

---

# ESTILOS DE CRIANZA EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) QUE PRESENTAN CONDUCTAS DISRUPTIVAS: ESTUDIO DE CASOS DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19.

*Parenting styles in children with Autistic Spectrum Disorder (ASD) who have disruptive behavior: Study of cases during the pandemic by Covid-19.*

*Estilos parentais em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) que apresentam comportamentos disruptivos: estudo de casos durante a pandemia do Covid-19.*

---

RECIBIDO: 11 de diciembre 2020

ACEPTADO: 11 de junio 2021

Erica N. Delgado Serna <sup>a</sup>

Walter L. Arias Gallegos<sup>b</sup>

a. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú, ORCID iD. <https://orcid.org/0000-0003-4976-9956> b. Universidad Católica San Pablo, Arequipa, Perú, ORCID iD. <https://orcid.org/0000-0002-4183-5093>

## RESUMEN

**Palabras Clave:** Trastorno de espectro autista, conductas disruptivas, estilos de crianza, estrés parental, funcionalidad familiar.

**Keywords:** Autistic spectrum disorder, disruptive behavior, parenting styles, parental stress, family functionality..

**Palavras-chave:** Transtorno do espectro autista, comportamentos disruptivos, estilos parentais, estresse parental, funcionalidade familiar.

En este estudio se analiza los estilos de crianza de los padres de niños con TEA que presentan conductas disruptivas, en asociación con diversas variables familiares como funcionalidad familiar, estrés parental y afrontamiento al estrés en padres de hijos con discapacidad. Para valorar objetivamente el TEA se aplicó el CHAT y para valorar el comportamiento de los niños el Inventario de conducta de Eyberg. También se recogieron datos personales y familiares de los menores evaluados a través de la historia y el examen clínicos psicológico. Los menores fueron 9 varones y una niña de entre 3 y 10 años de edad, con diagnóstico de TEA, y que sean referidos por los padres como niños con problemas de conducta. Los resultados fueron procesados cualitativamente, revelando ciertas tendencias compatibles con la literatura científica sobre el tema. Los niños presentan alteraciones en su desarrollo sensorial, retraso en el desarrollo del lenguaje y alteraciones en la comunicación y la interacción social. Asimismo, el estilo de crianza autoritativo se asocia con una funcionalidad familiar balanceada, mientras que los niveles de estrés parental fueron bajos, y se asocian con un estilo de afrontamiento centrado en los problemas.

**Correspondencia:** Erica N. Delgado Serna Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú



Publicado bajo licencia Creative Commons Reconocimiento 3.0. (cc-by).

## ABSTRACT

In this study we analyze the parenting styles of parents of children with autism who present disruptive behaviors, in association with several family variables such as family functionality, parental stress and coping in parents of children with disabilities. In order to value objectively the autism, we applied the CHAT and to value the disruptive behavior we applied the Eyberg Behavior Inventory. Moreover, we collected personal and family data of the children assessed through the clinic chart and the mental examination. The children were nine male and one female diagnosed with autism, and who were referred by the parents with disruptive behavior. The results were processed qualitatively, revealing some trends compatible with scientific literature about autism. The children present alterations over their sensory development, language development delay and alterations in communications and social interactions. Finally, the parenting style so called authoritative kind are associated with balance family functionality, while the levels of parental stress were low, and were related with a centered problema coping style.

## RESUMO

Neste estudo serão analisados estilos parentais de pais de crianças com TEA que apresentam comportamentos disruptivos, em associação com diversas variáveis familiares como funcionalidade familiar, estresse parental e enfrentamento ao estresse em pais com filhos com deficiência. Para avaliar objetivamente o TEA foi aplicado o CHAT e para avaliar o comportamento das crianças, o Inventário de Comportamento de Eyberg. Também foram reconhecidos dados pessoais e familiares dos menores avaliados através da história clínica e exame clínico psicológico. Os menores foram 9 meninos e uma menina de 3 a 10 anos de idade, com diagnóstico de TEA e que foram mencionados pelos pais como crianças com problemas de comportamento. Os resultados foram processados qualitativamente, revelando certas tendências compatíveis com a literatura científica sobre o tema. As crianças apresentaram alterações no seu desenvolvimento sensorial, atraso no desenvolvimento da linguagem e alterações na comunicação e na interação social. Ainda assim, o estilo parental autoritário se associa com uma funcionalidade familiar balanceada, enquanto os níveis de estresse parental foram baixos, e se associam com um estilo de enfrentamento centrado nos problemas.

## Introducción

Los trastornos del espectro autista han sido objeto de constante estudio en los últimos años, y desde que el “autismo” fue definido por Kanner (1943), se han diseñado diversas teorías explicativas (Ruggieri, & Arberas, 2017), instrumentos de evaluación (Hidalgo, 2016), guías diagnósticas (Fuentes et al., 2006), programas de intervención (Baixauli-Fortea et al., 2017; Baixauli-Fortea et al., 2018; Martos-Pérez, & Llorente-Comí, 2013; Montalva et al., 2012; Ruggieri, & Arberas, 2015), etc. En nuestro medio, sin embargo, aunque existen lugares especializados para el diagnóstico y tratamiento de este desorden y diversos profesionales se encuentran debidamente entrenados para evaluar y tratar a niños con TEA, es escasa la producción científica en poblaciones de niños autistas.

Algunos de los estudios que se han llevado a cabo sobre el TEA en nuestro país se han centrado en el síndrome de Asperger (García, 2012), la evaluación de habilidades cognitivas y comunicacionales de niños con autismo (Baquerizo, 2013; Baquerizo, 2019; Baquerizo et al., 2017), sobre la sobrecarga subjetiva en los cuidadores de niños con TEA (Seperak, 2016) y el proceso de adaptación de los padres al diagnóstico de sus hijos con TEA (Sumalavia, & Almenara, 2018). Al margen de esta escasez de trabajos, que puede hallarse mediada por el difícil acceso a la muestra de niños, adolescentes y adultos con TEA, el abordaje teórico de los estudios sobre estos desórdenes, se circunscribe a pocas variables de estudio. Por ello, es necesario indagar más a fondo sobre la problemática de los niños con TEA, que suelen presentar alta comorbilidad con problemas de conducta de diversa índole (Hervás, 2017; Hervás, & Rueda, 2018), así como valorar diversas variables familiares, que juegan un rol preponderante en el tratamiento y el pronóstico de estos casos (Boonen et al., 2014; Maljaars et al., 2013).

Ello merece un abordaje familiar de la problemática que implique aspectos variados de la interacción entre los padres y los hijos que tienen diagnóstico de TEA, pues no solo es la familia el crisol en el que se forjan los rasgos de carácter, las creencias y costumbres de estos, sino que también tienen lugar procesos propios de la socialización familiar, que comprenden los estilos parentales, los estilos de crianza, las dinámicas familiares etc. que pueden favorecer o perjudicar el desarrollo de los niños y adolescentes con TEA (Iusten et al., 2016). En ese sentido, la familia y todos sus miembros conforman complejos

sistemas y subsistemas de interacción que son determinantes en la configuración de las conductas disruptivas, agresivas y hasta violentas (Arias, 2013).

En ese sentido, diversos estudios han reportado que la estructura familiar es una variable con gran poder predictivo sobre el bienestar y la salud de sus miembros, de modo que las familias nucleares se asocian favorablemente con la salud mental, el bienestar psicológico, el rendimiento escolar y la estabilidad económica; en comparación con las familias monoparentales (Pliago, & Castro, 2015). Sin embargo, algunas variables fundamentales para comprender estos fenómenos son las conductas parentales (Merino et al., 2003), los estilos parentales (Nunes, & Pinheiro, 2018), la competencia parental (Bayot, Hernández, & de Julián, 2005) y los estilos de crianza (Merino, & Arndt, 2004); y que para el caso de los padres con hijos con TEA, resulta fundamental la valoración del estrés parental (Oronoz et al., 2007), el afrontamiento (Tanta-Luyo et al., 2019) y la sobrecarga subjetiva (Cahuana, 2016).

En tal sentido, algunos estudios recientes en la ciudad de Arequipa, han verificado que las variables familiares y la resiliencia se asocian con el desenvolvimiento de los niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad, sobre todo, el funcionamiento familiar, el apoyo económico y contar con trabajo resultan relevantes y con gran poder predictivo sobre su desenvolvimiento autónomo y su capacidad de resiliencia (Cahuana et al., 2019). Asimismo, se ha reportado que los padres de niños con diversas discapacidades presentan mayor sobrecarga y menos calidad de vida en comparación con los niños con una sola discapacidad, sea físicas, sensoriales o mentales (Cahuana, 2016). Más específicamente en el tema que nos ocupa, se ha encontrado que la satisfacción personal y la autoconfianza, como componentes de la resiliencia, pueden predecir la carga subjetiva de las madres de niños con TEA (Seperak, 2016).

Todo ello, nos conduce a plantear la presente investigación, que se avoca al análisis de las variables relacionadas con la crianza de los niños con TEA que presentan conductas disruptivas. Ya que variables como el estrés parental, los estilos de crianza y el afrontamiento del estrés, pueden hallarse asociados en los niños y adolescentes que presentan diagnóstico de TEA. A su vez, estas variables asociadas a la crianza serán cruciales para que el niño con TEA pueda ser competente en ciertas circunstancias sociales.

De este modo, es necesaria una aproximación científica sobre qué aspectos de la subjetividad en la crianza parental potencian o disminuyen los problemas conductuales en estos niños (Vásquez et al., 2010). pretende focalizarse esta problemática, desde un enfoque cualitativo. En consecuencia, se analizan diez casos, mediante la aplicación de métodos y técnicas clínicas como la entrevista y la aplicación de pruebas psicológicas, para registrar los datos de la historia clínica y el examen clínico psicológico, así como datos relativos a la conducta problemática de los niños con TEA, la funcionalidad familiar, los estilos de crianza de sus padres, el estrés parental y los estilos de afrontamiento al estrés.

