual del contenido del curso aplicado en este estudio. Los resultados mostraron un incremento significativo en los conocimientos adquiridos y la confianza para aplicarlos. Sin embargo, los padres reportaron la necesidad de mayor número de sesiones y que éstas fueran prácticas en vez de solamente conocimientos teóricos (que algunos ya sabían).

Iadarola et al. (2018) realizaron un estudio para comparar los resultados en la autoeficacia parental y en el estrés, si se aplicaba un programa de entrenamiento para padres versus un programa psicoeducativo. El programa de entrenamiento para padres consistía en 11 sesiones individuales de 60 a 90 minutos de duración, en estas sesiones un terapeuta enseñaba al padre estrategias para manejar conductas disruptivas en casa y en comunidad, mediante instrucción directa, ejemplos prácticos y role-playing. El programa psicoeducativo consistía en 12

sesiones individuales en el que se cubrían temas como etiología de TEA, plan educativo para niños con TEA e información sobre cómo seleccionar tratamientos efectivos. La autoeficacia parental fue medida mediante el instrumento PSOC (Johnston & Mash, 1989). En los resultados se encontró que, al terminar ambos programas no había diferencia en el estrés de los participantes de ambas intervenciones; sin embargo, respecto a la autoeficacia parental, si había diferencias, pero sólo en una de las sub-escalas del instrumento, referente a *satisfacción parental*: los padres que habían asistido al programa de entrenamiento para padres tenían mayor satisfacción parental que los que habían asistido al programa psicoeducativo.

Schrott et al. (2019) realizaron una intervención con 23 padres de niños con TEA que consistió en 6 sesiones grupales (160 minutos por sesión), seguidas de 3 contactos telefónicos individuales (20 minutos) y una sesión de cierre (120 minutos). Las sesiones tenían en su contenido, la enseñanza de técnicas conductuales para manejo de conducta disruptiva, estimulación de relaciones positivas con el menor, así como estimulación del desarrollo. La autoeficacia parental se midió con el instrumento PSOC (Johnston & Mash, 1989), también se aplicó una escala de estrés parental. Los resultados mostraron que sólo hubo diferencias significativas en la autoeficacia parental, la cual incrementó al terminar el programa. Seis meses después, se realizó un seguimiento de los participantes y se notó que los efectos en la autoeficacia parental continuaban, y que había disminuido el estrés parental.

Análisis de las intervenciones para el incremento de la autoeficacia parental.

Los programas de intervención revisados tienen las bases teóricas y las técnicas del análisis conductual aplicado, y buscan enseñar a los padres, o bien entrenarles, para aplicar dichos

principios (Iadarola et al., 2018; Schrott et al., 2019); estimular el desarrollo y la adquisición de habilidades en el niño con TEA (Zelazo, 1997), y disminuir los problemas de conducta propios del diagnóstico y los problemas de conducta externalizada (Sofronoff & Farbotko, 2002; Whittingham et al., 2019).

En algunos casos, se orientan a la estimulación de relaciones positivas entre los padres y sus hijos con TEA (Schrott et al., 2019), en demostrar lo valioso del asesoramiento de un profesional versus el uso de videos u otros medios educativos (Keen et al., 2010); en que los padres se enfoquen en lo que necesitan para aprender a intervenir en los problemas que son relevantes para ellos (Tellegen & Sanders, 2014); y en la comprensión de contenidos teóricos, siendo definida la autoeficacia como la confianza para aplicar estos conocimientos (McAleese et al., 2014).

En algunos casos, los programas tienen únicamente sesiones grupales (McAleese et al., 2014), mientras otros sólo tienen sesiones individuales (Tellegen & Sanders, 2014). Sin embargo, ambas modalidades parecen ser útiles (Schrott et al., 2019). Las intervenciones grupales proveen un sentido de compañerismo entre padres (McAleese et al., 2014), lo cual, según la teoría de la autoeficacia es valioso, pues observando a pares se puede incrementar la autoeficacia parental (Bandura, 1997). No obstante, cuando sólo se brindan sesiones grupales, porque suelen implicar menor costo que las sesiones individuales, se priva a los padres de ser supervisados, y de recibir apoyo profesional más directo y cercano (McAleese et al., 2014; Keen et al., 2010). Por lo que, los programas que combinaron sesiones grupales con sesiones individuales fueron recomendables (Keen et al., 2010; Whittingham, et al., 2009).

Las intervenciones propuestas parecen, en su mayoría, efectivas en el aumento de la autoeficacia parental y para la disminución del estrés. Sin embargo, hay huecos por analizar: por ejemplo, la mayoría de los programas no miden de forma particular en qué dominio de la autoeficacia parental se está incidiendo, ya que esta variable suele evaluarse de forma general (Keen et al., 2010; Iadarola et al., 2018; Schrott et al., 2019; Whittingham et al., 2009), por lo que no puede inferirse si específicamente se está mejorando la autoeficacia en el dominio de manejo de conducta externalizada del niño.

Además, algunos de estos programas incluyeron mayormente a padres de niños con Trastornos del Espectro Autista de alto funcionamiento (Sofronoff & Farbotko, 2002; Whittingham et al., 2009) lo cual podría favorecer que los padres tuvieran un nivel de estrés, y quizás, de autoeficacia, más favorable en comparación con padres de niños con diagnósticos más severos (Hastings & Symes, 2002).

Varios programas estaban pensados en una población con un amplio rango de edades de los niños (Sofronoff & Farbotko, 2002; Tellegen & Sanders, 2014; Whittingham et al., 2009). Lo cual podría ser un inconveniente, ya que las vivencias de los padres, su nivel de estrés y las necesidades de sus niños varían de acuerdo a la etapa del ciclo vital, lo cual debe tomarse en cuenta en los contenidos y la planeación de actividades.

Además, cabe mencionar que los programas analizados estaban muy centrados en brindar conocimientos y estrategias para manejar las conductas, prevenir conductas problemáticas y enseñar conductas positivas. Si bien todo esto parece muy útil para el aumento de la autoeficacia parental, hay un aspecto muy importante que no se enfatiza: el que los padres aprendan a manejar aspectos emocionales propios frente al niño con TEA, ya que la autoeficacia tiene que ver con los estados somáticos y emocionales que se experimentan en

el día a día al realizar una tarea, en este caso, al enfrentar problemas de conducta externalizada (Bandura, 1997). Por tanto, es muy importante que los padres aprendan a manejar sus propias emociones y su excitabilidad, así como a hacer frente a la excitabilidad de su hijo (Martos & Llorente, 2013). Al respecto, cabe mencionar que, con excepción del programa propuesto por Zelazo (1997), ninguno de los programas revisados incluyó el asesoramiento en vivo con sesiones que incluyeran a los niños y que permitieran observar al padre afrontando problemas reales de conducta y recibiendo asesoría. El contar con los niños en alguna parte de la intervención podría ser muy benéfico para poner en práctica las técnicas conductuales, pero, sobre todo, para recibir la contención emocional y orientación que se requiere cuando se experimentan los problemas de conducta externalizada de los hijos.

Por otro lado, es relevante comentar que hubo un estudio (Iadarola et al., 2018) que buscó comparar un tratamiento psicoeducativo con un entrenamiento para padres, sin encontrar diferencias claras en el estrés o en la autoeficacia. Al respecto, habría que considerar que ambos programas tuvieron componentes educativos, probablemente uno se centró en brindar información sobre temas más generales (al que se nombró como psicoeducativo), y el otro se enfocó con más practicidad en el manejo de conducta (al que se nombró entrenamiento para padres). No obstante, cabe señalar que la psicoeducación no sólo implica brindar información general respecto a algún tema, sino que va más allá, puede incidir en las emociones y en las conductas de los padres (Schultz, Stichter, Herzog, McGhee, & Lierheimer, 2012).

La *Psicoeducación* se ha subrayado como una necesidad inminente en la atención a padres y familiares de niños con TEA, así como en el caso de otros diagnósticos (Builes & Bedoya, 2006). Se han encontrado muchos beneficios de la psicoeducación a familiares de personas con TEA: el adulto puede ayudar al niño a recibir la estimulación adecuada (Moore, 2008);

al comprender lo que tiene su hijo, el padre puede mostrarse empático, brindar aceptación y utilizar estándares diferentes en la creación de expectativas de futuro que puedan ser realistas y positivas (Chambres, Auxiette, Vansingle, & Gil, 2008); además, cuando los familiares acuden a recibir psicoeducación apropiada por parte de profesionales de la salud, incrementan la satisfacción en cuanto al soporte social, disminuye el estrés relacionado con el cuidado del niño y mejoran varias dimensiones de las interacciones cuidador-niño (Fung, 2011).

Justificación y planteamiento del problema

Según la revisión que se ha hecho sobre la autoeficacia parental, se ha encontrado que ésta influye positivamente en la adaptación psicológica de padres e hijos, y es relevante especialmente en el caso de padres de niños con alguna discapacidad, incluidos los Trastornos del Espectro Autista (García et al., 2016). Sin embargo, puede observarse que la forma de conceptualizar la autoeficacia parental y los instrumentos usados en los estudios revisados, varían mucho. La mayoría de los estudios miden la autoeficacia parental de forma global y esta forma de medirla puede dejar huecos acerca de la percepción real de competencia en dominios específicos del rol parental.

Los estudios sobre la autoeficacia parental en padres de niños con TEA son importantes debido a diversos factores. En primer lugar, en la actualidad se considera que los padres son un componente esencial en el sistema de cuidado y tratamiento del hijo, por lo que estudiar variables cognitivas que interfieren en su salud mental y en su desempeño como cuidadores brinda beneficios a padres y a hijos; en segundo lugar, se ha visto que la autoeficacia parental ayuda a los padres a empoderarse en su rol, a adaptarse a la situación de discapacidad de sus hijos y adquirir herramientas para ocuparse de ellos (Ramírez & Orellana, 2018).

Según la literatura, los padres de niños con TEA son propensos a presentar niveles altos de estrés y problemas en su salud mental. Esto está relacionado notablemente con las características de las personas con TEA, que, en muchos casos, son de complicado cuidado (Pozo et al., 2006). Las conductas centrales del diagnóstico suelen desconcertar a los padres, pero, según las investigaciones revisadas, son los problemas de conducta externalizada (muy frecuentes en niños con TEA), los que afectan notablemente la percepción de autoeficacia de los padres: los problemas de conducta externalizada provocan altos niveles de estrés y esto está relacionado con baja autoeficacia parental (Keen et al., 2010; Feldman & Werner, 2002; Rosenblum-Fishman, 2013; Tellegen & Sanders, 2014). Por lo que sería importante tener un acercamiento a la autoeficacia parental en el dominio del manejo de problemas de conducta externalizada, específicamente en una muestra de padres mexicanos. Pues los padres mexicanos de niños con TEA suelen expresar falta de orientación sobre el tema por parte de profesionales y poco apoyo social (Calixto, Hernández, & Rivera, 2012; Campbel-Araujo & Figueroa, 2001; Márquez & Albores, 2011).

Si bien, en México se registran diversas propuestas de intervención para padres de niños con TEA (Calixto et al., 2012; Colina, 2012; Leniz & García, 2011; Rea & Acle, 2014; Villarreal, 2013), hasta la fecha no se han registrado estudios que pretendan explorar la autoeficacia parental en un dominio como lo es el manejo de conducta externalizada, como una variable de interés para la salud mental.

Entonces, es oportuno proponer, un estudio de tipo exploratorio y descriptivo que se acerque a la variable autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada en un grupo de padres mexicanos y conocer la relación de esta variable con variables psicológicas como el estrés parental y el estrés percibido, con algunas variables

sociodemográficas (como el sexo, la edad y la escolaridad de los padres; la edad del niño diagnosticado con TEA, la severidad del diagnóstico y el tiempo de haberlo recibido), e incluso con algunas características personales y familiares (por ejemplo, las preocupaciones de los padres, si perciben tener ayuda en el cuidado de su hijo, o si hay otras personas con discapacidad en la familia) con el fin de encontrar algunos hallazgos para favorecer la creación de intervenciones pertinentes.

En segundo lugar, sería oportuno diseñar una intervención para incrementar la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada. Ya que, si bien, alrededor del mundo se encontraron diversas propuestas de programas para padres, que fueron evaluados como exitosos al incrementar la autoeficacia parental y disminuir el estrés (Keen et al., 2010; Iadarola et al., 2018; Schrott et al., 2019; Sofronoff & Farbotko, 2002; Whittingham et al., 2009), existen diferentes aspectos a revisar de estos programas. Por ejemplo, la mayoría se centra en la enseñanza de habilidades en el niño y principios de manejo conductual para el padre (Schrott et al., 2019; Whittingham et al., 2009), dejando sin atender algunos aspectos emocionales que los padres experimentan al momento de lidiar con los problemas de conducta de sus hijos. Además, aunque algunos programas parecen pertinentes por estar centrados en las necesidades de los padres (Tellegen & Sanders, 2014), hay pocos datos sobre cómo se llevaron a cabo. El hecho de ser tan individualizados puede generar un problema para poder replicarse en futuros estudios. Por otro lado, no es posible replicar tal cual, una intervención exitosa en otra parte del mundo, sin las adaptaciones pertinentes de acuerdo con las características de la población a la que va dirigida.

Por todo lo anterior, se propone elaborar una intervención adecuada para las características y las necesidades de la población mexicana, que retome algunos aspectos de los programas

que han resultado exitosos (Tellegen & Sanders, 2014; Whittingham, et al., 2009; Zelazo, 1997), que incluya diferentes elementos de tipo educativo, y psicoeducativo, viable para aplicarse en clínicas públicas mexicanas, en donde existe una cantidad grande de usuarios.

Finalmente, cabe resaltar que en la literatura hay poca referencia a instrumentos que evalúen específicamente la autoeficacia parental en el dominio de manejo de conducta externalizada en niños con TEA, por tal motivo, en la presente tesis, se propuso la elaboración de un instrumento para medir esta variable y poder llevar a cabo las metas planteadas.

Método

Preguntas de investigación

¿Cómo es la autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada en un grupo de padres mexicanos cuyos niños tienen diagnóstico de TEA?

¿Cómo se relaciona la autoeficacia parental con el estrés de los padres (percibido y parental)?

¿Qué efecto tiene una intervención en la autoeficacia parental dirigida a un grupo de padres de niños con TEA?

Para dar respuesta a las preguntas de investigación se decidió dividir el proyecto en dos fases. En la primera fase se contestaron las primeras dos preguntas de investigación (previa elaboración y validación de instrumentos). En la segunda fase se contestó la tercera pregunta de investigación.

Primera fase: Exploración de la autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada.

Objetivo general:

Conocer cómo es la autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada en una muestra de 51 padres mexicanos de niños con diagnóstico de TEA.

Objetivos específicos:

1. Elaborar y validar psicométricamente un instrumento para evaluar la autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada.
2. Adaptar instrumentos para medir el estrés de los padres (percibido y parental).
3. Evaluar la relación entre la autoeficacia parental, el estrés parental, y el estrés percibido.
4. Conocer la relación entre la autoeficacia parental y variables sociodemográficas de padres e hijos.
5. Conocer la relación entre el estrés (percibido y parental) y variables sociodemográficas de padres e hijos.
6. Evaluar la relación entre autoeficacia parental y las preocupaciones de los padres (centradas en el presente o en el futuro).
7. Evaluar la relación entre estrés (percibido y parental) y las preocupaciones de los padres (centradas en el presente o en el futuro)

8. Identificar la relación entre autoeficacia parental y el tipo de problema de conducta del hijo (internalizado o externalizado) que más preocupa al padre.
9. Identificar la relación entre estrés (percibido y parental) y el tipo de problema de conducta del hijo (internalizado o externalizado) que más preocupa al padre.
10. Describir algunas características de los padres que puntuaron alto o bajo en el instrumento de autoeficacia parental.

En primer lugar, se presenta el proceso de adaptación de los instrumentos que se utilizaron en esta fase de la investigación.

Elaboración y validación de instrumentos.

Elaboración de un instrumento para evaluar la autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada.

Después de revisar los instrumentos utilizados por otros investigadores para medir la variable autoeficacia parental, se consideró que la mayoría de estos instrumentos medían la variable de forma general, evaluando globalmente si un padre se considera capaz y satisfecho al desempeñar diferentes tareas parentales (Abidin, 1995; Johnston & Mash, 1989). Aquellos instrumentos que pretendían medir la autoeficacia parental en el área de manejo de conducta, se ocuparon de medir la autoeficacia en el manejo de conductas centrales del diagnóstico de TEA (Sofronoff & Farbotko, 2002) y pocos incluían explícitamente la autoeficacia en el manejo de problemas de conducta externalizada (Hastings & Brown, 2002). Además, no se encontró un instrumento que midiera la variable autoeficacia parental particularmente en el manejo de problemas de conducta externalizada adaptada para padres mexicanos de niños con TEA.

Por todo lo anterior, se decidió construir y validar psicométricamente un cuestionario de autoeficacia parental en el manejo de los problemas de conducta externalizada más comunes que presentan los niños con TEA.

Elaboración de los reactivos

Para la elaboración del cuestionario, se tomó la definición de Autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada propuesta por Johnston y Mash (1989), que hace referencia a la autoeficacia parental como el grado en que un padre se siente competente y seguro, sobre todo, en el manejo de los problemas de conducta de su hijo.

Se definieron, con ayuda de la literatura y de expertos en este tema en la Ciudad de México, cuáles son los problemas de conducta externalizada más comunes en niños con TEA. Cabe mencionar que los expertos se seleccionaron con base a la profesión ejercida (paidopsiquiatras y psicólogos especializados en Trastornos del Espectro Autista), y los años de experiencia (más de 7 años de experiencia en el diagnóstico y/o tratamiento de niños con TEA).

Después de contar con una lista de los problemas de conducta externalizada más comunes en niños con TEA, se planteó que los reactivos del cuestionario fueran preguntas sobre *qué tan seguro se siente el padre para manejar cada problema de conducta externalizada*. Las opciones de respuesta estuvieron presentadas en una escala tipo Likert de cuatro puntos (*no me siento seguro, pocas veces me siento seguro, muchas veces me siento seguro, y siempre me siento seguro*). Había también una opción de respuesta alternativa que se refiere a: *esa conducta no ha ocurrido*. Este tipo de cuestionario estuvo inspirado en otros autores, quienes plantearon instrumentos parecidos para medir la autoeficacia parental en el manejo de

problemas de conducta (Feldman & Werner, 2002; Hastings & Brown, 2002; McAleese et al., 2014; Sofronoff & Farbotko, 2002; Sparrow, Cicchetti, & Saulnier, 2016).

Una vez que estuvieron redactados los reactivos, se pidió a otros expertos en la evaluación y tratamiento de niños diagnosticados con TEA de la Ciudad de México (3 paidopsiquiatras y 4 psicólogos) que evaluaran los reactivos propuestos respecto a su contenido y a su claridad, también se les preguntó si sólo estos reactivos eran relevantes para el objeto de estudio o si proponían algún otro. Los expertos tuvieron acuerdo con algunos reactivos y pidieron modificaciones en otros. Se hicieron las correcciones pertinentes. De esta forma, la escala quedó constituida por 10 reactivos (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Reactivos propuestos para el cuestionario de autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada.

Reactivos
<i>Qué tan seguro(a) se siente usted para poder manejar estas conductas en su niño(a):</i>
1. Cuando mi hijo se comporta impulsivo (actúa sin pensar y sin medir los peligros o consecuencias).
2. Cuando mi hijo hace berrinches.
3. Cuando mi hijo es agresivo físicamente con otras personas (por ejemplo: golpea, muerde, pateo, etc.)
4. Cuando mi hijo desobedece intencionalmente.
5. Cuando mi hijo provoca a otras personas (por ejemplo: se burla, reta o intimida a las personas).
6. Cuando mi hijo se lleva objetos ajenos sin permiso.
7. Cuando mi hijo destruye a propósito sus cosas o las de los demás.
8. Cuando mi hijo es agresivo verbalmente con los demás (por ejemplo: ofende, dice palabras hirientes).
9. Cuando mi hijo miente.
10. Cuando mi hijo hace trampa.

Enseguida, se realizaron pruebas preliminares de forma individual con 7 padres de niños diagnosticados con TEA, quienes dieron su opinión y visto bueno sobre los 10 reactivos seleccionados, manifestando acuerdo en que todos eran oportunos en su contenido y fácilmente comprensibles en cuanto a su redacción. Por lo que se procedió a la validación psicométrica del cuestionario.

Validación psicométrica del cuestionario

Participantes

Participaron 103 personas en el proceso de validación del cuestionario. Se decidió este tamaño de la muestra para lograr cumplir con el requisito de al menos evaluar a 10 personas por reactivo (Nunnally & Bernstein, 1994). La muestra estuvo conformada por padres de niños diagnosticados con TEA que asisten a un centro de salud mental público (cuyos hijos se ubicaban entre los 2 y los 14 años de edad). De los participantes, el 80% fueron mujeres y el 20% hombres; sus edades se ubicaban entre los 22 y 63 años. Respecto a la escolaridad el 30% tenía escolaridad básica, el 49% educación media y el 21% educación superior.

Procedimiento

Se explicó a las autoridades pertinentes del centro de salud mental, sobre los propósitos de este estudio, quienes revisaron el cuestionario que iba a aplicarse y consideraron que se cumplían con las pautas éticas, tales como mantener la confidencialidad durante y después del estudio, y publicar los datos resultantes de una manera respetuosa de los participantes (Organización Panamericana de la Salud & Consejo de Organizaciones Internacionales de

las Ciencias Médica, 2016), por lo cual se permitió la aplicación del cuestionario para su validación psicométrica.

A los participantes se les explicó la importancia de este estudio. Se mencionó que los datos que se obtuvieran se usarían sólo con fines de investigación. Una vez que se resolvieron dudas y se obtuvo su consentimiento, se aplicó el cuestionario que incluían los 10 reactivos.

Cuando ya se tuvieron 103 cuestionarios contestados, se procedió al análisis estadístico de los datos. Se siguió el procedimiento propuesto por Nunnally y Bernstein (1994) y el de Reyes-Lagunes y García (2008) que consiste en: análisis de frecuencia de cada reactivo para conocer si las opciones de respuesta fueron atractivas para todos los participantes y conocer el tipo de distribución predominante: normal o sesgada; discriminación y direccionalidad de los reactivos; confiabilidad inicial; análisis de correlación para decidir el tipo de análisis factorial; análisis factorial; confiabilidad total.

Con respecto al análisis de frecuencias de cada reactivo, se obtuvo que los 10 reactivos presentaron frecuencias en todas y cada una de sus opciones de respuesta.

Se calcularon el sesgo y la curtosis de cada uno de los reactivos para conocer su tipo de distribución. Además, se hizo la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov. Hasta el momento se conservaron todos los reactivos, eran predominantemente normales.

Posteriormente se probó el poder discriminativo de los reactivos. Para lo cual se hicieron dos análisis, en primer lugar, una comparación de grupos extremos con respecto al total de la prueba (puntajes inferiores al primer cuartil y puntajes superiores al tercer cuartil) con la prueba t de Student, y se conservaron todos los reactivos por discriminar significativamente.

El segundo análisis fue una correlación entre el total de la prueba y cada uno de los reactivos

(se utilizó la correlación Producto Momento de Pearson) sólo se conservaron aquellos con correlaciones superiores a 0.30 en ambos análisis, que en este caso fueron todos.

En el análisis de confiabilidad inicial los 10 reactivos obtuvieron un índice Alpha de Cronbach de .83. Observando el análisis de correlación entre los reactivos con predominancia mediana a alta, se decidió realizar un análisis factorial exploratorio de extracción de componentes principales con rotación oblicua (Oblimin Direct). A partir del análisis factorial, el cuestionario quedó integrada por un factor, con 6 reactivos, con un porcentaje de varianza explicada del 43.80%, y un Alpha de Cronbach de .82.

Para verificar que la matriz de correlaciones sobre la cual se basa el análisis factorial fuera adecuada se realizaron dos análisis: la medida de adecuación muestral Kaiser, Meyer, Olkin (KMO= .841) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2= 184.135$, $p=.000$), y se llegó a la conclusión de que fueron adecuadas.

En la Tabla 2 se aprecia el cuestionario de autoeficacia parental con los 6 reactivos finales, así como los pesos factoriales de cada reactivo. Los reactivos que fueron eliminados, fueron aquellos que hacían referencia a problemas de conducta externalizada que requieren mayores habilidades verbales y de planeación (agredir verbalmente, mentir, hacer trampa, llevarse objetos ajenos sin permiso), lo cual nos indica que los problemas de conducta externalizada predominantes en estos niños tenían que ver con conductas más concretas, que requieren menores habilidades ejecutivas y verbales.

Tabla 2.

Reactivos finales del cuestionario de autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada con el peso factorial de los reactivos.

Reactivos	Factor
	1
<i>Qué tan seguro(a) se siente usted para poder manejar estas conductas en su niño(a):</i>	
Cuando mi hijo se comporta impulsivo (actúa sin pensar y sin medir los peligros o consecuencias).	.60
Cuando mi hijo hace berrinches.	.64
Cuando mi hijo es agresivo físicamente con otras personas (por ejemplo: golpea, muerde, pateo, etc.)	.70
Cuando mi hijo desobedece intencionalmente.	.80
Cuando mi hijo provoca a otras personas (por ejemplo: se burla, reta o intimida a las personas).	.64
Cuando mi hijo destruye a propósito sus cosas o las de los demás.	.57

Nota: Las opciones de respuesta son: no me siento seguro 1, pocas veces me siento seguro 2, muchas veces me siento seguro 3, siempre me siento seguro 4, esa conducta no ha ocurrido NS

Adaptación de instrumentos para medir el estrés de los padres (percibido y parental).

Para poder cumplir con el segundo objetivo específico de esta fase, que consistía en encontrar y/o adaptar instrumentos para medir el estrés de los padres (percibido y parental), se procedió a la búsqueda de los instrumentos adecuados.

