

**ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO EN FAMILIAS DE NIÑOS/AS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)**
Una revisión sistemática

Alumna: Noelia Noda Pérez

Tutora: María Isabel Simón González

Máster en Intervención y Mediación Familiar, Social y Comunitaria

Trabajo fin de Máster

Universidad de La Laguna

Julio 2022

Índice

Resumen.....	2
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Antecedentes.....	4
Caracterización del Trastorno del Espectro Autista (TEA).....	4
La adaptación de las familias de hijos/as con TEA.....	8
Estrés y afrontamiento en las familias de hijos/as con TEA.....	11
Método y criterios de búsqueda.....	14
Resultados	17
Discusión y Conclusiones.....	30
Referencias.....	33
Anexos.....	39

Resumen

Vivir con un/a hijo/a con Trastorno del Espectro del Autismo supone para las familias enfrentar desafíos diarios que pueden provocar estrés. La mayoría de ellas afrontan con éxito la crianza, pero otras carecen de los recursos y estrategias necesarias para hacerlo, lo que afectará a su bienestar personal y al de su hijo/a. Por esta razón, el objetivo de este trabajo ha consistido en llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura científica publicada en los últimos 10 años en España sobre el estrés y su afrontamiento en estas familias. Para ello se ha seguido el protocolo PRISMA siendo seleccionados 12 artículos científicos a través de las bases de datos de Scielo, Complete (EBSCO), Dialnet y Academic Search. Los resultados muestran que los padres de niños/as con TEA tienen mayor estrés en comparación con los que tienen hijos/as con desarrollo típico. Además, la mayor fuente de estrés en la vida de estos padres y madres es su familiar con TEA puesto que conlleva más tiempo en su cuidado y crianza, con las consecuentes repercusiones sobre los miembros, tales como quitar tiempo y energía, dedicarse menos a sus otros hijos/as, renunciar a aspiraciones profesionales, etc. Además, se comprobó que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son las que tienen un carácter adaptativo como son la reevaluación positiva y la focalización en la solución del problemas. Sin embargo, se han encontrado diferencias en cuanto al género, las mujeres usan más la expresión emocional y el apoyo social como estrategia de afrontamiento adecuado. Mientras que los padres varones usan más autocrítica, reestructuración cognitiva, retirada social y evitación de problemas. Se concluye con la importancia de proporcionar un amplio repertorio de estrategias a las familias para mejorar su adaptación y aumentar su calidad de vida familiar.

Palabras clave: familias, estrés, estrategias de afrontamiento, TEA.

Abstract

Living with a child with Autism Spectrum Disorder means families face daily challenges that can cause stress. Most of them are successful in parenting, but others lack the resources and strategies to do so, which will affect their personal well-being and that of their child. For this reason, the aim of this work has been to carry out a systematic review of the scientific literature published in Spain over the last 10 years on stress and its coping in these families. For this purpose, the PRISMA protocol was followed and 12 scientific articles were selected through the databases of Scielo, Complete (EBSCO), Dialnet and Academic Search. The

results show that parents of children with ASD have more stress than parents of children with typical development. In addition, the greatest source of stress in the lives of these parents is their family member with ASD, since it takes more time to care for and raise them, with the consequent repercussions on the members, such as taking time and energy, dedicating less time to their other children, renouncing professional aspirations, etc. In addition, it was found that the coping strategies most used are those that have a character. positive re-evaluation and focus on problem solving. However, gender differences have been found, with women using more emotional expression and social support as an appropriate coping strategy. While male parents use more self-criticism, cognitive restructuring, social withdrawal and problem avoidance. It concludes with the importance of providing families with a broad repertoire of strategies to improve their adaptation and increase their quality of family life.

Key words: families, stress, coping strategies, ASD.

Introducción

Afortunadamente cada vez se toma mayor conciencia de la importancia que tiene la familia en la educación, en el desarrollo y la calidad de vida de las personas con TEA. Partiendo de que la familia ejerce una considerable influencia en todos los aspectos de la vida de su hijo/a, incluyendo el aprendizaje y su calidad de vida, se puede prestar apoyo a la familia para tratar de canalizar su influencia en beneficio de su hijo/a con TEA.

El tema objeto de esta revisión se relaciona muy estrechamente con la intervención y mediación familiar y sociocomunitaria puesto que se trata de familias en situaciones especiales que necesitan del asesoramiento y apoyo de los profesionales de la intervención. Conocer el funcionamiento y dinámica de estas familias contribuye a mejorar las actuaciones con ellas, favoreciendo aquellos factores protectores que se han visto mejoran su adaptación y bienestar. Dentro de estos factores se encuentran las estrategias de afrontamiento ante el estrés que generalmente sufren las familias que tienen hijos/as con TEA al tener que ajustarse a múltiples demandas de la persona con TEA. Es por ello, que el objetivo de este TFM se ha centrado en realizar una revisión sistemática de estudios empíricos llevados a cabo en España en los últimos 10 años sobre el estrés y su afrontamiento considerado clave para mejorar su calidad de vida.

Este trabajo se divide en un apartado de antecedentes en el que se define el Trastorno del Espectro Autista (TEA), se perfila el marco familiar en el que se desarrollan estas personas y cómo afecta la crianza de un hijo/a con estas características, incidiendo en la carga

de estrés a las que se ven sometidas las estrategias que utilizan padres y madres para adaptarse a esta situación. En un siguiente apartado se expone el método seguido en esta revisión bibliográfica, que sigue el protocolo PRISMA. Posteriormente, se describen los resultados de la revisión sistemática realizada de los últimos 10 años de estudios empíricos para llegar al apartado de discusión y conclusiones, cerrando el trabajo con las referencias bibliográficas.

Antecedentes

Caracterización del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Desde que Leo Kanner (1943) describiera por primera vez este síndrome, denominado inicialmente por él como autismo, se han llevado a cabo varias revisiones para acotar el cuadro diagnóstico, aunque persisten los aspectos definatorios que Kanner planteó, dificultades en la comunicación social y conductas repetitivas e intereses restringidos (Vasen, 2015). En el concepto actual de Trastorno del Espectro Autista (a partir de ahora TEA) los límites son más amplios y se incluyen una alta variedad de personas, desde las que manifiestan síntomas leves hasta las que están gravemente afectadas.

La última revisión de la definición ha sido la adoptada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) que incluye al TEA dentro de los trastornos del neurodesarrollo debido a que se considera un trastorno del desarrollo con bases neurológicas que se caracteriza por deficiencias en las áreas de lenguaje, comunicación, expresión de afectos, interacción social y que exhibe conductas motoras repetitivas (DSM-5, 2013). Así, tomando como referencia el Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, 2013), actualmente se toman en cuenta los siguientes criterios para diagnosticar el TEA:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por todo lo que se muestra a continuación; desde un acercamiento social anormal hasta fracaso en iniciar o responder interacciones sociales, anomalías del contacto visual, dificultades para hacer amigos o ausencia de interés por otras personas...B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en: movimientos, insistencia en la monotonía, intereses muy fijos y restringidos, hiper o hipo reactividad a estímulos sensoriales...C. Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo. D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual. E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el

retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Asimismo, el Manual define las condiciones de severidad que acompañan al síndrome y que acompañan al diagnóstico (véase tabla 1).

Tabla 1.

Condiciones de severidad para el TEA (tomado de DSM-5, 2013)

Nivel de severidad	Comunicación social	Intereses restringidos y conducta repetitiva
Nivel 3: requiere un apoyo muy substancial	Déficits severos en habilidades de comunicación social, verbal y no verbal que causan alteraciones severas en el funcionamiento, inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona con muy pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacciones sociales, y que cuando lo hace, realiza aproximaciones iniciales únicamente para satisfacer sus necesidades y sólo responde a acercamientos sociales muy directos.	La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad, afrontamiento, cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos. Interfieren marcadamente en el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar al cambiar el foco de interés o la conducta.
Nivel 2: requiere un apoyo substancial	Déficits marcados en habilidades de comunicación social, verbal y no verbal; los déficit sociales son aparentes incluso con apoyos; inician un número limitado de interacciones sociales; y responden de manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros. Por ejemplo; una persona que habla con frases sencillas; cuya capacidad para interactuar se limita a intereses restringidos y que manifiesta	El comportamiento enflexibles, las dificultades para afrontar el cambio, u otras conductas restringidas/repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenados e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.

Nivel de severidad	Comunicación social	Intereses restringidos y conducta repetitiva
	comportamientos atípicos a nivel no verbal.	
Nivel 1: requiere apoyo	Sin apoyos, las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar usando frases completas e implicarse en la comunicación pero que a veces falla en el flujo de ida y vuelta de las conversaciones y cuyos intentos por hacer amigos son atípicos y generalmente fracasan	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia.

Como se puede observar, los aspectos centrales definitorios del trastorno se encuentran en la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales, con falta de respuesta a las personas y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Además, presentan una especial conducta con las cosas y las personas. Viven en su propio mundo lleno de sensaciones, que ellos mismos autoestimulan (Viloca, 2003). Presentan dificultades en el mundo de las emociones, les es difícil su expresión como su comprensión, lo que va a repercutir en las relaciones con las demás personas, al no entenderlas, aparte de no ser hábiles en la lectura de intenciones, deseos o creencias (Palomo, 2017). Además, el autismo se caracteriza por comportamientos compulsivos, tales como arreglar juguetes u objetos de una sola forma particular, o jugar con un solo juguete independientemente de la cantidad de objetos que se le brinde para jugar o interactuar (Happé, 2007; Szatmari, 2006). Las personas diagnosticadas con autismo se sienten impelidas a repetir rituales diarios, tales como seguir diariamente un horario prefijado para comer exactamente a la misma hora todos los días, comer exactamente la misma comida,

seguir un orden específico a la hora de vestirse o caminar por algún sitio específico también a la misma hora diariamente. Tanto las compulsiones como las conductas rituales están estrechamente relacionadas con una tercera característica del autismo, la baja tolerancia al cambio.

A su vez, el TEA se asocia frecuentemente a deterioro intelectual y a alteraciones estructurales del lenguaje. Muchas personas con trastorno del espectro autista tienen síntomas psiquiátricos que no forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno. Pueden converger con el TDAH necesitando en estos casos realizar dos diagnósticos. Este mismo principio se aplica a los diagnósticos concurrentes de trastorno del espectro autista y trastorno del desarrollo de la coordinación, trastorno de ansiedad, trastorno depresivo y otros diagnósticos comórbidos. También pueden presentar deficiencias en el lenguaje o ser no verbales, alteraciones del sueño o la alimentación y conductas problemáticas que deberían llevar a considerar si existe ansiedad o depresión. (Lord et al.,2006)

También, las dificultades específicas del aprendizaje son frecuentes, así como el trastorno del desarrollo de la coordinación. Las afecciones médicas comúnmente asociadas al trastorno del espectro autista son la epilepsia, los problemas del sueño y el estreñimiento. El trastorno de la conducta alimentaria de la ingesta de alimentos es una forma característica bastante frecuente. Las preferencias extremas y restringidas de alimentos pueden persistir en el tiempo. Los síntomas se reconocen normalmente en el segundo año de vida (12-24 meses de edad) pero se pueden observar antes de los 12 meses si los retrasos del desarrollo son graves, o notar después de los 24 meses si los síntomas son más sutiles.

Las características conductuales del trastorno del espectro autista empiezan a ser evidentes en la primera infancia, presentando algunos casos falta de interés por la interacción social durante el primer año de vida. Algunos/as niños/as presentan una paralización o una regresión del desarrollo con deterioro gradual o relativamente rápido de los comportamientos sociales o el uso del lenguaje durante los dos primeros años de vida. Puede sospecharse sordera, pero normalmente se descarta. Durante el segundo año, los comportamientos extraños y repetitivos y la ausencia de juego característica se hacen más evidentes. Como muchos niños pequeños de desarrollo normal tienen fuertes preferencias y les gusta la repetición, puede ser difícil distinguir los comportamientos restringidos y repetitivos típicos del trastorno del espectro autista en los niños/as de edad preescolar. La distinción clínica se basa en el tipo, la frecuencia y la intensidad del comportamiento.(Lord et al.,2006)

Aunque las personas con TEA van mejorando con la edad, son pocas las que consiguen llegar a alcanzar una vida totalmente independiente, la mitad de ellas no se introducen en el mundo laboral, la mayoría tiene dificultades para relacionarse con los otros (Howlin y cols., 2015; citado en Palomo, 2017, p.449).