### ***Antecedentes históricos del autismo***

El autismo fue referido por primera vez en 1943 por Leo Kanner, quien reportó los casos de 11 pacientes que fueron atendidos por él a lo largo de 8 años, y que tenían la misma sintomatología con afectación en sus relaciones sociales y el lenguaje, y presentaban conductas monótonas y obsesivas en diversas actividades como el juego, u otras de su interés (Kanner, 1943).

A pesar de fue Kanner quien hizo la primera descripción clínica del autismo, se reconoce que los casos de los “idiotas sagrados”, de los “niños salvajes” y de otros que han sido referidos en la literatura y la historia, constituyen antecedentes del autismo (Cuxart, & Jané, 1998). Asimismo, fue Eugene Bleuler quien utilizó por primera vez el término “autismo” en 1910 para describir la sintomatología de los casos de esquizofrenia, que implicaban una fragmentación de la mente de las personas afectadas (Kanner, 1972).

En ese sentido, la esquizofrenia infantil ha sido muchas veces confundida con el autismo, de ahí que muchos casos de autismo hayan sido referidos como de esquizofrenia infantil. El término “esquizofrenia infantil” fue acuñado por Howard Potter tras observar a niños de entre 6 y 12 años, quienes presentaban una regresión en su desarrollo intelectual y afectivo (Potter, 1933). Por otro lado, Hans Asperger publicó un trabajo en 1944 en el que describe a cuatro jóvenes con

sintomatología muy parecida al autismo (Chara et al., 2018), pero con menor severidad en sus habilidades de comunicación, aunque sí con un lenguaje “idiosincrático”. Es de notar que Asperger, utilizó en 1938 el término de “psicopatía autista” y que para 1943, había atendido a más de 200 niños con ese diagnóstico; de ahí que se ha planteado que Kanner pudo haber “robado” el diagnóstico de Asperger, pues uno de sus discípulos, George Frankl, fue asistente de Kanner en Estados Unidos y evaluó al primero de los once niños que reportó Kanner en 1943 (Artigas-Pallarés, & Paula-Pérez, 2017).

Asimismo, Laretta Bender en 1942 hizo referencia a un síndrome parecido, que fue denominado “autismo regresivo” y que se presentaba antes de los 11 años de edad, como una forma de esquizofrenia infantil (Bender, 1942). Aunque la sintomatología descrita por Bender comprende aspectos motores, perceptivos, intelectuales, afectivos y sociales, como torpeza, ansiedad, alteraciones del lenguaje y el pensamiento, etc.; el cuadro que propuso no fue concebido como una entidad diferente de la esquizofrenia (Martín, 2013).

Por otro lado, una de las primeras hipótesis explicativas que surgió para comprender la sintomatología autista fue la “culpabilidad paterna”, ya que los padres de los niños reportados por Kanner pertenecían a clases socioeconómicas acomodadas y contaban con estudios superiores, lo que les dejaba poco tiempo para dedicárselo a sus hijos. Así, Kanner indicó que la soledad de los padres y la “frialdad” con que trataban a sus hijos podrían ser los factores causales del autismo (Kanner, & Eisenberg, 1962). Bruno Bettelheim acuñó el término de “madres refrigeradora” para referirse al distanciamiento que tenían las madres de estos niños (Chara et al., 2018), pero fue Kanner quien planteó esta interpretación etiológica, aunque estuvo errada; pues estudios posteriores dieron cuenta de que uno de los principales síntomas del autismo sería la alta sensibilidad táctil, y por ende, la renuencia al contacto socioafectivo con cualquier persona (Rutter, 1970).

En 1977 la Sociedad Nacional de Niños con Autismo introduce de definición de síndrome autista, y en 1979 Lorna Wing introdujo la noción de espectro autista (Del Barrio, 1988). Este año la Organización Mundial de la Salud la incluye en la Clasificación Internacional de Enfermedades, mientras que en un años más tarde es incluido en el DSM-III dentro de las Afecciones Generales del Desarrollo, que por lo general se acompañan de retraso mental (Cuxart, & Jané, 1998). Curiosamente, desde que surgió el autismo como entidad clínica, su prevalencia ha aumentado estrepitosamente, posiblemente, como dice Nahmod (2017) esto se deba a las evaluaciones de tamizaje que arrojan falsos positivos sin una adecuada evaluación clínica, sindrómica, neuropsicológica y neurogenética.

### **Modelos teóricos y etiología**

Como se mencionó, uno de los primeros modelos teóricos que explicaba el autismo fue la hipótesis de las “madres refrigerador”, que si bien tiene la bondad de incluir aspectos familiares, presenta sesgos interpretativos psicoanalíticos, sin ningún fundamento de base (Nahmod, 2017). Hoy en día se entiende que el autismo o los TEA responden a causas genéticas, ambientales y epigenéticas. En el primer caso, no cabe duda de que existe un componente genético que está presente en el TEA y sus manifestaciones clínicas, pero es muy complejo de terminar en qué medida, pues son varios los genes implicados y las cifras de heredabilidad son variables. Por ejemplo, la tasa de ocurrencia en hermanos de pacientes con TEA es de 2 a 8%, mientras que estrictamente para el diagnóstico de autismo el 58% de los pares de gemelos monocigóticos varones y el 60% de mujeres, y el 31% de gemelos dicigóticos varones y el 27% de mujeres, tienen genes concordantes. Asimismo, aunque hay estudios que señalan que la heredabilidad del autismo es del 90%, otros autores indican que la heredabilidad sería del 19 a 35% de los casos en los varones y de 50 a 63% en las mujeres (Díaz-Anzaldúa, & Díaz-Martínez, 2013).

Las explicaciones genéticas implican a varios genes que son compartidos con otros trastornos del neurodesarrollo tales como esclerosis tuberosa, síndrome frágil X, síndrome de Prader-Willi, el síndrome de Rett, el síndrome de Agelman y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (Balbuena, 2015). Se ha señalado que entre 300 y 500 genes están involucrados en el autismo, pero se desconocen la mayoría, aunque se ha enfatizado que los cromosomas 7 y 15 son los más vinculados, y en menos del 1% de las personas afectadas se ha vinculado con un solo gen (Klin et al., 2015). Uno de los genes comprometidos en el TEA es el denominado SHANK y sus variantes 1, 2 y 3; así como los genes MECP2, el MLL3, el MBD5 y 6, el SETDB1 y el HDAC6, entre otros (Martínez-Morga et al., 2018). Otros genes afectados en el autismo son los ubicados en los cromosomas 3, 17, X, Y (NLGN1, 2, 3 y 4), el gen ARX, los genes SCN1A y SCN2A; que tienen relación con la epilepsia y/o las crisis convulsivas (Muñoz et al., 2008).

Entre los factores no genéticos, el TEA se ha asociado al uso del ácido valproico, el etanol, el misoprostol, y la talidomida durante el embarazo, así como la rubeola congénita, la parálisis cerebral y otras infecciones (Díaz-Anzaldúa, & Díaz-Martínez, 2013). También se ha reportado que el bajo peso al nacer es más frecuente en el TEA, pero lo es también en una amplia diversidad de síndromes. Asimismo, el autismo se ha relacionado con problemas inmunológicos, malnutrición y carencias vitamínicas, alergias alimentarias, problemas intestinales en la absorción de alimentos, la intoxicación con metales pesados en el agua o el aire, la edad avanzada de los padres, el uso de antipiréticos, el aislamiento, la privación sensorial, la zurdera, la epilepsia, el uso del celular y las radiaciones electromagnéticas (Artigas-Pallarés, 2010).

También se han reportado alteraciones en las conexiones nerviosas en lo que se considera el cerebro social, que aluden a la teoría de la mente. Por conectividad neural se entiende la conexión temporal de la activación de dos áreas cerebrales. Estas conexiones pueden a su vez, ser estructurales o funcionales, locales o largas, dependiendo de las áreas cerebrales que comunican. Fue en 1988 que se planteó por primera vez la hipótesis de la conectividad neuronal para explicar el TEA, y se adujo con base en diversos estudios de electroencefalografía y de neuroimagen, que existe un déficit en las conexiones funcionales del lóbulo frontal que afectan procesos cognitivos como la memoria de trabajo, la inhibición de la respuesta y el reconocimiento de caras. Asimismo, se ha observado déficit de conectividad funcional entre la amígdala y las regiones temporo-frontales, entre las áreas motoras primarias y suplementarias, el cerebelo y el tálamo, y en la circunvolución fusiforme, el lóbulo frontal, y la amígdala (Palau-Baudell et al., 2012). Estos déficits podrían explicar alteraciones funcionales en las habilidades cognitivas de las personas con TEA, tales como la focalización de la conciencia, la percepción, la regulación emocional, el autocontrol, el lenguaje, la sociabilidad, etc. (Valdizán, 2008).

Por otro lado, Baron-Cohen planteó que las personas con autismo carecen de “teoría de la mente” ya que no son capaces de ponerse en el lugar de otra persona ni de atribuirles pensamientos en base a los hechos que experimentan. Así, mediante el test de la falsa creencia se ha podido encontrar que el 80% de personas con autismo contesta incorrectamente esta prueba, mientras que incluso el 86% de niños con retraso mental contestan de forma acertada. De este modo, los niños con autismo estarían inhabilitados para comprender la ironía, el sarcasmo y las mentiras; que implican cierta sensibilidad social para interactuar con otras personas (Tirapu-Ustárriz et al., 2007). Efectivamente, muchos niños con autismo tienen una comprensión literal del lenguaje, lo que conlleva a errores interpretativos durante las conversaciones y las interacciones sociales. Frith (1991) señala que estos déficits se deben a alteraciones del córtex medial prefrontal que se encuentra implicada en la mentalización de las acciones y que constituye parte del asiento de las neuronas espejo, que dan base neurofisiológica a la teoría de la mente, junto con la parte rostral del lóbulo parietal inferior y la parte inferior de la circunvolución precentral.

Asimismo, los estudios sobre el desarrollo del cerebro de niños con autismo reportan alteraciones en la conectividad neural porque los patrones de mielinización y sinaptogénesis tardan más en madurar, y por tanto las conexiones cortico-corticales están alteradas. En estudios *post mortem* de personas con TEA se ha encontrado también, un incremento de la densidad de espinas dendríticas en diversas regiones cortico-frontales, lo que afectaría su funcionamiento social, y arroja evidencias sobre la relevancia de las conexiones neurales en la etiología del autismo (Palau-Baudell et al., 2012).