De los instrumentos que se requerían, se encontró un instrumento que mide estrés percibido: la Escala de Estrés Percibido 10. Esta escala fue elaborada por Cohen, Kamarck, y Memelstein (1983) y la validación psicométrica para aplicar el instrumento en adultos mexicanos fue realizada por Velasco (2017). El alpha de Cronbach para la escala revisada en adultos mexicanos fue de .82. El instrumento está integrado por 10 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta (*nunca, casi nunca, de vez en cuando, frecuentemente, y casi siempre*). Tiene dos subescalas: estrés y afrontamiento. Para fines de este estudio, únicamente se decidió usar la subescala de estrés. Los reactivos de esta subescala se utilizaron sin hacer modificaciones, debido a que ya habían sido adaptados previamente por Velasco (2017). En la Tabla 3 se muestra la subescala de estrés y las opciones de respuesta. Un mayor puntaje implica mayor estrés percibido.

Tabla 3.

Reactivos de la subescala de estrés de la Escala de Estrés Percibido 10.

Reactivos
<i>Durante el mes pasado, ¿cuántas veces...</i>
1)...sintió que no podía controlar las cosas importantes de su vida?
2) ...se sintió nervioso o lleno de tensión?
3) ... tuvo problemas en manejar todas las cosas que tenía que hacer durante esos días?
4) ...ha sentido que tenía tantas dificultades que no podía solucionarlas?
5) ... se enojó por cosas que no pudo controlar?

Nota: Las opciones de respuesta son: nunca 0, casi nunca 1, de vez en cuando 2, frecuentemente 3, casi siempre 4.

En cuanto al estrés parental, no se encontró un instrumento validado en población mexicana.

La evaluación del estrés parental se ha llevado a cabo tradicionalmente con diferentes instrumentos (Lessenberry & Rehfeldt, 2004). Entre las medidas específicas para el estrés parental utilizadas en inglés, podemos destacar tanto el Parental Stress Index (PSI, Abidin, 1995) como el Parental Stress Scale (PSS, Berry & Jones, 1995), ya que cuentan con propiedades psicométricas adecuadas. Ambos instrumentos ya fueron traducidos al español. Sin embargo, el uso de la escala de estrés parental (PSS) se consideró más adecuado porque presenta una mejor aplicabilidad al ser un informe más corto y comprensible.

El PSS traducido al español (Oronoz, Alonso-Arbiol, & Balluerka, 2007) se compone de 17 reactivos calificados en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (*totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, y totalmente de acuerdo*). De forma que un mayor puntaje implica un mayor estrés parental. En la Tabla 4 se muestran los reactivos de la Escala de Estrés Parental.

Tabla 4.

Reactivos del Parental Stress Scale.

Reactivos
1. Me siento feliz en mi papel como padre/madre.
2. No hay nada o casi nada que no haría por mi hijo/a si fuera necesario.
3. Atender a mi hijo/a a veces me quita más tiempo y energía de la que tengo.
4. A veces me preocupa el hecho de si estoy haciendo lo suficiente por mi hijo/a.
5. Me siento muy cercano/a a mi hijo/a.
6. Disfruto pasando tiempo con mi hijo/a.
7. Mi hijo/a es una fuente importante de afecto para mi
8. Tener un hijo/a me da una visión más certera y optimista para el futuro.
9. La mayor fuente de estrés en mi vida es mi hijo/a.
10. Tener un hijo/a deja poco tiempo y flexibilidad en mi vida.
11. Tener un hijo/a ha supuesto una carga financiera.
12. Me resulta difícil equilibrar diferentes responsabilidades debido a mi hijo/a.
13. El comportamiento de mi hijo/a a menudo me resulta incómodo o estresante.
14. Si tuviera que hacerlo de nuevo, podría decidir no tener un hijo/a.
15. Me siento abrumado/a por la responsabilidad de ser padre/madre.
16. Me siento satisfecho como padre/madre.
17. Disfruto de mi hijo/a.

Nota: Las opciones de respuesta son: totalmente en desacuerdo 1, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

Para poder utilizar este instrumento en población mexicana, se procedió a validarlo psicométricamente.

Validación psicométrica del Parental Stress Scale

Participantes

Se trabajó con una muestra conformada por 172 participantes, para cumplir con el requisito de incluir al menos a 10 participantes por reactivo (Nunnally & Bernstein, 1994). Todos los participantes eran padres o madres de niños y adolescentes diagnosticados con Trastornos del Espectro Autista, que asistían a un centro de atención a la salud mental del gobierno mexicano. El 76% fueron mujeres y el 24% hombres, con edades entre los 21 y 65 años, con una edad promedio de 38 años. Sobre la escolaridad, el 31% contaban con escolaridad básica, el 37% con educación media y el 32% con educación superior.

Procedimiento

Se pidió la revisión de aspectos éticos del procedimiento a las autoridades pertinentes del lugar en el que se realizó el estudio, quienes dieron su visto bueno. Se contactó a los participantes en dicho centro, y se les explicó la relevancia de este estudio, asegurando la confidencialidad de los datos que se usarían sólo con fines de investigación.

Se dieron las instrucciones para contestar el cuestionario. Una de las instrucciones hacía la observación a los participantes de responder el cuestionario refiriéndose al hijo diagnosticado con TEA.

Una vez obtenidos los datos se siguió el procedimiento para validación psicométrica propuesto por Reyes-Lagunes y García (2008). En primer lugar, se realizó un análisis de frecuencias de cada uno de los reactivos que conforman la escala con la finalidad de conocer si todas las opciones de respuesta fueron atractivas. Se encontró que sí debido a que casi en

todos los casos, las opciones de respuesta tuvieron frecuencia. Posteriormente se calcularon el sesgo y la curtosis de cada uno de los reactivos para conocer su tipo de distribución y los resultados muestran que los reactivos tenían una distribución sesgada. Para corroborar este resultado se hizo la prueba *Z* de Kolmogorov-Smirnov y se encontró que ninguno tuvo una distribución normal, lo que se consideró para los siguientes análisis.

Posteriormente se probó el poder discriminativo de los reactivos, es decir, su capacidad para detectar diferencias en las cantidades del atributo que se está midiendo, lo cual puede hacerse al probar que existe una relación sistemática entre los puntajes del reactivo y el total de la prueba. Para esto se hicieron dos análisis, en primer lugar, una comparación de grupos extremos con respecto al total de la prueba (puntajes inferiores al primer cuartil y puntajes superiores al tercer cuartil) con la prueba *U* de Mann Whitney, misma que se seleccionó debido que es adecuada a la distribución de los reactivos por ser no paramétrica; el segundo análisis fue una correlación entre reactivos y, entre el total de la prueba y cada uno de los reactivos, sólo se conservaron aquellos con correlaciones superiores a 0.30, cabe mencionar que el tipo de correlación adecuado para este análisis es la Correlación Biserial Puntual, sin embargo, Nunnally y Bernstein (1994) señalan que por ser una transformación de la correlación Producto Momento de Pearson se obtiene el mismo puntaje, por lo que se usó la correlación de Pearson (ver Tabla 5).

Tabla 5.

Análisis de discriminación de los reactivos de la escala de estrés parental (PSS23 Versión Adaptada)

Reactivo	Análisis de discriminación		
	Comparación de grupos extremos		Correlación reactivo total
	<i>U</i> Mann Whitney	Sig. Asintótica (bilateral)	
R1	599.00	.32	.14
R2	438.00	.00	.37**
R3	91.00	.00	.59**
R4	392.50	.00	.36**
R5	479.00	.01	.30**
R6	648.00	.79	.17
R7	644.50	.73	.21**
R8	654.00	.88	.10
R9	70.50	.00	.67**
R10	64.50	.00	.71**
R11	94.50	.00	.64**
R12	89.00	.00	.62**
R13	60.50	.00	.66**
R14	345.00	.00	.38**
R15	209.50	.00	.58**
R16	645.00	.79	.09
R17	612.00	.34	.19

Nota: ** $p \leq .01$

Después de realizar ambos análisis se decidió conservar únicamente 10 reactivos (los reactivos 2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15), ya que eran aquellos con correlaciones mayores que 0.30. Posteriormente se identificó la congruencia en la direccionalidad de los reactivos. Para examinar lo anterior, se generaron tablas de contingencia para los 10 reactivos. En las

filas se colocaron a los grupos con puntaje bajo y alto y en las columnas a las opciones de respuesta de la escala. Se verificó que el grupo con puntaje bajo tuviera mayor frecuencia en las opciones de menor valor y ninguna o muy pocas en las de mayor valor. Lo contrario debía pasar en el grupo con puntaje alto. Los reactivos tuvieron un buen ajuste en este sentido.

Debido al análisis de correlación entre los reactivos, se decidió realizar un análisis factorial exploratorio de extracción de componentes principales con rotación oblicua (Oblimin Direct) para los 10 reactivos que no fueron eliminados con anterioridad. A partir del análisis factorial, la escala queda integrada por un factor, con 8 elementos, un porcentaje de varianza explicada del 51.64%, y un Alpha de Cronbach de .88. En la Tabla 6 se muestran los reactivos que integran esta escala adaptada para nuestra población con sus pesos factoriales.

Tabla 6

Reactivos que integran la escala de estrés parental y su peso factorial

Reactivos	Factor
	1
Atender a mi hijo/a a veces me quita más tiempo y energía de la que tengo.	.63
La mayor fuente de estrés en mi vida es mi hijo/a.	.72
Tener un hijo/a deja poco tiempo y flexibilidad en mi vida.	.78
Tener un hijo/ a ha supuesto una carga financiera.	.68
Me resulta difícil equilibrar diferentes responsabilidades debido a mi hijo/a.	.78
El comportamiento de mi hijo/a a menudo me resulta incómodo o estresante.	.77
Si tuviera que hacerlo de nuevo, podría decidir no tener un hijo/a.	.41
Me siento abrumado/a por la responsabilidad de ser padre/madre.	.69

Nota: Las opciones de respuesta son: totalmente en desacuerdo 1, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

Una vez validados los instrumentos para medir las variables de interés, se procedió a cumplir con el tercer objetivo específico de esta fase, que era evaluar la relación entre la autoeficacia parental, el estrés parental, y el estrés percibido en una muestra de 51 padres mexicanos de niños con TEA. Cabe mencionar que se estudió a padres que no habían participado previamente en los procesos de validación de los instrumentos. A continuación, se describen los aspectos metodológicos del estudio realizado.

Tipo de estudio.

Estudio descriptivo y correlacional (Hernández, Fernández, & Baptista, 2003), ya que se midieron las variables de estudio y se analizaron las relaciones entre ellas.

Tipo de diseño.

Es un diseño no experimental, transeccional (Hernández et al., 2003), puesto que no hubo manipulación de variables, y éstas se midieron una sola vez

Participantes.

La elección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico, de sujetos voluntarios (Hernández et al.). Los participantes fueron padres que asistían a una clínica de autismo pública. Inicialmente un total de 60 padres contestaron los cuestionarios, pero 9 fueron excluidos por tener respuestas incompletas en las escalas aplicadas. La muestra final consistió en 51 participantes, de los cuales 32 (62.7%) eran mujeres y 19 (37.3%) hombres. Las edades de los participantes se encontraban entre 23 y 53 años. Los demás datos sociodemográficos se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7

Datos sociodemográficos de la muestra.

Variables	<i>n</i> = 51
Edad de los padres	<i>M</i> = 35.53 años (<i>DE</i> = 8.11) Rango=23-53
Edad del hijo	<i>M</i> = 6.04 (<i>DE</i> = 3.29) Rango= 2-14
Tiempo de haber recibido el diagnóstico del hijo	<i>M</i> = 5.66 meses (<i>DE</i> = 6.35) Rango= 1-24
	Frecuencia (%)
Escolaridad de los padres	
Básica	12 (23.5%)
Media superior	22 (43.1%)
Superior	17 (33.3%)
Ocupación de los padres	
Empleado	17 (33.3%)
Negocio propio	5 (9.8%)
Profesionista	8 (15.7%)
Labores del hogar	21 (41.2%)
Estado civil de los padres	
Soltero	0
Casado	34 (66.7%)
Unión Libre	14 (27.5%)
Divorciado	3 (5.9%)
Diagnóstico del hijo	
TEA síntomas severos	3 (5.9%)
TEA síntomas moderados	30 (58.8%)
TEA síntomas leves	18 (35.3%)
Sexo del hijo	
Mujer	9 (17.6%)
Hombre	42 (82.4%)

Criterios de Inclusión.

Padres y/o madres que contaban con el diagnóstico confirmado de sus hijos de Trastorno del Espectro Autista, cuyos niños habían recibido/ confirmado el diagnóstico de TEA por parte del departamento de valoración psicológica del mismo centro en el que se realizó este estudio.

Criterios de exclusión.

Padres de niños con diagnóstico de TEA en comorbilidad con otro trastorno (excepto discapacidad intelectual)

Definición conceptual y operacional de las variables de estudio.***Definición conceptual.***

Autoeficacia parental. El grado en que un padre se siente competente y seguro en el manejo de problemas de conducta *externalizada* de su hijo *con TEA* (Johnston & Mash, 1989).

Estrés percibido. Es el grado en el cual las personas perciben los eventos en su vida como excesivamente amenazantes (Cohen et al., 1983).

Estrés parental. La percepción de estresores debidos a la crianza de un hijo *con TEA* (Berry & Jones, 1995).

Definición operacional.

Autoeficacia parental: El puntaje total del cuestionario autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada elaborado para este estudio.

Estrés percibido: El puntaje de la subescala *estrés* de la Escala de Estrés Percibido 10 (Cohen et al., 1983) adaptada para población mexicana por Velasco (2017).

Estrés parental: El puntaje total de la escala Parental Stress Scale (Berry & Jones, 1995) validada previamente para este estudio.

Instrumentos.

Cuestionario de autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada.

Elaborado y validado psicométricamente para este estudio. Lo integran seis reactivos. El Alpha de Cronbach para la escala fue de .82. Una puntuación alta indica un mayor nivel de autoeficacia en el manejo de algunos problemas de conducta externalizada del hijo con TEA. Los reactivos están expresados en una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta, con valores de 1 a 4 (desde *no me siento seguro*, hasta *siempre me siento seguro* para manejar cada problema de conducta externalizada).

Escala de Estrés Percibido 10.

Fue creada por Cohen et al. (1983). La validación psicométrica para aplicar la escala en adultos mexicanos fue realizada por Velasco (2017). El alpha de Cronbach para la escala revisada en adultos mexicanos fue de .82. Tiene dos subescalas: *estrés* y *afrentamiento*. Para fines de este estudio, únicamente se usó la subescala de *estrés*, que cuenta con cinco reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta, con valores de 0 a 4 (desde *nuca* hasta *casi siempre*). Una puntuación alta en la subescala indica un mayor nivel de estrés percibido.

Parental Stress Scale.

Es una escala elaborada por Berry y Jones (1995) y traducida al español por Oronoz et al. (2007). Este cuestionario fue validado para el presente estudio. El Alpha de Cronbach para la escala revisada en una muestra de padres mexicanos de niños con TEA fue de .88. Contiene

ocho reactivos expresados en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, con valores de 1 a 5 (desde *totalmente en desacuerdo* hasta *totalmente de acuerdo*). Una puntuación alta indica un mayor nivel de estrés parental.

Cuestionario para describir variables sociodemográficas y familiares.

Previamente construido para este estudio. En cuanto a variables sociodemográficas, se preguntó, respecto al padre: el sexo, la edad, la escolaridad, el estado civil, y la ocupación. Respecto al niño diagnosticado con TEA, se preguntó: la edad, sexo, el nivel de intensidad de los síntomas centrales de TEA: síntomas leves, moderados, o severos; y el tiempo transcurrido desde que recibió por primera vez el diagnóstico de TEA.

Se preguntó también, si contaba con otras personas que le ayudaran en el cuidado de su hijo con TEA, si había otra persona en la familia que requería cuidados de él o ella (además de su hijo con TEA), qué era lo que más le preocupaba de su hijo diagnosticado con TEA, y cuál conducta de su hijo con TEA consideraba que era la más difícil de manejar.

Procedimiento.

El estudio fue sometido a revisión por parte de las autoridades de la clínica de autismo en la que se realizó el estudio, quienes lo aprobaron por considerar que cubría requerimientos éticos, tales como, cuidar la integridad de los participantes, y sólo representar un riesgo mínimo. Se dejó en claro que, si algún padre o madre se sintiese emocionalmente afectado al contestar los cuestionarios, se le atendería debidamente. También se estableció mantener la confidencialidad de la información de los participantes, y publicar los datos resultantes de una manera respetuosa de los intereses de todos los afectados de acuerdo a las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud en seres humanos

(Organización Panamericana de la Salud & Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica, 2016).

Una vez reunidos los participantes, se brindó la información relevante acerca de la investigación, se les explicó en qué consistía su participación, así como la confidencialidad de la información. Se entregó una carta de consentimiento informado. Se resolvieron dudas y se firmó el documento.

Posteriormente se les explicó a los participantes las instrucciones para llenar los cuestionarios. Se entregaron los cuadernillos en donde se incluían todos los instrumentos antes descritos (ver Apéndice 1). La duración aproximada de su aplicación fue de 25 minutos.

Después de la aplicación, se realizó la captura de los datos y los análisis estadísticos correspondientes para el cumplimiento de los objetivos planteados, mediante el programa estadístico *SPSS 23 Versión Adaptada*. Estos análisis incluyeron: análisis descriptivo y correlacional de las variables de estudio; así como análisis correlacional de las variables de estudio y las variables sociodemográficas y familiares. Finalmente, se procedió a hacer una descripción de los participantes que puntuaron con alta autoeficacia parental, y los que puntuaron con baja autoeficacia parental.

Resultados.

Relación entre las variables de estudio.

Para conocer la relación entre la autoeficacia parental, el estrés percibido, y el estrés parental, se realizó, en primer lugar, un análisis descriptivo de estas variables de estudio (ver la Tabla 8).

Tabla 8

Análisis descriptivo de las variables de estudio

Variables	<i>M</i>	<i>DE</i>	Rango	
			Posible	Actual
Autoeficacia parental	16.45	3.46	6-24	8-24
Estrés percibido	9.43	4.52	0-20	1-20
Estrés parental	19.51	6.49	8-40	9-37

Nota: n = 51

En cuanto a la variable estrés parental hubo una desviación estándar mayor, y las respuestas tenían tendencia hacia menor estrés parental. Sin embargo, el coeficiente de Kolmogorov-Smirnov (*K-S*) indicó una probabilidad no significativa ($p > .05$) para las tres variables de estudio, lo que indica que tenían una distribución normal.

Posteriormente se realizó el análisis correlacional entre las variables de estudio (ver Tabla 9). La correlación entre la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada y ambas variables que medían estrés, resultaron significativas y negativas, indicando que cuanto más autoeficaces se perciben los padres, presentan menor estrés. Sin embargo, fue más fuerte la relación entre autoeficacia y estrés percibido que entre autoeficacia y estrés parental.

Tabla 9

Análisis correlacional de las variables de estudio

Variables	1	2	3
1. Autoeficacia parental en los problemas de conducta externalizada	---	-.48**	-.35*
2. Estrés percibido		---	.52**
3. Estrés parental			---

Nota: Se presentan las correlaciones entre las variables ($n = 51$). Los números de las columnas representan las variables enlistadas en la primera columna del lado izquierdo. Mientras más alta es la puntuación, mayor es la correlación entre variables; el signo representa la dirección en la que dicha correlación se presenta.

* $p < .05$. ** $p < .01$

Relación entre la autoeficacia parental y variables sociodemográficas.*Sexo de los padres*

En la Tabla 10 se muestra el promedio que obtuvieron hombres y mujeres en cada cuestionario. Como puede observarse, aparentemente, los hombres tuvieron un promedio más alto de autoeficacia parental que las mujeres, pero esto no fue significativo; tampoco fueron significativas las diferencias en el estrés parental (ver Tabla 10). La única diferencia significativa se encontró en el estrés percibido, ya que las mujeres reportaron más estrés percibido ($M=10.69$) que los hombres ($M=7.31$), $t(49) = 2.74$, $p < .01$.

Tabla 10

Diferencias entre mujeres y hombres respecto a las variables de estudio

Variables	Mujeres	Hombres	<i>t</i> (<i>gl</i>)	<i>p</i>
	<i>n</i> = 32	<i>n</i> = 19		
	<i>M</i> (<i>DE</i>)	<i>M</i> (<i>DE</i>)		
Autoeficacia parental	15.99 (3.38)	17.23 (3.54)	-1.24 (49)	.220
Estrés percibido	10.69 (4.39)	7.31 (3.99)	2.74 (49)	.009
Estrés parental	20.31 (6.70)	18.16 (6.06)	1.15 (49)	.256

Edad de los padres

La edad de los padres no se encontró relacionada a la autoeficacia parental $r(51) = .16$ $p > .05$. Tampoco el estrés percibido y el estrés parental tuvieron relación significativa con la edad de los padres.

Escolaridad de los padres

No se observaron diferencias en la autoeficacia parental según el nivel de escolaridad de los padres ($X^2 = 1.86$, $gl = 3$, $p > .05$). Tampoco hubo relación significativa entre la escolaridad y el estrés percibido o parental.

Estado civil de los padres

No se observaron diferencias en la autoeficacia parental según el estado civil de los padres ($X^2 = 1.49$, $gl = 2$, $p > .05$). Tampoco hubo relación significativa entre el estado civil y el estrés percibido o parental.

Ocupación de los padres

No se observaron diferencias en la autoeficacia parental según la ocupación de los padres ($X^2 = 3.97$, $gl = 3$, $p > .05$). Tampoco hubo relación significativa entre la ocupación y el estrés percibido o parental.

Edad del hijo con TEA

De acuerdo a las edades de los niños, se dividieron a los padres en 5 grupos (según se muestra en la Tabla 11). La autoeficacia parental no tuvo diferencia significativa entre estos grupos de padres ($X^2 = 3.92$, $gl = 4$, $p > .05$). Tampoco el estrés parental tuvo diferencia significativa. Sin embargo, en el estrés percibido sí se encontraron diferencias significativas ($X^2 = 10.46$, $gl = 4$, $p < .05$). Esto indica que los padres de niños entre 9 y 11 años presentaron mayor estrés percibido, luego les siguen los padres de niños pequeños (de 2 años), y posteriormente los padres de niños de otras edades (Ver Tabla 11).

Tabla 11

Descripción de las variables de estudio según la edad del hijo con TEA

Variables	0-2 años		3-5 años		6-8 años		9-11 años		12-14 años	
	<i>n</i> =5		<i>n</i> =21		<i>n</i> =15		<i>n</i> =5		<i>n</i> =5	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Autoeficacia parental	17.2	3.3	16.6	3.9	16.6	2.4	14.2	2.5	16.9	5.4
Estrés percibido	11.2	6.5	9.3	3.6	9.2	4.7	13.4	3.7	4.8	2.7
Estrés parental	20.8	4.8	18.2	6.6	22.5	6.6	16.2	4.5	17.8	7.2

Sexo del hijo con TEA

La mayoría de los padres tenían hijos varones ($n=42$) y sólo una minoría eran padres de mujeres con TEA ($n= 9$). Para saber si había una diferencia en la autoeficacia de estos dos grupos de padres se utilizó una prueba no paramétrica, debido a la cantidad muy distinta de integrantes de cada grupo. Se utilizó la U de Mann Whitney. No se encontraron diferencias significativas en la autoeficacia parental ($z = - .56, p > .05$) de padres de *niños* ($M=16.61$) al compararlos con padres de *niñas* ($M=15.69$). Tampoco hubo diferencias significativas en el estrés percibido ni en el estrés parental en relación al sexo del hijo.

Intensidad de los síntomas de TEA

No se observaron diferencias en la autoeficacia parental según la intensidad o severidad de los síntomas nucleares de TEA del hijo ($X^2 = 1.003, gl = 2, p > .05$). Tampoco hubo relación significativa entre esta variable y el estrés percibido o parental.

Tiempo transcurrido desde la primera vez que se recibió el diagnóstico de TEA del hijo.

El tiempo desde que se recibió el diagnóstico del hijo no se encontró relacionado a la autoeficacia parental $r (n = 50) = -.23 p > .05$; tampoco hubo relación con el estrés percibido. Sin embargo, con el estrés parental sí se encontró una relación positiva baja $r (n = 50) = .32 p < .05$.

Relación entre las variables de estudio y la situación familiar

¿Cuenta con alguien que le ayude en el cuidado del hijo con TEA?

41 padres (80.4%) mencionaron que *sí* tienen ayuda de alguien para cuidar a su hijo con TEA, mientras que 10 (19.6%) mencionaron que *no* tienen ayuda. Debido a la cantidad muy dispar de personas en estas dos situaciones, se utilizó una prueba no paramétrica (la *U* de Mann Whitney) para conocer posibles diferencias en su autoeficacia parental.

No se encontró diferencia significativa en la autoeficacia parental ($z = -.036, p > .05$) entre aquellos que contestaron que *sí* tenían ayuda ($M=16.49$), y los que contestaron que *no* tenían ayuda ($M=16.28$). Tampoco hubo diferencias en el estrés percibido y parental.

¿Otra persona en su familia requiere cuidados de usted?

23 padres (45.1%) mencionaron que *sí* cuidan a alguien más (además del hijo con TEA) y 28 (54.9%) mencionaron que *no* cuidan a alguien más. Sin embargo, no hubo diferencia significativa en la autoeficacia parental ($t(49) = -1.34, p > .05$) entre aquellos que contestaron que *sí* cuidan a alguien más ($M=15.73$), y los que contestaron que *no* ($M=17.04$). Tampoco hubo diferencias en el estrés percibido y parental.

Relación entre las variables de estudio y las preocupaciones de los padres

¿Qué es lo que más le preocupa de su hijo con TEA?

Se revisaron las respuestas de los padres a esta pregunta, y se formaron dos categorías: preocupaciones centradas en el presente del hijo con TEA y preocupaciones centradas en su futuro.