En suma, estamos ante un trastorno complejo en el que se puede encontrar una alta diversidad de personas que están afectadas por sus condiciones genéticas como por las circunstancias ambientales que le rodean, ocupando un lugar privilegiado la familia.

La adaptación de las familias con hijos/as con TEA

No se puede negar el impacto emocional que produce en las familias tener un/a hijo/a con discapacidad, concretamente con un Trastorno del Espectro del Autismo. El proceso de adaptación a esta situación inesperada conlleva normalmente un largo proceso, que se ha investigado ampliamente. Dada la especial relevancia de una calidad de vida y un entorno familiar adecuado para niños/as con discapacidades educativas especiales, se convierte en una necesidad tener un equilibrio entre las necesidades de todos y cada uno de los miembros. A través de variados estudios empíricos, se ha comprobado que muchas familias que crían a hijos/as con TEA tienen niveles de estrés más altos en comparación familias con hijos/as con otras discapacidades o sin dificultades (por ej., Baker et al., 2003; Baker et al., 2005), además de mostrar más ansiedad (por ej., Hastings et al., 2005) y depresión (por ej., Smith et al., 2008), lo que está indicando que la vida familiar se vuelve más compleja por verse sometida a más problemas derivados de las características propias del trastorno.

A continuación, siguiendo a varios autores (Martínez y Cuesta, 2016; Paniagua, 1999, 2017; Simón et al., 1998), se analizan brevemente cómo afecta la presencia de un/a hijo/a con discapacidad a los progenitores, a los hermanos, la relevancia de los apoyos sociales y las características de los/as niños/as.

Padres y madres

Es el principal apoyo, a nadie le afecta tanto un hijo/a con discapacidad como al otro progenitor. Cada adulto seguirá su proceso de diferente manera en el que la pareja le podrá ayudar o dificultar en el proceso de crianza. Normalmente, suele ocurrir que cuando un miembro de la pareja atraviesa fases más depresivas el otro se encuentra más fuerte y activo.

Es una manera adaptativa de afrontar la situación, de manera que ambos compartan responsabilidades. La calidad de la relación de pareja ha sido el factor que más valor predictivo tiene para la adaptación de las familias de niños/as con discapacidad. En este sentido, el ajuste marital o satisfacción con el matrimonio se considera como uno de los mejores predictores (Olson y McCubbin, 1983; citado en Yau y Li-Tsang, 1999).

También el interés se ha centrado en analizar el tipo de reacción que tienen los padres y las madres ante la presencia del hijo o la hija con discapacidad, y, aunque la mayoría de estudios han analizado a las madres, se puede hablar de claras diferencias entre ambos cónyuges (Simón et al., 1998; Pozo et al., 2011), sobre todo en los casos en la que la distribución de los roles estén más divididos, siendo menor el impacto cuando están más igualitariamente distribuidas las tareas (Willoughby y Glidden, 1995). Así, se observa que las madres son las que mayor carga en la crianza tienen y manifiestan más depresiones o problemas de ajuste personal, mientras que los padres utilizan estrategias de evitación ante el problema (Frey, Greenberg y Fewell, 1989; Pozo et al., 2006). Se ha encontrado que la severidad del trastorno del espectro del niño o la niña afecta de forma diferentes al padre y a la madre. De tal manera que no influye en la ansiedad de la madre pero sí en su percepción de calidad de vida familiar, todo lo contrario a lo que ocurre con los padres varones (Pozo, 2010; Pozo et al., 2011). Parece ser que a los padres les causa más estrés una leve afectación del trastorno del espectro que una más grave, debido a, según las autoras, al proceso de adaptación por el que pasan los padres varones, a sus dificultades para aceptar la discapacidad de su hijo/a, problemas con las expectativas poco realistas, entre otras (Keller y Honing, 2004; Pozo et al., 2011). Asimismo, las madres están más abiertas a recibir apoyo familiar y manifiestan necesitar más ayuda en la crianza, además de necesitar información sobre el problema de su hijo/a (Bayley et al., 1992).

Los hermanos

Uno de los factores que más afecta a la relación entre hermanos es el tipo de discapacidad y el grado de severidad. Su relación y vivencia va variando con la edad; en la infancia se preocupan de poder o no jugar juntos/as hasta cuando son más mayores que se preocupan por las responsabilidades de tener un hermano/a en esta situación. A pesar de lo que se pudiera esperar, las relaciones entre hermanos son positivas aunque la duración de las

interacciones se verá afectada dependiendo del grado de afectación del hermano o hermana con TEA (Strain y Danko, 1995). Se ha reflejado que con frecuencia los hermanos que han tenido estas experiencias tienen actitudes más solidarias y tienden a elegir profesiones de carácter social (Paniagua, 1999; Simón et al., 1998).

El apoyo social

Las familias cuentan, además, con redes de apoyo informales como la familia extensa o los/as amigos/as. Es indudable el alto valor de estas redes de apoyo a la familia. Su papel no solo consiste en compartir el cuidado de sus hijos/as sino que también suponen un soporte emocional que va a repercutir en la reacción y adaptación de la familia. Algunas familias, por diversas razones, reciben más apoyo de su red de amistades que de la familia extensa, convirtiéndolo los/as amigos/as o vecinos/as en uno de los recursos fundamentales con los que cuentan. Frecuentemente, el marco de conocidos y amigos con hijos/as con dificultades similares son una fuente insustituible de apoyo emocional e información (Paniagua, 1999).

Se ha visto que las familias que reciben más apoyo, tanto formal como informal, sienten menos estrés en la crianza de su hijo/a con TEA y su efecto es más beneficioso cuando es de carácter informal (Gill y Harris, 1991). Así, las madres que tienen más apoyo y lo perciben como útil, sienten menos estrés, valorando los programas de intervención adaptados a sus hijos/as y que incluyen a las familias (Pérez y Williams, 2005). No obstante, el grado de severidad que tenga el trastorno va a influir en la percepción de los apoyos que se reciben, ya que al presentar el/la hijo/a más necesidades sin cubrir menos útiles los perciben lo que afectará a la calidad de vida familiar (Pozo, 2010; Pozo et al., 2011).

Las características del niño o la niña con TEA

Otro de los aspectos que influyen en la adaptación de las familias con hijos/as con discapacidad o TEA han sido las variables del niño/a. Existen ciertas características que modulan y median en el modo en que el sistema familiar lidia con las crisis. Cuantas menos respuestas sociales, más dificultades temperamentales y más comportamientos desajustados, mayor nivel de estrés y desadaptación en los padres (Freixa, 1993). Se añaden, además, las alteraciones cognitivas, discapacidad intelectual o dificultades en la comunicación, todo lo que va a limitar aún más su autonomía (Pozo et al., 2006; Pozo, 2010).

Por otra parte, la edad del menor también va a influir en la vida familiar. Los resultados de algunos estudios sugieren que los padres de niños/as mayores, experimentan menos estrés que los padres de niños/as de menor edad (Flynt y Wood,1989; citado en Minnes y Nachshen,1997). Aunque otros ponen de manifiesto que la familia está más afectada a medida que se van haciendo mayores, puesto que estos/as hijos/as no ganan en independencia lo que no se aligera la tarea de los padres que continúan cuidando de su hijo/a (Mailick et al., 2001). Se resalta, además, que la etapa de la adolescencia puede ser especialmente complicada por los cambios que ésta supone a nivel físico, cognitivo y emocional (White et al., 2013). A pesar de las dificultades que conlleva la crianza de un/a hijo/a con TEA, las familias se adaptan y aprecian los aspectos positivos que aportan sus hijos/as a sus vidas y a su familia.

Estrés y afrontamiento de las familias de hijos/as con TEA

El estrés alude a la “tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves” (Real Academia Española, 2001). El estrés, por tanto, es una reacción del cuerpo, neuroendocrina y emocional, ante estímulos que se perciben como amenazantes y que conducen a activar una respuesta (Selye, 1978; Florenzano y Zegers, 2003)

Las familias, en general, ante eventos imprevistos y estresantes ponen en marcha sus recursos para abordar la situación, son las denominadas estrategias de afrontamiento. Estas influyen en la valoración y percepción que se hace de la situación y en el estrés (Crespo y Cruzado, 1997; Taanila et al., 2002). El objetivo de activar es hallar un equilibrio entre las demandas de la situación y los recursos del sistema familiar (García et al., 2003). Lazarus y Folkman (1986, citado en Freixa, 1993) definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164). Se distinguen dos tipos de afrontamiento: el que se dirige al problema y el que lo hace hacia la emoción. Con el primero, la persona percibe que puede hacer algo para modificar esa dificultad o algún aspecto de ella. El segundo, tiene como objetivo regular la respuesta emocional frente al elemento estresante que es percibido como inmodificable. Más tarde, se añadió un tercer tipo, el afrontamiento de

evitación, que, como su nombre indica, supone evitar el problema realizando otras actividades o simplemente no pensando en él (Chico, 2002; citado en Robledo y García, 2007). Algunos estudios se han centrado en analizar las estrategias que utilizan las familias con niño/as con TEA para afrontar la situación. Entre algunos tipos de estrategias de afrontamiento que se han revisado en distintos estudios se pueden observar las que aparecen en la tabla 2 (Taanila et al., 2002; Burr y Klein, 1994; Gray, 2003; citados en García et al., 2003).

Tabla 2.

Principales tipos de estrategias de afrontamiento utilizadas por las familias con hijos/as con TEA (adaptado a partir de Taanila et al., 2002, p.74) (Tomado de García et al., 2003)

Tipo de estrategia	Ejemplo de estrategia
Cognitiva	Búsqueda y obtención de información . Cambios en relación a cómo se define y se ve la situación, aceptación y admisión de la situación, actitud realista y optimista, anticipación y planificación de respuestas a futuros problemas.
Emocional	Control de las emociones, expresión de sentimientos y afectos, desahogo de tensiones y emociones, resolver sentimientos negativos o dificultades en la expresión de las emociones, empatía emocional hacia los demás.
Relacional familiar	Incrementar la cohesión y la unión, incrementar la adaptación, fomentar la cooperación, fomentar el diálogo, fomentar la empatía, flexibilidad en la organización, incrementar la tolerancia entre ellos, incrementar el aumento de la verdad.
Social	Actitud abierta, apertura al diálogo y la cooperación, búsqueda de ayudas y apoyos de ámbitos oficiales o formales, búsqueda de ayudas y apoyos de ámbitos informales, pertenencia y vinculación a las organizaciones y asociaciones.
Personal	Desarrollar la autonomía, la independencia y la autosuficiencia, mantener actividades y hobbies, mantenimiento de la confianza y la seguridad en sí mismo.

De todas las estrategias, las más mencionadas por las familias fueron de tipo cognitivo (búsqueda de información y aceptación de la situación), una referida a la relación familiar (fomentar la colaboración) y todas las de apoyo social. Lo que indica que estas son las necesidades más urgentes que habría que atender a estas familias (García-Sánchez et al. 2003).

Por otra parte, que los profesionales conozcan las estrategias que utilizan las familias que se adaptan al impacto que supone la crianza de un/a hijo/a con TEA aportará una guía útil para intervenir con aquellos otros casos en los que no se produce este ajuste. Así, por ejemplo, como se puede observar en la Tabla 3, las familias que muestran un alto afrontamiento, en general, aunque para la pareja supuso un shock inicial la noticia, ambos aceptaron la situación, son personas que tienen suficiente apoyo formal e informal, tienen una actitud positiva hacia su hijo y su vida, han introducido cambios en su modo de vida, o ambos padres se distribuyen igualitariamente las tareas domésticas, entre otros aspectos. De este modo, conocer los factores protectores y los factores de riesgo facilitan el diseño de un plan de intervención para cada familia (García-Sánchez et al. 2003)

Tabla 3

Respuestas diferenciales de las familias con alto y bajo afrontamiento en diversas áreas (adaptado a partir de Taanila et al.,2002,p.81). Tomado de García-Sánchez et al. (2003, p.123)

Área	Familias con alto afrontamiento	Familias con bajo afrontamiento
Experiencias iniciales	Todos los padres habían tenido un choque inicial. Aceptación rápida de la situación por ambos padres. Ambos padres vivieron la situación de modo similar.	La mayoría habían tenido un choque inicial. Aceptación rápida por parte de la madre de la situación. El padre aún tiene dificultad para aceptarlo.
Características personales	Actitud optimista hacia el niño, el futuro y la vida. Suficiente apoyo.	Actitud temerosa. Desconcierto sobre el futuro de su hijo, su vida, etc.