Otro posible sustrato biológico que explica los síntomas de las personas con TEA son las áreas perisilvianas, que integran regiones frontales, temporales y parietales, y están implicadas en el desarrollo del lenguaje. Por medio de la Magnetoencefalografía se ha podido determinar que al evaluar estas áreas los niños con TEA presentan mayor actividad epileptiforme en la región perisilviana frontal en comparación con los niños normales, o los que presentan síndrome de Asperger o trastornos generalizado del desarrollo (Palau-Baudell et al., 2018). De ahí que se ha establecido que el TEA presenta comorbilidad con la epilepsia (Muñoz et al., 2008).

La teoría del déficit de reconocimiento facial o teoría de la amígdala, señala que las alteraciones de las expresiones faciales implican alteraciones en la percepción de las emociones, que comprometen circuitos neuronales de la amígdala, de la corteza orbito frontal y el surco temporal superior; y que son base para el desarrollo del control de la mirada, facilitando el procesamiento perceptual y las interacciones sociales (Ruggieri, 2006).

Otra teoría sumamente interesante, dada la mayor prevalencia que tiene el TEA en los varones si la comparamos con las mujeres, y la mayor gravedad de sus manifestaciones clínicas en cuanto a habilidades sociales y lingüísticas, es la teoría del cerebro masculino (Artigas, 2000). Aunque se ha sugerido que estas diferencias podrían deberse a que naturalmente, la mujer tiende a ser más sociable que el varón y presenta mejor rendimiento lingüístico, también se ha planteado que el TEA podría ser explicado por una “masculinización del cerebro” de las personas afectadas. Así, se ha reportado que el cuerpo calloso de los varones es de menor tamaño que en las mujeres, pero en los pacientes con autismo es todavía más pequeño (Artigas, 2000). Además, la plasticidad en la sinaptogénesis muestra umbrales más bajos en los varones que en las mujeres. Genéticamente, una misma mutación en los genes vinculados con el autismo o el síndrome de Asperger en varones no expresa las mismas manifestaciones sindrómicas en las mujeres (Ruggieri, & Arberas, 2016). Otros datos que apoyan esta teoría señalan que en los varones como en los autistas las habilidades espaciales están más desarrolladas, el lenguaje se desarrolla más tardíamente en niños que en niñas, y más aún en los niños afectados por autismo, mientras que en las mujeres el desarrollo social es más precoz que en los varones, pero en los niños con TEA está retrasado (Artigas, 2000).

Más recientemente, en 1999, se ha planteado que las vacunas contra el sarampión, que suelen tener ciertas dosis de mercurio (187,5 µg) podrían causar autismo; pero estudios posteriores revelaron que el mercurio es inocuo en dosis de dos millones de microgramos, que son 10,000 veces superiores a las que contienen las vacunas. Además, las publicaciones que dieron alarma sobre este tema fueron desacreditadas por contener sesgos metodológicos, manipulación de datos y porque las réplicas no encontraron resultados similares (Artigas-Pallarés, 2010). De este modo, la teoría de que las vacunas que contienen dosis de mercurio causan autismo ha sido plenamente desacreditada.

### ***Diagnóstico y comorbilidad***

El diagnóstico del TEA es bastante complicado dadas las implicancias genéticas, neurológicas, psicológicas y sociales. A ello se suma que presenta una cuestionada diversidad en cuanto a su prevalencia, que hace suponer un sesgo debido a las modalidades diagnósticas. Así, mientras que en 1966 4,5 de cada 10,000 casos de niños atendidos tenían TEA, el 2007 se reportó que 1 de cada 150 niños tenía TEA en los Estados Unidos (Nahmod, 2017). Algunos autores señalan que la prevalencia del TEA va de 0,7 a 1,8 afectados cada 1,000 personas y otros indican que el 2,64% de los niños de todo el mundo entre 7 y 12 años podrían tener TEA (Díaz-Anzaldúa, & Díaz-Martínez, 2013). Ello implicaría que hay más niños con autismo que los afectados por cáncer, diabetes, fibrosis quística y distrofia muscular juntos; lo que posiciona este trastorno como un problema de salud pública, sin embargo, solo el 8% de los médicos evalúa los indicadores de autismo en los niños que atienden (Klin et al., 2015).

Desde las primeras referencias a la sintomatología del autismo, Asperger destacó una mirada peculiar, gestos y expresiones pobres, lenguaje poco natural, dificultades de aprendizaje e intereses aislados; mientras que Kanner señaló la incapacidad para establecer relaciones con otras personas, retraso en la adquisición del lenguaje, actividades de juego estereotipadas, falta de imaginación y buen potencial cognitivo (Cuxart, & Jané, 1998).

El Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM-IV) señala los siguientes criterios como característicos del autismo: 1) alteraciones cualitativas de la interacción social que impliquen incapacidad de desarrollar relaciones adecuadas con otros, falta de reciprocidad social o emocional; 2) alteraciones cualitativas de la comunicación, ya sea retraso o ausencia del lenguaje hablado, o uso estereotipado del lenguaje; 3) patrones de comportamiento e intereses restringidos y estereotipados, que impliquen rituales, conductas repetitivas o manierismos; 4) retraso o funcionamiento anormal en la interacción social, el lenguaje, el juego simbólico; 5) y que no estos síntomas no sean explicados por otros trastornos del neurodesarrollo. En el DSM-5 se han modificado los criterios diagnósticos del TEA, unificando las áreas de comunicación y competencia social, y ampliando los criterios sintomatológicos en esta dimensión con la finalidad de aumentar la especificación de los diagnósticos. También se han incorporado indicadores de gravedad de la sintomatología que favorecen la detección de aspectos que requieren de más apoyo, en tres niveles. Asimismo, se ha eliminado el síndrome de Asperger como una entidad separada del autismo (Cuesta-Gómez et al., 2016).

Ahora bien, entre los marcadores más fiables para el diagnóstico precoz se tiene la escasa interacción y atención prestada a las demás personas, escasa atención a la mirada de los demás y la incapacidad para participar en juegos de imitación; que

suelen presentarse entre los 18 y los 24 meses (Klin et al., 2015). Por ello, aunque el diagnóstico de autismo se suele confirmar entre los tres y seis años de edad, y estas cifras varían en función de la zona geográfica y el contexto cultural (Paula-Pérez, & Artigas-Pallarés, 2014), se ha propuesto rebajar la edad del diagnóstico al primer año de vida (Klin et al., 2015). Entre los hallazgos que se tienen a favor del diagnóstico del autismo durante el primer año de vida se tiene el funcionamiento de la corteza asociativa, la baja plasticidad cerebral y patrones atípicos de conectividad neural; además de cierta sintomatología clínica como el retraso en el seguimiento de la cara y/o de la mirada, falta de respuesta al nombre, reducción de contacto ocular, reducción de sonrisa social, disminución de gestos comunicativos, estereotipias y sutiles retrasos neuromotores (Paula-Pérez, & Artigas-Pallarés, 2014).

Evidentemente, un diagnóstico precoz es lo ideal para iniciar el tratamiento pertinente lo más tempranamente posible, pero existen diversas dificultades que obstaculizan un diagnóstico precoz, tales como los propios criterios diagnósticos, los cambios en el neurodesarrollo del niño a lo largo del tiempo, la variabilidad individual y la alta comorbilidad del TEA (Cabanyes-Truffino, & García-Villamizar, 2004). Sin embargo, como ya se dijo, las deficiencias en el protolenguaje y las alteraciones sensitivomotoras son potentes predictores del TEA. También es importante aplicar pruebas de tamizaje tales como el *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT) o el *Pervasive Developmental Disorders Screening Tests* (PDDST), que siempre deben estar acompañados de una evaluación clínica exhaustiva, e incluso interdisciplinaria (Martos-Pérez, 2006); así como de estudios genéticos, antropométricos, neurofisiológicos y de una historia clínica completa de los antecedentes patológicos familiares y personales (Ruggieri, & Arberas, 2017). De hecho, se ha reportado que los diagnósticos con el CHAT sin una verificación clínica, es conducente a falsos positivos, sobre todo cuando los niños evaluados son prematuros (Hernández-Fabián et al., 2018).

En cuanto a la variabilidad individual y los cambios conductuales y sintomatológicos a lo largo del proceso de desarrollo, hay que señalar que poco más del 10% de los niños que reciben diagnóstico de TEA de forma precoz retornan a no ser que los síntomas empeoren, ya que, en muchos casos, se registran mejoras en el lenguaje y otras habilidades cognitivas y sociales (Cabanyes-Truffino, & García-Villamizar, 2004). En ese sentido, se han detectado tres trayectorias diferentes del autismo: de inicio temprano, de curso regresivo tras un periodo aparentemente normal, y de estancamiento sin regresión evidenciable (Paula-Pérez, & Artigas-Pallarés, 2014).

Lo cierto es que, aunque los criterios diagnósticos del TEA se mantienen en el tiempo, y ello da cuenta de la estabilidad de su diagnóstico (Canal-Bedia et al., 2016), se presentan ciertas diferencias sintomatológicas en cada periodo del desarrollo. Así, mientras los síntomas nucleares se pueden presentar alrededor del primer año, en la edad preescolar son más evidentes las deficiencias psicomotoras, la escasa funcionalidad en el juego y la poca curiosidad por el entorno circundante; mientras que en la edad escolar pueden hacerse presentes dificultades atencionales, impulsividad e hiperactividad, así como dificultades para aprender como la dislexia; y en durante la adolescencia, aunque por lo general se aprecia cierta mejora, es probable que estos síntomas empeoren (Hervás, 2016); llegando a las autolesiones o a conductas francamente violentas, o incluso el suicidio. En estos casos, se ha reportado que las autolesiones pueden estar presentes en diferentes edades, pero tienden a incrementarse cuando no se ha recibido un tratamiento adecuado. Además, se ha planteado que el dolor causado por las autolesiones de los niños con TEA, podría obedecer a una necesidad de limitar los estímulos sensoriales, dada su hipersensibilidad, pues la liberación de endorfinas que genera el dolor, provoca analgesia y la reducción de la percepción de los estímulos sensoriales (Paula-Pérez, & Artigas-Pallarés, 2016).