En la Tabla 12 se muestra que 30 padres (58.8%) mencionaron preocupaciones centradas en el presente (por ejemplo: “*me preocupa que mi hijo aprenda a controlar esfínteres*”), mientras que 21 padres (41.2%) mencionaron preocupaciones centradas en el futuro (por ejemplo: “*me preocupa qué va a ser de mi hijo cuando yo muera, cómo va a ser su futuro*”). Se hizo una comparación entre estos dos grupos de padres, pero no se encontraron diferencias significativas en la autoeficacia parental, sólo se encontró una diferencia significativa en el estrés parental: los padres con preocupaciones centradas en el futuro de sus hijos, presentaban mayor estrés parental que aquellos padres con preocupaciones centradas en el presente (ver Tabla 12).

Tabla 12

Diferencias en las variables de estudio según las preocupaciones de los padres

Variables	Centrados en el presente <i>n</i> = 30	Centrados en el futuro <i>n</i> = 21	<i>t</i> (<i>gl</i>)	<i>p</i>
	<i>M</i> (<i>DE</i>)	<i>M</i> (<i>DE</i>)		
Autoeficacia parental	16.89 (3.73)	15.83 (3.00)	1.08 (49)	.286
Estrés percibido	8.87 (4.47)	10.24(4.57)	-1.07 (49)	.291
Estrés parental	17.40 (5.10)	22.52 (7.18)	-2.81(33.73)	.008

¿Cuál conducta de su hijo es la más difícil de manejar?

Las respuestas de los padres a esta pregunta fueron clasificadas dentro de dos categorías: problema de conducta internalizada y problema de conducta externalizada. 23 padres (45.1%) contestaron que les parecía difícil manejar algún problema de conducta internalizada, mientras que 28 padres (54.9%) contestaron que les parecía difícil manejar algún problema de conducta externalizada. Como se muestra en la Tabla 13, se encontraron diferencias

significativas en la autoeficacia parental entre estos dos grupos de padres, ya que los padres que mencionaron preocupación por un problema de conducta internalizada tenían mayor autoeficacia parental, que en aquellos que mencionaron preocupación por un problema de conducta externalizada. En las variables de estrés no hubo diferencias significativas entre estos dos grupos de padres.

Tabla 13

Diferencias en las variables de estudio según los problemas de conducta del hijo.

Variables	Problema de conducta internalizada <i>n</i> = 23	Problema de conducta externalizada <i>n</i> = 28	<i>t</i> (<i>gl</i>)	<i>p</i>
	<i>M</i> (<i>DE</i>)	<i>M</i> (<i>DE</i>)		
Autoeficacia parental	17.51 (3.12)	15.58 (3.53)	2.052 (49)	.046
Estrés percibido	8.65 (3.29)	10.07 (5.29)	-1.12 (49)	.269
Estrés parental	17.74 (6.032)	20.96 (6.60)	-1.80 (49)	.078

Descripción de algunas características de los padres que puntuaron alto y bajo en el cuestionario de autoeficacia parental.

Para conocer algunas características de los padres que puntuaron alto y también de los que puntuaron bajo en el cuestionario de autoeficacia parental, se decidió escoger a 7 padres de cada condición: los 7 más altos y los 7 más bajos. Se escogieron 7 porque al sumar a la media del grupo, una desviación estándar, eran 7 los participantes que puntuaban arriba de ese valor. De igual forma, eran siete los participantes cuya puntuación estaba por debajo de la media menos una desviación estándar.

En la Tabla 14 se muestran los datos sociodemográficos de los integrantes de ambos grupos.

Tabla 14

Descripción de las variables sociodemográficas de padres que puntuaron alto y bajo en el cuestionario de autoeficacia parental

Variables	Padres que puntuaron alto <i>n</i> = 7	Padres que puntuaron bajo <i>n</i> = 7
Edad del padre	<i>M</i> = 35.86 años (<i>DE</i> = 10.30)	<i>M</i> = 31.43 años (<i>DE</i> = 5.74)
Edad del niño	<i>M</i> = 5.86 años (<i>DE</i> = 4.06)	<i>M</i> = 6.71 años (<i>DE</i> = 3.40)
Tiempo de haber recibido el diagnóstico del niño	<i>M</i> = 4.29 meses (<i>DE</i> = 5.28)	<i>M</i> =11.29 meses (<i>DE</i> =10.09)
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Escolaridad		
Básica	2 (28.6%)	3 (42.9%)
Media superior	4 (57.1%)	1 (14.3%)
Superior	1 (14.3%)	3 (42.9%)
Ocupación		
Empleado	4 (57.1%)	1 (14.3%)
Profesionista	0	1 (14.3%)
Labores del Hogar	3 (42.9%)	5 (71.4%)
Estado civil		
Casado	4 (57.1%)	3 (42.9%)
Unión Libre	2 (28.6%)	4 (57.1%)
Divorciado	1 (14.3%)	0
Diagnóstico del niño		
TEA síntomas severos	0	1 (14.3%)
TEA síntomas moderados	5 (71.4%)	4 (57.1%)
TEA síntomas leves	2 (28.6%)	2 (28.6%)

En la Tabla 15 se muestran las respuestas a las preguntas sobre la situación familiar y las preocupaciones de los padres con alta autoeficacia parental y aquellos con baja autoeficacia parental.

Tabla 15

Situación familiar y preocupaciones de padres que puntuaron alto y bajo en el cuestionario de autoeficacia parental

Variables	Padres que puntuaron alto <i>n</i> = 7 Frecuencia (%)	Padres que puntuaron bajo <i>n</i> = 7 Frecuencia (%)
¿Cuenta con alguien que le ayude en el cuidado de su hijo con TEA?		
Sí	5 (71.4%)	4 (57.1%)
No	2 (28.6%)	3 (42.9%)
¿Otra persona en su familia requiere cuidados de usted?		
Sí	2 (28.6%)	4 (57.1%)
No	5 (71.4%)	3 (42.9%)
Preocupaciones de los padres		
Centradas en el presente	6 (85.7%)	3 (42.9%)
Centradas en el futuro	1 (14.3%)	4 (57.1%)
Conducta más difícil de manejar		
Internalizada	4 (57.1%)	1 (14.3%)
Externalizada	3 (42.9%)	6 (85.7%)

En la Tabla 16 se muestra el promedio de los padres con alta y con baja autoeficacia parental en las dos variables que miden estrés. Como puede notarse en la misma tabla, sólo se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el estrés percibido, ya que los padres con alta autoeficacia parental presentan menor estrés percibido ($M= 5.28$) que los padres con baja autoeficacia parental ($M =12.71$).

Tabla 16

Diferencias en el estrés percibido y en el estrés parental en los padres con alta y baja autoeficacia parental.

Variables	Padres con alta autoeficacia parental <i>n</i> = 7	Padres con baja autoeficacia parental <i>n</i> = 7	<i>t</i> (<i>gl</i>)	<i>p</i>
	<i>M</i> (<i>DE</i>)	<i>M</i> (<i>DE</i>)		
Estrés percibido	5.28 (2.63)	12.71 (6.18)	-2.92 (12)	.013
Estrés parental	15.43 (3.73)	23.86 (9.89)	-2.10 (7.68)	.069

Conclusiones de la primera fase.

El objetivo general de esta primera fase fue conocer la autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada en una muestra de 51 padres mexicanos de niños con diagnóstico de TEA. Para lo cual, un primer objetivo específico fue crear un instrumento para evaluar esta variable, el cual se elaboró, y se validó psicométricamente. El segundo objetivo específico fue adaptar instrumentos para medir el estrés percibido y el estrés parental. Este objetivo también se cumplió.

El tercer objetivo específico, consistió en evaluar la relación entre la autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada, el estrés percibido y el estrés parental. Se encontró que sí hubo correlaciones significativas. Estas correlaciones fueron baja (con estrés parental) y moderada (con estrés percibido) y ocurrieron en el sentido esperado (correlaciones negativas).

El cuarto objetivo específico se refería a evaluar si existía relación entre la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada y variables sociodemográficas de padres e hijos. En este estudio no se encontró alguna relación significativa entre autoeficacia parental y variables sociodemográficas.

El quinto objetivo específico, consistió en buscar alguna relación entre el estrés (percibido y parental), y variables sociodemográficas. Se encontraron diferencias en cuanto al sexo de los padres, ya que en las mujeres se presentó mayor estrés percibido que en los hombres. También hubo relación con la edad de los hijos, ya que el estrés percibido fue mayor en padres de niños entre 9 y 11 años y en niños de 2 años, en comparación con otros grupos de edades. Además, el estrés parental se relacionó positivamente con el tiempo transcurrido desde que se recibió el diagnóstico del hijo (aunque esta correlación fue baja: $r = .32$).

El sexto objetivo específico fue evaluar si existía relación entre autoeficacia parental y las preocupaciones de los padres, centradas en el presente o en el futuro, pero no se encontró alguna relación.

El séptimo objetivo específico fue evaluar la relación entre estrés (percibido y parental) y las preocupaciones de los padres (centradas en el presente o en el futuro). Se encontró que el estrés parental fue mayor cuando los padres tenían preocupaciones centradas en el futuro en comparación con aquellos centrados en el presente de sus hijos.

El octavo objetivo específico fue evaluar la relación entre autoeficacia parental y el tipo de problema de conducta del hijo (internalizado o externalizado) considerado difícil de manejar para el padre. Se encontró que sí había una relación, ya que los padres preocupados por

problemas de conducta externalizada presentaban menor autoeficacia parental que aquellos preocupados por alguna conducta internalizada.

El noveno objetivo específico fue evaluar la relación entre estrés (percibido y parental) y el tipo de problema de conducta del hijo (internalizado o externalizado). Pero no hubo diferencias en el estrés percibido o parental si la conducta considerada difícil de manejar era internalizada o externalizada.

Finalmente, el décimo objetivo específico se refería a describir y comparar algunas características de los padres que puntuaron alto y aquellos que puntuaron bajo en el cuestionario de autoeficacia parental. Se encontró que los padres que tuvieron alto puntaje en la autoeficacia parental, en su mayoría, no tenían al cuidado a alguien más (además de su hijo con TEA), tenían preocupaciones centradas en el presente de su hijo con TEA, mencionaban como conducta más difícil de manejar alguna de tipo internalizada, y presentaban menor estrés percibido. Por el contrario, quienes puntuaron con baja autoeficacia parental, mencionaron, en su mayoría, que sí cuidaban de alguien más (además de su hijo con TEA), estaban mayormente preocupados por el futuro de sus hijos, percibían como difícil el manejo de algún problema de conducta externalizada, y presentaron mayor estrés percibido.

Todos los hallazgos encontrados en esta primera fase de la investigación, llevaron a reflexionar que la autoeficacia parental en el dominio de manejo de conducta externalizada del hijo con TEA estuvo más relacionada a las variables psicológicas (en especial, al estrés percibido) que a variables sociodemográficas del padre o del niño, sin embargo, se observa que el entorno familiar (tener más de una persona a quien cuidar en la familia) y algunos

aspectos personales, tales como las preocupaciones centradas en el futuro versus en el presente, pueden relacionarse indirectamente, a través del estrés, ya que todos estos aspectos incrementan el estrés, y éste se relaciona con baja autoeficacia parental.

Por tanto, se corrobora la importancia de diseñar una intervención para padres de niños con TEA, que incremente la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada y disminuya el estrés percibido. A través de dicha intervención se pretende ayudar a los padres a hacer frente a su estrés, al utilizar una estrategia de afrontamiento centrada en el problema (Luque et al., 2017), esto es, aprender a ocuparse en los problemas de conducta externalizada de su hijo, en lugar de considerarlos algo muy difícil de manejar y escapar de ellos; enseñar a los padres a centrarse en algo que sí pueden hacer en el presente por sus hijos, en vez de preocuparse por un futuro incierto.

Se tomaron algunas decisiones para el diseño e implementación de la intervención. En primer lugar, se decidió que la intervención estuviera destinada a padres de niños pequeños (alrededor de 2 años de edad), ya que este grupo de padres presentaron alto estrés percibido en comparación con padres de otras edades. Si bien, los padres de niños entre 9 y 11 años presentaron el más alto estrés percibido, se decidió abordar a la población de padres de niños de 2 años (que fue el segundo grupo con más estrés), ya que, según la literatura, los padres de niños pequeños se encuentran por primera vez con el diagnóstico, presentan menor información al respecto, y menor experiencia en el tratamiento de sus hijos (O'Brien, 2007; Duarte et al., 2005; Kuhn & Carter, 2006). Se decidió que la intervención incluyera a padres de niños de 2 y hasta 4 años.

Se decidió que los participantes en la intervención fueran principalmente mujeres, pues suelen presentar mayor estrés percibido, aunque se aceptaría también a hombres que estuvieran interesados en asistir.

Comentarios sobre los instrumentos utilizados en esta fase de la investigación.

Es importante mencionar que el instrumento de autoeficacia parental que se utilizó presentó algunas dificultades. En primer lugar, la forma de calificar el instrumento. Debido a que no en todos los casos se presentaban todos los problemas de conducta descritos en el instrumento (algunos padres usaban la opción “esa conducta no se ha presentado”), ameritó el uso de reactivos tendencia, lo cual implicó deducir estadísticamente cuál habría sido la respuesta de los padres a un reactivo (no evaluado) con base en sus respuestas a los reactivos que sí evaluaron. Aunque esta es una forma válida para obtener un puntaje general en este tipo de instrumentos, se consideró que sería más fidedigno tomar en cuenta solamente a los reactivos contestados por los padres, y obtener un puntaje general, al promediar los puntajes de los reactivos contestados. Esta forma de calificar instrumentos ha sido utilizada por otros autores (Hastings & Brown, 2002).

En segundo lugar, algunos padres reportaron un poco de confusión al evaluar su seguridad para manejar los problemas de conducta externalizada con 4 opciones de respuesta, mencionaron que sería más claro utilizar una escala del 0 al 10, que se asemeje a la escala de calificaciones escolares en México. Donde el valor de 0 indica no tener seguridad y 10 la máxima seguridad para manejar problemas de conducta externalizada. Se consideró que este cambio podría facilitar la comprensión de los padres para llevar a cabo su autoevaluación.

Para la segunda fase de la investigación se tomaron en cuenta todos estos aspectos mencionados y se hicieron adaptaciones al instrumento de autoeficacia parental.

Además, se consideró oportuno elaborar otros reactivos que complementaran la evaluación de la autoeficacia parental, ya que el instrumento utilizado estaba centrado solamente en la seguridad para manejar las conductas, pero hacía falta tomar en cuenta otros elementos.

También es importante comentar algunas dificultades con el instrumento de estrés parental, pues muchos participantes puntuaron con poco estrés parental (aspecto que se contradice con lo encontrado en la literatura) por lo que valdría la pena revisar en futuros estudios la deseabilidad social de dicho instrumento. Además, el puntaje del instrumento de estrés parental tuvo una relación baja con la autoeficacia parental. Por lo tanto, en la siguiente fase de la investigación, en la que se pretendía conocer el efecto de una intervención sobre la autoeficacia parental, se consideró medir solamente el estrés percibido, pues fue el instrumento que tuvo una relación más fuerte con la autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada.

Segunda fase: Diseño y evaluación de una intervención para el incremento de la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada.

Objetivo general.

Evaluar el efecto de una intervención dirigida a un grupo de padres de niños con TEA sobre la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada.

Objetivos específicos.

1. Adecuar el instrumento de autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada, para incluir otros reactivos que complementen el cuestionario.
2. Diseñar una intervención dirigida a padres de niños con TEA cuya edad sea menor a 4 años, que pueda incidir en la variable autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada.
3. Medir la autoeficacia parental y el estrés percibido en el grupo de padres, antes y después de la intervención para observar posibles cambios.
4. Evaluar los cambios en la autoeficacia parental y en el estrés percibido de cada participante.
5. Conocer la opinión o evaluación de los participantes acerca de la intervención recibida.

Elaboración de reactivos para complementar el instrumento de autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada.

Se decidió elaborar nuevos reactivos que midiera autoeficacia parental en el dominio de *manejo de problemas de conducta externalizada*. Si bien, ya se contaba con un instrumento que medía la variable, se pretendió complementarlo con otro tipo de reactivos que evaluaran elementos tales como sensaciones, emociones, pensamientos relacionados a alta o a baja autoeficacia parental.

Para la elaboración de los reactivos se tomó como base, la explicación teórica que Bandura (1997) menciona acerca de los aspectos que influyen en la autoeficacia parental, entre ellos: las experiencias previas de éxito o fracaso al resolver la tarea en cuestión (en este caso, la experiencia previa del padre de la facilidad o de la dificultad vivida al manejar problemas de conducta externalizada de su hijo), la persuasión social (que implica lo que otros dicen acerca de lo bien o mal que el padre maneja las conductas de su hijo), y los estados somáticos y emocionales que presenta el padre cuando se enfrenta a los problemas de conducta externalizada (por ejemplo: si el padre se siente ansioso, con miedo y tensión al enfrentar problemas de conducta externalizada, entonces está teniendo una baja autoeficacia parental).

Se procedió a construir una lista de reactivos para el cuestionario con base en tres fuentes: la literatura sobre la autoeficacia parental (Bandura, 1997); una entrevista a 5 padres de niños con TEA en los que surgieron algunas ideas para los reactivos; y se entrevistó a tres profesionales en el tema de tratamiento de los TEA quienes propusieron algunos reactivos.

Los reactivos que se redactaron fueron revisados por jueces expertos en el tema. Cabe mencionar que los expertos se seleccionaron con base a la profesión ejercida (paidopsiquiatras y psicólogos especializados en trastornos del espectro autista), y los años de experiencia (más de 7 años de experiencia en el diagnóstico y/o tratamiento de niños con TEA), quienes estuvieron de acuerdo con sólo 12 reactivos (ver Tabla 17).

Tabla 17

Reactivos que inicialmente se propusieron para el segundo cuestionario de autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada

Reactivos
1. Considero que es difícil enseñarle algo nuevo a mi hijo.
2. Me estresa mucho tener que salir con mi hijo a la calle por las conductas que presenta.
3. Manejar los berrinches de mi hijo es algo que me pone muy ansioso.
4. Lidar con las conductas que presenta mi hijo sería complicado para cualquier padre, lo es para mí.
5. Me resulta difícil equilibrar mis pensamientos cuando mi hijo presenta una rabieta.
6. El comportamiento de mi hijo a menudo me asusta.
7. Es complicado ponerle reglas a mi hijo.
8. Yo sé cómo prevenir que mi hijo haga un berrinche.
9. Me doy cuenta cuando mi hijo se está alterando, pero es difícil para mí ayudarlo a relajarse.
10. Yo sé cómo reaccionar cuando mi hijo hace un berrinche.
11. Las personas me felicitan por la forma en que manejo las conductas de mi hijo.
12. Me siento agobiado por las conductas que presenta mi hijo.

Como puede observarse en la Tabla 17, había reactivos redactados en positivo y en negativo. Sin embargo, la mayoría de los reactivos estaban redactados en negativo, con el objetivo de que los padres pudieran ver reflejados algunos miedos, o ideas negativas al manejar problemas de conducta externalizada de sus hijos.

Validación psicométrica del cuestionario

Participantes

Se trabajó con una muestra de 127 participantes para la validación psicométrica. Se cuidó superar en al menos diez veces con personas el número de reactivos (Nunnally & Bernstein, 1994). La muestra estuvo conformada por padres de niños diagnosticados con TEA que asistían a una clínica de autismo perteneciente al Gobierno Mexicano. El 69.6% eran mujeres y el 30.4% hombres, con edades entre los 23 y 59 años. Respecto a la escolaridad, el 31.5% tenía escolaridad básica, el 40.3% educación media, y el 27.4% educación superior.

Procedimiento

Se explicó a las autoridades pertinentes de la clínica de autismo sobre los propósitos de este estudio, quienes revisaron el cuestionario que iba a aplicarse y consideraron que se cumplían con las pautas éticas, tales como el cuidado de la confidencialidad de los datos que se usarían sólo con fines de investigación (Organización Panamericana de la Salud & Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, 2016), por lo cual se permitió la aplicación del mismo para su validación psicométrica.

Una vez que se explicó a los participantes, en qué consistía su participación, y se resolvieron dudas, se les indicó que contestaran los reactivos pensando en su niño(a) con diagnóstico de TEA. La aplicación del cuestionario se hizo de forma individual.

Una vez obtenidos los datos, se siguió el procedimiento propuesto por Nunnally y Bernstein (1994) y el de Reyes-Lagunes y García (2008) que consiste en: análisis de frecuencia de cada reactivo, para conocer si las opciones de respuesta fueron atractivas para todos los participantes, y conocer el tipo de distribución predominante: normal o sesgada; discriminación y direccionalidad de los reactivos; confiabilidad inicial; análisis de correlación para decidir el tipo de análisis factorial; análisis factorial; y confiabilidad total.

Con respecto al análisis de frecuencias de cada reactivo, se obtuvo que los 12 reactivos presentaron frecuencias en todas y cada una de sus opciones de respuestas. Se calcularon el sesgo y la curtosis de cada uno de los reactivos para conocer su tipo de distribución. Además, se hizo la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov. Hasta el momento se conservaron todos los reactivos, eran predominantemente normales. Posteriormente se probó el poder discriminativo de los reactivos, para lo cual se hicieron dos análisis, en primer lugar, una comparación de grupos extremos con respecto al total de la prueba (puntajes inferiores al primer cuartil y puntajes superiores al tercer cuartil) con la prueba t de Student, y se eliminaron 3 reactivos (reactivo 8, 10 y 11, que eran los únicos reactivos redactados en positivo) por no discriminar significativamente. El segundo análisis fue una correlación entre el total de la prueba y cada uno de los reactivos (se utilizó la correlación Producto Momento de Pearson) en el que sólo se conservaron aquellos con correlaciones superiores a 0.30 en ambos análisis, que en este caso fueron los 9 reactivos restantes.

En el análisis de confiabilidad de los 9 reactivos se obtuvo un índice Alpha de Cronbach de .88. A partir del análisis factorial, la escala quedó integrada por un factor, con un porcentaje de varianza explicada del 56.67%.

Para verificar que la matriz de correlaciones sobre la cual se basa el análisis factorial fuera adecuada se realizaron dos análisis: la medida de adecuación muestral Kaiser, Meyer, Olkin (KMO= .888) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2= 423.88$, $p=.000$) y, se llegó a la conclusión de que fueron adecuadas. En la Tabla 18 se aprecia el cuestionario con los 9 reactivos finales, así como los pesos factoriales de cada reactivo. Al ser todos reactivos redactados en negativo, se decidió que las opciones de respuesta fueran desde *totalmente de acuerdo* 1, a *totalmente en desacuerdo* 5, de esta forma, un mayor puntaje representaba mayor autoeficacia parental.

Tabla 18.

Segundo cuestionario de autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada con el peso factorial de los reactivos.

	Factor 1
Reactivos	
Me estresa mucho tener que salir con mi hijo a la calle por las conductas que presenta.	.83
Manejar los berrinches de mi hijo es algo que me pone muy ansioso.	.79
Me resulta difícil equilibrar mis pensamientos cuando mi hijo presenta una rabieta.	.75
Me siento agobiado por las conductas que presenta mi hijo.	.74
El comportamiento de mi hijo a menudo me asusta.	.73
Lidiar con las conductas que presenta mi hijo sería complicado para cualquier padre, lo es para mí.	.72
Es complicado ponerle reglas a mi hijo.	.69
Me doy cuenta cuando mi hijo se está alterando, pero es difícil para mí ayudarlo a relajarse.	.57
Considero que es difícil enseñarle algo nuevo a mi hijo.	.54

Nota: Las opciones de respuesta son: totalmente de acuerdo 1, de acuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo 5.

Elaboración de la intervención para padres.

Se diseñó una intervención dirigida a padres de niños pequeños (menores de 4 años), que incluyera aspectos educativos, pero también de auto-reflexión sobre las actitudes y conductas de los padres. Que incluyera la misma cantidad de sesiones grupales e individuales. Se pensó en una intervención de tipo psicoeducativa en un primer momento (la parte grupal), y de entrenamiento para padres en un segundo momento (la parte individual). La justificación para esta decisión estuvo basada, por un lado, en la evidencia de la utilidad de la psicoeducación para familiares de personas con alguna discapacidad (Builes & Bedoya, 2006; Drew et al., 2002) la cual, llevada a cabo de forma grupal, provee un sentido de compañerismo entre padres (McAleese et al., 2014). Esto tiene relación con la teoría de la autoeficacia, que menciona que la percepción de ésta se ve influenciada por la experiencia vicaria, que es la observación del éxito de otro en la tarea en cuestión, quien es similar a uno mismo, y funge como modelo. Es decir, observar a otros padres, que son exitosos en las tareas en cuestión podría aumentar el sentido de autoeficacia en los demás (Bandura, 1997). Por otro lado, las sesiones individuales se consideraron indispensables por su utilidad para afianzar habilidades parentales en cada caso (Feldman & Werner, 2002).

Se consideró que las sesiones individuales estuvieran basadas en el programa conductual y del desarrollo que elaboró el Dr. Philip Roman Zelazo como tratamiento para niños pequeños con atrasos en el desarrollo (que incluye a niños con diagnóstico de TEA), pues cuenta con evidencia en la reducción de problemas de conducta externalizada e incremento de la conducta cooperativa de los niños; así como en la reducción de estrés e incremento del sentido de competencia en los padres (Lalinec, Zelazo, Rogers & Reid, 1995).