Área	Familias con alto afrontamiento	Familias con bajo afrontamiento
Efectos en la vida familiar	Cambio en el valor de la familia. Mantenimiento de las actividades individuales. Comienzo de nuevas actividades individuales.	No hay cambios sobre el valor de la familia. Abandono de las actividades personales debido al niño.
Rutinas de la vida diaria.	Ambos padres participan en las tareas de la casa. Se marcan turnos.	La madre asume sola tareas de la casa y el cuidado del niño.
Apoyo social	Reciben un amplio apoyo social de modo formal. También reciben apoyo social informante.	Muy poco apoyo social. El poco apoyo social que reciben es oficial o formal.

Método

Objetivo

El objetivo de este trabajo ha sido llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura científica publicada en los últimos 10 años en España sobre el estrés y su afrontamiento en familias que tienen hijos/as con TEA.

Método y criterios de búsqueda

Para llevar a cabo esta revisión se ha utilizado la guía PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman y The Prisma Group, 2009), con el fin de organizar los estudios y artículos encontrados sobre el tema en análisis. Para lo cual se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión: a) ser investigaciones o revisiones realizadas entre el 2012 hasta la actualidad; b) localizarse el texto completo disponible; c) contener en el título o en el resumen información en relación al tema principal de esta revisión teórica; d) ser estudios empíricos realizados en España; y e) estar en español o inglés.

Para realizar esta búsqueda se han utilizado las siguientes bases de datos: Dialnet, Scielo y Academic Search Complete (EBSCO) utilizando las siguientes palabras clave: a) TEA, b) estrés, c) estrategias de afrontamiento d) familias, e) preescolar, f) España, g) Estudios empíricos. La búsqueda se llevó a cabo también en inglés: a) autism b) stress c) coping strategies, d) families, e) Spain, f) empirical studies. En la Tabla 1 se pueden

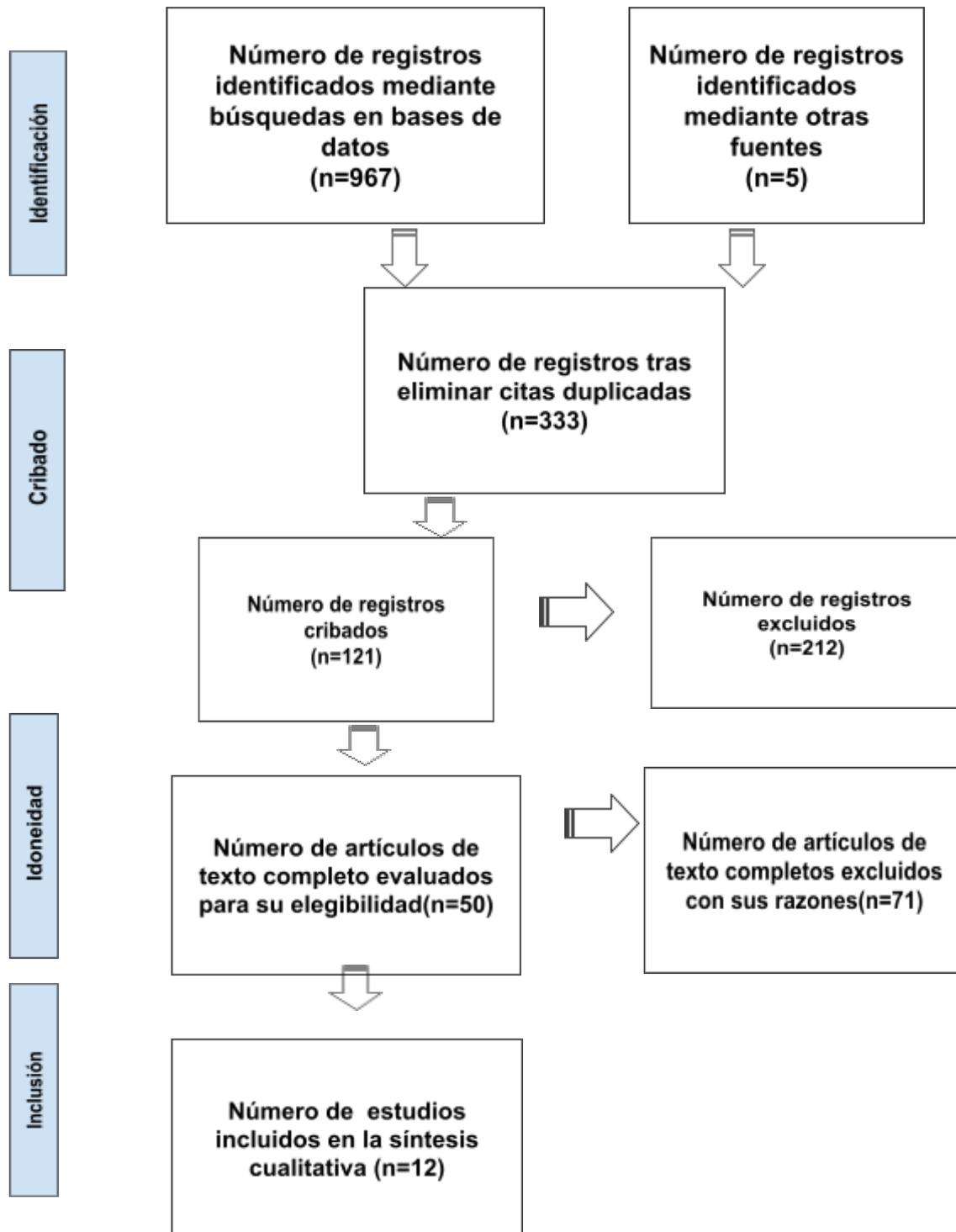
observar, a modo de resumen, las bases de datos consultadas y el número de artículos inicialmente hallados que ascendieron a un total de 967, pero que después se redujeron a 12 tras eliminar los que no tenían relación con el objetivo de este estudio o los duplicados, por ejemplo, en los casos en el mismo artículo estaba en inglés y en español. A modo de resumen, las bases de datos consultadas han sido Dialnet, Scielo, Academic Search, Complete (EBSCO). En Dialnet hemos buscado los siguientes descriptores unidos por booleanos: (Autismo) AND (estrés) AND (familias) hemos encontrado 33 resultados. En Scielo usando los siguientes descriptores: (autismo) AND (estrés) hemos encontrado 11 resultados. Y, en Academic Search, con los siguientes descriptores unidos por booleanos: (TEA) AND (estrés) AND (estrategias de afrontamiento) AND (familias) AND (preescolar) AND (España) AND (estudios empíricos) AND (adaptación) AND (calidad de vida) se han encontrado 53 resultados.

Finalmente, se ha buscado en la base de datos de Complete (EBSCO) con los siguientes descriptores: (autism) AND (stress) AND (coping strategies) AND (families) AND (Spain) AND (empirical studies) AND (adaptation) AND (quality of life) se han obtenido 370 resultados.

Los artículos que cumplían los requisitos fueron evaluados con mayor detalle. El procedimiento que se ha seguido se muestra en la siguiente figura 1.

Figura 1

Diagrama de flujo del método de búsqueda y selección de referencias.



Resultados

La exposición de los resultados se realiza en dos apartados. En el primer apartado se analizan las características generales de los estudios tales como autoría y lugar geográfico en el que se realizó el estudio; tipo de investigación, instrumentos, variables analizadas y características de las muestras utilizadas. En el segundo se analizan los principales resultados hallados por los diferentes autores/as, centrándonos en los tópicos analizados; por un lado, el estrés en estas familias y, por otro, los estilos y estrategias de afrontamiento que presentan estas familias a la hora de enfrentarse a la crianza de su hijo/a con TEA.

Características generales de los estudios revisados

Las características generales de las investigaciones incluidas en la presente revisión se encuentran expuestas en la Tabla 4. Todos los estudios utilizaron un diseño transversal, a excepción del estudio de Pozo y Sarriá (2013) que realizó un seguimiento de las madres con hijos/as con TEA 4,5 años después, aproximándose a un estudio longitudinal. Todas las investigaciones realizadas fueron de tipo cuantitativo, aunque dos optaron por combinar enfoques cuantitativo y cualitativo (Merino et al., 2012; Yáñez (2017)). Además, los datos sobre el estrés de las familias fueron recogidos por el Parenting Stress Index (PSI) de Abidin (1995) en cinco estudios, en uno utilizaron un Cuestionario de estrés y familias de personas con TEA y grupos de discusión; otro estudio utilizó la Escala de autoeficacia para el afrontamiento del estrés (AEEAE) de Godoy et al. (2008) y otro la Escala del afrontamiento del estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003), en los restantes se utilizó el Cuestionario de estilos y estrategias de afrontamiento al estrés (Fernández-Abascal, 1997), en uno de ellos conjuntamente con el PSI. En aquellos estudios en los que no fue su objetivo principal medir el estrés y su afrontamiento, utilizaron, además, otros cuestionarios que respondían a los objetivos de la investigación (por ej., resiliencia, apoyo social, sentido de coherencia, satisfacción con la vida). También destacar que los investigadores pasaron pruebas a los/as hijos/as para medir diversos aspectos que podrían estar relacionados con el estrés y los estilos de afrontarlo. Entre otros aspectos se consideró la inteligencia de niños/as con TEA y de los/as del grupo control, el grado de severidad del trastorno, si iba acompañado de otros síntomas como trastornos conductuales, trastornos del estado de ánimo, etc.

En relación a las características de las muestras, y debido al objetivo de la revisión, las edades de los menores estaban comprendidas entre los 5 y los 9 años, aunque también participaron preadolescentes, adolescentes y adultos en dos de ellas (Pozo y Sarriá, 2015; Mira et al., 2019). No obstante, algunos estudios no mencionan las edades de las personas con TEA porque las muestras provienen de asociaciones de familias con hijos/as con TEA. Lo que sí hay claramente es un predominio de niños varones en comparación con niñas con este trastorno. Respecto al tamaño de las muestras, se aprecia que estas son pequeñas porque así es la realidad del mundo de la discapacidad, son pocas las personas con discapacidad y es difícil investigar en gran número. Además, la mayoría son madres, aunque ya hay presencia de padres varones contestando a los cuestionarios. También son muestras muy heterogéneas: los estudios se refieren a TEA con/sin DI, sin mencionar el nivel de DI en la mayoría de los estudios (Merino et al., 2012); con comorbilidad (Tijeras et al., 2015); controlando en algunas ocasiones variables como tipo de familia, número de hijos, procedentes de centros públicos ordinarios, con grupos controles (Fernández et al., 2014; Tijeras, 2017). Respecto al ámbito geográfico de las muestras, los dos estudios con mayor número de participantes fueron de ámbito nacional concentrándose en su amplia mayoría en Valencia.

Aproximación a los resultados de las investigaciones revisadas

A continuación, se resumen los hallazgos principales agrupados en los que han sido objeto de revisión de este trabajo. En la tabla 5 (ver en anexo 1) se desglosan con más detalle.

Estrés en las familias con hijos/as con TEA

Según los estudios analizados, el principal resultado que podemos observar es que, en general, los padres de niños/as con TEA tienen mayor estrés en relación a los padres de niños/as de los grupos controles sin dificultades o de desarrollo típico (por ej., Fernández et al., 2014). E incluso, este estrés se puede cronificar, como así lo demuestra el estudio de Pozo y Sarriá (2013) en el que el estrés en los padres no había cambiado al realizar una segunda evaluación del mismo después de 4,5 años; o incluso aumentar a medida que aumenta la edad de los/as hijos/as ya que las demandas son otras (Pozo y Sarriá, 2015).