En cuanto a la comorbilidad, si bien la sintomatología del TEA no debe ser explicada por discapacidad intelectual, existe relación entre el autismo y el retraso mental, ya que en muchos síndromes genéticos como el de Prader-Willi, la neurofibromatosis tipo I, el CI se encuentra disminuido y aún dentro del rango de retraso mental, tiende a presentar mejoras. Para el caso de los niños con TEA, el 38% de los casos presenta retraso mental, y tanto el CI como desarrollo funcional del lenguaje son predictores potentes del futuro desarrollo de estos niños. De hecho, en niños con TEA que tienen CI no verbales bajos tienen mayor probabilidad de presentar discapacidad intelectual en la vida adulta. Asimismo, se han distinguido trayectorias del desarrollo intelectual en niños con TEA, de modo que un 25% presenta un curso ligeramente descendente del CI, el 18% presenta un perfil estable en torno al CI de 60, el 35% presenta puntuaciones de CI con tendencia ascendente dentro de la normalidad y el 22% tiene CI normal y tiende a incrementar hasta 13 puntos a lo largo del tiempo; e incluso dentro de este grupo, el 5% deja de cumplir los criterios diagnósticos del TEA (Martos-Pérez et al., 2018). Por otro lado, un

tema que resulta preocupante es que en los casos de adolescentes con TEA que tienen discapacidad intelectual, se perciben escasas oportunidades de apoyo y una menor calidad de vida, en comparación con los niños con TEA que no presentan retraso intelectual (Cuesta-Gómez et al., 2016).

Por otro lado, el síndrome de Asperger es otro desorden del neurodesarrollo que presenta sintomatología similar al autismo, pero que suele considerarse como una forma más leve, por tener menor afectación en las interacciones sociales y el lenguaje, aunque este último se expresa de forma marcadamente idiosincrática. Asimismo, las alteraciones neurocognitivas en estos niños, suelen ser más leves. Por ejemplo, los niños con Asperger sí tienen “teoría de la mente”, pues pueden conocer lo que piensan los demás, pero tienen dificultad para transferir dicho conocimiento en la práctica. También se han reportado alteraciones en las funciones ejecutivas, la integración sensorial y aspectos pragmáticos del lenguaje como anomalías en la inflexión de la voz, habla excesiva o limitada, falta de cohesión en la conversación, uso idiosincrático de palabras y patrones de lenguaje repetitivo (Artigas, 2000).

Precisamente, el lenguaje es el proceso cognitivo que se encuentra más afectado en los niños con Asperger, pero suelen alcanzar un funcionamiento adecuado, pues sus habilidades fonológicas, sintácticas y semánticas suelen estar conservadas, o incluso son superiores al promedio, porque tienen un amplio y sofisticado vocabulario; pero sus habilidades pragmáticas del lenguaje son las más alteradas, y terminan afectando su uso social por ser un tanto rígidos e idiosincráticos (Martín-Borreguero, 2005). En algunos casos, estas limitaciones en el lenguaje suelen asociarse con dificultades tanto verbales como no verbales del aprendizaje (Gavilán, Fournier, & Bernabeu, 2007). Sin embargo, con la estimulación adecuada, que se encuentra mediada por el nivel socioeconómico de la familia, estos niños suelen tener un ajuste bastante aceptable, pero siempre con apoyo psicológico, porque pueden tener ansiedad u otras alteraciones de orden afectivo (Araujo et al., 2012). Aquí también como en el autismo, se encuentran disfunciones en las neuronas espejo que intervienen en la empatía y la socialización. También se han reportado anomalías estructurales en el hipocampo, la amígdala, el cíngulo y el cerebelo, sobre todo en el hemisferio derecho (García, 2012).

Otro desorden que presenta alta comorbilidad con el TEA es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), ya que suelen presentarse problemas específicos de atención que si bien suelen ser más generales en el TDA-H, comprometen la focalización de la atención y la atención selectiva (Martos-Pérez, 2008). Asimismo, Ruggieri (2006) señala que situaciones de hiperalerta o de hipoalerta podrían ser consideradas posibles causas del autismo, y que la atención sostenida y reflexiva podrían mantenerse conservadas, pero con alteraciones en su orientación. Por otro lado, aunque el TDA-H y el TEA presentan criterios diagnósticos diferentes, un estudio meta-analítico reveló que alrededor del 35% de niños con TEA presenta comorbilidad con el TDA-H, y cuando esto ocurre, la gravedad del perfil clínico aumenta en comparación con el TDA-H o el TEA puros (Berenguer et al., 2015). En otro estudio se encontró que 74% de niños diagnosticados con TDA-H fueron posteriormente catalogados como niños con trastorno general del desarrollo, que presenta ciertas similitudes con el TEA (Ruggieri, 2006).

Entre los principales argumentos a favor de las concordancias entre el TEA con el TDA-H se tiene que entre el 50 y 72% de los factores genéticos son comunes al TEA y al TDA-H y las similitudes en el volumen del área gris del giro frontal inferior izquierdo en sujetos con TEA y TDA-H, así como anomalías compartidas en la conectividad de los ganglios basales (Mulas, & Roca, 2018). También se han reportado anomalías genéticas asociadas al TEA y al TDA-H en la codificación de las proteínas de las sinapsis, que tienen implicancias en la neuroplasticidad, el neurodesarrollo y la sinaptogénesis, relacionados con receptores de neurotransmisores como el glutamato y el GABA (Martínez-Morga et al., 2018). Otros argumentos tienen que ver con las alteraciones estructurales y funcionales del lóbulo prefrontal y el tratamiento farmacológico, pues aproximadamente el 20% de niños con TEA son prescritos con metilfenidato, que se emplea para el tratamiento del TDA-H, y el 46% de ellos responde adecuadamente a la medicación (Fernández-Jaén et al., 2013). Finalmente, también la “teoría de la mente” permite explicar algunos síntomas atencionales tanto del TEA como del TDA-H, como control inhibitorio, dificultades para autorregular la conducta planificada y flexibilidad cognitiva (Miranda-Casas et al., 2013).

Otros de desórdenes asociados al TEA son el síndrome X frágil (SXF), que es un trastorno genético derivado de la mutación del gen FMR1 ubicado en el extremo del brazo largo del cromosoma X. En ese sentido, muchas personas con SXF presentan rasgos autistas como el aleteo, las mordeduras, defensa táctil, lenguaje repetitivo o atípico, timidez y ansiedad social; y la

comorbilidad con el TEA alcanza al 6% de la población afectada (García-Nonell et al., 2006). El síndrome de Prader-Willi (SPW) presenta también similitudes con la sintomatología autista, especialmente en la falta de planificación, la ausencia de control de impulsos, desinhibición de respuestas inadecuadas, falta de flexibilidad de pensamiento y acción. Además, diversos estudios han indicado que el cromosoma 15 se encuentra afectado tanto en los TEA como en el SPW (Rossell-Raga, & Venegas-Venegas, 2006).

La epilepsia también se ha asociado con el autismo, pues diversos tipos de crisis epilépticas se han reportado en personas con el autismo, sobre todo, las crisis parciales complejas, espasmos infantiles, crisis atónicas, ausencias atípicas, y crisis tónico clónicas generalizadas. Asimismo, en los TEA se han descrito alteraciones epileptiformes en los electroencefalogramas de hasta un 72% de pacientes y alteraciones subclínicas hasta en un 31% de ellos. También hay que señalar que la tasa de epilepsia en el autismo es mayor que en cualquiera de los otros trastornos del neurodesarrollo. A ello se suma que algunas alteraciones genéticas son comunes a la epilepsia y el autismo, como las que afectan a los genes WNT2, FOXP2, ARX, SCN1A, SCN2A y genes del cromosoma 15 relacionados con los receptores del GABA (Muñoz et al., 2008).

### ***Tratamiento e intervención***

Dadas las explicaciones vertidas hasta aquí, debe tenerse claro que el autismo no se cura, y que el tratamiento pretende mejorar el desarrollo de ciertas áreas sociales, comunicativas, cognitivas y funcionales; así como un buen ajuste al medio en el que vive la persona con TEA. Asimismo, en los casos que ha habido una remisión de los síntomas, es altamente probable, que el diagnóstico haya estado mal dado y que no se trate de autismo (Artigas-Pallarés, & Paula-Pérez, 2016).

Dicho esto, en cuanto al tratamiento de los TEA, han sido muchas las terapias que se han aplicado a su tratamiento dado que son también múltiples los factores que intervienen en su etiología, pero pocas de ellas gozan de evidencia científica en cuanto a su efectividad. Asimismo, muchas de las terapias que han resultado efectivas han empleado muestras pequeñas (hasta de una sola persona) y métodos tan diversos, que hacen imposible su generalización en toda la población afectada por el autismo; más aún si se considera la amplia variabilidad sintomática y la comorbilidad, así como los métodos diagnósticos empleados en cada caso y el curso cambiante dentro del marco del desarrollo del niño y el adolescente. Por otro lado, existen sí, ciertos acuerdos sobre las terapias que no resultan efectivas, sino hasta contraproducentes. Entre estas tenemos que, los tratamientos menos efectivos son el método Doman-Delacato, el método de Irlen, las terapias psicoanalíticas, la terapia sacro-craneal, la terapia antimicótica, los suplementos dietéticos y vitamínicos, etc. (Fuentes et al., 2006).

En el lado opuesto, se tiene que las terapias más efectivas han resultado ser las de tipo cognitivo conductual. En ese sentido, el pionero en la aplicación de las terapias conductuales para el tratamiento del autismo fue Ivar Loovas, quien en 1987 desarrolló un método de intervención intensivo de 30 a 40 horas semanales basado en técnicas de modificación de conducta y reportó que el 47% de los casos tuvo una mejor adaptación a su contexto y un incremento en sus habilidades intelectuales (Loovas, 1987). Revisiones más recientes han encontrado que hay ciertas dificultades para replicar los resultados obtenidos por Loovas y que la eficacia de su tratamiento solo puede ser evidenciable en ciertas áreas del desarrollo, además de que no se pueden generalizar los resultados (Artigas-Pallarés, & Paula-Pérez, 2016).