El programa del Dr. Zelazo es un modelo de terapia para niños, la cual es llevada a cabo por sus padres bajo la estrecha orientación y supervisión del profesional, generalmente un psicólogo. El permitir mayormente a los padres participar en la habilitación de sus hijos, es un pilar de este enfoque, a diferencia de la mayoría de los enfoques que incluyen mayormente la intervención de "profesionales" en el tratamiento de los niños. El papel del profesional es enseñar a los padres las habilidades conductuales necesarias para implementar el plan de tratamiento con sus hijos. El profesional no trabaja directamente con el niño sino con el padre, considerando que los padres generalmente tienen alta motivación, disponibilidad, y responsabilidad final en el tratamiento de sus hijos. Además, de esta forma, se abre la oportunidad de corregir aspectos de la interacción entre padres e hijos. A los padres se les enseñan principios de manejo conductual pero el énfasis está en aprender "haciendo" en lugar de "saber" un conjunto de técnicas. La capacitación es específica para sus hijos y se lleva a cabo en presencia del niño. Se realizan sesiones de trabajo padre-hijo de 12 minutos de duración (*table sessions*), y el profesional da una retroalimentación al padre sobre la sesión de trabajo y le orienta sobre cómo resolver los problemas que presenta su hijo. Se usan como procedimientos base, el moldeamiento Skinneriano y el reforzamiento positivo contingente para lograr conductas positivas en los niños. El plan de tratamiento del niño (o el contenido de las sesiones de trabajo) está basado en el desarrollo psicológico típico (P. R. Zelazo, comunicación personal, 13 de Mayo, 2020).

El programa del Dr. Zelazo se había mostrado efectivo para padres y niños, después de 6 meses de llevarse a cabo (Lalinec et al., 1995). En la presente intervención sólo se usaron los procedimientos básicos del enfoque del Dr. Zelazo en 5 sesiones individuales con cada padre y su hijo, con algunas adaptaciones, por ejemplo, el uso de un pizarrón en el que se redactaban

algunos comentarios a los padres en el momento de llevar a cabo las sesiones de trabajo padre-hijo.

El objetivo de usar el modelo terapéutico del Dr. Zelazo en nuestra intervención, fue observar la interacción padre-hijo, y dar soporte a los padres en vivo, es decir, en el momento en que se presentaban los problemas de conducta de los hijos para que los padres pudieran manejar mejor sus propias emociones, su excitabilidad, así como hacer frente a la excitabilidad de su hijo (Martos & Llorente, 2013). Se fundamentó en el argumento de que la autoeficacia parental tiene que ver con los estados somáticos y emocionales que se experimentan en el día a día al realizar una tarea, en este caso, al enfrentar problemas de conducta externalizada (Bandura, 1997). Además, se tomó en cuenta que los problemas de conducta externalizada están asociados a altos niveles de estrés de los padres y al poco uso de estrategias funcionales (Gulsrud et al., 2010). Por lo que, mejorar la relación diádica padre-niño, hacer reflexionar a los padres no sólo en las conductas del niño, sino en las conductas de ellos mismos, y brindar estrategias funcionales para hacer frente a las conductas externalizadas, podría incrementar la autoeficacia parental.

En la Tabla 19 se muestra de forma general el contenido de la intervención diseñada (parte grupal e individual). Cabe mencionar que cada sesión grupal duraba 2 horas, y cada sesión individual duraba aproximadamente una hora.

Tabla 19

Estructuración de las sesiones para padres de niños con TEA.

Sesión	Metas para cada sesión	Formato
Sesión 1	Conocerse e integrarse como grupo; conocer el concepto de autoeficacia parental; reflexionar sobre qué tan autoeficaces se consideran como padres de un niño(a) con TEA, sobre todo para manejar las conductas del niño; compartir experiencias; aprender una técnica de relajación guiada.	Grupal
Sesión 2	Dar ejemplos sobre padres con alta y con baja autoeficacia parental; reflexionar sobre el caso propio; conocer acerca de los TEA (explorar y reforzar conocimientos sobre etiología, incidencia y cuadro clínico; así como problemas de conducta externalizada asociados); aprender la técnica de respiración diafragmática.	Grupal
Sesión 3	Analizar ejemplos de niños con problemas de conducta externalizada desde un enfoque sistémico (¿qué elementos podrían estar implicados en la situación?); conocer el análisis funcional de la conducta y algunas técnicas de modificación de conducta; aprender un ejercicio de relajación conjunta padre – niño.	Grupal
Sesión 4	Aplicar técnicas de manejo conductual mediante role-play; reflexionar sobre la aplicación de estas estrategias; reflexionar acerca de las emociones de los padres y aprender a identificar qué emociones suelen experimentar cuando enfrentan problemas de conducta de sus hijos; compartir consejos para el manejo de las propias emociones.	Grupal
Sesión 5	Explorar y compartir estrategias para estimular el desarrollo de los hijos; conocer un modelo de sesiones estructuradas padre-hijo para estimular el desarrollo.	Grupal
Sesión 6 Sesión 7 Sesión 8 Sesión 9 Sesión 10	Aplicar una sesión estructurada padre-hijo de 12 minutos de duración; dar soporte y orientación al padre durante esta sesión de trabajo; reflexionar sobre aspectos positivos del manejo que se tuvo de las conductas del hijo(a) y aspectos a mejorar; reflexionar sobre los estados emocionales del padre; brindar contención emocional; profundizar en las técnicas de manejo conductual; reflexionar sobre las habilidades parentales, y sobre avances en el desarrollo y la conducta del hijo(a).	Individual

Se elaboró un cuadernillo para padres en el que se resumieron los contenidos teóricos de cada sesión grupal (Ver Apéndice 2). En el Apéndice 3 se muestra más información para quienes estén interesados en la intervención.

Una vez que se tuvo lista la intervención, se procedió a aplicarse y evaluarse en un grupo de 9 padres. A continuación, se presenta el estudio correspondiente.

Tipo de diseño.

Diseño de preprueba-posprueba con un solo grupo (Hernández et al., 2003).

Definición conceptual y operacional de las variables de estudio.

Variable independiente.

Intervención que incluyó educación y psicoeducación sobre la autoeficacia parental, sobre los TEA y los problemas de conducta externalizada que se pueden presentar en niños con este diagnóstico, así como técnicas de manejo conductual (Miltenberger, 2014); y un modelo de terapia para niños aplicado por los padres (Zelazo, 1997). La intervención duró 10 sesiones.

Variables dependientes.

Autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada.

Definida conceptualmente como el grado en que un padre se siente competente y seguro, sobre todo, en el manejo de los problemas de conducta (externalizada) de su hijo (Johnston & Mash, 1989).

Definida operacionalmente con el puntaje del instrumento de autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada elaborado para este estudio, que incluye dos escalas que se califican de forma independiente.

Estrés percibido.

Definida conceptualmente como el grado en el cual las personas perciben los eventos en su vida como excesivamente amenazantes (Cohen et al., 1983).

Definida operacionalmente con el puntaje de la subescala de Estrés de la Escala de Estrés Percibido 10 (Cohen et al., 1983).

Hipótesis.

Hipótesis de investigación.

La autoeficacia parental incrementará significativamente después de la intervención.

Hipótesis nula.

No habrá diferencias en la autoeficacia parental antes y después de la intervención.

Hipótesis de investigación.

El estrés percibido disminuirá significativamente después de la intervención.

Hipótesis nula.

No habrá diferencias en el estrés percibido antes y después de la intervención.

Participantes.

La elección de los participantes se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico, intencional. Se invitó a padres que recibieron el diagnóstico de TEA de sus hijos por parte

del personal de la institución en la que se llevó a cabo este estudio, entre los meses junio - julio de 2017. Inicialmente se integró un grupo de doce padres. Dos desertaron en la segunda sesión, y uno no terminó todos los cuestionarios, por lo que finalmente se consideraron sólo a 9 participantes. En la Tabla 20 se observan las características sociodemográficas de los participantes. Como se muestra en dicha tabla, la mayoría de los participantes fueron mujeres de entre 22 y 42 años, siendo la edad promedio 33.11 años. La mayoría de los participantes tenían una escolaridad media superior. En cuanto a la ocupación, un poco más de la mitad tenían un trabajo remunerado.

Criterios de inclusión.

Padres de niños menores de cuatro años, quienes eran cuidadores primarios del niño.

Criterios de exclusión.

Padres de niños diagnosticados con TEA en comorbilidad con otro trastorno.

Padres que habían participado con anterioridad en un programa psicoeducativo formal.

Criterios de eliminación.

Padres que interrumpieran su participación y/o que no concluyeran todas las evaluaciones.

Tabla 20

Características sociodemográficas del grupo de intervención

Variables	
Edad del padre	Rango: 22-42 años Media: 33.11 (DE=7.78)
Edad del hijo	Rango: 2 - 4 años Media: 3.55 (DE=0.88)
	Frecuencia (%)
Sexo del padre	
Mujeres	8 (88.9%)
Hombres	1 (11.1%)
Escolaridad del padre	
Básica	2 (22.2%)
Media Superior	6 (66.7%)
Superior	1 (11.1%)
Estado civil del padre	
Soltero	4 (44.4%)
Casado/unión libre	4 (44.4%)
Divorciado/ separado	1 (11.2 %)
Ocupación del padre	
Hogar	2 (22.2%)
Estudiante	2 (22.2%)
Empleado	5 (55.6%)
Sexo del hijo	
Mujeres	2 (22.2%)
Hombres	7 (77.8%)
Diagnóstico del hijo	
Severo	1 (11.2%)
Moderado	6 (66.6%)
Leve	2 (22.2%)

Nota: $n = 9$

Escenario.

Las evaluaciones y la intervención se llevaron a cabo en un centro de salud mental que pertenece a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal. Se empleó uno de los salones de la clínica que contaba con espacio adecuado, y libre de distracciones durante el transcurso de las sesiones.

Instrumentos.

Cuestionario de autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada.

Elaborado para fines de este estudio. Consiste en dos escalas que se califican de forma independiente.

La primera escala mide la seguridad del padre para manejar problemas de conducta externalizada ($\alpha=.82$); el padre se autocalifica del 0 al 10, respecto a qué tanta competencia percibe tener para manejar una lista de seis problemas de conducta externalizada comunes en niños con TEA. La calificación de esta escala se obtiene promediando el puntaje total entre los reactivos contestados. Una puntuación alta indica un mayor nivel de seguridad en el manejo de problemas de conducta externalizada.

La segunda escala mide ideas y emociones del padre al manejar problemas de conducta externalizada de su hijo ($\alpha= .88$). El cuestionario tiene nueve reactivos que miden autoeficacia parental (redactados en negativo) en una escala tipo Likert de cinco puntos que van desde totalmente de acuerdo (1) a totalmente en desacuerdo (5). Una puntuación alta

indica un buen manejo de las propias emociones y pensamientos al enfrentarse a los problemas de conducta externalizada del hijo.

Escala de Estrés Percibido 10.

Fue creada por Cohen et al. (1983). La validación psicométrica para aplicar la escala en adultos mexicanos fue realizada por Velasco (2017). Está integrado por 10 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta. Tiene dos subescalas: Estrés y afrontamiento. Para fines de este estudio, únicamente se usó la subescala de estrés, que cuenta con cinco reactivos. Una puntuación alta en la subescala indica un mayor estrés percibido.

Cuestionario de variables sociodemográficas.

Previamente construido para este estudio: respecto al padre, se preguntó la edad, el sexo, la escolaridad, el estado civil y la ocupación. Respecto al niño diagnosticado con TEA, se preguntó su edad, sexo y diagnóstico (nivel de intensidad de los síntomas de TEA).

Cuestionario de evaluación de la intervención recibida.

Consiste en 23 reactivos que evalúan la opinión de los usuarios sobre la calidad de las sesiones. El cuestionario evalúa las sesiones grupales e individuales, tomando en cuenta los contenidos, estructura y condiciones de las sesiones, así como los materiales utilizados. Un mayor puntaje indica una mayor satisfacción con el servicio recibido.

Materiales.

Los cuestionarios y el programa de intervención antes descritos. Además, se utilizó un cuadernillo que contenía un resumen de los aspectos teóricos de cada sesión grupal, preguntas para reflexionar y tareas para casa (ejercicios y actividades para realizar con el hijo).

Procedimiento.

Se explicó a las autoridades pertinentes de la institución en la que se realizó el estudio, sobre los propósitos del mismo, quienes revisaron el proyecto que iba a aplicarse y consideraron que se cumplieran con las pautas éticas, entre las cuales se mencionan los siguientes: los investigadores se aseguraron de que los riesgos de cada actividad incluida en la intervención fuera mínima, y se acordó que de tener alguna reacción emocional, se daría tratamiento al participante de forma gratuita; no se hizo esperar prolongadamente a los participantes para iniciar el tratamiento (debido a que en casos de TEA, las intervenciones de cualquier tipo deben iniciarse lo antes posible); se acordó mantener la confidencialidad durante y después del estudio, y publicar los datos resultantes de una manera cuidadosa de los intereses de todos los participantes (Organización Panamericana de la Salud & Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica, 2016).

Los participantes fueron referidos por parte del personal del área de valoración y diagnóstico de la institución. Eran padres de niños menores de 4 años, que recibieron el diagnóstico de TEA de sus hijos en este lugar, entre los meses junio - julio de 2017. Cabe mencionar que, en esta clínica, el diagnóstico es realizado conjuntamente por la valoración de paidopsiquiatras y psicólogos, quienes utilizan entrevistas y pruebas psicológicas como herramientas para llegar al diagnóstico de TEA, y definir si la intensidad de los síntomas es severa, moderada o leve.

A cada participante se le dio la información relevante acerca de la investigación, se le explicó que su participación consistía en asistir a 10 sesiones que daban inicio en el mes de agosto

de 2017. Una vez que se resolvieron dudas, se firmó el documento de consentimiento informado (ver Apéndice 4).

Antes de iniciar el curso, se aplicó el cuestionario de variables sociodemográficas, de autoeficacia parental, y de estrés percibido.

Posteriormente, se inició la intervención que incluía 5 sesiones grupales (en cada sesión grupal se entregaba un resumen del contenido teórico de la sesión, para integrar un cuadernillo), y enseguida se efectuaron 5 sesiones individuales a las que acudió cada participante con su hijo.

Después de que todos los participantes concluyeron las sesiones, se aplicaron nuevamente los cuestionarios que medían las variables de estudio, y se aplicó el cuestionario de evaluación de la intervención recibida (ver Apéndice 5).

La relatoría de la intervención se muestra en el Apéndice 6.

Los datos fueron capturados y analizados usando el paquete estadístico IBM SPSS versión 23. Se realizaron análisis estadísticos comparativos de las variables objeto de estudio, antes y después de la intervención como grupo; también se realizó un análisis individual de cada participante, examinando quiénes habían tenido cambios clínicamente significativos debido a la intervención; y finalmente se realizó un análisis del cuestionario de evaluación (opinión) sobre la intervención recibida mediante estadística descriptiva.

Resultados.

En primer lugar, se presentan los resultados del análisis estadístico a nivel grupal, posteriormente el análisis individual de los participantes.

Evaluación de los cambios en la autoeficacia parental y en el estrés percibido en el grupo de intervención.

En la Tabla 21 se describen los promedios que el grupo de participantes obtuvo en las dos escalas de autoeficacia parental, así como otros datos estadísticos.

Tabla 21

Análisis descriptivo de las escalas de autoeficacia parental en el grupo de intervención

Autoeficacia parental	Rango posible	Pre test		Post test	
		<i>M (DE)</i>	<i>Md</i>	<i>M (DE)</i>	<i>Md</i>
<i>Seguridad</i>	0-10	6.31 (1.84)	6.25	8.05 (1.19)	8
<i>Ideas y Emociones</i>	9-45	26.89 (10.55)	28	31.55 (7.45)	32

Nota: n = 9

Para cumplir con el objetivo de conocer si debido a la intervención, se presentaron cambios significativos en el grupo, se utilizó la prueba de Wilcoxon. En la Tabla 22 se observan los resultados de este análisis de comparación preprueba-posprueba de ambas escalas de autoeficacia parental. Como puede notarse, los cambios fueron significativos y en el sentido esperado, ya que hubo un incremento en las medianas del grupo.

Tabla 22

Análisis comparativo de la preprueba y la posprueba de las escalas de autoeficacia parental en el grupo de intervención

Autoeficacia parental	Pre test		Post test		<i>z</i>	<i>p</i>
	<i>Md</i>		<i>Md</i>			
<i>Seguridad</i>	6.25		8		-2.67	.008
<i>Ideas y emociones</i>	28		32		-2.14	.033

Nota: n = 9

Respecto al estrés percibido, también se presentaron cambios significativos. En la Tabla 23 se muestra el análisis descriptivo y los resultados de la prueba de Wilcoxon, los cuales muestran diferencias estadísticamente significativas al comparar las medianas del grupo en la preprueba y la posprueba. El estrés percibido disminuyó en la posprueba.

Tabla 23

Análisis descriptivo y comparativo de la preprueba y la posprueba del estrés percibido en el grupo de intervención

	Rango posible	Pre test		Post test		<i>z</i>	<i>p</i>
		<i>M (DE)</i>	<i>Md</i>	<i>M (DE)</i>	<i>Md</i>		
Estrés percibido	0-20	9.33 (6.14)	10	5.67 (4.03)	7	-2.11	.035

Nota: n = 9

Evaluación de los cambios en la autoeficacia parental y en el estrés percibido de cada participante.

En la Tabla 24 se muestran algunos datos sociodemográficos de los participantes. Cabe mencionar que el nombre de cada persona fue cambiado, asignándoles nombres ficticios para cuidar su identidad.

Tabla 24

Descripción sociodemográfica de cada participante

	Sexo	Estado Civil	Sexo/ edad del hijo	Intensidad de los síntomas centrales de TEA	Número de hijo
Michelle	Mujer	Separada	Niño/ 4 años	Síntomas moderados	1° (de 2 hijos)
Mara	Mujer	Soltera	Niño/ 2 años	Síntomas moderados	1° (hijo único)
Brenda	Mujer	Soltera	Niño/ 4 años	Síntomas moderados	1° (hijo único)
Selene	Mujer	Unión libre	Niño/ 4 años	Síntomas moderados	2° (de 2 hijos)
Julia	Mujer	Unión libre	Niña/ 4 años	Síntomas severos	3° (de 3 hijos)
Marcial	Hombre	Casado	Niña/ 2 años	Síntomas moderados	1° (hija única)
Lilia	Mujer	Casada	Niño/ 4 años	Síntomas leves	2° (de 2 hijos)
Griselda	Mujer	Soltera	Niño/ 4 años	Síntomas moderados	1° (hijo único)
Blanca	Mujer	Soltera	Niño/ 4 años	Síntomas leves	2° (de 2 hijos)

Se analizaron los puntajes de cada participante en los instrumentos aplicados para saber si hubo cambios clínicos significativos en los puntajes antes y después del tratamiento. Se utilizó la fórmula de Cambio Clínico Objetivo (CCO) de Cardiel (1994), que consiste en obtener la diferencia entre la puntuación del postest y pretest y dividirla entre el valor del pretest:

$$\text{CCO} = \frac{\text{Postest} - \text{Pretest}}{\text{Pretest}}$$

Se considera un cambio clínico positivo cuando el valor del Cambio Clínico Objetivo (CCO) es mayor o igual a 0.20, es decir los cambios mayores al 20% del puntaje del pretest. Esta propuesta de Cardiel (1994) para evaluar los cambios en los usuarios de alguna intervención ha sido utilizada por diversos investigadores (García & Sánchez, 2013; Huerta & González, 2019; Riveros, Cortázar, Alcazar, & Sánchez, 2005).

Los cambios indican mejoría clínica dependiendo del sentido de los datos. En las escalas de autoeficacia parental, se espera que los puntajes aumenten al menos 20% de la puntuación inicial (del pretest), para indicar mejoría; a diferencia de la escala de estrés percibido, en la que se espera que los puntajes disminuyan al menos 20% de la puntuación del pretest para afirmar que existe una mejoría clínica.

En la Figura 1 se muestran las calificaciones en la preprueba y posprueba de la primera escala del instrumento de autoeficacia parental, la cual era una apreciación sobre qué tan seguros se sentían los participantes para manejar diferentes problemas de conducta externalizada de sus hijos (los padres se autoevaluaban del 0 al 10). En esta figura se muestra la puntuación CCO de cada participante y se señala quienes tuvieron cambios clínicos positivos ($\text{CCO} \geq .20$).

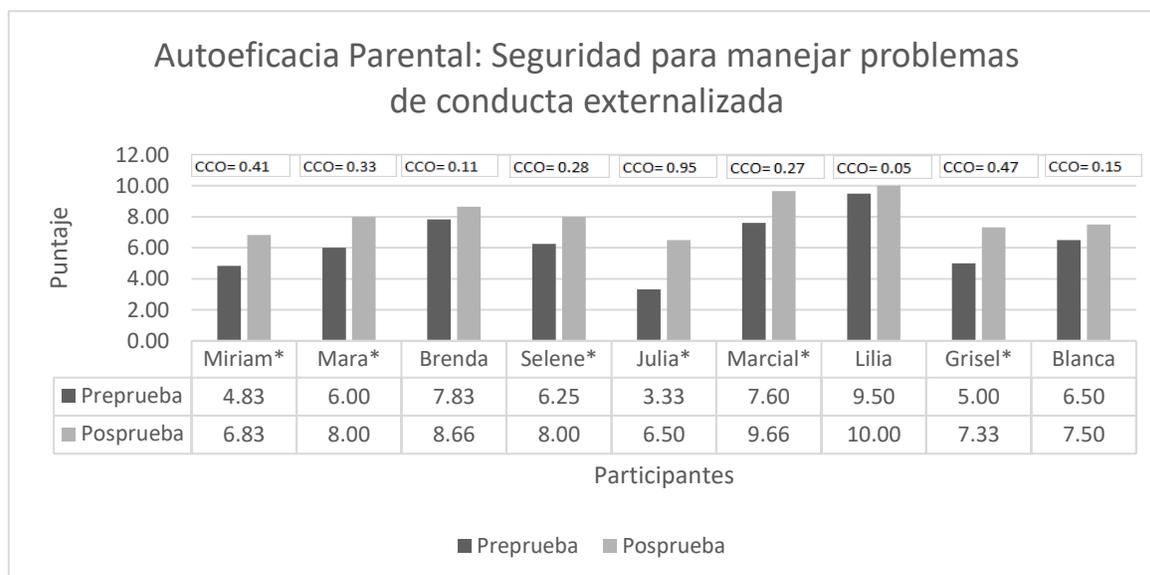


Figura 1. Calificaciones de cada participante en la escala de seguridad para manejar problemas de conducta externalizada en la preprueba y en la posprueba. El asterisco en la parte superior derecha del nombre del participante señala quienes tuvieron cambios clínicos positivos al incrementar su autoeficacia parental, de acuerdo con el valor $CCO \geq 0.20$.

Como puede observarse en la Figura 1, sólo seis participantes tuvieron cambios clínicos positivos de la seguridad para manejar problemas de conducta externalizada de sus hijos. Julia tuvo la mayor diferencia entre el puntaje de la preprueba y la posprueba.

En la Figura 2 se muestran las calificaciones de cada participante en la preprueba y en la posprueba de la segunda escala de autoeficacia parental que evalúa ideas y emociones al manejar problemas de conducta externalizada de los hijos. De igual forma, en dicha figura se señala quienes tuvieron cambios clínicos positivos.

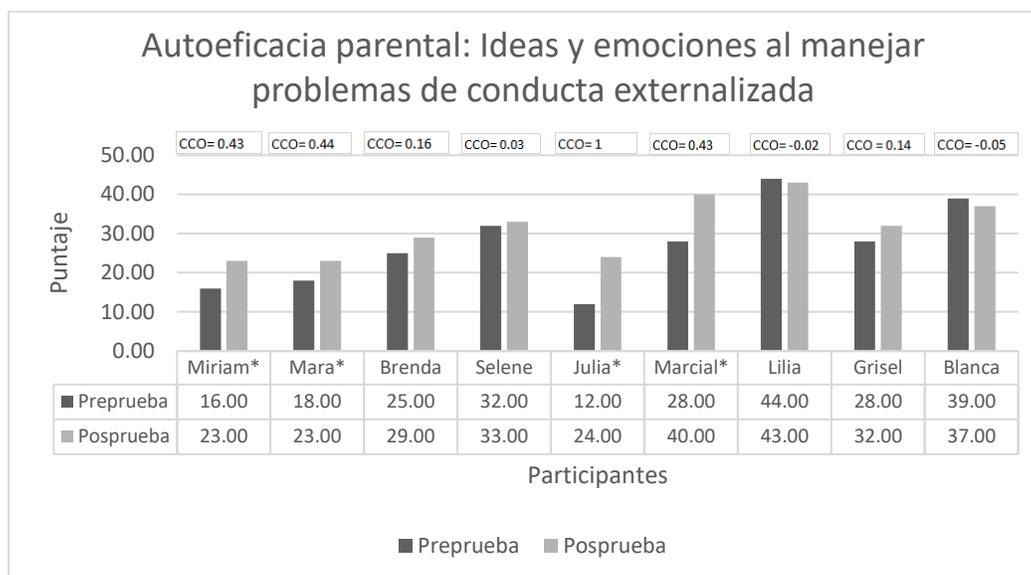


Figura 2. Calificaciones de cada participante en la escala de ideas y emociones al manejar problemas de conducta externalizada. El asterisco en la parte superior derecha del nombre del participante señala quienes tuvieron cambios clínicos positivos al incrementar su autoeficacia parental de acuerdo con el valor $CCO \geq 0.20$.

Como puede notarse en la Figura 2, sólo cuatro personas (Miriam, Mara, Julia y Marcial) presentaron cambios clínicamente positivos. Hubo dos participantes (Lilia y Blanca) que disminuyeron ligeramente sus puntajes en la posprueba, pero esta disminución no fue significativa.

Respecto a la variable estrés percibido, en la Figura 3 se muestran las calificaciones de cada participante en la preprueba y posprueba del cuestionario. En esta figura se muestra la puntuación CCO de cada participante y se señala quienes tuvieron cambios clínicos positivos ($CCO \leq -.20$).