Aparte de medir el nivel de estrés en estas familias también se han analizado los factores que pueden modular este estrés. Por ejemplo, uno de los aspectos analizados ha sido el *grado de severidad del trastorno* (presentar discapacidad intelectual o no) influye en el estrés percibido por las familias. Así, para aquellas familias que crían a un/a niño/a con TEA y discapacidad intelectual, a pesar de informar de disfrutar con su hijo/a, estar satisfechos como padres o considerar que su hijo/a es una fuente de afecto, responden en mayor medida que su hijo/a es la mayor fuente de estrés en vida de los padres y madres puesto que esto implica, según informaron en el estudio de Merino et al. (2012), quitarles tiempo y energía, dedicar menos tiempo a sus otros/as hijos/as, además de haber dejado el trabajo, renunciado a aspiraciones profesionales para dedicarse a su hijo/a, reducción de su vida social o mayores gastos económicos. Aspectos que no se recogieron en familias con hijos/as con TEA sin discapacidad intelectual; pero sí se confirmaron en el estudio de Tijeras (2017) o en el de Fernández et al. (2014) en el que se verificó que existía relación entre la gravedad del trastorno y los tres índices globales del Parenting Stress Index (PSI). A esta severidad habría que añadir la *comorbilidad del trastorno* con otros problemas, como por ejemplo trastornos del comportamiento, de tal modo que presentan un mayor nivel de estrés padres y madres cuando estos problemas acompañan al TEA (Luengo, 2016)

Aunque en esta revisión el objetivo se centró en familias con hijos/as con TEA en edad escolar, en uno de los estudios que comparaba a padres y madres de menores de distintos grupos de edad (Pozo y Sarriá, 2015) se comprobó que los padres de niños/as con TEA en edad escolar mostraron niveles de depresión más altos que los padres con hijos/as adolescentes con este mismo trastorno, resaltándose especialmente los niveles de ansiedad y depresión en madres y padres, incluso comparados con madres y padres de niños/as con otras discapacidades. Este mayor nivel de ansiedad y depresión de madres y padres de niños/as con TEA se confirma también en el estudio de Luengo (2016), en el que, además, se comprobó que las madres muestran más ansiedad que los padres.

También, el *apoyo social* parece ser una de las variables importantes como moderadora del estrés de padres y madres. De forma que, cuando perciben mayor apoyo social hay menores niveles de estrés y ansiedad (Fernández et al., 2014; Luengo, 2016; Mira, 2020).

Estilos y estrategias de afrontamiento ante el estrés de las familias con hijos/as con TEA

Según los estudios analizados, se ha demostrado que la planificación, resolver el problema y el apoyo social son estrategias amortiguadoras del estrés. Concretamente en el estudio de Luengo (2016), se establece que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son las que tienen un carácter adaptativo como la reevaluación positiva y la focalización en la solución del problema. Siguiendo a varios de los estudios analizados se puede establecer que los padres y madres de niños/as con TEA muestran más la estrategia de afrontamiento de compromiso, esto implica una sensación de falta de control personal sobre las consecuencias del problema y la aceptación de estas y que las estrategias menos empleadas son la religión y la autofocalización negativa. Según el estudio de Yáñez (2017), las mujeres usan más la expresión emocional y el apoyo social como estrategia de afrontamiento adecuado frente a los varones. Y estos, dan un mayor uso a la autocrítica, la reestructuración cognitiva, retirada social y evitación de problemas. Otro aspecto a destacar, según el estudio de Pozo y Sarriá (2015) es que existe evidencia científica en la que se identifica una relación entre la coherencia social y el bienestar de los padres de los niños/as con TEA.

Tabla 4.

Características de los estudios revisados

Estudios Seleccionados	Objetivos	Diseño del Estudio / Instrumentos	Características de la muestra
Merino, M., Martínez, M., Cuesta, J., García, I. y Pérez, L. (2012) (Castilla y León)	Analizar el nivel de estrés y los estresores percibidos por los miembros de las familias de personas con TEA, fundamentalmente los progenitores, así como la influencia que este nivel de estrés tiene en la vida de la persona con TEA. Para ello, se establecieron dos grupos diferenciados de familias (familias con un miembro con TEA y discapacidad intelectual asociada y familias de personas con TEA de alto funcionamiento –en adelante AAF-), ya que, a juicio del equipo investigador, los resultados relacionados con el estrés familiar estarían condicionados por el grado de afectación de su familiar con TEA	a) Diseño: Cuantitativo-descriptivo y cualitativo. b) Instrumentos: -Cuestionario de Estrés y familias de personas con TEA, que recopila datos cuantitativos sobre el estrés percibido de familias de personas con TEA. -Guión: Grupos de discusión; situaciones vitales particularmente estresantes, afectación a la dinámica familiar, obtención de recursos, necesidades futuras de apoyo.	43 familiares de personas con TEA de Castilla y León (24 madres, 12 padres y 7 participantes que no informan de su parentesco con la persona con TEA). De todos ellos, 31 (18 madres, 7 padres y 6 personas que no informan de su parentesco), son familiares de personas con TEA y discapacidad intelectual asociada y 12 son familiares de personas con AAF (6 madres, 5 padres y 1 familiar que no informan de su parentesco con la persona con TEA). Muestra bastante heterogénea: núcleos familiares monoparentales, algunas familias en proceso de separación, viudedad, familias con un solo hijo, y familias con más de un hijo con TEA. No obstante, en su mayoría, las familias participantes estaban formadas por un núcleo tradicional.
Pozo, P., Sarriá, E. (2013) (España)	Analizar el estrés en las madres y en los padres de personas con TEA, con el fin de identificar las variables relevantes en la adaptación al estrés y las posibles diferencias de género.	a) Diseño: Cuantitativo b)Instrumentos: Breve cuestionario sociodemográfico. Incluye un ítem sobre el grado de severidad de los problemas de conducta de los niños/as percibidos por sus madres.- Lista de verificación de apoyo a padres discapacitados(CSPH:Bristol,1979):a)apoyo informal proporcionado por personas cercanas como familiares y amigos, b)apoyo formal o servicios ofrecidos por profesionales y c)apoyo informativo o recursos para obtener información sobre el trastorno-Cuestionario de Sentido de	a) Tamaño: 59 parejas: divididas en grupo de padres y grupo de madres. Muestra de diversos lugares de España.

Estudios Seleccionados	Objetivos	Diseño del Estudio / Instrumentos	Características de la muestra
Fernández,M.I., Pastor,G. y Botella,P. (2014) (Valencia)	Verificar si el grupo de padres de niños/as con TEA manifiesta mejor el estrés que el grupo de padres de niños/as control. -Estudiar la relación del estrés de los padres con la severidad de la sintomatología. -Relación del estrés de los padres y las variables del afrontamiento del estrés. -Relación del estrés de los padres con la percepción de los padres con la severidad del trastorno de sus hijos/as.	Coherencia(SOC:Antonovsky,1987):29 ítems:miden la comprensibilidad, la manejabilidad y la significación. - Formulario Corto del índice de Estrés Parental (Abidin,1995), se analizó en 3 dimensiones; el dominio del niño/a, el dominio de los padres y el dominio de la interacción entre padres. a) Diseño: cuantitativo. b) Instrumentos: -Escala de matrices progresivas Raven Color (CPM), (Raven 1996). Mide el factor “g” de la inteligencia general. - Parenting Stress Index (PSI), (Abidin, 1995). -Escala de Evaluación del Autismo de Gillian (GARS-2), (Gillian, 2006). Test estandarizado diseñado para detectar, evaluar y diagnosticar el trastorno autista. Cuestionario de estilos y estrategias de afrontamiento al estrés (Fernández-Abascal, 1997). 72 ítems que evalúan 18 estrategias diferentes; Reevaluación positiva, reacción depresiva, negación, planificación, conformismo, desconexión cognitiva, desarrollo personal, control emocional, distanciamiento, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, evitar el afrontamiento, resolver el problema, apoyo social al problema, desconexión comportamental, expresión emocional, apoyo social emocional y respuesta paliativa. -Cuestionario de Salud. Instrumento compuesto por las preguntas del DSM-IV-TR sobre inatención, hiperactividad e impulsividad; también preguntan por la percepción de la severidad del trastorno.	a) Tamaño: padres de 81 niños/as, de 5 a 9 años. Grupo TEA padres de 39 niños/as de 5 a 8 años de edad. Grupo Control de padres de 42 niños de 5 a 8 años. Servicios de neuropediatría de hospitales de Valencia. El grupo TEA estaba escolarizado en aulas TEACCH integradas en Centros públicos ordinarios. Sin TEA, de los mismos colegios a los que acudía el grupo TEA.
Fernández Andrés, M. I., Pastor Cerezuela, G., & Botella Pérez, P. (2014) (Valencia)	Verificar si el grupo de padres de niños con TEA manifiesta mayor estrés que el grupo de padres de niños Control. El segundo objetivo se plantea, por un lado, estudiar la relación del estrés de los padres (domino del niño) con la severidad de la sintomatología (TEA y TDAH) y, por otro lado,	a) Diseño: cuantitativo. b) Instrumentos: -Escala de matrices progresivas Raven Color (CPM), (Raven 1996).-Parenting Stress Index (PSI), (Abidin, 1995).- Escala de Evaluación del Autismo de Gillian (GARS-2), (Gillian, 2006).-Cuestionario de estilos y estrategias de afrontamiento al estrés (Fernández-Abascal, 1997).-Cuestionario de Salud, evalúa sobre inatención, hiperactividad e impulsividad, percepción de la severidad del trastorno.	a) Tamaño: Padres de 81 niños de 5 a 9 años de edad, distribuidos en dos grupos: Grupo con TEA: formado por los padres de 39 niños, de 5 a 8 años de edad, con diagnóstico clínico de TEA, de los que 35 eran chicos y 4 chicas y cuya edad media era 6,5 años y su CI manipulativo 100,66. Grupo Control formado por los padres de 42 niños de 5 a 8 años de edad, de los que 33 eran chicos y 9 chicas, cuya edad media era 6,8 años y su CI manipulativo

Estudios Seleccionados	Objetivos	Diseño del Estudio / Instrumentos	Características de la muestra
	la relación del estrés de los padres (domino del niño) con la percepción de los padres de la severidad del trastorno de sus hijos. El tercer y último objetivo relaciona el estrés de los padres (domino del niño) y las variables de estrategias de afrontamiento al estrés.		100,36.No se encontraron diferencias significativas ni en la edad cronológica, ni en el CI manipulativo, ni en el sexo.
Miranda,A., Tárraga,R., Fernández,M.I. , Colomer,C., Pastor,G. (2015) (Valencia)	Comparar el estrés parental experimentado por padres de 121 niños/as de 5 a 9 años con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), TEA comórbido con TDAH; y con desarrollo típico en diferentes dominios relacionados con las características del niño/a y de los padres mediante el índice del Estrés Parental.	a) Diseño: cuantitativo b) Instrumentos: - Matrices progresivas Coloreadas Raven (1996)- Parenting Stress Index (PSI). Subescalas de dominio infantil: Distractibilidad/Hiperactividad; adaptabilidad; refuerza a los padres; demandas; estado de ánimo; aceptabilidad. Subescalas de dominio de los padres:Depresión; sentido de competencia; restricción de rol; aislamiento; apego; salud; cónyuge.	a) 121 padres con niños/as de 5 a 9 años con un CI entre 75 y 135 según el test Raven. 3 grupos; Grupo Control GC, Grupo Espectro del Autismo (TEA)Grupo Trastorno de Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDAH)Grupo TEA+TDAH. Esta muestra fue tomada por el Proyecto Internacional Multicéntrico de Genética del TDAH (International Multicenter ADHD Genetics Project)
Tijeras,A. et al. (2015) (Valencia)	Conocer qué estrategias y estilos de afrontamiento son movilizados con más frecuencia en padres de niños/as con TEA con o sin Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) con el fin de señalar qué estrategias son las más utilizadas por estos padres y cómo podemos	a) Diseño: cuantitativo b) Instrumentos: Escalas de matrices progresivas Raven Color (CPM), (Raven 1996). -Cuestionario de estilos y estrategias de afrontamiento al estrés (Fernández-Abascal, 1997).	a) 83 familias de niños/as entre 5 y 8 años distribuidos en grupos. Grupo 1: grupo TEA.Grupo 2: grupo TEA + TDAH.Grupo 3: grupo de Desarrollo Típico.