Sin embargo, existen diversas variantes de los métodos conductuales que han reportado eficacia en el tratamiento del autismo. Uno de ellos es el entrenamiento de autodiscriminación condicional, que apunta a la transferencia de la práctica en habilidades de discriminación de estímulos en ambientes experimentales virtuales (que implican el uso de computadoras) hacia ambientes cotidianos, por medio de la aplicación de contingencias operantes. Este método ha sido aplicado en Colombia y demostrado eficacia que del 45% al 75%, según el caso (Pérez-Acosta et al., 2002). Otros tratamientos conductuales aplicados en países de América Latina como Chile se han basado en el Análisis del comportamiento aplicado y el modelo TEACCH. En el primer caso, se aplican reforzadores positivos o negativos, a medida que se superan ciertas dificultades de forma gradual, y se basa en las técnicas de modelamiento, extinción, encadenamiento y aproximaciones sucesivas para mejorar el lenguaje, la imitación, las habilidades del cuidado personal, la adquisición de habilidades sociales, académicas y de juego. En el segundo caso, el método TEACCH o de enseñanza estructurada incrementa las habilidades de comprensión y facilita el desenvolvimiento en el entorno más próximo de los niños con TEA. Se trata de prevenir la institucionalización innecesaria y promover la inclusión e integración en aulas de educación regular de niños con TEA. Este

método implica la evaluación minuciosa de cada caso la entrevista a los padres, la formulación de objetivos y el diseño individualizado del entrenamiento. Este método prioriza la estructuración física del entorno, de los tiempos, los sistemas de trabajo y la información con la que interactúa el niño en la escuela (Montalva et al., 2012).

En ese sentido, muchas terapias han sido especialmente diseñadas para ser trabajadas en la escuela, y han sido aplicadas sobre la base de evidencia empírica en España desde la década de 1970 hasta el nuevo milenio, con una predominancia de combinación de tratamientos psicológicos y biomédicos (Belinchón et al., 2010). Estos métodos pretenden mejorar la capacidad de aprendizaje de los niños con TEA en el colegio, para lo cual se centran en las habilidades sociales, la aplicación de técnicas lúdicas y cognitivo-conductuales. Algunas de estas intervenciones refuerzan las pautas de interacción sobre la base de la teoría de la mente y las teorías conductuales, de modo que el niño con TEA responda a los estímulos interpersonales tanto como receptor como emisor de mensajes (Williams, Pérez-González, Marilac, & Menéndez, 2005). Otros estudios en contextos escolarizados, aplican técnicas basadas en la enseñanza individualizada orientada a la mejora de habilidades sociales, cognitivas y académicas de forma integral. Ello comprende el entrenamiento en sistemas alternativos de comunicación con implicancias curriculares, pues se aplica por unidades o módulos de aprendizaje más o menos estructurados, dependiendo de su adaptación en cada caso. Las estrategias de aplicación incluyen por ello, la división de habilidades en metas simples, el uso de ayudas y apoyos, y la intervención de conductas inapropiadas; con una eficacia comprobada (Pérez-González, & Williams, 2005). También se han aplicado modelos de intervención netamente cognitivos, que mejoran las habilidades de atención, comunicación verbal y no verbal, juego y comprensión; que mejoran el juego simbólico y las estrategias de pensamiento (Paz, & Sineiro, 2006).

Un inconveniente de estas experiencias, es que aunque se reporta su eficacia, los casos que forman parte de la muestra son muy pocos, pues implican la intervención individualizada y porque demandan de profesores debidamente entrenados y capacitados en educación inclusiva, técnicas psicopedagógicas y los modelos teóricos sobre los que reposan los programas de entrenamiento (Silva et al., 2017).

Ahora bien, las técnicas cognitivas han puesto énfasis en aspectos sensoriales como en entrenamiento en integración auditiva, integración sensorial, el empleo de sistemas alternativos de comunicación y las interacciones sociales (Fuentes et al., 2006). Algunos modelos se centran en habilidades específicas como la comunicación. Por ejemplo, en Perú, Baquerizo (2013) reportó que tras la aplicación de criterios de intervención cognitiva y sistémica, en niños autistas con problemas en la comunicación verbal y no verbal, se obtuvieron mejoras en los aspectos formales y pragmáticos de la comunicación. Asimismo, en un estudio más reciente, reportó que la estimulación auditiva provocada del tronco encefálico tiene efectos favorables en la comunicación y disminuye el cociente de espectro autista (Baquerizo et al., 2017). El programa "More than words", que consta de ocho sesiones e implica conocer los estilos de aprendizaje y los estilos comunicativos, tanto de conductas verbales como no verbales para aumentar la interacción responsiva de los niños con TEA, ha sido aplicado con éxito en varias ocasiones, pero siempre con una muestra muy pequeña (Baixauli-Fortea et al., 2018). El uso de sistemas alternativos aumentativos de comunicación (SAAC) combina la palabra con apoyos visuales, y ha reportado mejoras en el lenguaje de los niños con TEA pero de forma heterogénea según el desarrollo cognitivo de cada niño tratado (Fortea-Sevilla et al., 2015).

También dentro de los modelos cognitivos, otros tratamientos se han focalizado en la teoría de la mente. Así, tras su aplicación en España en tres casos de niños con TEA, el programa de desarrollo cognitivo "componente ToM" aumentó las habilidades de reconocimiento facial de emociones básicas, tales como alegría, tristeza, sorpresa, ira, miedo y asco (Villanueva-Bonilla et al., 2016). En Cuba, también se han aplicado programas basados en la teoría de la mente y la teoría de la intersubjetividad, por medio de dispositivos virtuales y en contextos escolares, que tienen efectos positivos en las habilidades cognitivas y socioemocionales, aunque los resultados no son todavía concluyentes, por encontrarse en una fase piloto y experimental (Bejarano, 2018).

Otros tratamientos alternativos han probado cierta efectividad en los niños autistas como la musicoterapia que tras una revisión meta-analítica ha probado una mejora contrastada en aproximadamente 55% de los estudios incluidos (Calleja-Bautista et al., 2016). Asimismo, a través de la terapia asistida con delfines, debido los ultrasonidos que emiten, generan un efecto diferenciado de "esculpido" de las redes neuronales del cerebro en el TEA, con mejoras reportadas en la interacción

social y la comunicación, reduciendo además, los problemas de conducta, el estrés y la gravedad del autismo (Ortiz-Sánchez et al., 2018).

Por otro lado, dada la comorbilidad con la epilepsia, se ha probado la dieta cetogénica para mejorar las anomalías conductuales (estereotipias, rituales, etc.) y aumentar la interacción social, pero se ha reportado que solo en el 60% de los casos hay efectos positivos, mientras que el 40% restante no tolera la dieta (García-Peñas, 2016). En ese sentido, también se ha usado la hormona oxitocina para potenciar funciones neuromoduladoras del sistema nervioso central en niños con TEA, pues se ha observado que la supresión del gen que codifica el receptor de la oxitocina minimiza algunos síntomas característicos de las personas con TEA, logrando un aumento en los circuitos neuronales relacionados con la recompensa social y la teoría de la mente. Sin embargo, se debe administrar las dosis adecuadas para reducir los efectos secundarios como alergias, fatiga leve, dolor de cabeza o temblores en las piernas. Aquí también, las diferencias individuales son un factor que requiere de mayor consideración para evaluar de forma más concluyente los riesgos y beneficios de este tratamiento (Cachafeiro-Espino, & Vale-Martínez, 2015).

Finalmente, otros modelos de intervención incluyen a la familia como un componente esencial en la mejoría de los niños y adolescentes con TEA. En tal sentido, además de desarrollar programas individualizados, con técnicas y actividades basadas en evidencia, fomentando la adquisición de habilidades funcionales y en entornos naturales, la familia debe ser considerada como un agente activo en el proceso de enseñanza de los niños con TEA. Así pues, la participación de la familia tiene un importante peso en la eficiencia y la eficacia de los tratamientos aplicados porque se fortalece el vínculo entre el niño y el adulto y por ende, las experiencias interpersonales. Asimismo, entre las técnicas psicológicas que se aplican a nivel familiar se tienen el modelamiento, el *role playing*, las historias sociales y los guiones de conducta, la reestructuración cognitiva, los autorregistros y los contratos de conducta (Martos-Pérez, & Llorente-Comí, 2013). Además, existen programas especialmente diseñados para la intervención familiar como el programa *Hanen* de Canadá, el programa *Early Bird* de Reino Unido y el programa *Denver* de Estados Unidos, por mencionar algunos. Martos-Pérez et al. (2018) han reportado por ejemplo, que los niños pequeños con TEA que recibieron tratamiento basado en el programa Denver incrementaron de manera significativa su desarrollo cognitivo y sus habilidades adaptativas.

Este programa, tiene la ventaja de poder ser iniciado tempranamente con los padres aplicándose a razón de 20 a 25 horas semanales, previo entrenamiento con un terapeuta, y con efectos positivos probados en la mejora de habilidades de comunicación, cognitivas, adaptativas, y disminución de síntomas de autismo (Ruggieri, & Arberas, 2015). En ese sentido, los padres de niños con TEA son los primeros en detectar que algo anormal ocurre en su conducta y su desarrollo. De hecho, el 30% de los padres de niños con TEA sospechan del diagnóstico de sus hijos antes del primer año y el 80% antes de los dos años (Klin et al., 2015).