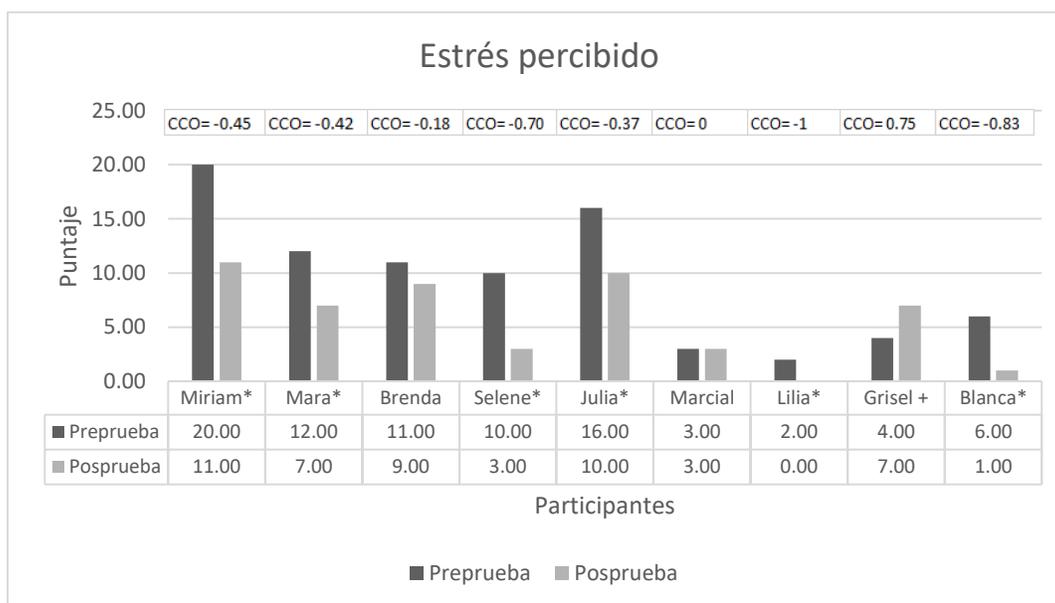


Figura 3. Calificaciones de cada participante en el cuestionario de estrés percibido antes y después de la intervención. El asterisco en la parte superior derecha del nombre del participante señala quienes tuvieron disminución significativa de su estrés percibido, de acuerdo con el valor $CCO \leq -0.20$. La cruz señala un incremento en el estrés percibido de una participante.

Como puede observarse en la Figura 3, hubo seis participantes que tuvieron una disminución del estrés percibido ($CCO \leq -0.20$). Sin embargo, también hubo una persona (Grisel) que aumentó clínicamente su estrés percibido ($CCO \geq .20$).

A continuación, se presenta una descripción acerca de las características de cada uno de los nueve participantes y sus puntuaciones en los instrumentos.

Miriam

Fue una de las participantes más jóvenes del grupo. Su niño diagnosticado con TEA (síntomas moderados) era el mayor de dos hijos. Miriam contaba con ayuda de sus familiares

en el cuidado de su hijo y no había otra persona con discapacidad en su familia. Sin embargo, había algunos problemas en la dinámica familiar.

En ambas escalas de autoeficacia parental, Miriam había puntuado bajo en las prepruebas. Después de la intervención, Miriam tuvo cambios clínicamente significativos en las dos escalas de autoeficacia parental. También se presentó mejoría al disminuir considerablemente el estrés percibido.

Mara

Mara presentaba una enfermedad crónica. Era madre de un hijo único, diagnosticado con TEA (síntomas moderados). Contaba con el apoyo de un familiar en el cuidado de su hijo. Mara mencionó tener preocupación por el futuro de ella y de su hijo.

En la preprueba de la escala de autoeficacia parental correspondiente a las ideas y emociones, Mara había puntuado con baja autoeficacia parental. Después de la intervención, Mara presentó incremento significativo en esta escala y en la de seguridad para manejar conductas de su hijo, es decir, en las dos escalas de autoeficacia parental. También hubo una disminución significativa del estrés percibido.

Brenda

Una de las participantes más jóvenes, madre de un hijo único diagnosticado con TEA (síntomas moderados). No había otra persona que necesitara cuidados en la familia. Brenda contaba con el apoyo de un familiar en el cuidado de su hijo, con quien se presentaban desacuerdos respecto a la crianza del niño, y también mencionó rechazo escolar de su hijo.

En la preprueba de la escala de autoeficacia parental concerniente a la seguridad para manejar problemas de conducta, Brenda puntuó alto. Sin embargo, después de la intervención, no

hubo diferencias significativas en esta escala ni en la escala de ideas y emociones al manejar conductas, tampoco hubo cambios significativos en el estrés percibido.

Selene

Madre de dos hijos. Su hijo menor presentaba trastorno del espectro autista (síntomas moderados). Su niño mayor presentaba una alteración que requería consultas médicas. Selene contaba con el apoyo de al menos un familiar en el cuidado de sus hijos. Mencionó tener preocupaciones centradas en el futuro de su hijo con TEA y lidiar con emociones como la tristeza.

Después de la intervención, en la escala de autoeficacia parental concerniente a seguridad para manejar conductas, Selene tuvo un incremento clínicamente significativo, pero en la escala sobre ideas y emociones no presentó cambios considerables. Respecto a la escala de estrés percibido sí hubo cambios clínicamente significativos, fue una de las personas que tuvo mayor disminución en el estrés.

Julia

La participante de mayor edad. Madre de tres hijos, su hija menor tenía diagnóstico de TEA (síntomas severos). Julia mencionó tener poco apoyo de sus hijos mayores y de su esposo, pero dijo que ella estaba dedicada a su hija menor. Poco a poco involucró a su esposo en la asistencia a las citas. Mencionó algunas preocupaciones que estaban más centradas en el presente de su niña que en su futuro, y no había alguna otra persona con discapacidad en la familia.

En las prepruebas de las escalas de autoeficacia parental, Julia fue de las participantes con menor puntaje. En la preprueba de estrés percibido, Julia puntuó con alto estrés. Sin embargo,

después de la intervención, en las dos escalas de autoeficacia parental fue la participante con el mayor incremento en ambas escalas. En la escala de estrés percibido tuvo una disminución significativa.

Marcial

Padre de una niña de 2 años con diagnóstico de TEA (síntomas moderados). Era su única hija y contaba con al menos un familiar que le ayudaba en su cuidado. Marcial mencionó que se sentía muy cansado físicamente debido a las demandas de su empleo y a los problemas de sueño que presentaba su niña. Sus preocupaciones respecto a su hija estaban más centradas en el presente que en el futuro.

Marcial tuvo un incremento significativo en las dos escalas de autoeficacia parental. Sin embargo, en el estrés percibido no presentó cambios (en la preprueba y la posprueba puntuó bajo).

Lilia

Madre de dos hijos, el menor de ellos con diagnóstico de TEA (síntomas leves). Lilia mencionó que tenía una buena relación familiar y apoyo en el tratamiento de su hijo. Su principal preocupación era el lenguaje de su niño (preocupaciones centradas en el presente).

En las prepruebas de las dos escalas de autoeficacia parental puntuó muy alto (fue la participante con mayor puntaje). Después de la intervención no hubo aumentos significativos. Cabe mencionar que en la escala de ideas y emociones al manejar conductas tuvo una disminución de un punto en la posprueba, pero esta diferencia no fue significativa. En la preprueba de la escala de estrés percibido, puntuó bajo (fue la participante con menor puntaje), y después del tratamiento se encontró una disminución significativa.

Grisel

Fue la participante con mayor escolaridad. Madre de un hijo único, con diagnóstico de TEA (síntomas moderados), contaba con el apoyo de al menos un familiar en el cuidado de su hijo, y al parecer no había otra persona con discapacidad en la familia. Como una preocupación recurrente, Grisel mencionó algunos problemas de rechazo escolar de su niño.

En la escala de seguridad para manejar conductas hubo un incremento significativo después de la intervención, pero en la escala de ideas y emociones al manejar conductas, no hubo cambios significativos. En la escala de estrés percibido hubo un incremento significativo. Contrario a lo esperado.

Blanca

Blanca tenía otra persona con discapacidad en la familia, y algunos problemas de dinámica familiar. El menor de sus hijos tenía diagnóstico de TEA (síntomas leves). Blanca mencionó preocupaciones centradas en el presente de su hijo. En el transcurso de las sesiones, mencionó que había encontrado más personas que le apoyaran en el cuidado de su hijo.

En la escala de seguridad para manejar problemas de conducta, hubo un ligero incremento después de la intervención, pero no fue significativo. Respecto a la escala de ideas y emociones al manejar conducta externalizada, en la preprueba obtuvo un puntaje alto, y en la posprueba se presentó una ligera disminución, la cual tampoco fue significativa. En cuanto al estrés percibido sí hubo una disminución clínicamente significativa.

Análisis descriptivo del cuestionario de evaluación de la intervención.

En la Tabla 25 se muestran los resultados del grupo respecto al cuestionario de evaluación de la intervención. Como puede notarse, la media del grupo en este cuestionario fue alta, lo cual significa una opinión favorable, en términos generales.

Tabla 25

Análisis descriptivo del cuestionario de evaluación de la intervención

	<i>M (DE)</i>	<i>Md</i>	<i>Rango</i>	
			Posible	Actual
Evaluación grupal de la intervención	82 (5.38)	83	0-87	71-87

Nota: n = 9

Sin embargo, cabe mencionar que, en la última parte del cuestionario de evaluación de la intervención, hubo dos personas que señalaron que la intervención les había parecido un poco difícil, y una persona mencionó que le había parecido un poco pasiva.

Respecto a las condiciones de las sesiones, una persona mencionó que no le gustó el lugar donde se llevaron a cabo las sesiones grupales (la luminosidad, comodidad y sonoridad). Otra persona mencionó que le habría gustado mayor número de sesiones grupales (otras 5 sesiones semanales).

Conclusiones de la segunda fase

El objetivo general de esta fase fue evaluar el efecto de una intervención dirigida a padres de niños con TEA sobre la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta

externalizada. Para poder llevar a cabo este objetivo, se efectuaron los siguientes objetivos específicos:

El primer objetivo específico se refería a adecuar el instrumento de autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada, para incluir otros reactivos que complementaran el cuestionario, lo cual se realizó.

El segundo objetivo específico se refería a diseñar una intervención dirigida a padres de niños con TEA que pudiera incidir en la variable autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada. Esta intervención se elaboró.

Una vez que se tuvieron listos instrumentos e intervención se procedió a aplicarlos a 9 padres de niños con TEA.

El tercer objetivo específico consistió en evaluar la autoeficacia parental y el estrés percibido en el grupo conformado por los nueve padres, antes y después de la intervención para observar posibles cambios. Al evaluar de forma grupal, se encontraron cambios estadísticamente significativos en la dirección esperada, en las dos escalas de autoeficacia parental (hubo un incremento), y en el estrés percibido (hubo una disminución). Por lo que se aceptaron las hipótesis de investigación y se rechazaron las hipótesis nulas.

El cuarto objetivo específico fue evaluar los cambios en la autoeficacia parental y en el estrés percibido de cada participante. Al evaluar los resultados a nivel individual, se encontró que, después de la intervención, tres participantes aumentaron significativamente sus puntajes en las dos escalas de autoeficacia parental y disminuyeron significativamente su estrés percibido (Miriam, Mara, y Julia); un participante aumentó significativamente su puntaje en las dos escalas de autoeficacia parental pero no tuvo cambios en el estrés percibido (Marcial); dos

participantes disminuyeron significativamente su estrés percibido pero no incrementaron su autoeficacia parental (Lilia y Blanca); una participante aumentó significativamente su estrés percibido después de la intervención, y en cuanto a la autoeficacia parental, sólo presentó incremento significativo en la seguridad para manejar conductas, ya que en la escala de ideas y emociones no hubo cambios (Grisel); una participante, incrementó significativamente la seguridad pero no las ideas y emociones, y disminuyó significativamente el estrés percibido (Selene); y una participante no presentó algún cambio significativo (Brenda).

Finalmente, el quinto objetivo específico fue conocer la opinión o evaluación de los participantes acerca de la intervención recibida. En términos generales, los participantes brindaron una valoración favorable de la intervención. Sin embargo, hubo algunas observaciones tales como la percepción de que fue un curso difícil, que les hubiera gustado mayor número de sesiones grupales, condiciones físicas más adecuadas del lugar en el que se llevaron a cabo las sesiones grupales, y mayor dinamismo.

Discusión

En la primera fase de la investigación, se exploró la variable autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada en una muestra de padres de niños con reciente diagnóstico de TEA y se examinaron posibles relaciones con variables sociodemográficas, con variables psicológicas (tales como el estrés percibido y el estrés parental), con aspectos personales de los padres (tales como sus preocupaciones), y su circunstancias familiares (si contaban con ayuda, si había alguien más a quien debían cuidar).

Algunos autores habían encontrado una relación directa entre la autoeficacia parental y variables sociodemográficas de los padres, tales como la escolaridad (Coleman & Karraker,

2000); relación directa entre la autoeficacia parental y el tiempo desde que recibieron el diagnóstico de los hijos, así como con la edad de los hijos (Kuhn & Carter, 2006); y relación inversa entre la autoeficacia parental con la intensidad de los síntomas del diagnóstico del hijo (Hastings & Symes, 2002). Sin embargo, en la primera fase de esta investigación, no se encontró asociación alguna entre las variables sociodemográficas estudiadas y la autoeficacia parental. Por lo que se podría inferir que la autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada estuvo más cercana a cuestiones psicológicas y quizás de personalidad, que a aspectos sociodemográficos.

No obstante, el estrés percibido y el estrés parental sí se vieron relacionados con algunas variables sociodemográficas. En cuanto al sexo: las mujeres mostraron mayor estrés percibido que los hombres. Este hallazgo ha sido corroborado por otros autores (May et al., 2015). Probablemente se deba a que las mujeres viven con mayor intensidad la responsabilidad de la crianza, lo cual se ha encontrado relacionado con sobrecarga, fatiga y estrés (Giallo et al., 2013; May et al., 2015). Según Ramírez y Orellana (2018) la mujer vive con más frecuencia el estrés porque cumple diferentes roles asignados socialmente, como ser quien organiza el hogar, quien cuida de los hijos, quien es esposa, en algunos casos proveedor económico, etc. Además, es quien suele sacrificar su desarrollo profesional para dedicarse por completo al cuidado en casos de niños con discapacidad.

Conjuntamente, el tiempo transcurrido desde que se recibió el diagnóstico del hijo se vio relacionado directamente a estrés parental. Esto puede deberse a que mientras más tiempo pasa desde el diagnóstico, hay mayor cansancio, y desgaste debido a las demandas que implica el tratamiento del hijo y la adaptación de toda la familia a la sociedad (Pozo et al., 2006).

También, la edad del hijo se vio relacionada al estrés percibido, subrayándose dos etapas en las que se notó mayor tensión de los padres: la pubertad y la etapa de niños pequeños (de 2 años). Esto puede explicarse por ser etapas del desarrollo con mayores cambios en los niños (Kline 2014) que implican demandas para los padres y crisis en el ciclo vital de las familias, ya que los padres se enfrentan a problemas nuevos, que pueden generar incertidumbre y desequilibrio.

Curiosamente, en este estudio, la edad de los padres no estuvo relacionada con el estrés parental o percibido, pese a que esta relación fue reportada en estudios anteriores (Yorke et al., 2018). Tampoco la intensidad de los síntomas del diagnóstico del hijo estuvo relacionada al estrés percibido o parental, como lo habían reportado otros autores (Lyons et al., 2010). Probablemente la experiencia subjetiva de estrés y los estresores van más allá de la “etiqueta diagnóstica” que se entrega a los padres en una valoración psicológica, más bien, están relacionados con las conductas desafiantes que cada niño puede presentar independientemente de lo que marque su diagnóstico (Pozo et al., 2006; Rosenblum-Fishman, 2013).

Es importante mencionar que, en este estudio, no hubo diferencias en el estrés de los padres si lo que les parecía más difícil de manejar era alguna conducta externalizada o internalizada de su hijo, al parecer ambas representan estresores y provocan igual tensión en los padres. Sin embargo, cabe resaltar que hubo un mayor porcentaje de padres que reportaron como preocupante y difícil de manejar alguna conducta externalizada, lo que corrobora la alta frecuencia de este tipo de conductas en niños con TEA.

Lo que sí generó diferencias en el estrés parental fueron las preocupaciones acerca de los hijos con TEA, ya que, si éstas estaban centradas en el futuro, había mayor estrés que si estaban centradas en el presente. Este hallazgo puede estar relacionado a lo encontrado por otros autores. Por un lado, Moro, Jenaro, & Solano (2015) mencionaron que las características culturales y sociales de los padres estaban implicadas en sus miedos o bien, en sus esperanzas. Desde la forma en que les fue comunicado el diagnóstico de sus hijos (que incluye la sensibilización de los profesionales que estuvieron a cargo), la percepción de la relación con los profesionales, los apoyos, servicios sanitarios y educativos que han podido recibir, y la aceptación social, todo va creando un panorama de cómo se experimenta tener un hijo con TEA y los temores sobre el futuro. De aquí la importancia de brindar una educación eficaz a los padres, que genere una percepción real, y a su vez, positiva sobre el futuro; y la necesidad de mejorar la calidad de la atención profesional que acompañe a estas familias durante distintas etapas del desarrollo de sus hijos. Por otro lado, O'Brien (2007) mencionó que el estrés de los padres estaba relacionado con la ambigüedad acerca del rol parental, ya que si no hay certeza sobre qué toca hacer por el hijo aquí y ahora, puede incrementarse la angustia. Rumiar sobre un futuro incierto y visualizarlo como amenazante, implica crearse más estresores y desviar la atención de lo que puede y debe hacerse en el tiempo presente con el hijo.

La relación entre estrés y autoeficacia en padres de niños con TEA estaba mencionada en la literatura (Kuhn & Carter, 2006; Rosenblum-Fishman, 2013), lo cual se corroboró en el presente estudio, sobre todo en la primera fase, ya que se encontró correlación negativa significativa entre la autoeficacia y las dos variables de estrés (estrés percibido y parental). Al parecer, criar a un niño con TEA implica diversos estresores (estrés parental), desde

cuestiones económicas, demanda de tiempo y energía, desconcierto ante las conductas del hijo, etc., que llevan a los padres a experimentar tensión (estrés percibido), y la tensión está vinculada fuertemente a la disminución de la confianza o autoeficacia en el manejo de problemas de conducta externalizada (Bandura, 1997).

Aunque la autoeficacia parental, en un primer momento, pareció no estar asociada con aspectos familiares o con las preocupaciones de los padres, el estrés puede estar fungiendo como intermediario en dicha relación. Puesto que, al analizar y comparar algunas características de las personas que puntuaron con alta y con baja autoeficacia parental, fue notoria la diferencia en el estrés percibido, pues quienes tenían menor autoeficacia presentaba mayor estrés. Asimismo, se encontraron aspectos familiares y psicológicos a considerar. Por ejemplo, los padres con baja autoeficacia parecían tener, en su mayoría, la responsabilidad del cuidado de alguien más, estaban preocupados por el futuro de sus hijos, y tenía la percepción de que la conducta externalizada es la más difícil de manejar. Todos estos aspectos podrían haber contribuido al incremento en su estrés percibido, y éste afectar directamente la autoeficacia parental (Chau & Giallo, 2015; Giallo et al., 2011).

Visualizar el manejo de un problema de conducta externalizada como algo como difícil de afrontar, estuvo relacionado significativamente a baja autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada, lo cual corrobora la teoría de Bandura (1997) acerca de que la sensación de dificultad de una tarea es un indicio de baja confianza para enfrentarla (Bandura, 1997). De aquí la importancia de generar intervenciones que incluyan tanto a profesionales como a padres, en las cuales se les enseñe a los padres a afrontar los problemas de conducta externalizada, para que estos problemas dejen de ser percibidos como altamente difíciles o angustiantes para los padres (Ramírez y Orellana,

2018). Por tal motivo, en la segunda fase de la investigación se pretendió diseñar una intervención para incrementar la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada y evaluar sus resultados, no sólo en la autoeficacia parental, sino también en el estrés percibido.

En la revisión de intervenciones previas que tenían como objetivo incrementar la autoeficacia parental y disminuir el estrés (percibido o parental) se mencionaban las ventajas de contar con un formato grupal de las sesiones, combinado con una parte de atención individual a cada participante (Feldman & Werner, 2002; Tellegen & Sanders, 2014). En el presente estudio, las ventajas observadas debido al formato que se utilizó fueron que los participantes se conocieron, se escucharon y pudieron compartir experiencias, generando una especie de red de apoyo; así como la atención a necesidades individuales y retos de cada caso, que son únicos.

El número de sesiones que se implementó y las bases teóricas de la intervención fue similar a lo que otros autores habían trabajado (Iadarola et al., 2018; Schrott et al., 2019; Tellegen & Sanders, 2014; Whittingham et al., 2009) que incluían el análisis y la modificación conductual, y la educación al padre para la estimulación del desarrollo en el niño con TEA. Se brindaron, además, conocimientos sobre qué era la autoeficacia parental, se reflexionó sobre la importancia de este constructo; sobre la educación para el manejo de las propias emociones; y, en la parte práctica, se dio la oportunidad de incluir al niño como un elemento primordial para lograr realmente un entrenamiento a los padres en el manejo de problemas de conducta externalizada, lo cual fue distintivo de esta intervención, al compararla con otras. Cabe recordar que, en el diseño de la intervención, se tomó en cuenta un modelo conductual y del desarrollo llamado Terapia implementada por padres (Zelazo, 1997), que está orientado

a entrenar a los padres de niños pequeños para que ellos adquieran habilidades que usualmente se enseñan a terapeutas. Si bien, las sesiones individuales en nuestra intervención solo fueron cinco, y no un periodo de al menos seis meses como lo propone Zelazo (1997), esta intervención brindó algunos conocimientos, enseñó habilidades a los padres para manejar conductas de sus hijos, y con esto, se pretendió empezar a empoderarlos, e incrementar su sentido de autoeficacia parental en un dominio específico: el manejo de problemas de conducta externalizada.

Al implementar la intervención, se encontró que ésta propició cambios en la autoeficacia parental y en el estrés percibido al evaluar a los participantes como grupo. Estos hallazgos corroboran lo que otros autores habían encontrado, respecto a que las intervenciones logran cambios en aspectos cognitivos de los padres, tales como la autoeficacia parental (McAleese et al., 2014).

Sin embargo, no puede dejarse a un lado, que, al analizar de forma individual a cada participante, hubo algunos hallazgos inesperados. Por ejemplo, que sólo una tercera parte de los participantes incrementaron los dos aspectos de la autoeficacia parental evaluados (seguridad, e ideas y emociones), y disminuyeron conjuntamente su estrés percibido; y que hubo algunos participantes que aumentaron su autoeficacia parental pero no su estrés, y viceversa. Si bien, esto podría poner en duda la relación que se ha encontrado entre autoeficacia parental y estrés percibido, una probable explicación a lo ocurrido es que, tanto el estrés percibido, como la autoeficacia parental, son constructos extensos, que están influenciados por muchos otros factores.

Por ejemplo, algunos autores han encontrado que la crítica social que experimentan algunos padres (estigma social) afecta a la autoeficacia parental y al estrés (Rosenblum-Fishman, 2013). Esto del estigma social pudo haberse encontrado en *Brenda*, o en *Grisel*, quienes mencionaron rechazo en las escuelas de sus hijos debido a los problemas de conducta. En estos casos, pese a la intervención, no hubo cambios en el estrés percibido, ni en la escala de autoeficacia parental referida a las ideas y emociones que experimentan al afrontar problemas de conducta en sus hijos, ya que, aunque la intervención les hubiera permitido ampliar sus habilidades para manejar conductas, no se incluyó el ambiente escolar y la forma de cambiar el rechazo por aceptación y apoyo, los cuales deben ser aspectos a considerar en las próximas intervenciones para padres.

Asimismo, la fatiga que viven muchos padres al lidiar diariamente con las demandas de la crianza de sus hijos pudo haber afectado su autoeficacia parental y/o su estrés (Giallo et al., 2011). Por ejemplo, Marcial, fue un participante que mencionó sentirse muy cansado físicamente por lidiar con alteraciones en el sueño de su hija, y por las demandas de su empleo. En este caso, tampoco hubo cambios en el estrés percibido después de la intervención, probablemente porque hizo falta profundizar en el tema de la fatiga y cómo mejorar la calidad de vida.

Al analizar a los participantes, llama la atención el caso de *Grisel*, quien aumentó significativamente su seguridad para manejar problemas de conducta, pero también incrementó su estrés percibido, ella era la participante con mayor escolaridad, lo cual podría estar relacionado a que logró más conciencia del problema y de su rol en el tratamiento de su hijo. También es importante mencionar que mayor escolaridad no es sinónimo de mayor capacitación en el tratamiento de su hijo, por lo que, al adentrarse al conocimiento sobre los

TEA, pudo haber incrementado el estrés al comprender las implicaciones del trastorno y su labor como cuidador primario del niño. Esto ha ocurrido en otros estudios, ya que algunos padres, cuando terminan alguna intervención, no presentan cambios en el estrés, o bien aumenta parcialmente, pero más adelante este estrés disminuye (Schrott et al., 2019).

Por otro lado, cabe mencionar que hubo algunos participantes que aumentaron su puntaje en la seguridad para manejar conductas, pero no presentaron cambios en la escala de ideas y emociones, este hallazgo puede estar relacionado a lo que Goldberg (2018) encontró en su investigación, en la cual algunas madres, aun pudiendo tener herramientas para manejar adecuadamente conductas de su hijo, se sentían desconectadas emocionalmente del hijo. Si bien, autores como Bandura (1997), así como Hess, Teti, y Hussey-Gardner (2004) mencionaron que tener conocimientos sobre la tarea en cuestión, es un elemento que contribuye a la autoeficacia parental, hay otros elementos de tipo cognitivo, social, y emocional que también inciden en la autoeficacia parental, que necesitan ser abordados con mayor detenimiento, por ejemplo, los eventos de vida que han marcado a muchos padres, los conflictos familiares, las críticas respecto a la crianza de los hijos, la enfermedad en los padres (Salomone et al., 2017). En esta tesis, la intervención que se diseñó abordó brevemente a la autoeficacia parental desde los conocimientos, habilidades y la práctica en la tarea en cuestión, tomando en cuenta algunos aspectos del manejo de las propias emociones, pero no fue posible profundizar en todos estos aspectos emocionales y sociales que también están implicados en la autoeficacia parental, y que podrían abordarse en siguientes investigaciones.