Estudios Seleccionados	Objetivos	Diseño del Estudio / Instrumentos	Características de la muestra
	orientar el uso de aquellas más adaptativas y protectoras.		
Pozo, P. y Sarriá, E. (2015) (Madrid)	Examinar el bienestar de los padres (evaluado en función del estrés, la ansiedad, la depresión y el bienestar psicológico) en tres grupos de padres de adultos, adolescentes y niños pequeños con trastorno del espectro autista.	<p>a) Diseño: cuantitativo</p> <p>b) Instrumentos: -Cuestionario CARS (Schopler et al., 1988; adaptación española de García Villamizar y Polaino-Lorente, 1992) mide información demográfica de personas con TEA; Trastorno autista, síndrome de Asperger, PDD-NOS, Otro (síndrome de Rett, trastorno desintegrativo), centro educativo; convencional, escuela de educación especial, escuela específica para autismo, centro de día.</p> <p>-Cuestionario BPI (Rojahn et al., 2001) evalúa problemas de conducta.</p> <p>-CSPH (Bristol, 1979). -Cuestionario SOC (Antonovsky, 1987). PSI-SF (Abidin, 1995) evalúa los niveles de estrés. -Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS; Zigmond y Snaith, 1983; adaptada al español por Tejero et al., 1986) evalúan ansiedad y depresión. -Escala Breve de Bienestar Psicológico-Versión en español (Díaz et al., 2006) evalúa 6 dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.</p>	<p>a) 102 padres españoles (51 padres, 51 madres; edad media=46,6 años) de 102 personas con TEA. Se dividieron en tres grupos: 46 padres de niños en edad escolar primaria (edad media = 39,9 años); (escolares: 4-11 años; M=8,0 años) 30 padres de adolescentes (M=46,3 años) (adolescentes: 12-20 años; M=15,8 años). 26 padres de adultos (M=59,0 años) ; (adultos: 21-37 años; M=27,2 años). Los grupos de padres eran idénticos en cuanto al sexo (50% padres, 50% madres) y eran similares en el nivel educativo y los ingresos familiares. Aunque diferencias significativas en la edad de los padres, el estado civil) y la situación laboral ya que había mayores porcentajes de viudos y jubilados entre los padres de adultos. También se encontraron diferencias significativas en el número de miembros de la familia porque había familias con sólo dos miembros entre los padres de adultos. Las personas con TEA cuyos padres participaron en el estudio tenía una edad comprendida entre 4 y 37 años (M=15,3 años). Todos vivían en casa con sus padres. La mayoría (77%) eran hombres, y esta proporción era comparable en los tres grupos.</p>

Estudios Seleccionados	Objetivos	Diseño del Estudio / Instrumentos	Características de la muestra
Luengo, R. (2016) (Madrid)	Analizar cómo se enfrentan los padres y madres de niños/as con TEA al factor estresante de la crianza de sus hijos/as, cómo les afecta a nivel psicológico y qué recursos psicológicos son los mediadores de este proceso.	<p>a) Diseño: cuantitativo</p> <p>b) Instrumentos: <u>Cuestionario sociofamiliar</u>: Variables de padres y madres (sexo, estado civil, personas que conviven junto padre/madre, nivel de estudios, situación laboral, religión, apoyo social percibido, edad padre/madre), variables de hijos afectados de TEA (edad, años transcurridos desde el diagnóstico, diagnóstico recibido...) <u>Escala de Alexitimia (TAS-20)</u>: Déficit de identificación de sentimientos; déficit de describir sentimientos; pensamientos concretos. <u>Escala de Ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)</u>: <u>Adaptación española de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff</u>: autoaceptación; relaciones positivas; autonomía; dominio del entorno; propósito en la vida; crecimiento personal; bienestar total. <u>Versión española de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)</u> <u>Escala de Afrontamiento del Estrés (CAE)</u>: 1. Búsqueda de apoyo social (BAS) 2. Expresión emocional abierta (EEA) 3. Religión (RLG) 4. Focalizado en la solución del problema (FSP) 5. Evitación (EVT) 6. Autofocalización negativa (AFN) 7. Reevaluación positiva (REP) <u>Cuestionario de personalidad resistente</u>: Compromiso; control y reto. <u>Versión adaptada española de Regulación Emocional Cognitiva (CERO)</u>: Rumiación; catastrofización; autoculparse; culpar a otros; poner en perspectiva; aceptación; focalización positiva; reinterpretación positiva; refocalización en los planes.</p>	<p>a) 80 padres (57 madres y 23 padres) de niños/as menores de 12 años con TEA. 81,2% parejas estables. Media 40,9 años. Mediana 40 años. Nivel de estudios universitarios (43,8%); estudios medios (38,8%) y estudios básicos (16,3%). Características de los niños: alteraciones que van de nada a muy grave: problema de sueño, de alimentación, del comportamiento, intelectuales (27,5% normal; 10% encima de la media; 23,8% retraso intelectual leve; 20,0% retraso intelectual moderado; 18,8% retraso intelectual grave)...</p>

Estudios Seleccionados	Objetivos	Diseño del Estudio / Instrumentos	Características de la muestra
Tijeras, A. (2017) (Valencia)	<p>1. Comparar y valorar las diferencias existentes en cuanto al estrés parental percibido entre un grupo de padres de niños/as con TEA con respecto a un grupo de padres de niños/as con un desarrollo típico.</p> <p>2. Analizar las estrategias de afrontamiento en una muestra de padres de niños con TEA y compararlo con una muestra de padres de niños con desarrollo típico para poder identificar posibles estilos y estrategias de afrontamiento que difieran entre unos padres y otros.</p> <p>3. Analizar el impacto que pueda producirse en las familias por la crianza de un niño con TEA en comparación con el impacto en las familias de niños con desarrollo típico.</p> <p>4. Analizar la resiliencia existente en una muestra de padres de niños con TEA y compararlo con una muestra de padres de niños con desarrollo típico y compararlo con una muestra de padres de niños con desarrollo típico.</p> <p>5. Analizar el apoyo social</p>	<p>a) Diseño: cuantitativo</p> <p>b) Instrumentos: Encuesta sociodemográfica de las familias participantes; Escala de Evaluación del Autismo de Gilliam (GARS-2); Escalas de matrices progresivas Raven Color (CPM); Test de Vocabulario en Imágenes Peabody (PPVT-III); Escala del Desarrollo Battelle; Parenting Stress Index (PSI). -Cuestionario de Impacto familiar (Donenberg y Baker, 1993): Sentimientos y actitudes de los padres hacia su hijo; Impacto del hijo sobre la vida social de la familia; Impacto económico que genera en la familia la presencia del hijo; Impacto positivo del hijo en la relación conyugal; Impacto que se produce en los iguales y en los hermanos. Cuestionarios de estilos y estrategias de afrontamiento al estrés (Fernández-Abascal, 1997). Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993; adaptación de Heilemann, Lee y Kury, 2003): Competencia personal Aceptación de sí mismo y de la vida... -Cuestionario de Apoyo Social DUKE-UNC (Broadhead, Gehlbach, De Gruy y Kaplan, 1988; adaptación de Revilla et al., 1991): apoyo social confidencial; apoyo social afectivo. Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (Olson, Russell y Sprenkle, 1983; adaptación de Polaino y Martínez, 1996) (FACES III).</p>	<p>a) 74 padres y madres de niños/as entre 5 y 8 años, distribuidos en dos grupos: TEA y Desarrollo Típico (DT): Grupo padres/madres con hijos con TEA: 32. Grupo de padres/madres con hijos con Desarrollo Típico: 42. Edad media grupo TEA 6.22 años. 29 niños (90.6%) y 3 niñas (9.4%). Edad media grupo DT 6.37 años. 34 niños (81%) y 8 niñas (19%).</p>

Estudios Seleccionados	Objetivos	Diseño del Estudio / Instrumentos	Características de la muestra
Yáñez, V. (2017) (Córdoba)	<p>percibido por los padres de niños con TEA, en comparación con los padres de niños con desarrollo típico.</p> <p>6. Analizar la cohesión y la adaptación familiar en los padres de niños con TEA en comparación con padres de niños con desarrollo típico.</p> <p>Identificar los desafíos y las necesidades a los que se enfrentan a diario los padres y madres de niños/as con TEA, considerando esta realidad como el punto de partida desde el cual conocer el cómo llevan a cabo el afrontamiento.</p>	<p>a) Diseño: Cuantitativo-cualitativo.</p> <p>b) Instrumentos: Cuestionario sociodemográfico.</p> <p>-Escala de satisfacción con la vida (SWLS; Diener et al., 1985; Diener, Inglehart, & Tay, 2012; versión española validada de Vázquez, Duque, & Hervás, 2013). -Inventario de estrategias de afrontamiento (Coping Strategy Inventory, CSI; Tobin et al., 1989; adaptación por Cano García et al, 2007). 40 ítems -Escala secundarias (agrupan las primarias): manejo adecuado centrado en el problema (subescalas: Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva); manejo adecuado centrado en la emoción (subescalas: Apoyo social y Expresión emocional); manejo inadecuado centrado en el problema (subescalas: Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo); manejo inadecuado centrado en la emoción (subescalas: Retirada social y Autocrítica). Escalas terciarias (agrupan las secundarias): manejo adecuado (subescalas: Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional); manejo inadecuado (subescalas: Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica). -Autoeficacia para el afrontamiento del estrés (EAEAE, Godoy Izquierdo et al 2008). Utilizado para conocer las expectativas de autoeficacia de los progenitores en la crianza del menor.</p>	<p>a) 139 padres y madres de niños/as diagnosticados de TEA.</p> <p>49,5% son varones y el 50,4% son mujeres.</p> <p>-Grupo focal 1: grupo mixto de 6 hombres y 7 'mujeres.</p> <p>-Grupo focal 2: grupo de 10 padres</p> <p>-Grupo focal 3: grupo de 10 madres.</p>

Estudios Seleccionados	Objetivos	Diseño del Estudio / Instrumentos	Características de la muestra
Mira, Á., Berenguer, C., Baixauli, I., Roselló, B., & Miranda, A. (2019) (Valencia)	Analizar las diferencias conductuales, emocionales y sociales de niños con TEA en relación con distintas tipologías de familias caracterizadas en función de los factores de riesgo como de riesgo alto, moderado y bajo.	<p>a) Diseño: cuantitativo</p> <p>b) Instrumentos: En los análisis estadísticos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS v 23.0 SPSS).-El análisis se focalizó en la comparación de las puntuaciones en las subescalas del Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ) asociadas a los tres diferentes perfiles de riesgo familiar. Se utilizó un análisis de varianza con un factor (ANOVA).-El método Turkey para analizar las diferencias en conductas emocionales y sociales de los niños/as con TEA en los diferentes tipos de familias. Para el diagnóstico: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (4^o edición), y el Autism Diagnostic Observation Schedule-WPS15. -Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) para obtener información de las manifestaciones sociales, conductuales y emocionales de niños/as.</p>	a) 52 familias con hijos diagnosticados con TEA, sin discapacidad intelectual. Mayoría de niños eran varones (92.3%) con edades comprendidas entre 7 y 11 años ($X = 8.59$). Todos los niños tenían un coeficiente intelectual (CI) igual o superior a 80 (101.42 ± 12.65). Edad media de las madres: 40.2. 55.8% grado universitario, 11.5% terminaron la educación secundaria superior y 32.7% estudios de educación primaria. La mayoría estaban casadas (78.8%), el 19.3% estaban separadas/ divorciadas o solteras (1.9%)
Mira, A. (2020) (Valencia)	<p>Objetivo 1: Comparar los niveles de estrés parental, apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento entre un grupo de madres de niños con TEA sin DI y madres de niños con DT.</p> <p>Describir las posibles necesidades específicas de apoyo social que presente el grupo de madres de niños con TEA. Además, explorar la relación y el poder predictivo que tienen los síntomas del trastorno, apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento sobre el estrés parental.</p>	<p>a) Diseño: Cuantitativo</p> <p>b) Instrumentos: Subescalas del PSI-SF. -Escala de medida del estrés parental (PSI-SF): Los síntomas socio-comunicativos del TEA, los síntomas repetitivos y estereotipados</p>	<p>a) Muestra del objetivo 1: 89 madres y sus hijos/as. <u>Niños/as TEA:</u> edad media 8.59; 92.30% varones y 7.70% mujeres; Capacidad Intelectual 101.42. <u>Madres grupo TEA:</u> edad media 40.17; 78.84% casadas; 19.30% separadas o divorciadas 1.90% solteras; 55.76% estudios universitarios.; 15.38% formación profesional; 28.85% estudios secundarios. <u>Niños/as D.T.:</u> edad media 8.54; 62.16% niños; 37.83% niñas; Capacidad Intelectual 102.11 <u>Madres grupo D.T.:</u> 41.89 edad media; 97.29% casadas; 2.70% solteras; 72.97% estudios universitarios; 18.91% tienen formación profesional; 5.40% tienen estudios secundarios; 2.37% tienen el graduado escolar.</p> <p>Muestra del objetivo 2: 52 familias de niños/as con TEA sin DI. 48 con hijos de 7 a 11 años, Edad media de las madres 40.17. 55.76% tienen estudios universitarios. 11.53% tienen estudios secundarios 32.68% tienen estudios primarios. De estas, 63.46% están empleadas. 17.34% desempleadas.</p>