### **Estilos de crianza y conductas disruptivas en niños con TEA**

Los estilos de crianza, también conocidos como estilos parentales, o conductas parentales (Merino et al., 2004), refieren “una constelación de actitudes acerca del niño, que le son comunicadas y que crean un clima emocional en el que se ponen de manifiesto los comportamientos de los padres” (Franco, Pérez, & Pérez, 2014, p. 149). Este constructo fue originalmente propuesto por Baumrind (1967) como el conjunto de conductas que los padres asumen sobre el cuidado de sus hijos, distinguiendo inicialmente entre los estilos autoritario y autoritativo o democrático (Baumrind, 1968). El constructo va más allá de los deberes parentales y comprende las formas de interacción que los padres establecen con sus hijos, pero pueden tener también un sentido bidireccional, es decir, que la conducta de los hijos también influye en la de los padres; por lo tanto, puede ser un indicador adecuado de la calidad de las interacciones familiares (Dominguez et al., 2013).

Sin embargo, en un sentido estricto, los estilos de crianza se centran en los padres, que tienen la tarea de educar, guiar y orientar a sus hijos; mostrando y posibilitando una retroalimentación constante y adecuada durante el proceso evolutivo físico y mental de la persona, con el objetivo de potenciar y optimizar su desarrollo maduro (Capano, & Ubach, 2013). Los estilos parentales o de crianza, abarcan entonces, diversas funciones parentales, pero se focalizan en los roles educativos de los padres (Bersabé et al., 2001), y tienden a variar según sea el temperamento del niño (Ato et al., 2007), según se trate del padre o de la madre (Oliva et al., 2007), o según su contexto socioeconómico (Manrique et al., 2014), o según las creencias

que éstos tienen sobre la crianza de los hijos en diferentes etapas de su desarrollo (Solís-Cámara, & Díaz, 2007); las mismas que también están condicionadas por el contexto histórico y las concepciones de la familia, la crianza y el niño que varían de una época a otra (Bocanegra, 2007).

Por otro lado, la comunicación entre los padres, y de los padres para con los hijos, es fundamental para llevar a cabo un proceso de crianza satisfactorio y para crear un clima social familiar adecuado (Sobrino, 2008; Cruz, 2013), que tiene un efecto probado en la manifestación de conductas agresivas durante la niñez y la adolescencia (Matalinares et al., 2010). En ese sentido, los estilos de crianza se han asociado con diversas variables psicológicas que tienen que ver con el adecuado ajuste socioemocional de los hijos, tales como las habilidades sociales (Madueño et al., 2020), los estilos de afrontamiento (Caycho, 2016), y los niveles de felicidad (Caycho, Contreras, & Merino, 2016). Por ello, su estudio tiene vital relevancia en la formación de los niños y adolescentes y en la configuración armoniosa de las dinámicas familiares (Matalinares et al., 2014).

Así pues, se han formulado diversos modelos teóricos que explican y categorizan los estilos de crianza (Flores et al., 2003). Uno de los más difundidos es el modelo de Maccoby y Martin (citados por Merino, & Arndt, 2004), que distingue entre los estilos autoritativo, autoritario, indulgente y negligente. Estos estilos se sustentan en la combinación de las dimensiones ortogonales de control y afectividad, de modo que alto control y baja afectividad determinan un estilo de crianza autoritario, bajo control y alta afectividad determinan un estilo indulgente, bajo control y baja afectividad determinan un estilo negligente, y alto control y alta afectividad determinan un estilo autoritativo, también llamado democrático, pues implica una comunicación bidireccional entre padres e hijos.

Sobre la base de este modelo teórico, Steinberg desarrolla una prueba psicológica que evalúa los estilos de crianza con los cuatro estilos propuestos por Maccoby y Martin, pero considerando tres dimensiones, que según sus estudios serían control conductual, responsividad parental y autonomía psicológica (Steinberg, Elman, & Mounts, 1989). El control conductual se refiere al grado en que el padre es percibido como controlador o supervisor del comportamiento de los hijos. Ello supone que los padres establecen las normas, límites y sanciones, promueven el cumplimiento de deberes y tareas, dan seguimiento a las actividades que realizan sus hijos. La responsividad parental alude la dimensión de afectividad, que también se llama compromiso, y que evalúa el grado en que el niño percibe conductas de acercamiento emocional, sensibilidad e interés de sus padres. Dentro de esta dimensión el niño percibe el apoyo del padre y de la madre para con su crianza, la relación de confianza mutua con sus padres, y la calidad de tiempo que pasa con ellos. La dimensión de autonomía psicológica valora el grado en que los padres emplean estrategias democráticas, no coercitivas ni represivas, sino que respetan sus decisiones y alientan su autonomía, contribuyendo a fomentar el amor propio, la responsabilidad de sus acciones y a desarrollar competencias emocionales.

A su vez, estas dimensiones conforman cuatro estilos de crianza. El *estilo autoritativo* o democrático se caracteriza por dar una orientación racional y exigente con el cumplimiento de las normas, pero con calidez emocional, manteniendo altas expectativas en la formación de los hijos, monitoreando activamente su conducta, pero dándoles capacidad de decidir y consultar con los padres diversos aspectos de su vida. Por ello, combina alto compromiso, control conductual y autonomía psicológica. El *estilo autoritario* se caracteriza por imponer normas rígidas en el contexto formativo. Los padres con este estilo afirman su poder sin aceptar cuestionamientos, y se imponen mediante el uso de la fuerza física, la coerción y el castigo. Son altamente exigentes, demandantes y directivos, y no suelen mostrar expresiones afectivas, por ello, en este estilo se combina bajo compromiso y alto control conductual. El *estilo indulgente o permisivo* se caracteriza porque los padres permiten que los hijos regulen sus propias actividades con poca interferencia. Generalmente no imponen reglas y son más liberales con la crianza. Típicamente son cariñosos y bondadosos, dejando que los hijos tomen sus propias decisiones, sin necesidad de consultarles. En consecuencia, este estilo combina un alto compromiso y bajo control conductual. El *estilo negligente* se caracteriza porque los padres muestran poco o ningún compromiso con su rol parental. No ponen límites a sus hijos y carecen de respuestas afectivas o de control conductual. Este estilo combina bajo compromiso y bajo control conductual. Un quinto estilo llamado mixto, combina alto compromiso, alto control conductual y baja autonomía psicológica (Merino, & Arndt, 2004).

Para el caso de los niños con TEA es recomendable que los padres adopten un estilo de crianza autoritativo, pero como señala Bañas (2015), la presencia de un hijo con autismo en la familia no solo genera mayores demandas a los padres, sino

también momentos de crisis que pueden afectar la estabilidad familiar, y la percepción que tienen los padres de sus propias habilidades parentales (Bayot et al., 2005). En ese sentido, cuando en el núcleo familiar uno de sus integrantes muestra ciertas patologías que demandan mayor atención de los demás, esto afecta de forma significativa la interacción entre sus miembros. Particularmente, la convivencia con un hijo con TEA puede provocar depresión, sobre todo en el momento en que los padres se enteran del diagnóstico, lo cual afecta los estilos de crianza y puede desencadenar problemas familiares o conflictos entre los padres (Bañas, 2015; Martínez, & Bilbao, 2008).

Por otro lado, un niño con TEA en la familia también puede potenciar ciertas fortalezas emocionales en los padres y los otros miembros de la familia, que pueden disminuir el impacto del trastorno en la familia (Martínez, & Bilbao, 2008). Ello va a depender del apoyo mutuo entre los padres, la percepción de la familia y de sí mismos, los estilos de crianza que adopten y los recursos para el afrontamiento del estrés con que cuenten (Tanta-Luyo et al., 2019). Así pues, en el ambiente familiar debe imperar el respeto, el cariño, la comprensión y la paciencia; pero también las normas y los límites, sin dejar de lado la ayuda terapéutica y educativa. Estas fuentes de apoyo social permiten que la dinámica familiar pueda adaptarse a la responsabilidad de tener un niño con TEA y que éste se críe en un ambiente saludable y seguro.

En ese sentido, se debe tener presente que el tener con hijo con TEA, acarrea fuertes dosis de estrés parental y familiar, afectando la calidad de vida familiar, por lo que también se hace necesario instruir a la familia sobre técnicas de afrontamiento (Tanta-Luyo et al., 2019), ya que incluso en el Perú, se ha reportado que hasta un 30% de las madres de hijos con autismo presentan un estilo de afrontamiento evitativo, que suele ser un estilo negativo para la salud (Chávez, 2016). Además, se ha reportado que el estrés parental que experimentan los padres está fuertemente asociado a los problemas de comunicación que presentan los niños con TEA (Garrido et al., 2015). Entre las emociones negativas que vivencian los padres de niños con TEA se tiene el estrés, la ansiedad y la depresión, además de tener una notoria disminución de su bienestar psicológico y afectaciones tanto físicas como mentales (Fernández, & Espinoza, 2019). En Arequipa, Seperak (2016) reportó que las madres de niños con TEA con mayores niveles de resiliencia, sobre todo con mayor satisfacción personal y autoconfianza vivencian menos niveles de sobrecarga subjetiva.

En ese sentido, el involucramiento de los padres en el cuidado de los niños con TEA depende de diversos factores psicosociales, tales como sus habilidades personales, el apoyo que reciben, las características del niño, la influencia del trabajo, el nivel socioeconómico de la familia, factores sociodemográficos, las relaciones conyugales, etc. (Iusten et al., 2016). Asimismo, existen estudios que relacionan la crianza de los padres con el desarrollo de las funciones ejecutivas de los hijos, específicamente de niños con TEA, y se ha encontrado que cuando estos niños reciben de sus padres la estimulación adecuada, se fomentan sus capacidades cognitivas y se hacen más competentes para relacionarse con su entorno (Ventura et al., 2019).

Por el contrario, cuando existen problemas en la comunicación entre los niños con TEA y sus padres, suelen presentarse problemas de conducta. Los estilos parentales por ejemplo, se relacionan de manera diferenciada con los problemas de conducta. Así los estilos parentales autoritarios se asocian con conductas agresivas y violentas, o incluso acoso escolar en la escuela. Los problemas internalizantes de conducta no se han asociado de manera específica o exclusiva con determinados estilos parentales (Boonen et al., 2014). Además, la conducta de la madre en comparación con la del padre, suele ser más determinante en la manifestación de los problemas de conducta que presentan los niños con TEA (Maljaars et al., 2013). Hay que hacer notar que estos resultados, han sido reportados también en padres de hijos que no tienen TEA, por lo que, en general, el ser testigo de violencia entre los padres (Del Águila, 2015), el consumo de alcohol de los padres, los problemas socioeconómicos y la escasa habilidad para afrontar los estresores familiares (Bregado et al., 1999) son factores de riesgo que predicen los trastornos conductuales en los hijos.