También es relevante mencionar que, quienes tuvieron mayores cambios en la autoeficacia parental en la intervención diseñada, parecen ser los participantes que tenían un hijo(a) con

diagnóstico de TEA severo y moderado, es decir, aquellos con mayores necesidades de apoyo; mientras que los padres de niños con sintomatología leve parecieron menos favorecidos. Se podría suponer que uno de los aspectos a considerarse para próximos programas de intervención, sería diversificar el contenido de las sesiones, para abarcar todos los niveles de necesidades de apoyo (severidad del diagnóstico), o bien, formar grupos de padres de acuerdo con esta característica.

Es relevante mencionar que las dos madres de niños con diagnóstico de TEA en intensidad leve de los síntomas tuvieron los puntajes más altos en la preprueba de autoeficacia parental, pero disminuyeron ligeramente sus puntuaciones en la post prueba (aunque no fue una disminución significativa). Estos hallazgos llevan a diferentes reflexiones. Uno de ellos es que la autoeficacia parental no siempre se relaciona con conocimientos certeros acerca de la tarea en cuestión (Kuhn & Carter, 2006), ya que hay muchos padres que se perciben a sí mismos como auto eficaces, pero luego, pueden darse cuenta a través de la psicoeducación, que necesitan mayor conocimiento en ciertos aspectos que no habían notado antes. Otro aspecto para considerar es la deseabilidad social, que pudo haber jugado un papel importante en la primera evaluación, ya que los padres pudieron evaluarse muy favorablemente en un inicio por dar una buena imagen de sí mismos, y luego, al finalizar el estudio, hubo una evaluación más sincera y real.

En la evaluación general de la intervención, hubo una buena opinión de la mayoría de los participantes respecto a su contenido, estructura y utilidad; sin embargo, se presentaron inconformidades, tales como el número de sesiones grupales, lo cual ya había sido mencionado por otros padres en programas de intervención anteriores (McAleese et al., 2014), esto podría indicar una necesidad de los padres de recibir acompañamiento de sus

pares y orientación. Sin embargo, esta intervención contó con 10 sesiones, porque se pretendía que fuera viable para llevarse a cabo en las instituciones públicas.

Otro aspecto mencionado en las evaluaciones de la intervención fue la percepción de haber sido difícil, probablemente porque en las sesiones individuales, los participantes manejaban problemas de conducta de los niños en vivo. Sin embargo, Zelazo (1997) plantea que para el incremento de la autoeficacia parental y la disminución del estrés que generan los problemas de conducta de los hijos, los padres deben afrontar dicho estresor, y aprender a solucionarlo, es decir, aplicar la estrategia de afrontamiento centrada en la solución de problemas. Sin embargo, para futuras intervenciones, sería relevante incluir más elementos de apoyo, para que el padre pueda sentirse confiado en el momento de hacer frente a las conductas externalizadas de sus hijos.

Cabe mencionar que la intervención fue diseñada para ser útil como una introducción a padres de niños con reciente diagnóstico de TEA. Esto significa que los padres, después de recibir esta intervención, requieren continuar el tratamiento con sus hijos con el apoyo de un profesional o un conjunto de profesionales, quienes deberán supervisar los avances del niño diagnosticado con TEA y de su familia (Bromley, Hare, Davison, & Emerson, 2004).

Consideraciones éticas

El presente proyecto fue realizado con base en las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con seres humanos elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). En dicho documento se menciona, en la pauta 4, que los investigadores deben asegurarse de que los riesgos de cada intervención y procedimiento,

sean mínimos, y apropiadamente equilibrados con la perspectiva de beneficio de la intervención para el participante y el valor social y científico de la investigación. Se consideró también la pauta 9, respecto a que las personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado, lo hayan otorgado después de haber recibido la información relevante acerca de la investigación. Asimismo, se consideró la pauta 14, respecto al tratamiento y compensación por daños relacionados con una investigación, que menciona que los investigadores deben asegurarse de brindar tratamiento a los participantes que pudieran sufrir algún daño psicológico como consecuencia de alguna intervención realizada, por lo que todos los participantes de cada fase de esta investigación, recibieron algún tipo de seguimiento en el centro de salud mental en el que continúan adscritos (Organización Panamericana de la Salud & Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica, 2016).

Conclusiones finales

En síntesis, es necesario retomar las preguntas iniciales, y las respuestas encontradas en esta investigación. La primera pregunta se refería a describir cómo era la autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada en una muestra de padres mexicanos cuyos niños tenían un diagnóstico de TEA. Se encontró que la autoeficacia de estos padres estaba relacionada principalmente al estrés de los padres. No obstante, también se vislumbraron otros aspectos a considerar, por ejemplo, algunos aspectos personales (preocupaciones de los padres) y circunstancias del entorno (por ejemplo, estructura y dinámica familiar). Esto había sido mencionado por otros investigadores, quienes afirmaron que la autoeficacia está relacionada con apoyo social (especialmente, el apoyo familiar); y negativamente con la fatiga, la hostilidad y la depresión (Chau & Giallo, 2015; Giallo et al., 2011; Leigh, 2011; Teti & Gelfand, 1991).

La segunda pregunta se refería a cómo se relacionaba la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada con el estrés parental y percibido. En esta investigación, se notó que había relación de la autoeficacia parental con ambas variables, pero no era alta, sino leve y moderada (respectivamente), y que el estrés percibido se encontró mayormente vinculado a la autoeficacia parental.

La tercera pregunta se refería a conocer qué efecto tenía una intervención en la autoeficacia parental. Se encontró que, al realizar una intervención con elementos educativos y psicoeducativos, hubo cambios en el grupo de participantes. Sin embargo, a diferencia de otros estudios, en esta investigación se analizaron también, los cambios a nivel individual, y se observó que sólo en la tercera parte de los participantes hubo los cambios esperados: un incremento significativo en las dos escalas del instrumento de autoeficacia parental y una disminución del estrés percibido. En otros participantes hubo cambios parciales (sólo en algunas escalas aplicadas), y en un participante no se presentó algún cambio significativo. Lo cual lleva a reflexionar sobre mejoras que deben hacerse en el programa de intervención, como incluir otros elementos especialmente de tipo emocional y social para lograr mayor incidencia en la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada.

Limitaciones y perspectivas a futuro

En este estudio se trabajó con padres de niños con TEA pertenecientes al mismo centro de salud en la Ciudad de México, lo cual implicó un sesgo en la investigación. Para siguientes estudios sería adecuado ampliar la muestra e incluir a padres de niños con TEA de diferentes estados de la República Mexicana. Esto daría una visión más amplia de lo que ocurre en padres mexicanos de niños con TEA respecto a la autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada.

También es importante mencionar que en la primera fase sólo se midieron tres variables psicológicas con instrumentos estandarizados (autoeficacia parental, estrés percibido y estrés parental). Sería interesante poder evaluar en estudios futuros otras variables psicológicas (la autoestima de los padres, los estilos de afrontamiento, la calidad de vida, la fatiga, el estigma social). De esta forma, se podría tener un panorama más amplio de las relaciones de la autoeficacia parental con otras variables de estudio.

Respecto a la segunda fase de esta investigación, es necesario mencionar las limitaciones acerca del diseño que se utilizó, el cual fue un diseño pre-experimental, pues no se contó con un grupo control. Cabe mencionar que en un inicio se pensó en un diseño experimental con mayor número de participantes, y con un grupo control, pero no fue posible por diversas situaciones del centro en el que se realizó el estudio. Sin embargo, este trabajo funge como un estudio exploratorio de la variable autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada, ya que fue un primer acercamiento a esta variable en México. No obstante, sería conveniente, más adelante, realizar una investigación con mayor cantidad de participantes, y con un grupo control, para lograr mayores evidencias, en especial, de la utilidad de la intervención.

Asimismo, en siguientes estudios, habría que medir si el cambio en la autoeficacia parental debido a la intervención se mantiene a lo largo del tiempo, y si esto tiene un impacto mayor en la vida del padre y del niño. Específicamente, en el niño, medir si hay disminución de los problemas de conducta externalizada. Y en el padre, medir si la autoeficacia parental en el dominio de manejo de problemas de conducta externalizada influye en diferentes aspectos de su salud mental.

Referencias

- Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional manual* (4a. ed.). Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Albores, L., Hernández, L., Díaz, J. & Cortes, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: Una discusión. *Salud Mental*, 31, 37-44
- Aldoney-Ramirez, D. (2017). Low-income Latino immigrant mothers and their toddlers: How does socialization promote inhibitory control skills? Recuperado de: <http://ezproxy2.library.drexel.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2016-47711-175&site=ehost-live>
- Argumedes, M., Lanovaz, M.J., & Larivée, S. J. (2018). Brief Report: Impact of challenging behavior on parenting stress in mothers and fathers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 2585-2589. doi:10.1007/s10803-018-3513-1
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Regalia, C., & Scabini, E. (2011). Impact of family efficacy beliefs on quality of family functioning and satisfaction with family life. *Applied Psychology. An International Review*, 60(3), 421–448. doi: 10.1111/j.1464-0597.2010.00442.x
- Berry, J.O., & Jones, W.H. (1995). The Parental Stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463-472. doi: 10.1177/0265407595123009

- Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2011). Preparing for parenthood: How feelings of responsibility and efficacy impact expectant parents. *Journal of Social and Personal Relationships, 28*(5), 668–683. doi:10.1177/0265407510385493
- Boyraz, G., & Sayger, T. V. (2011). Psychological well-being among fathers of children with and without disabilities: The role of family cohesion, adaptability, and paternal self-efficacy. *American Journal of Men's Health, 5*(4), 286–296. doi:10.1177/1557988310372538
- Bromley, J., Hare, D., Davison K. & Emerson, E. (2004). Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: social support, mental health status and satisfaction with services. *Autism: the international journal of research and practice, 8*, 409-423.
- Builes M, & Bedoya, M. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 35*(4), 469-473
- Calixto, B., Hernández, V. A. & Rivera, R. C. (2012). Un modelo psicoeducativo en el tratamiento de las personas con trastorno del espectro autista. *Revista Psiquis, 21*, 1.
- Campbel, O. A. & Figueroa, A. S. (2001). Impacto del Autismo en la familia. La percepción de los padres. *Archivos de Neurociencias, 6*, 6-14.
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la Calidad de Vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana McGraw Hill.
- Chambres, P., Auxiette, C., Vansingle, C. & Gil, S. (2008). Adult attitudes toward behaviors of a six-year-old boy with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*, 1320–1327.
- Chau, V., & Giallo, R. (2015). The relationship between parental fatigue, parenting self-efficacy and behaviour: Implications for supporting parents in the early parenting

- period. *Child: Care, Health and Development*, 41(4), 626–633. doi: 10.1111/cch.12205
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396. doi:10.2307/2136404
- Cohen, S., Kessler, R., & Underwood, L. (1997). Strategies for measuring stress: studies of psychiatric and physical disorders. En S. Cohen & R. Kessler (Eds.), *Measuring stress: A guide for health and social scientists* (pp.3-26.). Oxford: Oxford University Press
- Coleman, P.K., & Karraker, K.H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations*, 49, 13-24. doi: 10.1111/j.1741-3729.2000.00013.x
- Colina, I. N. (2012). Propuesta de intervención psicoeducativa para padres de familia que tienen hijos que presentan Autismo. El caso (tesina inédita de licenciatura). Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, Ciudad de México.
- Cuzzocrea, F., Murdaca, A. M., Costa, S., Filppello, P., & Larcan, R. (2016). Parental stress, coping strategies and social support in families of children with a disability. *Child Care Practice*, 22, 3-19. doi:10.1080/13575279.2015.1064357
- deMontigny, F., Girard, M.-E., Lacharité, C., Dubeau, D., & Devault, A. (2013). Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 150(1), 44–49. doi:10.1016/j.jad.2013.01.048
- Duarte, C. S., Bordin, I., Yazigi, L., & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism: the international journal of research and practice*, 9 (4), 416-427. doi: 10.1177/1362361305056081
- Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C. A., & Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with Autism. *Community Mental Health Journal*, 37(1), 39–52.

- Drew, A., Baird, G., Baron-Cohen, S., Cox, A., Slonims, V., Wheelwright, S., Swettenham, J., Berry, B., & Charman, T. (2002). A Pilot randomised control trial of parent training interventions of pre-school children with autism. *European Child & Adolescent Psychiatry, 11*, 266-272.
- Feldman, M. A. & Werner, S. E. (2002). Collateral effects of behavioral parent training on families of children with developmental disabilities and behavior disorders. *Behavioral Interventions, 17*, 75-83.
- Fung, J. L. (2011). *An evaluation of a social support intervention for caregivers of newly diagnosed children with autism* (tesis doctoral inédita). College of Education University of Washington, Washington.
- García, R. & Sánchez, J. J. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y salud, 23* (2), 183-193
- García, C., Sarriá, E., & Pozo, P. (2016). Parental self-efficacy and positive contributions regarding autism spectrum condition: An actor-partner interdependence model. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*, 2385–2398. doi:10.1007/s10803-016-2771-z
- Gavita, O. A., David, D., & DiGiuseppe, R. (2014). You are such a bad child! Appraisals as mechanisms of parental negative and positive affect. *Journal of General Psychology, 141*(2), 113–129. doi:10.1080/00221309.2013.874971
- Giallo, R., Treyvaud, K., Cooklin, A., & Wade, C. (2013). Mothers' and fathers' involvement in home activities with their children: Psychosocial factors and the role of parental self-efficacy. *Early Child Development and Care, 183*(3–4), 343–359. doi:10.1080/03004430.2012.711587
- Giallo, R., Wood, C.E., Jellett, R., & Porter, R. (2011). Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an Autism Spectrum Disorder. *Autism, 17*(4), 465–480. doi: 10.1177/1362361311416830

- Glatz, T. & Buchanan, W. (2015). Over-time associations among parental self-efficacy, promotive parenting practices, and adolescents' externalizing behaviors. *Journal of Family Psychology, 29*, 3, 427–437.
- Glatz, T., Cotter, A., & Buchanan, C. M. (2017). Adolescents' behaviors as moderators for the link between parental self-efficacy and parenting practices. *Journal of Child and Family Studies, 26*(4), 989–997. doi:10.1007/s10826-016-0623-2
- Goldberg, S. E. (2018). *Autism Spectrum Disorder: Associations with maternal stress, self-efficacy and empathy* (tesis de maestría inédita). Infant Mental Health, Mills College, California.
- Gulsrud, A. C., Jahromi, L. B. & Kasari, C. (2010). The co-regulation of emotions between mothers and their children with autism. *Journal of Autism and developmental disorders, 40*, 227-237. doi: 10.1007/s10803-009-0861.
- Hartley, S. L., Sikora, D. M. & McCoy, R. (2008). Prevalence and risk factors of maladaptive behaviour in young children with Autistic Disorder. *Journal of Intellectual Disability Research, 52*(10), 819–829. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01065.x.
- Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 405-418. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00673.x
- Hastings, R.P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal of Mental Retardation, 107* (3), 222-232. doi: 10.1352/0895-8017(2002)107<0222:BPOCWA>2.0.CO;2
- Hastings, R. P., & Johnson, E. (2001). Stress in UK families conducting intensive home based behavioral intervention for their young child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31*, 327-336.

- Hastings, R. P. & Symes, M. D. (2002). Early intensive behavioral intervention for children with autism: parental therapeutic self-efficacy. *Research in developmental disabilities, 23*, 332-341.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N. J., Espinosa, F., D. & Remington, B. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism: the international journal of research and practice, 9*, 377-391.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hess, C. R., Teti, D. M. & Hussey-Gardner, B. (2004). Self-efficacy and parenting of high-risk infants: The moderatig role of parent knowledge of infant development. *Applied developmental psychology, 25*, 423-437. doi: 10.1016/j.appdev.2004.06.002
- Howlin, P., Goode, S., Hutton, J. & Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 212-229
- Huerta, S. & González, C. (2019). Intervención cognitivo conductual sobre la actividad física en adultos mayores con prediabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 22* (3), 2764-2781
- Iadarola, S., Levato, L., Harrison, B., Smith, T., Lecavalier, L., Johnson, C., Swiezy, N., Bearss, K. & Scahill, L. (2018). Teaching parents behavioral strategies for autism spectrum disorder (ASD): Effects on stress, strain, and competence. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*, 1031–1040. doi: 10.1007/s10803-017-3339-2
- Johnston, C., & Mash, E. (1989). A mesure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology, 18* (2), 167-175. doi: 10.1207/s15374424jccp1802_8

- Junttila, N., & Vauras, M. (2014). Latent profiles of parental self-efficacy and children's multisource-evaluated social competence. *British Journal of Educational Psychology*, 84(3), 397–414. doi:10.1111/bjep.12040
- Karp, E. A., & Kuo, A. A. (2015). Maternal Mental Health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder. *Clinical review and education*, 313, 81-82. doi:10.1001/jama.2014.11187
- Keen, D., Couzens, D., Muspratt, S., & Rodger, S. (2010). The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 229-241. doi: 10.1016/j.rasd.2009.09.009
- Kendall, S. & Bloomfield, L. (2005). Developing and validating a tool to measure Parenting Self-Efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2), 174-181.
- Kim, G., Anderson, A., Birkin, C., Seymour, F. & Moore, D. (2004). *Autism: Parenting Questionnaire (APQ) manual*. Auckland, N. Z: The University of Auckland.
- Kline, N. M. (2014). *Caregiver impact of autism spectrum disorder: Assessing stress, sense of competence, and relationship satisfaction* (tesis doctoral inédita). School of Psychology, Florida Institute of Technology, Melbourne.
- Kuhn, J.C., & Carter, A.S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 564-575. doi: 10.1037/0002-9432.76.4.564
- Kunseler, F. C., Willemen, A. M., Oosterman, M., & Schuengel, C. (2014). Changes in parenting self-efficacy and mood symptoms in the transition to parenthood: A bidirectional association. *Parenting: Science and Practice*, 14(3–4), 215–234. doi: 10.1080/15295192.2014.972758

- Kwan, R. W. H., Kwok, S., & Ling, C. C. Y. (2015). The moderating roles of parenting self-efficacy and co-parenting alliance on marital satisfaction among Chinese fathers and mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 24(12), 3506–3515. doi:10.1007/s10826-015-0152-4
- Kwok, S., & Li, B. K. K. (2015). A mediation model of father involvement with preschool children in Hong Kong. *Social Indicators Research*, 122(3), 905–923. doi: 10.1007/s11205-014-0708-5
- Kwok, S., Ling, C. C. Y., Leung, C. L. K., & Li, J. C. M. (2013). Fathering self-efficacy, marital satisfaction and father involvement in Hong Kong. *Journal of Child and Family Studies*, 22(8), 1051–1060. doi: 10.1007/s10826-012-9666-1
- Lalinec, C., Zelazo, P. R., Rogers, C. L., & Reid, C. (1995). *Developmental Delay: Impact of a six-month parent-implemented behavioral treatment*. Poster presentado en la convención anual de la Asociación Americana de Psicología. Nueva York.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Roca.
- Leigh, S. (2011). *Exploring the relationship between parental self-efficacy and social support systems* (tesis de maestría inédita). Human development and family studies, Iowa State University, Iowa.
- Léniz, E. & García, R. (2011). Adaptación, aplicación y evaluación de un programa en reconocimiento, manejo y expresión de emociones en niños con síndrome de asperger y sus padres. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia*, 22 (1), 28-47.
- Lessenberry, B.M., & Rehfeldt, R.A. (2004). Evaluating stress levels of parents of children with disabilities. *Council for Exceptional Children*, 70, 231-244.

- Luque, B., Yañez, V., Tabernero, C., & Cuadrado, E. (2017). The role of coping strategies and self-efficacy as predictors of life satisfaction in a sample of parents of children with autism spectrum disorder. *Psicothema*, 29, 55-60. doi: 10.7334/psicothema2016.96
- Lyons, A. M., Leon, S. C., Roecker, C. E., Dunleavy, A. M. (2010). The Impact of Child Symptom Severity on Stress Among Parents of Children with ASD: The Moderating Role of Coping Styles. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 516–524. doi: 10.1007/s10826-009-9323-5
- Mark-Ribiczey, N., Miklosi, M., & Szabo, M. (2016). Maternal self-efficacy and role satisfaction: The mediating effect of cognitive emotion regulation. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 189–197. doi: 10.1007/s10826-015-0217-4
- Márquez, M.A. & Albores, L. (2011). Autistic spectrum disorders: Diagnostic and therapeutic challenges in Mexico. *Salud Mental*, 34, 435-441.
- Martínez, M., & Bilbao, M. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con Autismo. *Intervención Psicosocial*, 17 (2), 215-230. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179814018009>
- Martos, J. & Llorente, M. (2013). Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Revista de Neurología*, 57 (1), 185-91.
- May, C., Fletcher, R., Dempsey, I., & Newman. L. (2015). Modeling Relations among Coparenting Quality, Autism-specific parenting self-efficacy, and parenting stress in mother and fathers of children with ASD. *Parenting: science and practice*, 15 (2), 119-133. doi: 10.1080/15295192.2015.1020145

- McAleese, A., Lavery, C., & Dyer, K. F. W. (2014). Evaluating a psychoeducational, therapeutic group for parents of children with Autism Spectrum Disorder. *Child Care in Practice, 20* (2), 162-181. doi: 10.1080/13575279.2013.820171
- McDonald, S., Kehler, H., Bayrampour, H., Fraser-Lee, N., & Tough, S. (2016). Risk and protective factors in early child development: Results from the All Our Babies (AOB) pregnancy cohort. *Research in Developmental Disabilities, 58*, 20–30. doi:10.1016/j.ridd.2016.08.010
- McRae, E. M., Stoppelbein, L., O’Kelley, S. E., Fite, P., & Greening, L. (2018). Predicting Internalizing and Externalizing Symptoms in Children with ASD: Evaluation of a Contextual Model of Parental Factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*, 1261–1271. doi: 10.1007/s10803-017-3368-x
- Miltenberger, R. G. (2014). *Behavior Modification: Principles and Procedures* (6th ed.). Boston: Cengage Learning, Inc
- Molenda-Kostanski, Z. (2016). *Asian American men and fatherhood: Relationship between acculturation, gender-role conflict, parenting self- efficacy, and father involvement* (tesis doctoral inédita). Department of Professional Psychology and Family Therapy, Seton Hall University, New Jersey.
- Moore, C. (2008). Thoughts about the autism label: A parental view. *Journal of Philosophy of Education, 42*, 3-4.
- Moro, L., Jenaro, C., & Solano, M. (2015). Miedos, esperanzas y reivindicaciones de padres de niños con TEA. Ediciones Universidad de Salamanca, *Siglo Cero, 46* (4) 256, 7-24. doi: 10.14201/scero2015464724
- Nievar, M. A. (2005). *Parental efficacy, attachment, and child self-control: A comparison of processes among demographic groups* (Tesis doctoral inédita). Department of Family and Child Ecology, Michigan State University, Míchigan.

- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- O'Brien, M. (2007). Ambiguous loss in families of children with Autism Spectrum Disorders. *Family relations*, 56, 135-146.
- Olioff, M., & Aboud, F. E. (1991). Predicting postpartum dysphoria in primary mothers: Roles of perceived self-efficacy and self-esteem. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 5, 3-14.
- Organización Panamericana de la Salud & Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos* (4a. ed.). Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).
- Oronoz, B., Alonso-Arbiol, I., & Balluerka, N. (2007). A Spanish adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema*, 19 (4), 687-692.
- Pastor, G., Fernández, M. I., Tárraga, R., & Navarro, J. M. (2016). Parental stress and ASD: Relationship with autism symptom severity, IQ, and resilience. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 31, 300-311. doi:10.1177/1088357615583471
- Pozo, P. & Sarriá, E. (2014). A global model of stress in parents of individuals with autism spectrum disorders (ASD). *Anuales de Psicología*, 30 (1), 180-191. doi: 10.6018/analesps.30.1.140722
- Pozo, P., Sarriá, E., & Méndez, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema*, 18 (3), 342-347. Recuperado de: www.psicothema.com/pdf/3220.pdf
- Ramirez, J. & Orellana, A. (2018). Autoeficacia de cuidadores familiares de niños/as con Trastornos del Espectro Autista: revisión integrativa. *Sanus*, 3 (7), 24-39.

- Rea, A. C. & Acle, G. (2014). Fostering awareness and acceptance of disability in Mexican mothers of autistic children. *Scientific Research*, 5, 1355-1365.
- Reyes-Lagunes, L.I. & García y Barragán, L.F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez-Aragón, I. Reyes-Lagunes (eds.). *La Psicología Social en México. Vol. XII*. México: Asociación Mexicana de Psicología Social, 625-636.
- Riveros, A., Cortazar, J., Alcazar, F., & Sánchez, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 445-462
- Román, R., Figueroa, V., Torres, Y., Torres, J., Encarnación, K., Fragoso, S. & Torres, L. (2018). Play, Playfulness, and Self-Efficacy: Parental Experiences with Children on the Autism Spectrum. *Hindawi occupational therapy international*. doi: 10.1155/2018/4636780
- Rosenblum-Fishman, S.D. (2013). *Maternal Self-Efficacy and perceived stigma among mothers of children with ASD, ADHD and typically developing children* (Tesis doctoral inédita), Clinical psychology Program, University of Massachusetts, Massachusetts.
- Salomone, E., Leadbitter, K., Aldred, C., Barret, B., Byford, S., Charman, T., ... Slonims, V. (2018). The Association Between Child and Family Characteristics and the Mental Health and Wellbeing of Caregivers of Children with Autism in Mid-Childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 1189–1198. doi:10.1007/s10803-017-3392-x
- Sanders, M. R., & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development*, 31, 65–73.