Estudios Seleccionados	Objetivos	Diseño del Estudio / Instrumentos	Características de la muestra
	<p>Objetivo 2: Determinar perfiles de riesgo familiar basados en características sociodemográficas y emocionales, niveles de estrés parental, estrategias de afrontamiento utilizadas y apoyo social percibido en madres de niños con TEA sin DI</p>		<p>19.24% amas de casa, 78.84% estaban casadas. 19.3% separadas 1.9% solteras. De estas, 23 de ellas tenían problemas mentales (depresión y ansiedad). El Grupo 1 (n = 20; 38.46%) etiquetado de “riesgo alto” por reflejar puntuaciones altas en el índice de riesgo familiar y estrés parental, pero puntuaciones bajas en estrategias de afrontamiento eficaz y apoyo social confidencial. -El Grupo 2 (n = 21; 40.38%) etiquetado de “riesgo moderado” con puntuaciones promedio en todas las variables. -El Grupo 3 (n = 11; 21,15%) etiquetado como “riesgo bajo” con puntuaciones medias bajas en el índice de riesgo familiar y estrés parental, pero puntuaciones altas en estrategias de afrontamiento y apoyo social confidencial.</p>

Discusión y conclusiones

El objetivo principal de este trabajo de Fin de Máster ha consistido en una revisión sistemática teniendo como eje central el estrés y las estrategias de afrontamiento de familias de niños/as con Tea. El primer vínculo que tiene un niño/a es con su familia y la manera que tienen sus referentes de sobrellevar esta situación, va a ser determinante para el desarrollo de los menores.

En relación al estrés percibido por padres y madres, todos los estudios confirman que sigue siendo muy alto en comparación con otras familias con hijos/as de desarrollo típico. Este resultado no ha variado con respecto a otros estudios llevados a cabo con anterioridad que, además, incluían familias con hijos/as con otras discapacidades (por ej., Baker et al., 2003; Baker et al., 2005). Lo que indicaría que las características del trastorno (problemas de tipo comunicativo y social, intereses restringidos y conducta repetitiva más todas las dificultades específicas que le acompañan) suponen un gran reto en la crianza de estos menores. Además, se ha comprobado que existen moduladores del estrés. Entre los que se halla la severidad de las manifestaciones del trastorno y/o la inteligencia del hijo o la hija. Así, existe una relación entre la gravedad del trastorno y los tres índices globales del Parenting Stress Index (PSI). La gravedad percibida por parte de los padres afecta de manera negativa al estrés parental en el dominio del niño/a y está a su vez influenciada por la severidad del TEA (Fernández et al., 2014). Como en otros estudios, a mayores dificultades que presenten los niños y niñas, como dificultades comportamentales, discapacidad intelectual, o trastornos comunicativos, mayor es el nivel de estrés de padres y madres (Freixa, 1993; Pozo et al., 2006; Pozo, 2010). También, se ha comprobado que la etapa del ciclo familiar o edad de los hijos influye. De todas las etapas, la etapa escolar es la más estresante; los padres de niños/as en edad escolar informaron niveles de ansiedad significativamente más altos que los padres con hijos adultos, además los de primaria manifestaban niveles de depresión también más altos que los padres de hijos adolescentes (Pozo y Sarriá, 2015). Este hecho se podría explicar porque en esta etapa niños y niñas van a someterse a las rutinas escolares, con nuevas exigencias de autonomía, haciéndose más evidentes sus necesidades, lo que va a requerir un mayor esfuerzo de atención por parte de padres y madres. No obstante, hay autores que encuentran que a medida que se hacen

mayores los hijos e hijas, y especialmente en la etapa de la adolescencia, la familia se ve más afectada porque no siguen el ciclo normal de adquisición de independencia, sino que siguen bajo la tutela de sus padres (Mailick et al., 2001; White et al., 2013). Por otra parte, también se ha verificado que a medida que aumenta la edad de los hijos disminuye el sentido de competencia para manejar el día a día y las relaciones positivas, observándose igualmente una disminución en el afecto positivo de los padres (Luengo, 2016). El aumento de la edad plantea nuevas demandas y preocupaciones, esto puede comprometer el bienestar de las familias. Lo que lleva a la conclusión de que estas familias necesitan del apoyo social formal e informal en todas las etapas del ciclo familiar, lo que confirman varios de los estudios revisados, en los que se comprobó que cuando las familias perciben mayor apoyo sienten menos estrés y ansiedad (Fernández et al., 2014; Luengo, 2016; Mira, 2020).

En referencia a las estrategias de afrontamiento que se han observado en estas familias, se ha observado que utilizan, principalmente, las que tienen un carácter adaptativo tales como la reevaluación positiva y la focalización en la solución del problema, estrategias ambas de tipo cognitivo. También se halló que ambos padres sienten que no controlan las consecuencias del trastorno de su hijo/a y lo aceptan. Como han señalado los nuevos modelos de atención a estas familias, bajo una visión más sistémica (Paniagua, 1999), muchas familias se adaptan y enfocan positivamente tener un/a hijo/a con TEA, como así lo manifestaron en el estudio de Merino et al. (2012). Asimismo, se establece que existen diferencias en la manera de afrontar el estrés según el género, pues las mujeres usan en mayor medida la expresión emocional y el apoyo social como estrategias de manejo adecuado de afrontamiento frente a los varones. En ellos se observa mayor dificultad para hablar de sus propios sentimientos. Los padres varones muestran mayores expectativas de autoeficacia en el afrontamiento de estrés en comparación con las madres. También, en los padres varones se observa un mayor uso de la autocrítica, la reestructuración cognitiva (reenfocando y normalizando la situación), retirada social y la evitación de problemas. Asimismo, los hombres suelen tener un nivel de satisfacción más alto, lo que podría deberse a la mayor distancia que establecen con respecto a la crianza (Yáñez, 2017). Por otra parte, las madres se ven más afectadas por los problemas emocionales de sus hijos/as en comparación con los padres (Mira et al., 2019). Una explicación a estas diferencias se puede apoyar con la idea de que al estar más divididos los roles en la familia sea la madre quien cargue con el peso de la crianza, mientras que cuando

hay una distribución más igualitaria es menor el impacto (Willoughby y Glidden, 1995). Así, se observa que las madres tienen más depresiones o problemas de ajuste personal, mientras que los padres utilizan estrategias de evitación ante el problema (Frey, Greenberg y Fewell, 1989; Pozo et al., 2006). Los padres varones tienen dificultades para expresar sentimientos a los demás, confunden la respuesta fisiológica que acompaña a la emoción o su pensamiento se dirige a lo concreto, sin alusión a las emociones (Luengo, 2016). Estas diferencias en los estilos de afrontamiento entre padres y madres deben ser tenidas en cuenta a la hora de la intervención, de tal forma que lo que supone una ayuda para uno no necesariamente lo va a ser para la otra persona.

Uno de los artículos hace énfasis en el papel significativo que juega el sentido de coherencia (SOC) en la adaptación de los padres a lo largo de la vida de sus hijos/as. La coherencia funciona como un estilo de afrontamiento y promueve una adaptación saludable. Esta coherencia tiene que ver con el grado de comprensión que se tenga del trastorno y de cómo manejarse en la crianza con su hijo/a. La evidencia indica una relación entre el sentido de coherencia y el bienestar de los padres de los/as niños/as con TEA (Pozo y Sarriá, 2015). Todo lo que indica que las familias necesitan estar informadas sobre las características del trastorno y aprender estrategias también instrumentales que les permitan sentirse más seguros como padres. En suma, esta revisión ha permitido confirmar la necesidad de que las familias cuenten con acompañamiento y apoyo durante todo el ciclo familiar, atendiendo a aquellos aspectos o estrategias que han demostrado ser elementos protectores y fortalecedores frente al estrés. Los profesionales de la intervención familiar deben formarse en este campo específico, conociendo las características de las personas con TEA y su alta diversidad. La población con discapacidad es poco numerosa y las muestras utilizadas reflejan esta realidad, son pequeñas y altamente heterogéneas lo cual complica hacer generalizaciones de los resultados. A pesar de ello, todos los estudios confirman el importante papel de las familias en la crianza de su hijo con TEA, así como lo relevante de conocer las estrategias que mejor funcionan para su adaptación, de este modo los profesionales apoyarán mejor a las familias en este proceso y diseñarán planes de intervención más ajustados a las circunstancias particulares de cada una.

Limitaciones

Esta revisión sistemática tiene varias limitaciones. Primero los textos no estaban disponibles en las bases de datos consultadas para algunos de los estudios recuperados, y algunos libros encontrados que estaban en las listas de referencia no estaban disponibles. En segundo lugar, aunque se intentó realizar una búsqueda exhaustiva, es posible que no se haya utilizado un término de búsqueda relevante y, por lo tanto, no se recuperen los estudios pertinentes. Además, a pesar de las minuciosas exploraciones de los autores de los resultados obtenidos, es posible que se hayan pasado por alto algunos aspectos importantes. Para futuras investigaciones sería recomendable que las muestras estén mejor definidas (por ej., en grado de severidad del trastorno, nivel de inteligencia, variables demográficas de las familias como su nivel educativo, igual número de niños que de niñas...) a la vez que se amplíen el número de personas con las que se va a trabajar.

Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Andrés, M. I. F., Cerezuela, G. P., & Pérez, P. B. (2014). Estrés y afrontamiento en familias de hijos con trastorno de espectro autista y afrontamiento en familias de hijos con trastorno de espectro autista. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 425-434
- Bayley, D. B., Blasco, P. M. J. R., y Simeonsson, R. J. (1992). Needs expressed by mothers and fathers of Young children with disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 97(1), 1-10.
- Burr, W.R. y Klein, S. R. (1994). *Reexamining Family Stress*. New Theory and Research. London: Sage Publications.
- Fernández, M. I., Pastor, G., & Botella, P. (2014). Estrés y afrontamiento en familias de hijos con trastorno de espectro autista. *International*

journal of developmental and educational psychology, 4(1), 425-434.

Frey, K. S., Greenberg, M. T., y Fewell, R.R. (1989). Stress and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach.

American Journal on Mental Retardation, 94(3), 240-249.

Gadea, Á. M. (2020). *La familia y el desarrollo conductual, socioemocional y comunicativo de niños con trastorno del espectro autista sin discapacidad intelectual* (Doctoral dissertation, Universitat de València).

García, J.-N., Fidalgo, R. y Fernández, M. (2003). Intervención psicopedagógica en el espectro autista: ilustración en el ámbito familiar y redes de apoyo social. En F. Alcántud (coord.), *Intervención psicoeducativa en niños con trastornos generalizados del desarrollo* (pp.119-143). Madrid: Pirámide.

Gill, M. J. y Harris, S. L. (1991). Hardiness and social support as predictors of psychological discomfort in mother of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21(4), 407-416.

González, R. L. (2016). *Emoción, coping y personalidad resistente en padres de niños con trastorno del espectro autista. Relación con la sintomatología emocional y bienestar* (Doctoral dissertation, Universidad Rey Juan Carlos).

Gray, D. E. (2003). Gender and coping: the parents of children with high functioning autism. *Social Science and Medicine*, 56(3), 631—642.

Howlin, P., Arciuli, J., Begeer, S., Brock, J. Clarke, K. y cols. (2015). Research on adults with autism spectrum disorder: Roundtable report. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 40(4), 388-393.