En ese sentido, el cuidado parental durante la niñez es importante en relación con los estilos de crianza, ya que los estilos democráticos son los que orientan y corrigen al niño de forma pertinente, racional y mesurada (Chávez, & Vergara, 2018). Cuando esto no ocurre de forma adecuada, los hijos suelen manifestar diversos problemas de conducta, que pueden ser la antesala de un repertorio de comportamientos antisociales en la adultez (Angulo et al., 2010; Córdoba, 2014). Asimismo, los estilos autoritarios, que suelen asociarse con la violencia intrafamiliar, tienen efectos negativos en el desarrollo psicológico de los niños, y tienen manifestaciones diferenciadas entre varones y mujeres, pues mientras los primeros tienen problemas

externalizantes de conducta como impulsividad o agresividad, las niñas suelen tener problemas internalizantes de conducta como ansiedad y depresión (Sardinero et al., 1997; Maganto, & Garaigordobil, 2010). Por ello, es muy importante valorar los estilos parentales y los estilos de crianza de ambos padres como variables predisponentes de las conductas disruptivas, más aún si se trata de niños o adolescentes con TEA, que son más sensibles y que tienen afectadas las esferas cognitiva y socioemocional de su desarrollo psicológico.

Las conductas disruptivas, como constructo, tienen una larga tradición psiquiátrica y suelen relacionarse con el trastorno negativista desafiante (Vásquez et al., 2010a) y el trastorno de conducta disocial (Moral, & Pacheco, 2011; Pacheco, & Moral, 2010; Vásquez et al., 2010b), pero en términos genéricos han sido empleadas en contextos educativos para designar a estudiantes que no pueden adaptarse a las normas de convivencia en la escuela. Según Gordillo, Cahuana y Rivera (2016) se puede definir las conductas disruptivas como aquellas que “interrumpen el normal funcionamiento de la clase y perturban la convivencia por constituir transgresiones a normas establecidas” (p. 26).

En este tipo de conductas no puede dejar de considerarse a la familia, pues la forma de actuar del niño en la escuela es reflejo de su comportamiento en el núcleo familiar, y por tanto tiende a ser una muestra de la forma como los padres o cuidadores establecen normas y reglas para el desenvolvimiento del niño en su entorno familiar y social (Luengo, 2014). Además, es común encontrar niños que hacen berrinches y que tienen explosiones de ira, sin que ello implique una patología subyacente, pero también es cierto que estas conductas son más frecuentes antes de los tres años, cuando todavía no han iniciado su escolaridad (Rogel, 2017).

Dentro de las características que distinguen a los niños con conductas disruptivas se tiene que no siguen reglas, su comportamiento no es aceptado socialmente, presentan escaso autocontrol, generan emociones negativas en otros, tienen mal genio, no se integran bien con los demás, su desempeño escolar es bajo y presentan conductas agresivas o desafiantes (Luengo, 2014). Estas conductas pueden comenzar en el hogar, pero se hacen más evidentes en el contexto escolar cuando el niño entra en contacto con otros pares de su edad. En ese sentido, entre los factores de riesgo se tienen: 1) factores biológicos: género, bioquímica cerebral, dieta y niveles subclínicos de plomo, así como factores pre y perinatales; 2) factores personales: personalidad, distorsiones cognitivas, habilidades sociales, bajo desarrollo moral, pobre empatía y baja autoestima; 3) factores familiares: familias desintegradas, estilos educativos y psicopatología en los padres (García et al., 2011).

Las conductas disruptivas tienen además, dos rasgos que es importante describir: por un lado la conducta problemática que puede incluir impaciencia, aburrimiento, desobediencia, agresiones físicas y verbales, demanda de atención, dominio hacia los demás, destrozo de objetos, berrinches y falta de seguimiento de normas y reglas. Por otro lado, es también importante determinar la intensidad de estas conductas, en el entorno familiar, escolar y social del niño (Sepúlveda, 2013). Todo ello implica analizar de forma muy particular cada caso, recurriendo a especialistas para determinar las mejores estrategias de intervención, según las características psicológicas y familiares de los niños, tanto en la casa como en la escuela (Luengo, 2014).

En el caso de los niños con TEA, entre los 12 y 16 años, el 70% tiene un trastorno psiquiátrico asociado, siendo el más frecuente el trastorno de ansiedad; 85% tiene hiperactividad, el 74% tiene problemas de conducta y el 64% tiene problemas emocionales, caracterizados por labilidad emocional, cambios bruscos del estado del ánimo, excitabilidad e irritabilidad (Hervás, 2017). Además, el 30% de niños con TEA pueden presentar regresión en su comportamiento (Ruggieri, & Arberas, 2018). Asimismo, la problemática del TEA genera en los niños que lo padecen, sentimientos de soledad y exclusión social que repercuten en su calidad de vida (Baixauli-Fortea et al., 2017). En ese sentido, mientras las habilidades comunicacionales y cognitivas de los niños con TEA sean menores, van a presentar mayores problemas de adaptación y de conducta (Garrido et al., 2017).

Uno de los factores neuropsicológicos que podría explicar la conducta disruptiva en los niños con TEA, es la implicancia de las alteraciones de la corteza prefrontal y del sistema de las neuronas “espejo” que se activa durante tareas que suponen observación visual y ejecución de acciones, ya que estas comprenden a la circunvolución frontal inferior, la corteza premotora dorsal y ventral y las circunvoluciones parietales superior e inferior (Martínez-Sanchis, 2015). Otros mecanismos

neuropsicológicos implicados tienen que ver con la desregulación emocional, en la que median diferentes cogniciones asociadas a psicopatología emocional y conductual; ya que los pensamientos repetitivos y negativos producen un incremento de la emocionalidad negativa. Así pues, se han localizado dos circuitos neurales de la desregulación emocional: un circuito *bottom-up* que incluye el núcleo accumbens, la amígdala y el tálamo; y un circuito *top-down* que incluye la parte dorsal de la corteza cingulada anterior, la corteza orbitofrontal y la ínsula (Hervás, 2017).

Por otro lado, las conductas disruptivas de los niños con TEA se han asociado a su temperamento y su personalidad, ya que bajos puntajes en estabilidad emocional y extraversión se asocian con problemas internalizantes, pero niños con mayor extraversión presentan problemas externalizantes (Pauw et al., 2011). Además, en niños normales se ha reportado que los padres que con un estilo de crianza permisivo o negligente, que aplican baja disciplina, perciben mayor hiperactividad en sus hijos, conductas agresivas y menos habilidades sociales, ansiedad y somatizaciones (Franco et al., 2014). En los niños con TEA se ha reportado que los estilos de crianza con alto control se relacionan con altos niveles de ansiedad (Paula-Pérez, & Pérez, 2009), mientras que el no tener claras las figuras de autoridad parental se ha asociado con conductas disruptivas (Catacora, & Pachao, 2017).

También se ha visto que los cuidadores de los niños con TEA, que por lo general son los padres, tienen altos niveles de estrés (Seguí et al., 2008), sobre todo cuando, estos niños presentan comorbilidad psiquiátrica o multidiscapacidades, ya que ello implica una mayor sobrecarga en las funciones de cuidado y mayor agotamiento emocional por parte de los padres (Cahuana, 2016). Precisamente, un reciente estudio local reportó que aproximadamente el 97% de los cuidadores de niños con discapacidad presenta niveles moderados de síndrome de burnout, y que mientras las cuidadoras familiares obtienen puntajes más altos en agotamiento emocional, los cuidadores profesionales tienen puntajes más altos en baja realización personal (Arias et al., 2019).

Frente a las conductas disruptivas se han planteado diversas estrategias de intervención (Jurado, & Justiniano, 2015), y muchas de estas han probado tener cierta efectividad en los niños con TEA, como las técnicas de manejo del estrés y las estrategias lingüísticas para la autorregulación de la conducta (Hervás, 2017). Sin embargo, en muchos de los casos, se requiere de fármacos antipsicóticos, o metilfenidato, clonidina y clonacepam; aunque con menor efectividad se han usado también el propanodol y estabilizadores del estado del ánimo (Hervás, & Rueda, 2018).

En general, es fundamental tener un diagnóstico lo más temprano posible (Martos-Pérez, 2006), estableciendo la comorbilidad y los patrones conductuales que se exhiben en cada caso de TEA de forma particular (Hervás et al., 2017). Para ello, se debe hacer una historia clínica que comprenda aspectos funcionales del niño, la historia personal y familiar, el examen clínico mental, los antecedentes patológicos familiares, perinatales y postnatales, su desempeño escolar y su grado de adaptabilidad al medio (Rivière, 1988); así como evaluaciones psicológicas que permitan cuantificar la conducta problemática en la que se desea intervenir, investigando los antecedentes de dichas conductas y los factores desencadenantes, midiendo su frecuencia e intensidad, en la medida de lo posible (Hervás, & Rueda, 2018). También se puede incluir la evaluación de la funcionalidad familiar mediante diversas pruebas como el Apgar familiar (Castilla et al., 2014) o la Escala de Satisfacción Familiar (Arias et al., 2019).

En cuanto a la intervención, es necesario coordinar con los profesores el tratamiento que se va a seguir con estos niños, tanto en casa como en la escuela, ya que el 82% de niños con TEA requiere de adaptaciones educacionales (Hervás, & Rueda, 2018). En ese sentido, las técnicas de las historias sociales propuesta por Carol Gray ayudan mucho en el área conductual, ya que se basa en el uso de frases descriptivas, directivas, cooperativas, afirmativas y de control. El video modelaje es otra técnica muy usada y efectiva que implica la observación de modelos atractivos para los niños con TEA, quienes responden de forma adecuada ante diferentes situaciones, por medio de la interiorización de la conducta de los modelos. También se aplica con alto grado de efectividad, el entrenamiento de habilidades sociales y el role-playing, técnicas que son incluidas en el *Program for the Education and Enrichment of Relational Skills* (PEERS) (Baixauli-Fortea et al., 2017). Finalmente, si se tiene en cuenta las alteraciones sensoriales y las conductas repetitivas o estereotipadas de los niños con TEA, es necesario hacer adaptaciones ambientales, usar una estructura rutinaria, brindar ayudas visuales y monitorear su estado emocional dando instrucciones positivas (Hervás, & Rueda, 2018).