- Schiltz, H. K., McVey, A. J., Magnus, B., Dolan, B. K., Willar, K. S., Pleiss, S., Karst, J., Carson, A. M., Caiozzo, C., Vogt, E. & Vaughan, A. (2018). Examining the Links Between Challenging Behaviors in Youth with ASD and Parental Stress, Mental Health, and Involvement: Applying an Adaptation of the Family Stress Model to Families of Youth with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *48*, 1169–1180. doi: 10.1007/s10803-017-3446-0
- Schrott, B., Kasperzack, D., Weber, L., Becker, K., Burghardt, R. & Kamp-Becker, I. (2019). Effectiveness of the Stepping Stones Triple P Group Parenting Program as an Additional Intervention in the Treatment of Autism Spectrum Disorders: Effects on Parenting Variables. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *49*, 913–923. doi: 10.1007/s10803-018-3764-x
- Schultz, T. R., Stichter, J. P., Herzog, M. J., McGhee, S. D. & Lierheimer, K. (2012). Social competence intervention for parents (SCI-P): Comparing Outcomes for a parent education program targeting adolescents with ASD. *Autism Research and Treatment*. doi:10.1155/2012/681465
- Schutte, C., Richardson, W., Devlin, M., Hill, J., Ghossainy, M., & Hewitson, L. (2018). The relationship between social affect and restricted and repetitive behaviors measured on the ADOS-2 and maternal stress. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *48*, 751–758. doi:10.1007/s10803-017-3453-1
- Schwarzer, R. & Renner, B. (2000). Social-Cognitive Predictors of Health Behavior: Action Self-Efficacy and Coping Self-Efficacy. *Health Psychology*, *19*, 487-495.
- Sevigny, P.R., & Loutzenhiser, L. (2009). Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. *Child care, health, and development*, *36*, 179-189.
- Sequerra, E. (2010). *Mothers' attachment, couple relationship, maternal self-efficacy in parenting, and child behavior* (tesis doctoral inédita). The California School of Professional Psychology, Alliant International University, San Francisco.

- Slagt, M., Deković, M., de Haan, A.D., van den Akker, A.L., & Prinzie, P. (2012). Longitudinal associations between mothers' and fathers' sense of competence and children's externalizing problems: The mediating role of parenting. *Developmental Psychology, 48*, 1554-1562.
- Sofronoff, K., & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism, 6* (3), 271-286. doi: 10.1177/1362361302006003005
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V. & Saulnier, C. A. (2016). *Vineland Adaptive Behavior Scales* (3th ed). Bloomington: NCS Pearson.
- Tellegen, C. L., & Sanders, M. R. (2014). A randomized controlled trial evaluating a brief parenting program with children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82* (6), 1193-1200. doi: 10.1037/a0037246
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development, 62*, 918-929
- Tomeny, T. S. (2016). Parenting stress as an indirect pathway to mental health concerns among mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism: The International Journal of Research and Practice, 21*, 907-911. doi:10.1177/1362361316655322
- Trahan, M. H. (2017). Paternal self-efficacy and father involvement: A bi-directional relationship. *Psychology of Men & Masculinity, 19* (4), 624-634. doi:10.1037/men0000130.
- Velasco, A. E. (2017). *Estrés en la vivienda* (tesis doctoral inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Villarreal, E. A. (2013). *Taller de orientación dirigido a padres con hijos de edad pre-escolar que presentan el trastorno autista* (tesina de licenciatura inédita). Facultad de psicología, Universidad nacional Autónoma de México, Ciudad de México.

- Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., & Sanders, M.R. (2009). Stepping stones triple P: An RCT of a parenting program with parents of a child diagnosed with an autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*, 469-480. doi: 10.1007/s10802-008-9285-x
- Williams, T. M., Joy, L. A., Travis, L., Gotowiec, A., Blum- Steele, M., Aiken, L. S., Painter, S. L. & Davidson, S. M. (1987). Transition to motherhood: A longitudinal study. *Infant mental health Journal*, *8*, 251-265.
- Wright, B. & Williams, C. (2007). *Intervention and support for parents and carers of children and young people on the autism spectrum: A resource for trainers*. London: Jessica Kingsley.
- Yañez, V. (2017). Habilidades de afrontamiento en los padres y madres de niños y niñas con trastornos del espectro autista: hacia una visión integradora (tesis doctoral inédita). Universidad de Córdoba, España.
- Yeung, J. W. K., & Chan, Y. C. (2011). The mediating role of parental psychological health in chinese families in an impoverished context in Hong Kong. *Drustvena Istrazivanja*, *20*(4), 1085–1100. doi: 10.5559/di
- Yorke, I., White, P., Westen, A., Rafla, M., Charman, T., & Simonoff, E. (2018). The association between emotional and behavioral problems in children with autism spectrum disorder and psychological distress in their parents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and developmental disorders*, 1-23. doi: 10.1007/s10803-018-3605-y
- Zaidman-Zait, A., Mirenda, P., Duku, E., Szatmari, P., Georgiades, S., Volden, J., ... Georgiades, S. (2018). Profiles of social and coping resources in families of children with autism spectrum disorder: Relations to parent and child outcomes. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, *48*, 2064–2076. doi:10.1007/s10803-018-3467-3
- Zelazo, P. R. (1997). Infant - toddler information processing treatment of children with pervasive developmental disorder and autism: Part II. *Infants and Young Children*, *10* (2), 1-13. doi: 10.1097/00001163-199707000-00003

APÉNDICES

APÉNDICE 1. *Cuestionario de la primera fase de la investigación.*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Violeta Adlai Hernández Martínez, soy alumna en el programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Tengo la intención de conocer características psicológicas de padres y madres de niños recién diagnosticados con Trastornos del Espectro Autista, quienes son cuidadores primarios del niño y que voluntariamente quieran participar en una investigación contestando el siguiente cuestionario. A partir de la información encontrada, se diseñará una intervención para padres y madres que ayude a aumentar su autoeficacia parental y a disminuir su nivel de estrés parental, por tal motivo esta investigación es relevante.

Le invito cordialmente a participar en esta investigación, contestando de forma honesta el cuestionario que se le presenta. Es importante mencionar que toda la información que me proporcione será confidencial y sus datos personales no aparecerán en ningún documento. Su participación en esta investigación no representa ningún riesgo para su salud y podrá desistir en cualquier momento que así lo decida. Usted puede elegir participar o no participar, ya que esto es voluntario. Tanto si elige participar como si no, continuarán todos los servicios que recibe en esta institución y nada variará.

He sido invitado (a) a participar en el proyecto de investigación “Estudio y tratamiento psicoeducativo para padres de niños diagnosticados con Trastornos del Espectro Autista”. Entiendo que mi participación consiste en responder el siguiente cuestionario. Se me ha proporcionado el nombre y correo electrónico del investigador que puede ser fácilmente contactado.

Investigador: Violeta Adlai Hernández Martínez Correo electrónico: vyo leth7@yahoo.com.mx

He leído y comprendido la información que me fue proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Agradezco su colaboración

INSTRUCCIONES: Por favor, escriba los datos que se le solicitan.

Datos del padre o madre:

Edad: _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Datos del niño diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Edad: _____

Sexo: _____

Diagnóstico otorgado en esta institución: _____

¿Desde hace cuánto tiempo recibió por primera vez el diagnóstico de su hijo?

¿Qué es lo que más le preocupa de su hijo con TEA?

¿Cuenta con alguien que le ayude en el cuidado del hijo con TEA?

¿Otra persona en su familia requiere cuidados de usted?

¿Qué conducta de su hijo con TEA es la más difícil de manejar para usted?

INSTRUCCIONES: Se le presentan tres pequeños cuestionarios de preguntas de opción múltiple. Por favor, marque solo una de las opciones de respuesta a cada pregunta; verifique que haya contestado todas las preguntas.

A continuación, se describen varias conductas que su hijo(a) posiblemente haya presentado durante el último mes. Lea cuidadosamente cada una de las preguntas e indique **qué tan seguro(a) se siente usted para poder manejar estas conductas en su niño(a)**.

Qué tan seguro(a) se siente usted para poder manejar estas conductas en su niño(a):	No me siento seguro	Pocas veces me siento seguro	Muchas veces me siento seguro	Siempre me siento seguro	Esa conducta no ha ocurrido
1) Cuando mi hijo se comporta impulsivo (actúa sin pensar y sin medir los peligros o consecuencias).	1	2	3	4	NS
2) Cuando mi hijo hace berrinches.	1	2	3	4	NS
3) Cuando mi hijo es agresivo físicamente con otras personas (por ejemplo: golpea, muerde, pateo, etc.)	1	2	3	4	NS
4) Cuando mi hijo desobedece intencionalmente.	1	2	3	4	NS
5) Cuando mi hijo provoca a otras personas (por ejemplo: se burla, reta o intimida a las personas).	1	2	3	4	NS
6) Cuando mi hijo destruye a propósito sus cosas o las de los demás.	1	2	3	4	NS

Señale su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada uno de estos enunciados:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1). Atender a mi hijo/a a veces me quita más tiempo y energía de la que tengo	1	2	3	4	5
2). La mayor fuente de estrés en mi vida es mi hijo/a	1	2	3	4	5
3). Tener un hijo/a deja poco tiempo y flexibilidad en mi vida	1	2	3	4	5
4). Tener un hijo/a ha supuesto una carga financiera	1	2	3	4	5
5). Me resulta difícil equilibrar diferentes responsabilidades debido a mi hijo/a	1	2	3	4	5
6). El comportamiento de mi hijo/a a menudo me resulta incómodo o estresante	1	2	3	4	5
7). Si tuviera que hacerlo de nuevo, podría decidir no tener un hijo/a	1	2	3	4	5
8). Me siento abrumado/a por la responsabilidad de ser padre/madre	1	2	3	4	5

Las preguntas que siguen a continuación son sobre sus sentimientos y pensamientos durante los últimos 30 días. Para cada pregunta, por favor indique con qué frecuencia se sintió de esa manera.

Durante el mes pasado, ¿cuántas veces...	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	Frecuentemente	Casi siempre
1)... sintió que no podía controlar las cosas importantes de su vida?	0	1	2	3	4
2)... se sintió nervioso o lleno de tensión?	0	1	2	3	4
3)... tuvo problemas en manejar todas las cosas que tenía que hacer durante esos días?	0	1	2	3	4
4)... ha sentido que tenía tantas dificultades que no podía solucionarlas?	0	1	2	3	4
5)... se enojó por cosas que no pudo controlar?	0	1	2	3	4

APÉNDICE 2. *Intervención para padres. Cuadernillo de las sesiones grupales.*

MATERIAL PARA PADRES



INTRODUCCIÓN

El material que a continuación se presenta, tiene como objetivo apoyarte con un resumen de los conocimientos del curso para padres que estas iniciando. La finalidad más importante es que tu conozcas acerca de la autoeficacia parental y que puedas incrementar esta cualidad para el beneficio tuyo y de tu hijo (a).

Al adentrarte en este curso podrás reflexionar acerca de tu autoeficacia parental y de las herramientas que pueden serte útiles para mejorarla, tales como conocimientos sobre los TEA, estrategias para manejar las conductas difíciles y algunas sugerencias, en general para promover el desarrollo tuyo y de tu hijo(a). El curso está diseñado para recibir cinco sesiones grupales, y posteriormente, recibirás cinco asesorías individuales. En este cuadernillo podrás conjuntar la información más relevante, datos útiles y demás comentarios que desees, para repasarlos cuando tú lo requieras.

SESIÓN GRUPAL 1

Objetivo

Reflexionar acerca del concepto de autoeficacia parental y su importancia para el bienestar de padres y niños.

Resumen

La autoeficacia es creer que yo soy capaz de hacer muy bien alguna tarea.

Autoeficacia parental se refiere a las creencias sobre la propia capacidad de ser un "buen padre, esto incluye tener conocimientos adecuados para ayudar a mi hijo(a) y la seguridad para aplicar dichos conocimientos, de tal forma que uno se perciba a sí mismo como un padre o madre competente.

Existe evidencia de que la autoeficacia parental ayuda a la adaptación saludable de los padres y madres:

- Las personas con ALTA AUTOEFICACIA PARENTAL se sienten más satisfechos como padres o madres.
- Las personas con ALTA AUTOEFICACIA PARENTAL se sienten menos estresados, ansiosos y deprimidos.
- Las personas con ALTA AUTOEFICACIA PARENTAL se involucran más en una crianza positiva de sus hijos.

Preguntas para reflexionar:

¿Cómo te evalúas como padre o madre?

¿Te sientes seguro para manejar las conductas de tu hijo?

¿Crees tener los conocimientos necesarios para manejar bien las conductas de tu hijo?

¿Qué te hace falta?

Recuerda: tú puedes ser un padre o madre eficaz ¡Vamos a trabajar en ello!

TAREA 1. Escribe los sonidos, palabras y frases que tu hijo emite.

Realiza ejercicios de respiración diafragmática.

SESIÓN GRUPAL 2

Objetivo

Conocer acerca de los TEA y los problemas de conducta externalizada asociados.

Resumen

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son una serie de desórdenes del neurodesarrollo, los cuales pueden detectarse a edades muy tempranas.

Existen diferentes teorías sobre las posibles causas de los TEA, pero a la fecha no se ha concluido con exactitud cuál es la causa. Los estudios con mayor base científica proponen que diversas causas pueden desencadenar estos trastornos.

En todo el mundo, los diagnósticos de TEA han estado incrementando. En muchos países, los estudios epidemiológicos reportan una incidencia aproximadamente del 1%.

Los síntomas de TEA según el manual más actualizado de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-5, se engloban en dos dimensiones:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social

Acercamiento social anormal

Disminución en compartir intereses, emociones o afectos.

Fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

Fallas en la comunicación verbal y no verbal

Fallas en el contacto visual

Dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales

Dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos.

Ausencia de interés por otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades.

Utilización inusual de objetos.

Fuerte apego por objetos o actividades.

Frases o sonidos estereotipados o repetitivos.

Estereotipias motoras simples.

Alineación de los juguetes.

Ecolalia.

Excesiva inflexibilidad de rutinas.

Gran angustia frente a cambios pequeños.

Dificultades con las transiciones.

Pensamiento rígido.

Necesidad de comer los mismos alimentos.

Indiferencia aparente al dolor/temperatura.

Intolerancia a sonidos o texturas específicas.

Olfateo o contacto excesivo con objetos.

Fascinación visual por las luces o el movimiento.

Cabe mencionar que en personas diagnosticadas con TEA, pueden encontrarse, además de los síntomas relacionados al cuadro clínico, otros síntomas asociados, por ejemplo: alteraciones en el desarrollo del lenguaje y su uso (muchos niños con TEA no desarrollan el lenguaje hablado, otros lo presentan pero con muchas fallas en la sintaxis, en la pronunciación, en el significado, etc.); irritabilidad que puede incluir agresión, autoagresión, y rabietas severas que suelen producirse cuando hay transiciones de una actividad a otra, o al pedirles seguir con alguna indicación, o al privarles de hacer o tener algo que ellos desean; inestabilidad en el estado de ánimo (cambios de humor); hiperactividad y/o inatención.

Preguntas para reflexionar:

¿Qué conducta del niño, a ti te resulta problemático manejar?

¿Cómo lo has estado manejando?

¿Qué necesitas tener para lograr una mejor relación con tu hijo(a)?

TAREA 2. Realiza ejercicios de respiración profunda con tu hijo: enseña a tu hijo a respirar como forma de relajarse, empieza por enseñarle a soplar (usa burbujas, papelitos, velitas, etc.).

SESIÓN GRUPAL 3

Objetivo

Conocer algunas técnicas para modificación de conductas de los niños con TEA.

Resumen

La conducta es definida como las acciones de una persona (lo que dice o hace).

Para poder modificar una conducta, es importante analizar la relación funcional entre los eventos ambientales que ocurren inmediatamente antes e inmediatamente después de dicha conducta, a este proceso se le conoce como análisis funcional de la conducta.

Una vez que hemos hecho el análisis funcional de una conducta y sabemos, cuál es la función de algún comportamiento y qué acontecimientos ambientales influyen en él, entonces podemos idear alguna estrategia para cambiarlo.

Algunos principios para entender y modificar la conducta son el reforzamiento y la extinción

El refuerzo o reforzamiento: es el proceso en el cual un comportamiento se fortalece por la consecuencia gratificante que sigue inmediatamente a la ocurrencia de dicho comportamiento. Cuando se refuerza una conducta, es más probable que vuelva a ocurrir en el futuro. Por ejemplo, un niño realiza una conducta, tal como obedecer a alguna indicación de su madre y de forma inmediata, la madre recompensa esa conducta dándole al niño un tipo de recompensa, (la recompensa puede ser mirarle, tocarle, felicitarle, darle un objeto que quiere tener, o algún trocito de golosina que le gusta, etc.), por lo cual, la conducta de obediencia se incrementa.

El refuerzo debería aplicarse sólo a conductas positivas de un niño; desafortunadamente, algunas conductas negativas (tales como berrinches, autoagresión, etc.) han sido reforzadas o recompensadas por las personas cercanas al menor, por lo cual se han mantenido (o incluso, incrementado); en este caso, es necesario suspender el reforzamiento a estas conductas negativas, a dicho proceso se le conoce como extinción.

Una técnica que puede ser utilizada para enfrentar conductas sumamente problemáticas, tales como la agresividad física y la autoagresión es el *tiempo fuera*. Un ejemplo de esta técnica es colocar al niño en una esquina del cuarto, parado, viendo hacia la pared, y decirle que volverá con nosotros cuando se tranquilice (la duración en el tiempo fuera debe empezar a contarse cuando el niño ya se encuentra tranquilo, puede empezarse por un periodo de 20 segundos e irlo incrementando hasta los 35 ó 40 segundos).

Es importante mencionar que la modificación conductual, no sólo debe llevarse a cabo como forma de “remediar” una conducta negativa cuando ya ha ocurrido; sino que es importante observar los detonantes de la conducta para prevenir futuras ocurrencias. Uno de los detonantes de las conductas disruptivas de niños con TEA, es la excitabilidad emocional, por lo cual es oportuno trabajar con los niños técnicas de relajación sencillas (por ejemplo, la respiración profunda) y aplicarlas cuando se observan los primeros indicios de excitabilidad emocional. Otro detonante de las conductas disruptivas puede ser la sensibilidad sensorial y los miedos a ciertos estímulos, para lo cual pueden usarse técnicas de desensibilización sistemática (acercamiento gradual a los estímulos temidos).

Finalmente cabe mencionar que la modificación conductual también incluye la enseñanza de conductas apropiadas mediante el *moldeamiento* de dichas conductas. El moldeamiento consiste en reforzar las aproximaciones sucesivas a la conducta que deseamos enseñar, desmenuzando la conducta en pequeños pasos, y premiando cada paso que el niño logre, hasta lograr la meta deseada.

Preguntas para reflexionar:

¿Has practicado alguna estrategia preventiva para el manejo de conductas difíciles?

¿Has practicado alguna estrategia cuando la conducta desafiante ya está ocurriendo?

¿Qué resultados has tenido en el manejo de las conductas?

¿Qué cosas nuevas podrías intentar?

TAREA 3. Ensayar ejercicio de relajación llamado Calming, que consiste en enseñar al niño a mirar a los ojos, a permanecer quieto y respirar, por periodos desde 1 a 4 segundos, recompensando el seguimiento de cada indicación con reforzadores sociales y comestibles.

SESIÓN GRUPAL 4

Objetivo

Reflexionar acerca de los estados emocionales que suelen vivir padres de niños con TEA

Resumen

Según Autism Speaks (2008), para poder seguir adelante, a lo largo de todo el proceso, los padres deben confrontar sus propias necesidades y emociones, así como brindarse tiempo para relajarse, llorar y pedir ayuda. Es muy importante para los padres entender que deben cuidarse a ellos mismos, evaluar sus propias fuentes de fortaleza, su capacidad de adaptación, y reflexionar sobre sus actitudes emocionales. Los padres deben tratar de modular sus emociones, consigo mismos, y con sus seres queridos (evitar culparse a sí mismo y a otros).

Otro aspecto importante es evitar la fatiga que el cuidado de un niño con TEA puede implicar, para lo cual deben priorizarse adecuadamente las actividades a realizar: la información a leer, las actividades terapéuticas a asistir, los objetivos a establecerse; ya que, quitándose exceso de carga, dará pie a permitirse tiempos para el descanso y el disfrute de la vida con todos los integrantes de la familia.

Se mencionan algunos consejos que otros padres de niños con TEA proponen para lograr una buena adaptación de los padres con recién diagnóstico de sus hijos:

- Comenzar el tratamiento del hijo ayuda a los padres. Si los padres saben que su hijo está recibiendo ayuda, y ven avances, les resultará más fácil concentrarse en seguir adelante.
- Un aspecto que ayuda mucho a la adaptación de los padres es apreciar cada pequeño triunfo de los hijos. Poner especial atención en lo que su hijo puede alcanzar y no compararlo con los demás niños, especialmente con niños sin dificultades del desarrollo.
- Pedir y recibir ayuda de las personas cercanas que los rodean. La ayuda puede ser a diferentes niveles: desde tener alguien con quien hablar por teléfono, poder pedirle a alguien ayuda para las labores domésticas, etc. Hay personas que seguramente están dispuestas a ayudar, pero es necesario decirles cómo pueden ayudar.
- Hacerse amigo de otros padres de niños con autismo e incluso, integrarse a un grupo de apoyo, ya que puede resultar útil escuchar o hablar con otras personas que han pasado o están pasando por circunstancias similares. Los grupos son una fuente de información sobre servicios disponibles de distinta índole.
- Permitirse unos momentos de recreo, aunque sea unos pocos minutos, que pueden usarse para salir de la casa a caminar, ir al cine, de compras, o visitar a un amigo.

Esto ayuda a los padres a renovarse para las cosas que tiene que hacer cuando regresen.

- Dormir lo mejor posible, de esta manera estarán preparados para tomar buenas decisiones y para ser más pacientes con su hijo.
- Es muy útil para algunos padres escribir en un diario las situaciones que se viven con el hijo, los pensamientos y sentimientos propios, etc. Esto es una forma de expresar lo que se siente, de reflexionar acerca de ello; y también puede servir para llevar un control del progreso de su hijo, de lo que funciona y lo que no funciona.
- Es saludable para los padres tratar de mantener una vida, lo más común posible: seguir siendo una persona que se cuida a sí misma; una pareja al disfrute de su compañero(a); madre o padre para sus demás hijos; si es el caso, una persona laboralmente productiva. Es decir, es importante mencionar que el diagnóstico de TEA no debe consumir cada hora de su día.

Preguntas para reflexionar:

¿Con qué emoción me ubico frecuentemente?

¿Cómo puedo reconocer cuando estoy estresado, triste o enojado?

¿Cómo puedo afrontar esas emociones?

TAREA 4: Sentados frente a frente con su hijo(a), usando una mesa: pedirle al niño (a) armar rompecabezas de 4 a 10 piezas (rompecabezas de introducir piezas o de intercalar piezas), dependiendo del nivel de dificultad adecuado para el niño (a). Use reforzadores positivos para cada acto de obediencia (los actos de obediencia serán sentarse, poner las manos en la mesa, y colocar las piezas del rompecabezas), los reforzadores serán tocarle y felicitarle; también se pueden usar los trocitos de algo comestible para recompensar cada acto de obediencia.

Mientras realiza la actividad, monitorear las emociones del niño y las emociones que experimenta el adulto: usar el ejercicio *Calming* si el niño empieza a inquietarse, a frustrarse o a desobedecer; NO le permita levantarse de la silla hasta cumplir 4 minutos; el adulto puede usar la respiración diafragmática si empieza a sentir angustia o frustración; recuerde que la postura de usted debe ser de seguridad y serenidad.

SESIÓN GRUPAL 5

Objetivo:

Que los participantes reflexionen sobre estrategias para estimular el desarrollo de sus hijos

Resumen:

En los niños con TEA es muy frecuente que se presenten problemas en la regulación emocional, así como poco interés y cooperación para aprender cosas nuevas, lo cual afecta su desarrollo.

¿Entonces qué hacemos? ¿Por dónde empezamos?

- trabajar regulación emocional (Calmarlo)
- trabajar seguimiento de instrucciones
- moldear imitación, cooperación e interacción social.
- estimular habilidades y ampliar intereses
- disminuir problemas sensoriales mediante la desensibilización sistemática
- extinguir problemas de conducta externalizada, tales como la agresividad, en caso de que el niño presente este problema (no reforzar esas conductas y/o marcar consecuencias negativas cuando lo presenten)

Algunas investigaciones han encontrado acciones que ayudan a los niños con TEA en su desarrollo, y que los padres pueden hacer en el ambiente natural:

- 1) Alentar al niño a explorar el entorno
- 2) Enseñar habilidades cognoscitivas básicas.
- 3) Celebrar los adelantos del desarrollo.
- 4) Guiar la práctica y ampliación de las destrezas.
- 5) Proteger de desaprobaciones y hostigamiento.
- 6) Comunicarse en forma plena y sensible.
- 7) Encauzar la conducta y establecer límites.
- 8) Estimular en el niño la habilidad de permanecer sentado para hacer algunas actividades, así como seguir indicaciones, y esperar su turno.
- 9) Ayudar al niño a mantener interés en una actividad
- 10) Facilitar la autorregulación emocional del niño

11) Cuando enseña una tarea nueva, es importante, al principio guiarle y darle mucha ayuda; sin embargo, a medida que el niño puede hacer cada vez más, el adulto lo ayudará cada vez menos.

12) Estimular el juego, porque éste ofrece una gran cantidad de aprendizaje

13) Estimular que el niño pueda recordar lugares y hablar sobre sus experiencias

14) Facilitar que haga diferentes actividades, ya que los niños recuerdan más las cosas que hacen que las que solo ven.

15) Ayudar al niño a generar empatía por otros.