- Iborra, A. T., Fernández-Andrés, M. I., Pastor-Cerezuela, G., Sanz-Cervera, P., Calvo, X. V., Blázquez-Garcés, J. V., & Mínguez, R. T. (2015). Estrategias y estilos de afrontamiento parental en familias con niños con Trastorno de Espectro Autista (TEA) con o sin Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 311-321.
- Jiménez Pina, E. (2016). *Resiliencia en padres y madres de niños con trastornos del espectro autista*. Tesis. Universidad de Valencia.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Lord C, Risi S, DiLavore PS, Shulman C, Thurm A, Pickles A. Autism from 2 to 9 years of age. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Jun;63(6):694-701.
- Mailick, M., Wyngaarden, M., y Orsmond, G. (2001). Families of adolescents and adults with autism. Uncharted territory. *International Review of Research in Mental Retardation*, 23, 267-267-294.
- Martínez, M^a A. y Cuesta, J. L. (2016). Mejorando la convivencia en las familias de personas con Trastorno del Espectro del Autismo. En M^a A. Martínez y J. L. Cuesta y cols., *Todo sobre el autismo* (pp.133-168). Tarragona: Publicaciones Altaria.
- Maseda Moreno, P. (2016). *Estudio del funcionamiento de familias que tienen hijos/as con trastorno del espectro del autismo desde una perspectiva parental*. Tesis doctoral inédita leída en la Universidad Autónoma de Madrid,
- Merino, M., Martínez, M., Cuesta, J., García, I., Pérez, L. (2012). *Estrés y*

familias de personas con autismo. Burgos: Federación Autismo Castilla y León.

- Mira, Á., Berenguer, C., Baixauli, I., Roselló, B., & Miranda, A. (2019). Contexto familiar de niños con autismo: implicaciones en el desarrollo social y emocional. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 79(1), 22-26.
- Palomo, R. (2017). Los alumnos con trastorno del espectro del autismo. En Marchesi, C. Coll, y J. Palacios (comps.). *Desarrollo psicológico y educación. Vol.3 Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales* (pp. 469-493). Madrid:Alianza Editorial.
- Paniagua, G. (1999). Las familias de niños con necesidades educativas especiales. En A.Marchesi, C. Coll y J. Palacios (comps.), *Desarrollo psicológico y educación. Vol. 3 Respuestas educativas a las dificultades de aprendizaje y del desarrollo* (pp.445-485).Madrid: Alianza Editorial.
- Paniagua, G. (2017).Las familias con niños con necesidades educativas especiales. En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios (comps.), *Desarrollo psicológico y educación. 3ª ed., vol. 3. Respuestas educativas a las dificultades de aprendizaje y del desarrollo* (pp.135-165).Madrid, Alianza Editorial.
- Pérez, L. A. y Williams, G. (2005). Programa integral par la enseñanza de habilidades a niños con autismo. *Psicothema*, 17(2), 233-244.
- Pozo, P., Sarriá, E. y Méndez, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema*, 18(3), 342-347.
- Pozo, P. (2010). *Adaptación psicológica y familiar en madres y padres de personas con Trastornos del Espectro Austista. Tesis Doctoral no*

publicada. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid.

- Pozo, P., Brioso, A. y Sarria, E. (2011). Modelo multidimensional de adaptación psicológica de padres de personas con trastornos del espectro autista. En M. Frontera y J. L. (coords.), *Investigación e innovación en Autismo*. Premios Ángel Rivière, 2010 (pp. 11-63). Zaragoza: AETAPI.
- Pozo, P., y Sarriá, E. (2013). Un modelo global de estrés en padres de personas con trastornos del espectro autista. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 30(1), 180–191.
<https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.140722>
- Rico-Moreno, J., & Tárraga-Mínguez, R. (2016). Comorbilidad de TEA y TDAH: revisión sistemática de los avances en investigación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(3), 810-819.
- Sarriá, E., Brioso, Á., & Pozo, P. (2020). The families of people with autism: they also mattered to him (Las familias de las personas con autismo: ellas también le importaban). *Journal for the study of education and development*, 43(4), 857-871.
- Saura Miranda, L. (2016). La efectividad de un programa de intervención psicológica en la mejora del afrontamiento parental al estrés y su repercusión en la adaptación general de niños con TDAH. *Proyecto de investigación*.
- Simón, M. I., Correa, N., Rodrigo, M. J. y Rodríguez, M. A. (1998). Desarrollo y educación familiar en niños con cursos evolutivos diferentes. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp.445-464). Madrid: Alianza Editorial.

- Strain, P. S., y Danko, C. D. (1995). Caregiver`s encouragement of positive interaction between preschoolers with autism and their siblings. *Journal Emotion. Behavior Disorders*, 3, 2-12.
- Taanila, A., Syrjälä, L., Kokkonen, J. y Järvenlin, M. R. (2002). Coping of parents with physically and/or intellectually disabled children. *Child: Care, Health & Development*, 28(1), 73-86.
- Tijeras-Iborra, M. A. (2017). *Estrés parental e impacto familiar del trastorno del espectro autista: factores psicosociales implicados*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- Vasen, J. (2015). *Autismos: ¿espectro o diversidad? Familias, maestros y profesionales ante el desafío de repensar etiquetas*. Buenos Aires: Noveduc.
- Viloca, L. (2002). *El niño autista. Detección, evolución y tratamiento*. Grupo editorial ceac.
- Yáñez Rodríguez, 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. Universidad de Córdoba.

Anexos

Anexo 1

Tabla 5. Resultados y conclusiones de los estudios revisados

Estudios Seleccionados	Resultados/Conclusiones
	<p><u>Familias de personas con TEA y discapacidad intelectual:</u></p> <p>-El 62% de las familias de personas con TEA y discapacidad intelectual está muy o bastante de acuerdo con la consideración de que la mayor fuente de estrés en su vida es su familiar con TEA. -El 68% de los padres/madres de hijos/as con TEA y discapacidad intelectual refiere que están muy o bastante de acuerdo con el hecho de que atender a su familiar con TEA a veces les quita más tiempo y energía de la que tienen. -El 69% está muy o bastante de acuerdo con la afirmación de que tener un familiar con TEA deja poco tiempo y flexibilidad en su vida. -El 68% refiere estar muy o bastante de acuerdo con que el cuidado de su hijo/a ha supuesto dedicar menos tiempo a la atención de sus hermanos/as. -El 78% refiere que disfruta mucho o bastante pasando tiempo con su familiar con TEA. -El 80% disfruta mucho o bastante de su hijo/a en general.</p> <p>-El 60% se siente satisfecho como padre o madre de un hijo/a con TEA frente al 7% que se siente poco satisfecho. -El 96% de personas participantes en el estudio comenta sentirse muy o bastante cercano a su familiar con TEA. -El 87% afirma que su familiar con TEA es una fuente importante de afecto. -El 58% de familiares afirma estar muy o bastante de acuerdo con el hecho de que tener su hijo/a con TEA ha supuesto una carga financiera. -El 58% está muy o bastante de acuerdo con la afirmación de que han dejado el trabajo o han renunciado a aspiraciones profesionales para dedicarse a su hijo/a. -El 71% de padres/madres expresa estar muy o bastante de acuerdo con el hecho de que tener a su hijo/a con TEA les ha supuesto una reducción notable de sus relaciones sociales.</p> <p><u>Familias de personas con autismo de alto funcionamiento:</u></p> <p>-El 75% opina que está muy o bastante de acuerdo con la afirmación de que no hay nada o casi nada que no haría por su hijo/a o familiar. -El 75% refiere que a veces se preocupa y duda respecto a si está haciendo lo suficiente por su familiar. -El 59% de los participantes comenta estar muy o bastante feliz en su papel de familiar de una persona con AFF. -El 58% refiere que disfruta mucho o bastante pasando tiempo con su familiar con TEA. -El 67% se siente satisfecho como padre o madre de un hijo/a con TEA.</p> <p>-El 58% está muy o bastante de acuerdo con la afirmación de que tener un familiar TEA le da una visión más certera y optimista para el futuro. -El 75% de estos comenta sentirse muy o bastante cercano a su familiar con AFF. -El 67% afirma que su familiar con TEA es una fuente importante de afecto. -El 66% no está de acuerdo con la afirmación de que han dejado el trabajo o han renunciado a aspiraciones profesionales para dedicarse a su hijo/a. -El 50% no está de acuerdo con el hecho de que tener un hijo/a con AFF supone una carga financiera. -El 83% está poco o nada de acuerdo con que para conseguir una atención adecuada para su hijo/a han tenido que cambiar el lugar de residencia. -El 55% está muy o bastante de acuerdo con el hecho de que tener a su hijo/a con TEA ha significado un cambio de actitud del resto de familia extensa hacia su hijo/a o núcleo.</p>
Pozo, P. y Sarriá, E. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - La percepción de gravedad de los problemas de conducta de los niños/as con TEA como el grado de estrés de sus madres no presentaron cambios significativos durante un período de 4,5 años. - El nivel de estrés de las madres superó la significación clínica en ambos momentos de la recogida de datos. - La percepción de problemas de conducta reportada por las madres reflejó un grado medio de severidad en ambos momentos. - Hubo una disminución significativa en el apoyo social experimentado por las madres. Específicamente en el apoyo informal no así el formal. - El sentido de coherencia (SOC) aumentó significativamente con el tiempo en las dimensiones de comprensibilidad y manejabilidad de las necesidades específicas de sus hijos. - El sentido de coherencia (SOC) es el principal predictor de estrés para las madres después de los 4,5 años de seguimiento. SOC es una variable protectora que se asocia con menor estrés.

Estudios Selecciones	Resultados/Conclusiones
Fernández, M. I., Pastor, G. y Botella, P. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - El grupo de padres con niños/as TEA puntuaba más alto en las variables dominio global del niño y dominio global de padres. - En la variable total estrés de padres el grupo que puntuaba más alto es el de padres de niños/as con TEA. - Los 5 factores de afrontamiento que correlacionaron significativamente con el dominio del niño/a fueron: negación, control emocional, resolver problemas, planificación y apoyo social. Estos indicadores actúan en algunos casos como estresores y en otros como amortiguadores de estrés. En estresores encontramos la negación y el control emocional indicando que cuanto mayor es la negación del problema (evitación) y cuanto mayor es el control emocional, mayor es el estrés parental en el dominio del niño/a. - En cuanto a las estrategias amortiguadoras del estrés, este estudio pone de relevancia la planificación, resolver el problema y el apoyo social como factores que se relacionan inversamente con el estrés parental en el dominio del niño/a. Planificación y resolver el problema implican la focalización hacia la tarea, ambas se dirigen a manipular o alterar las condiciones responsables del problema. La capacidad de planificar y la capacidad de decidir la acción racional más adecuada para solucionar el problema son estrategias asociadas con un menor estrés percibido por parte de los padres. - Los resultados mostraron mayor grado de estrés percibido en los padres de niños/as con TEA en relación con los grupos de padres de niñas/os controles.
Fernández Andrés, M. I., Pastor Cerezuela, G., & Botella Pérez, P. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Estos resultados demuestran una relación entre la gravedad del trastorno y los 3 índices globales del Parenting Stress Index tanto en la propia sintomatología comórbida del TDAH y en la propia sintomatología del TEA. - Existe un mayor grado de estrés percibido en padres de niños/as con TEA frente a los padres de niños/as controles. -Existe relación entre la gravedad del trastorno y los tres índices globales del Parenting Stress Index tanto en la propia sintomatología del trastorno del espectro autista como en la gravedad de la sintomatología comórbida del TDAH. -La gravedad percibida por parte de los padres afecta de manera negativa al estrés parental en el dominio del niño/a y está a su vez influenciada por la severidad del TEA y del TDAH. -Cuanto mayor es el control emocional y la negación del problema (evitación) mayor es el estrés parental del dominio del niño/a. -Es importante la adquisición de estrategias amortiguadoras del estrés como la planificación, resolver el problema y el apoyo social que son factores que se relacionan inversamente con el estrés parental en el dominio del niño/a.
Miranda, A., Tárraga, R., Fernández, M.I., Colomer, C. y Pastor, G. (2015)	<p>-A) Diferencias entre los tres grupos clínicos frente al grupo típico: Se corroboró que padres de los niños de los 3 grupos clínicos percibían mayor estrés parental que el grupo de padres de niños con desarrollo típico, especialmente en las variables relacionadas con el niño.</p> <p>-Los padres de los tres grupos clínicos frente a los padres con hijos con desarrollo típico mostraron altos niveles de estrés en: restricción de su rol parental, restricción de su libertad, frustración al intentar mantener sus identidades, y sentimientos controlados por las demandas y necesidades de sus hijos. B) Diferencias entre los tres grupos clínicos: -Los padres del grupo TDAH tenían mayores niveles de estrés parental que el grupo TEA y GC el apego; percibían más estrés relacionado con la falta de cercanía emocional y el vínculo afectivo con sus hijos/as y una menor capacidad de comprensión de sus sentimientos y necesidades. -Los padres de niños TDAH atribuían, en mayor medida, que los problemas de conducta de sus hijos estaban bajo el control de éstos frente a los padres de niños TEA que percibían que estos problemas eran inherentes al Trastorno. Este hecho hace que estos padres presenten más niveles de estrés relacionados con el establecimiento de lazos afectivos y de cercanía con sus hijos en comparación con los padres de desarrollo típico y en menor grado que los padres de niños con TDAH. -El grupo TDAH presentó puntuaciones más altas en la variable depresión, infelicidad consigo mismos, descontento con las circunstancias de la vida, con baja energía física y psíquica para enfrentar la tarea parental frente al resto de grupos de padres. Además, en esta variable fueron similares en puntuación los padres de los dos grupos con hijos TEA y el grupo control.</p> <p>-Los padres con hijos con TDAH sienten más estrés en relación con su autocompetencia parental frente al grupo control. -Al comparar al grupo de padres con hijos TEA+TDAH no se hallaron mayores niveles de estrés general, ni por dominio, en comparación con los grupos por separado TEA y TDAH. -El grupo TEA + TDAH percibió un menor apoyo de sus parejas en el cuidado de sus hijos/as, una mayor falta de adaptación y una relación de pareja más disfuncional, en comparación con GC.</p>