También es posible ayudar al niño a fomentar su desarrollo mediante sesiones de trabajo estructurado. En este curso emplearemos un modelo de terapia conductual y del desarrollo llamado: Terapia implementada por padres, cuyo autor es el Dr. Philip R. Zelazo de la universidad de McGill (Montreal, Canadá), que consiste en que el padre o madre realice sesiones de terapia diariamente con su hijo, durante 12 minutos distribuidos en cuatro actividades:

- Actividad fácil (de 2 minutos de duración)
- Actividad difícil (de 4 minutos de duración)
- Actividad difícil (de 4 minutos de duración)
- Actividad fácil (de 4 minutos de duración)

Se usa el reforzamiento positivo continuo a cada indicación que el niño cumpla (tocarle, felicitarle y darle algún trocito de algo comestible; además de emplearse el ejercicio calming cuando sea necesario. La dificultad en las actividades se va aumentando gradualmente, poniendo especial atención a hacer actividades que estimulen el lenguaje oral.

TAREA 5.

1. Realiza con tu hijo sesiones de mesa de 12 minutos. Recuerda que debe distribuirse el tiempo de esta forma:

Una actividad fácil que durará 2 minutos

Una actividad difícil que durará 4 minutos

Una actividad difícil que durará 4 minutos

Una actividad fácil que durará 2 minutos.

Se usará el reforzamiento positivo continuo a cada indicación que el niño cumpla; se usará el ejercicio calming cuando sea necesario.

2. Trae tu material para hacer una sesión de mesa en tu primera cita individual.

APÉNDICE 3. *Intervención para padres. Estructura de las sesiones individuales.*

Las sesiones individuales son agendadas una vez por semana. En cada sesión individual, se presenta el padre con su hijo y lleva material para trabajar cuatro actividades con el niño:

Una actividad fácil que durará 2 minutos

Una actividad difícil que durará 4 minutos

Una actividad difícil que durará 4 minutos

Una actividad fácil que durará 2 minutos.

Estas actividades se realizan en una mesa pequeña con dos sillas colocadas frente a frente. Se sugiere al padre que las actividades incluyan:

- Seguimiento de instrucciones con acciones que el niño pueda realizar dependiendo su nivel de desarrollo (por ejemplo: “dame la muñeca”).
- Seguimiento de instrucciones en las que el niño mencione palabras o sonidos que se aproximen a palabras (por ejemplo: preguntar “¿qué es?” para pedir que el niño nombre objetos).
- Seguimiento de instrucciones en las que el niño imite acciones (por ejemplo: el padre peina a una muñeca, luego le da el peine y la muñeca al niño, y le pide repetir la acción).

Se usan reforzadores sociales y comestibles cada vez que el niño siga una instrucción.

Si el niño se inquieta, se desconcentra o se niega a trabajar, se usa una técnica de relajación.

Mientras el padre interactúa con su hijo, el facilitador tiene un pizarrón (a la vista sólo del padre), en el que escribe algunas felicitaciones, sugerencias o comentarios respecto a la conducta del niño y del padre, así como orientación para el manejo de conductas externalizadas. Todo esto debe ser escrito de forma breve, para que el padre pueda leer y aplicar las sugerencias en vivo.

Después de la sesión de trabajo con el niño, el facilitador habla con el padre para preguntarle cómo se sintió y cómo percibió al niño. Se brinda contención emocional si es necesario. El facilitador retroalimenta al padre sobre lo que observó; además, se explora junto con el padre, las emociones, pensamientos y conductas de éste en el momento de afrontar las conductas del hijo; también se habla sobre la función de algunas conductas disruptivas del niño; se profundiza en las técnicas de manejo conductual; y se plantean sugerencias para la sesión subsecuente.

Cada padre cumple cinco sesiones individuales con el mismo formato.

APÉNDICE 4. *Cuestionario de la segunda fase de la investigación*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Violeta Hernández, soy responsable de un proyecto de investigación con padres y madres de niños con Trastornos del Espectro Autista, quienes son cuidadores primarios del niño y que voluntariamente quieran participar.

Le invitamos cordialmente a participar en esta investigación, en primer lugar, contestando el cuestionario que se le presenta; en segundo lugar, participando en diez sesiones semanales, de las cuales cinco son sesiones grupales de dos horas de duración, y cinco sesiones individuales de una hora de duración; y finalmente, volviendo a contestar una evaluación para conocer los posibles beneficios recibidos por la asistencia al programa. Es importante mencionar que toda la información que nos proporcione será confidencial y sus datos personales no aparecerán en ningún documento. Su participación en esta investigación no representa riesgo significativo para su salud y podrá desistir en cualquier momento que así lo decida. Usted puede elegir participar o no participar, ya que esto es voluntario. Tanto si elige participar como si no, continuarán todos los servicios que recibe en esta institución y nada variará.

Si desea contactar a la investigadora responsable del proyecto, escriba a:

Mtra. Violeta Hernández

Correo electrónico: vyolet7@yahoo.com.mx

He sido invitado (a) a participar en un proyecto de investigación. Se me ha proporcionado el nombre y el correo electrónico del investigador que puede ser fácilmente contactado.

He leído y comprendido la información que me fue proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Agradecemos su colaboración al proyecto de investigación.

INSTRUCCIONES: Por favor proporcione los datos que se le solicitan.

Datos del niño diagnosticado con Autismo

Edad: _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Diagnóstico: _____

Datos del padre o madre:

Edad: _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

INSTRUCCIONES: A continuación, se describen varias conductas que su niño(a) posiblemente ha presentado durante las últimas semanas. Lea cuidadosamente cada una de las conductas e indique en una escala del 0 al 10, **qué tan seguro(a) se siente usted para poder manejar cada conducta de su niño(a)**.

0 ----- 10

No me siento
nada seguro
de cómo
manejar esa
conducta

Me siento
completamente
seguro de cómo
manejar esa
conducta

Qué tan seguro(a) me siento para poder manejar estas conductas de mi niño(a):	Del 0 al 10, yo me califico con:	Esa conducta no ha ocurrido
1) Cuando mi hijo se comporta impulsivo (actúa sin pensar y sin medir los peligros o consecuencias).		NS
2) Cuando mi hijo hace berrinches.		NS
3) Cuando mi hijo es agresivo físicamente con otras personas (por ejemplo: golpea, muerde, pateo, etc.)		NS
4) Cuando mi hijo desobedece intencionalmente.		NS
5) Cuando mi hijo provoca a otras personas (por ejemplo: se burla, reta o intimida a las personas).		NS
6) Cuando mi hijo destruye a propósito sus cosas o las de los demás.		NS

INSTRUCCIONES: Se describen algunas frases, por favor señale **su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada uno de estos enunciados.**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1) Considero que es difícil enseñarle algo nuevo a mi hijo/a.	1	2	3	4	5
2) Me estresa mucho tener que salir con mi hijo a la calle por las conductas que presenta.	1	2	3	4	5
3) Manejar los berrinches de mi hijo es algo que me pone muy ansioso/a.	1	2	3	4	5
4) Lidar con las conductas que presenta mi hijo/a, sería complicado para cualquier padre, lo es para mí.	1	2	3	4	5
5) Me resulta difícil equilibrar mis pensamientos cuando mi hijo/a presenta una rabieta.	1	2	3	4	5
6) El comportamiento de mi hijo/a a menudo me asusta.	1	2	3	4	5
7) Es complicado ponerle reglas a mi hijo/a.	1	2	3	4	5
8) Me doy cuenta cuando mi hijo/a se está alterando, pero es difícil para mí ayudarlo a relajarse	1	2	3	4	5
9) Me siento agobiado/a por las conductas que presenta mi hijo/a.	1	2	3	4	5

Las preguntas que siguen a continuación son sobre sus sentimientos y pensamientos durante los últimos 30 días. Para cada pregunta, por favor indique con qué frecuencia se sintió de esa manera.

Durante el mes pasado, ¿cuántas veces...	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	Frecuentemente	Casi siempre
1)... sintió que no podía controlar las cosas importantes de su vida?	0	1	2	3	4
2)... se sintió nervioso o lleno de tensión?	0	1	2	3	4
3)... tuvo problemas en manejar todas las cosas que tenía que hacer durante esos días?	0	1	2	3	4
4)... ha sentido que tenía tantas dificultades que no podía solucionarlas?	0	1	2	3	4
5)... se enojó por cosas que no pudo controlar?	0	1	2	3	4

APÉNDICE 5. *Cuestionario de evaluación de la intervención para padres*

INSTRUCCIONES: Por favor evalúe el servicio que ha recibido. Marque la opción que usted considere acorde a su sentir.

CALIDAD DE LAS SESIONES GRUPALES	MUY BUENA	BUENA	MEDIO	MALA	MUY MALA
Contenido de las sesiones					
Claridad en la explicación					
Posibilidad de aplicación práctica					
Estructura o forma de llevar a cabo las sesiones					
LOS MATERIALES DE LAS SESIONES GRUPALES	MUY BUENO	BUENO	MEDIO	MALO	MUY MALO
Relevancia con respecto a los contenidos del curso					
Facilidad de comprensión					
LAS CONDICIONES DE LAS SESIONES GRUPALES	ADECUADOS		INADECUADOS		
Los requisitos para ser admitidos en el curso					
Condiciones del lugar donde se ha desarrollado el curso (luminosidad, comodidad, sonoridad, etc.)					
El número de participantes en el curso					
La duración del curso					

APÉNDICE 6. *Relatoría de la intervención efectuada.*

SESIÓN 1

Fecha: 31 de julio de 2017

Asisten 12 participantes a la primera sesión del curso psicoeducativo para padres (2 hombres y 10 mujeres). Todos los participantes representaban a un niño con TEA diferente, a excepción de un papá y una mamá del mismo niño.

El facilitador empezó la sesión dando la bienvenida a los participantes, se presentó y dio espacio a que los padres se presentaran de forma breve.

Enseguida se hizo una actividad con el grupo, es un juego llamado “ensalada de frutas” (que consistió en asignar a cada participante una fruta y cambiarse de lugar, cada vez que se mencionaba el nombre de su fruta), durante el juego los participantes que se tardaban más en encontrar lugar tenían que mencionar al menos 3 cualidades de su niño diagnosticado con TEA.

Después el facilitador preguntó al grupo qué entendían por autoeficacia parental, los participantes dijeron diversas opiniones, las cuales se retomaron para desarrollar el tema mediante una breve exposición con diapositivas.

Una vez revisada la relevancia teórica del concepto, el facilitador preguntó a los participantes lo siguiente: *¿Cómo te evalúas como padre o madre? ¿Te sientes seguro para manejar las conductas de tu hijo? ¿Crees tener los conocimientos necesarios para manejar bien las conductas de tu hijo? ¿Qué te hace falta?*

Se les pidió a los participantes que reflexionaran antes de contestar, y luego se invitó a algún voluntario que quisiera decir sus respuestas. Hubo cuatro voluntarios que expresaron sus respuestas, y se abrió el diálogo grupal.

A continuación, se realizó un ejercicio breve de relajación guiada, mediante una grabación que duró cinco minutos. Al finalizar el ejercicio, se comentó la experiencia: algunos participantes dijeron que se relajaron con el ejercicio, otros mencionaron que les costó concentrarse en el ejercicio.

Finalmente, se les pidió a los participantes la siguiente tarea:

Realiza una actividad física al menos tres veces por semana.

El facilitador entregó a los participantes un resumen del contenido de esta sesión, se despidió de los participantes y se cerró la sesión.

SESIÓN 2

Fecha: 7 de agosto de 2017

Asisten 10 participantes (uno de los participantes que no asiste es el padre del niño compartido, es decir, sólo continúa asistiendo la mamá de este niño).

El facilitador empezó saludando a los participantes y preguntándoles, a manera de repaso, qué recordaban sobre el concepto de autoeficacia parental. Después de escuchar sus respuestas, se repasaron brevemente los conceptos vistos la sesión anterior.

Después, se expusieron dos casos en las diapositivas: el primero, fue un caso de un padre con poca autoeficacia parental, y el segundo el de un padre con alta autoeficacia parental. Posteriormente se preguntó a los participantes sobre su propio caso: *¿Qué pensamientos tengo de mí mismo como padre?, ¿Qué conductas tengo hacia mi hijo y qué me gustaría cambiar o mejorar? Con base en esto, ¿me percibo a mí mismo con autoeficacia parental o no?*

Se les preguntó si alguno de ellos quería mencionar al grupo el resultado de su propio análisis. Hubo una persona que voluntariamente participó y mencionó que sí se percibía autoeficaz, y que su niño iba muy bien en cuanto a su conducta, que ya sólo le faltaba hablar; dijo que ella se había sentido identificada con el ejemplo expuesto en la diapositiva del padre autoeficaz. Enseguida, el facilitador explicó que es posible fomentar en uno mismo la autoeficacia parental, uno de los pilares es tener conocimientos sobre los TEA

Se preguntó a los participantes sobre qué conocimientos tenían acerca de los Trastornos del Espectro Autista (TEA), los participantes mencionaron lo que sabían acerca de la definición (alguien dijo: es una condición, no una enfermedad), de los síntomas (alguien mencionó los problemas en la comunicación social), de la incidencia (alguien dijo 1 en cada 110, y que por cada cuatro niños había una niña con TEA) y de las posibles causas (alguien mencionó factores genéticos y otro más, dijo que posiblemente fueron las vacunas).

El facilitador explicó la definición y cuadro clínico los TEA, así como la información que actualmente se tiene de las posibles causas.

Una participante preguntó: *¿por qué alinean juguetes?* Y otro preguntó *¿tienen intencionalidad o solo hacen lo que hacen por su autismo?* El facilitador buscó resolver dudas.

El facilitador continuó explicando que en individuos diagnosticados con TEA, pueden encontrarse, además de los síntomas relacionados al cuadro clínico, otros síntomas asociados, por ejemplo: irritabilidad que puede incluir agresión, autoagresión, y rabietas severas, y que a esto se le denomina: problemas de conducta externalizada, y que suelen producirse cuando

los niños tienen transiciones de una actividad a otra, o al pedirles seguir con alguna indicación, o al privarles de hacer o tener algo que ellos desean.

Se practicó un ejercicio de relajación: respiración diafragmática.

Se les entregó un breve resumen del contenido de la sesión, en el que venía una tarea para realizar en casa con sus hijos (se les explicó la tarea): *sentados frente a frente, enseñar a los niños a respirar profundo; quienes tuvieran dificultad para hacerlo, empezarían por enseñarles a soplar (usando burbujas, velitas o papelitos de colores).*

Se despidió a los participantes y se cerró la sesión.

SESIÓN 3

Fecha: 12 de agosto de 2017

Asisten 10 participantes.

El facilitador empezó la sesión haciendo algunos ejercicios de respiración diafragmática.

Posteriormente, se realizó una actividad para repasar lo aprendido en las sesiones anteriores, jugando a “la papa caliente”. Cabe mencionar que, en cada pregunta los participantes contestaron acertadamente.

El facilitador felicitó al grupo por sus respuestas y empezó con el contenido de esta sesión usando las diapositivas. Explicó que las conductas agresivas (verbales, físicas, etc.) hacia otros, se denominan problemas de conducta externalizada, que si bien, no forman parte del cuadro clínico de los TEA, suelen ser muy comunes en niños con TEA. El facilitador dijo que los problemas de conducta externalizada deben verse de forma sistémica, ya que el ambiente juega un papel importante.

El facilitador expuso un ejemplo de conducta externalizada, y se analizó en el grupo. El facilitador preguntó a los asistentes *¿qué elementos consideran que pueden estar implicados en los problemas de conducta externalizada?* En la participación del grupo, se mencionaron los siguientes aspectos: el temperamento del niño, las características de TEA, la excitabilidad del niño, los desacuerdos entre los cuidadores, el reforzamiento de los cuidadores a conductas inadecuadas, el estrés de los cuidadores, etc. Una participante mencionó que el caso planteado en la diapositiva es muy similar a lo que ella vive, que efectivamente tiene muchos desacuerdos con su madre respecto a la forma de educar al niño, que últimamente están teniendo más acuerdos y que esto ha favorecido a la conducta disruptiva del niño.

Después de escuchar las respuestas de los participantes, el facilitador reafirmó que las conductas que presentan los niños con TEA se ven afectadas por las reacciones en el ambiente, entonces llevó la conversación hacia los principios conductuales que hace Miltenberger (2016). Entonces, para poder modificar una conducta, es importante analizar la relación funcional entre los eventos ambientales que ocurren inmediatamente antes e inmediatamente después de dicha conducta, de esta forma podremos llegar a entender la

función de la conducta (es decir, el por qué una persona se comporta como lo hace). A este proceso se le conoce como análisis funcional de la conducta. Una vez que hemos hecho el análisis funcional de una conducta y sabemos, cuál es la función de algún comportamiento y qué acontecimientos ambientales influyen en él, entonces podemos idear alguna estrategia para cambiarlo.

Se hablaron de técnicas de modificación de la conducta.

Después de terminar el contenido teórico y práctico, se les explicó a los padres la tarea para la siguiente sesión, que consistía en que hicieran un ejercicio de relajación conjunto entre padre-hijo.

SESIÓN 4

Fecha: 19 de agosto de 2017.

Asisten 10 participantes.

El facilitador realizó la dinámica ensalada de frutas, la cual consistió en asignar a cada participante una fruta y cambiarse de lugar cada vez que se mencionaba el nombre de su fruta, durante el juego los participantes que se tardaban más en encontrar lugar tenían que contestar alguna pregunta del contenido abordado la sesión anterior, por ejemplo:

¿Qué técnicas conozco para modificar conductas negativas o problemáticas?

¿Qué consejo le daría a otro padre que tuviera un hijo como el mío?

Los padres fueron contestando cada una de las preguntas, y el terapeuta puntualizaba las respuestas.

Enseguida el facilitador expuso tres casos de padres enfrentando problemas de conducta con sus hijos y les pidió a los participantes del grupo que hicieran roll-playing de cada caso: dos participantes actuaban la escena, uno actuó el papel del padre y otro el papel del niño. Una vez que los participantes actuaban el caso, los demás miembros del grupo daban comentarios sobre lo que ellos hubieran hecho para resolver la situación.

Enseguida el facilitador mencionó que uno de los pilares para manejar adecuadamente las conductas de los hijos, es el reconocimiento y manejo de las emociones de los padres. Algunas emociones que suelen vivir los padres de niños con TEA están relacionadas al “duelo” de recibir el diagnóstico de TEA del hijo. Estas emociones incluyen: sentir un choque, ya que los padres no esperaban que su hijo tuviera autismo; negación, algunos padres se resisten a aceptar este diagnóstico; rabia, ya que algunos padres se sienten enojados con ellos mismos, con la vida, incluso, mucho enojo hacia su hijo; tristeza, implica mucho dolor saber que su hijo presenta un trastorno; soledad, ya que algunos padres suelen aislarse del mundo por temor a la crítica y sentirse lo únicos con esta situación; miedo ante los problemas de conducta de los hijos. Todos estos sentimientos vividos con tal intensidad pueden provocar estrés, angustia y fatiga; sin embargo, también es posible que los padres lleguen a la

aceptación y adaptarse y abrirse a vivir la experiencia de tener a un niño diferente, y estar listos para hacer los esfuerzos necesarios para salir adelante.

En este punto, el facilitador hizo al grupo las siguientes preguntas: *¿Con qué emoción me identifico más? ¿Cómo puedo reconocer y afrontar esas emociones? ¿qué me ayuda a adaptarme y a ser feliz?*

Los participantes dieron algunas respuestas, por ejemplo, un participante dijo que él se identifica con el amor hacia su hija, pero también con el cansancio, porque su hija no duerme bien; otra participante dijo que se identifica con la felicidad por tener a su hijo con ella, pero a su vez siente tristeza cuando lo ve que retrocede; otra participante dijo que se identifica con el valor que le ha dado tener a su hijo, también con la felicidad; una participante dijo que al principio se le complicaba mucho, pero que intenta organizarse para atender a su hijo y se siente feliz. Los participantes compartieron consejos para lograr adaptarse y manejar sus emociones.

El facilitador explicó entonces algunos consejos que pueden ser útiles para la adaptación de los padres, entendiendo que adaptarse es un proceso que lleva su tiempo, por lo que los padres deben tener paciencia consigo mismos y confrontar sus propias necesidades y emociones, así como brindarse tiempo para relajarse, llorar y pedir ayuda.

Después de brindar el contenido teórico, se cerró la sesión mencionando la tarea para la semana siguiente:

Sentados frente a frente, en una mesa, armar rompecabezas de pocas piezas (rompecabezas de introducir piezas o de intercalar piezas), dependiendo del nivel de dificultad adecuado para el niño. Mientras realiza la actividad, monitorear las emociones del niño y las emociones que experimenta el adulto. Usar el ejercicio Calming si el niño se inquieta y, para el adulto, usar la respiración diafragmática.

SESIÓN 5

Fecha: 26 de julio de 2017.

Asisten 10 participantes.

El facilitador empezó haciendo un repaso de los contenidos de las sesiones previas. En especial, el facilitador preguntó al grupo cuáles eran los problemas de conducta externalizada, y se repasaron algunas técnicas de modificación de la conducta.

Posteriormente el facilitador explicó lo siguiente:

Para que un ser humano pueda desarrollarse, hay algunos requisitos: la interacción social, la imitación, la regulación emocional, tener interés y cooperación para aprender, y seguir instrucciones; estos requisitos son dificultades frecuentes en un niño con TEA, y son piedras que obstaculizan el flujo de su desarrollo. Por lo tanto, las primeras intervenciones que deben hacerse son precisamente ayudar al niño a incrementar estos requisitos.

Usted como padre, puede realizar actividades que apoyen directamente ciertos logros del desarrollo de su hijo. Por ejemplo, puede enseñar a su hijo a vestirse, a jugar creativamente con juguetes, y a hablar: ¿Cuáles estrategias ha aplicado para estimular el desarrollo de su hijo?

Aquí se dio lugar a que los padres contestaran la pregunta: algunos padres contestaron que ellos habían usado la motivación por obtener un objeto, para hacer que su niño empezara a pronunciar el nombre de ese objeto; otros habían usado el tema de interés del niño para conseguir aumento de palabras y frases; otros habían usado el refuerzo positivo tal como la felicitación y el aplauso a intentos del niño de lograr vestirse, etc. Todas estas experiencias fueron compartidas entre el grupo.

Enseguida, el facilitador habló de que hay dos modalidades en las que los padres pueden estimular el desarrollo de sus hijos: en el ambiente natural o en el ambiente estructurado.

El facilitador continuó explicando que la estimulación en un ambiente estructurado se refiere a dedicar un tiempo específico para sentarnos con el niño y enseñarle a hacer diferentes actividades con materiales que estimulen su desarrollo. Preguntó: ¿alguno de ustedes lo ha intentado?

Una participante dijo que si lo había intentado: *“Yo le hice un libro sensorial, pero yo, yo lo hice, me ha costado trabajo que mi hija accediera a realizar actividades con él, pero con el tiempo he logrado que ella se interese y aprenda”*.

El facilitador mencionó que las sesiones de terapia de padres con sus hijos se han encontrado muy útiles. En estas, hay diferentes modelos, un modelo que ha demostrado buenos resultados es el modelo del Dr. Philip R. Zelazo, de la Universidad de McGill en Montreal Canadá. El Dr. Zelazo propone que los padres realicen sesiones diarias de terapia en mesa con sus hijos, con una duración de 12 minutos, en las que se lleven a cabo 4 actividades en el siguiente orden:

1. Actividad fácil (de 2 minutos de duración)
2. Actividad difícil (de 4 minutos de duración)
3. Actividad difícil (de 4 minutos de duración)
4. Actividad fácil (de 2 minutos de duración)

Durante la sesión se usan reforzadores positivos cuando el niño presenta buenas conductas (cuando obedece instrucciones, se interesa y se esfuerza en hacer las actividades), y se realizan ejercicios de relajación, cada vez que el niño se desespera

El facilitador leyó un testimonio, enviado por correo electrónico, de una madre que ha implementado el método de terapia del Dr. Zelazo, en el cual se mencionan los resultados de esta experiencia, en resumen, la madre relata los beneficios obtenidos por haber dedicado tiempo diario a hacer sesiones de mesa con su hijo.

El facilitador explicó que este modelo de tratamiento es el que se practicaría en las siguientes cinco sesiones individuales, en las que cada padre planearía hacer cuatro actividades con su hijo durante 12 minutos, traería los materiales a usar y a su niño, para poder realizar la sesión de mesa, con el respaldo de un terapeuta. Se aclararon dudas sobre las sesiones individuales.

Se dieron citas para las sesiones individuales.

SESIONES INDIVIDUALES

Las sesiones individuales fueron agendadas una vez por semana, pero cada participante eligió el día de la semana y la hora que le ajustara mejor.

En cada sesión individual, se presentaba cada padre con su hijo, y llevaba material para trabajar cuatro actividades con el niño. El tiempo de trabajo padre-hijo duraba 12 minutos. Mientras el padre interactuaba con su hijo, el facilitador tenía un pizarrón (a la vista sólo del padre), en el que escribía algunas felicitaciones acerca del desempeño del padre, y también recordatorios sobre el manejo de la propia conducta y algunas sugerencias para el manejo de la conducta del niño, de forma breve, para que el padre pudiera leer y aplicar en vivo.

Después de la sesión, el facilitador preguntaba al padre cómo se había sentido, cómo había percibido al niño, y hablaban de las emociones del padre, de sus pensamientos y conductas. Se felicitaban los aspectos positivos del desempeño del padre y también se hablaba de los retos en cuanto al control de la propia conducta y de la conducta del menor.

Posteriormente, el facilitador brindaba una retroalimentación sobre la conducta del niño y de los procedimientos recomendados a fin de lograr una mejor respuesta del menor. Se escuchaban las inquietudes del padre y se contestaban preguntas, o bien se brindaba contención emocional si era necesario. Cada padre cumplió cinco sesiones individuales con el mismo formato.

De los 10 padres que habían asistido a las sesiones, una participante no contestó la evaluación final, por lo que sólo se tomaron en cuenta a 9 participantes para el estudio.

NOTA: Se pidió a los participantes que realizaran una sesión de trabajo de 12 minutos diariamente con su hijo en su casa, para lograr mayores avances en el desarrollo y en la conducta del menor.