Estudios Selecciones	Resultados/Conclusiones
Tijeras et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> - El grupo de padres con hijos con TEA+TDAH obtuvo puntuaciones superiores en <i>desconexión comportamental y respuesta paliativa</i>, ambas estrategias que implican evitar solucionar el problema y evitar la situación realizando otras actividades que les hagan sentir mejor, respectivamente. -Asimismo, el grupo de padres con hijos con TEA+TDAH muestran un estilo de afrontamiento <i>conductual de tarea</i> mayor frente al grupo de Desarrollo Típico, lo que implica que realizan un esfuerzo comportamental para modificar las circunstancias que provocan los problemas. -El grupo de padres con hijos TEA muestran más la estrategia de afrontamiento de <i>conformismo</i> que implica una sensación de falta de control personal sobre las consecuencias del problema y la aceptación de estas, en comparación con el grupo de padres DT.
Pozo y Sarriá (2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de edad en los problemas de comportamiento, pero no en la gravedad del autismo. -En relación con las variables de bienestar de los padres no hubo diferencias significativas entre los grupos para el estrés y el bienestar psicológico, pero sí para la ansiedad y la depresión. Así, falta cerrar este resultado-En relación con los problemas de conducta de los/as niños/as, los padres de adultos reportaron niveles significativamente más bajos que los padres de niños/as en edad escolar primaria. -Los padres de niños/as en edad escolar primaria informaron niveles de ansiedad significativamente más altos que los padres de adultos. -Los padres de los niños/as en edad escolar primaria mostraron niveles de depresión más altos que los padres de adolescentes. -Uno de los principales hallazgos de este estudio fue el papel significativo que juega la coherencia social (SOC) en la adaptación de los padres a lo largo de la vida de sus hijos/as. La coherencia social debe concebirse como una característica de la personalidad que funciona como un estilo de afrontamiento y promueve una adaptación saludable. -Los hallazgos de este estudio son consistentes en la evidencia existente que identifica una relación entre la coherencia social y el bienestar de los padres de los niños/as con TEA. -La mayor edad de los padres se asoció con un menor bienestar y dado que el aumento de la edad plantea nuevas demandas y preocupaciones, esto puede comprometer su bienestar.
Luego, R. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Se resaltan niveles elevados de ansiedad y depresión en las madres y padres de niños/as con TEA, incluso comparados con madres y padres de niños/as con otras discapacidades. -Las madres muestran más ansiedad que los padres. -La dimensión más afectada en el caso de padres varones es el pensamiento concreto (sin relación con la parte emocional), mientras que en las madres son las dificultades para identificar sus sentimientos. -No hay diferencias significativas en el bienestar psicológico en función del sexo. Sin embargo, sí lo hay en relación con el nivel de estudios, hallándose que las personas con estudios inferiores tienden a un peor bienestar psicológico. -En cuanto a los niveles de alexitimia, los padres varones obtienen niveles más elevados, esto es, tienen dificultades para expresar sentimientos a los demás, confunden la respuesta fisiológica que acompaña a la emoción o su pensamiento se dirige a lo concreto, sin alusión a las emociones. Asimismo, las personas de niveles educativos y socioeconómicos más bajos tienen también niveles más altos de alexitimia. -Se encuentran correlaciones significativas entre la comorbilidad de los hijos/as y la ansiedad, la depresión, la alexitimia, el bienestar psicológico y el afecto negativo de los padres. -También se relaciona de manera positiva la comorbilidad asociada al hijo con el estilo de afrontamiento (estrategias de expresión emocional abierta; autofocalización negativa; y catastrofización). -Las estrategias de afrontamiento más empleadas son las que tienen un carácter adaptativo como reevaluación positiva y la focalización en la solución del problema. -Un mayor apoyo social percibido se relaciona con menores niveles de ansiedad y depresión de los padres y un mayor nivel de bienestar psicológico, excepto para la autonomía. -Las estrategias de afrontamiento como catastrofización y autofocalización negativa son moderadoras totales o parciales entre el apoyo social y las variables de resultado, es decir, disminuyen el efecto positivo del apoyo social. -Las estrategias menos empleadas son la religión y la autofocalización negativa. -A medida que aumenta la edad de los hijos disminuye el dominio del entorno (sentido de competencia para manejar el día a día) y las relaciones positivas, observándose igualmente una disminución en el afecto positivo de los padres.
Tijeras, A. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> -Objetivo 1: El grupo TEA puntuó por encima del grupo DT en todas las variables del Parenting Stress Index excepto en <i>proximidad</i> y en <i>depresión</i>. También puntuaron más en índice global del dominio del niño (características del niño) y del dominio de los padres (características propias de los padres). Objetivo 2: El grupo DT puntuó por encima del grupo TEA en la estrategia de afrontamiento <i>reacción depresiva</i>. Mientras que el grupo TEA puntuó por encima del grupo DT en la estrategia de <i>conformismo</i>. Objetivo 3:

Estudios Selecciones adidas	Resultados/Conclusiones
	<p>El grupo TEA puntuó por encima del DT en <i>sentimientos y actitudes de los padres hacia el hijo/a; impacto del hijo/a en la vida social; e impacto del hijo/a en la economía familiar</i>. Objetivo 4/5/6: El grupo DT puntuó por encima del TEA en las variables <i>competencia personal, aceptación de uno mismo/a, resiliencia total, apoyo social, apoyo social afectivo, apoyo social confidencial, adaptabilidad, cohesión, satisfacción, sentirse bien solo/a, perseverancia</i>.</p>
Yáñez, V. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres usan en mayor medida la expresión emocional y el apoyo social como estrategias de manejo adecuado de afrontamiento frente a los varones. En ellos se observa mayor dificultad para hablar de sus propios sentimientos. Los padres varones muestran mayores expectativas de autoeficacia en el afrontamiento de estrés en comparación con las madres. En los padres varones se observa un mayor uso de la autocritica, la reestructuración cognitiva (reenfocando y normalizando la situación), retirada social y la evitación de problemas. - La resolución de problemas (actitud resolutive) y la reestructuración cognitiva predicen positivamente la satisfacción personal. Tanto la edad del hijo/a como la autoeficacia se mantienen como variables predictoras, pues cuanto más pequeño es un niño/a es peor. En los hombres, la única variable que presenta un efecto significativo es la resolución de problemas. En las mujeres, las únicas variables que presentan un efecto significativo son la autoeficacia y el pensamiento desiderativo (pensar o desear lo que no se tiene, en vez de aceptar y elaborar el problema). Se produce una gran angustia en los progenitores ante la anticipación del futuro respecto a las alteraciones de conducta, su incertidumbre respecto a la evolución de los síntomas y el miedo a que no se logre la autonomía necesaria para la vida. Los padres y madres definen esta experiencia de crianza como una prueba de fuego para la pareja, la cual te une más o te separa. No obstante, no se evidencia en este estudio una problemática marital tan acusada y su funcionamiento general fue moderadamente saludable. Las familias encuentran el sistema que les rodea, gran parte de su frustración. Las estrategias centradas en la emoción ocupan un papel nuclear dado que en las primeras fases se produce una gran catarsis emocional al recibir la noticia. Un elemento esencial es cuidarse a sí mismos, los padres en general manifiestan que sus parejas femeninas se olvidan de ellas y de todo lo demás, sacrificando más de lo necesario y perjudicando el descuido de sí mismas. La mayoría de los padres y madres coinciden en que la crianza de estos niños/as te cambia como persona, y por ello cambia la forma con la que te relacionas con los demás, se traduce en actitud de mayor apertura y comprensión hacia el otro y en descubrir una capacidad de entrega a los demás para muchos desconocidos hasta ese momento. Los hombres suelen tener un nivel de satisfacción más alto esto podría deberse a la mayor distancia que establecen con respecto a la crianza.
Mira, A., Berenguer, r,C., Baixauli,I Roselló,B . y Miranda, A. (2019)	<p>-Los niños/as de familias del grupo de riesgo alto presentaron puntuaciones medias más elevadas en las escalas de problemas emocionales, comportamentales, de hiperactividad y en problemas con los iguales. Y el grupo de bajo riesgo, puntuaciones bajas. Los niños/as de familias del grupo de riesgo alto tuvieron puntuaciones más bajas en conducta prosocial mientras que el grupo de familias con riesgo bajo presentó puntuaciones más altas. Los niños/as con TEA de las familias más vulnerables a nivel sociodemográfico y con una atmósfera familiar menos positiva, presentan una mayor problemática comportamental, y, en particular, mayores dificultades emocionales y menos conductas prosociales. La sintomatología emocional y la conducta prosocial diferencian de forma significativa grupos de niños/as con familias de diferentes niveles de riesgo, definido en términos sociodemográficos, de estrés, de afrontamiento y apoyo social. Las madres se ven más afectadas por los problemas emocionales de sus hijos/as en comparación con los padres.</p>
Mira, A. (2020)	<p>Objetivo 1: Las madres de niños/as con TEA sin DI presentan niveles de estrés clínicamente significativos, siendo así en la mitad de los casos. Las madres de niños/as con TEA sin DI se sentían insatisfechas con su apoyo social, reflejando un número reducido de invitaciones para salir y distraerse, pocas visitas de amistades y familiares, falta de ayuda doméstica y destacan dificultades para comunicar sus problemas personales, familiares, económicos y laborales. Las madres de niños/as con TEA sin DI informaron que desarrollaban más aceptación que las madres de niños/as con DT. El afrontamiento activo y la planificación también destacaron como estrategias positivas frecuentemente utilizadas por las madres de niños/as con TEA, sin llegar a mostrar diferencias con las madres de niños/as con DT. La asociación entre estrés y apoyo social confidencial también fue significativa, reivindicando su importancia. Sin</p>

embargo, el apoyo social no demostró tener un papel predictivo del estrés. Esto sugiere que estas madres cuentan con más recursos.

Objetivo 2: Los padres de "riesgo alto" experimentaron un estrés severo en su rol parental. Se enfocan en aspectos negativos del comportamiento de sus hijos/as y pueden usar estrategias de crianza menos positivas. Utilizaron menos la estrategia de afrontamiento de compromiso y experimentaron bajos niveles de apoyo social. Las familias del grupo llamado "riesgo moderado", experimentaron un estrés menor y tuvo mayor apoyo social confidencial que el subgrupo de familias de "riesgo alto". El grupo de familias "sin riesgo" mostró una tendencia más positiva. Se involucran en recursos de afrontamiento activo mediante la planificación de estrategias y adopción de medidas para resolver sus problemas. También presenta una sólida red que les proporciona el apoyo social y emocional necesario para lidiar con su rol parental. Los perfiles de "riesgo alto" y "moderado" se asociaron con peores puntuaciones en habilidades comunicativas de los niños/as. El perfil familiar de "riesgo alto" se caracterizó por peores resultados en el desarrollo conductual y socioemocional de sus hijos/as. El grupo "sin riesgo" presentó puntuaciones mayores en habilidades sociales e inferiores en dificultades emocionales y problemas de conducta.