## Metodología

La presente, se trata de una investigación cualitativa tanto por las características de la muestra como por el tratamiento de la información. Este trabajo se desarrolla a un nivel asociativo (Ato et al., 2013), aunque comprende el nivel descriptivo, su propósito está orientado a valorar la interacción o interrelación entre las variables de estudio mediante el análisis cualitativo de los datos. El diseño de investigación adoptado es el de estudio de casos dentro de la categoría de estudios analíticos-explicativos según Canales, Alvarado y Pineda (1988).

### **Muestra**

Las unidades de análisis que componen la muestra están conformadas por los niños y niñas que asisten al Centro Psicoeducativo Juan Pablo II, ubicado en la ciudad de Arequipa, que suelen pertenecer a un nivel socioeconómico medio. Se tomó una muestra de nueve niños y una niña, que fueron seleccionados de manera no probabilística mediante la técnica de muestreo por cuotas (Hernández et al., 2010), según los siguientes criterios de inclusión: 1) que presenten diagnóstico de TEA, 2) haber sido evaluados y diagnosticados por un especialista, 3) obtener un puntaje que indique riesgo de TEA, sea medio o alto, mediante el CHAT, 4) de ambos sexos, 5) con edad entre 3 y 12 años, 6) previo consentimiento de los padres, el padre o la madre, y 7) que presenten conductas disruptivas según el criterio de los padres.

### **Técnicas e instrumentos**

Las técnicas de investigación que se aplicaron en esta investigación son la observación, la encuesta, la entrevista y la aplicación de pruebas psicológicas. Para evaluar las variables conductuales de los niños con TEA se aplicó el Modelo de Historia Clínica Psicoeducativa y Examen Clínico Mental de Julio Celada, el *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT) y el Inventario de Eyberg de Comportamiento en Niños. Para evaluar las variables familiares, a los padres se les aplicó la Escala de Satisfacción Familiar, la Escala de Estilos de Crianza, la Escala de Estrés Parental y la Escala de Afrontamiento en Padres de Hijos con Discapacidad.

El Modelo de *Historia Clínica Psicoeducativa y Examen Clínico Mental* de Julio Celada (1989) ha sido desarrollado con la finalidad de recabar datos clínicos de pacientes con afecciones psicológicas y neuropsiquiátricas. La Historia Clínica Psicoeducativa consta de datos generales, el motivo de consulta, la historia personal que comprende información sobre la gestación, el desarrollo psicológico (sensorial, motor, lenguaje, pensamiento, emociones, conducta social), desarrollo psicosexual, escolaridad, hábitos e intereses (alimentarios, de higiene, estudio, sueño y recreación), la historia familiar (composición familiar, antecedentes patológicos familiares, dinámica familiar, relaciones familiares) y rasgos de personalidad. El Examen Clínico Mental consta de datos de filiación, motivo de consulta, características del comportamiento (descripción física, conciencia y niveles de alerta, expresiones emocionales, motricidad y conductas sociales), procesos cognitivos (atención y concentración, procesos perceptuales, orientación espacio temporal, memoria, pensamiento y lenguaje, e inteligencia), procesos afectivos y actitudes sociales. Cada uno de estos instrumentos se aplican mediante la entrevista y la observación, con una duración aproximada de 45 minutos. Los padres y los niños son los informantes según sea el caso.

Para valorar el TEA se aplicó la Lista de Verificación para el Autismo en Niños Pequeños que es la versión en español de la *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT) (Baron-Cohen et al., 1992) que fue diseñado como una prueba de *screening* del TEA, y consta de 14 preguntas con respuestas dicotómicas (Sí y No), de las cuales, de la 1 a la 9 se hacen a los padres y de la 10 a la 14 pueden ser respondidas por los evaluadores. Un alto riesgo de padecer TEA viene dado por fallas en las preguntas 5, 1, 11, 12 y 13; mientras que un riesgo medio se determina por fallas en las preguntas 7 y 13 sin pertenecer al grupo de máximo riesgo. El riesgo bajo implica no ubicarse ni en el primer o el segundo grupo. La prueba ha sido validada para Perú por Hidalgo (2016), quien reportó una alta significancia con respecto a la validez de contenido de los ítems. También se calculó la validez concurrente con la prueba ADOS-2, obteniéndose un coeficiente de correlación moderado, y un índice de confiabilidad adecuado.

Para evaluar las conductas disruptivas se aplicó el *Inventario de Eyberg de Comportamiento en Niños* (Eyberg, 1990, citado por García et al., 2011) que consta de 36 ítems, con alternativas de respuesta en una escala de Likert de siete niveles (de nunca con puntaje 1 a siempre con puntaje 5). Tiene la finalidad de identificar la existencia de conductas disruptivas en niños de entre 2 y 12 años con TEA. La aplicación se realiza a los padres de familia y puede administrarse forma individual o grupal.

También se valora la intensidad de las conductas disruptivas en función del grado en que los padres reportan que estos son un problema mediante una escala dicotómica de respuesta (Sí como 1 y No como 0) para cada ítem. De este modo, puntuaciones inferiores o iguales a 124 indican normalidad, pero si superan este punto de corte indican una alta probabilidad de problemas de conducta. Para el caso de la intensidad, puntajes inferiores o iguales a 10 indican normalidad y superiores a 10 indican alerta.

La *Escala de Satisfacción Familiar* se aplicó para valorar la funcionalidad familiar. Esta escala fue desarrollada por Olson y Wilson (1982) y consta de 14 ítems, distribuidos en dos dimensiones: Cohesión mediante los ítems impares y Adaptabilidad mediante los ítems pares. Las alternativas de respuesta tienen cinco niveles en una escala tipo Likert, de modo que los valores extremos obtenidos por la sumatoria de los puntajes obtenidos en los ítems que componen cada dimensión, indicarían disfuncionalidad familiar. La prueba ha sido recientemente validada para Arequipa por Arias, Rivera, Laurie y Ceballos (2019), quienes obtuvieron adecuados índices de validez y confiabilidad.

Para evaluar los estilos de crianza se aplicó la *Escala de Estilos de Crianza de Steinberg* (1994, citado por Merino, & Arndt, 2004) que consta de 22 ítems que pueden ser administrados de forma individual o grupal, con el objetivo de identificar el tipo de crianza parental asociado a la adaptación de niños y adolescentes. Los ítems tienen cuatro opciones de respuesta en una escala Likert de la 1 a la 18: Muy de acuerdo (MA= 4), algo de acuerdo (AA= 3), algo desacuerdo (AD= 2) y Muy desacuerdo (MD= 1). Este instrumento está constituido por tres dimensiones establecidas como control conductual (ítems 19, 20, 21a, 21b, 21c, 22a, 22b, 22c), compromiso (ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15 y 17) y autonomía psicológica (ítems 2, 4, 5, 6, 10, 12, 14, 16 y 18). Para la calificación los puntajes se calculan de forma directa con la sumatoria simple de los ítems, mientras más alta sea la puntuación, es más alto el atributo que refleja. Los estilos de crianza autoritativo o democrático, negligente, autoritario, permisivo y mixto se determinan según la combinación de las dimensiones de compromiso, control conductual y autonomía psicológica.

Para la valoración del estrés parental se aplicó la *Escala de Estrés Parental* (Oronoz et al., 2007) que consta de 17 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas (Totalmente de acuerdo, 5; de acuerdo, 4; Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 3; En desacuerdo, 2; Totalmente en desacuerdo, 1), de modo que mientras más alto sea el puntaje mayor es el nivel de estrés parental. La prueba cuenta con adecuados niveles de validez y confiabilidad obtenidos mediante análisis factorial y métodos de consistencia interna, respectivamente.

Finalmente, para valorar el Afrontamiento al estrés de los padres de niños con TEA se aplicó la *Escala de Afrontamiento en Padres de Hijos con Discapacidad* que fue creada por Tanta, Qusipe, Cerpa y Ardiles (2019) en Lima. Esta prueba cuenta con 10 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de tres niveles (Nunca, Algunas veces y Casi siempre) que evalúa el afrontamiento centrado en el problema. Su validez fue obtenida mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio con buenos índices de bondad de ajuste, mientras que la confiabilidad se calculó mediante los métodos de consistencia interna y la prueba Omega de McDonald ( $\omega = .79$ ).

### **Procedimientos y análisis de datos**

En primer lugar, se procedió a solicitar los permisos correspondientes ante las autoridades del Centro Psicoeducativo Juan Pablo II de Arequipa, para los cual se expusieron los objetivos y métodos del estudio a sus directivos. Una vez obtenida la autorización se coordinaron las fechas para las entrevistas con los padres de familia, además de las evaluaciones a los menores que fueron escogidos según los criterios de inclusión y las técnicas de muestreo expuestas líneas arriba.

A los padres cuyos hijos fueron seleccionados, se les explicaron los objetivos de la investigación garantizando la confidencialidad de la data recogida, de modo que los que accedieron a participar firmaron un consentimiento informado de acuerdo a los aspectos éticos de investigación. Los instrumentos fueron administrados a los padres que accedieron a participar en el estudio, mientras se entrevistó y observó la conducta de los hijos. Los datos fueron recogidos entre los meses de setiembre y noviembre del año 2020.

Dado que se trata de un estudio cualitativo los datos fueron organizados en una matriz según los criterios de calificación e interpretación de los datos de cada instrumento aplicado. Se aplicó además, un análisis de contenido para valorar las regularidades entre la información recabada, que fue presentada de forma casuística en cada caso, para luego establecer patrones que pudieran surgir del análisis.

## Resultados

En este acápite vamos a revisar los datos recabados a través de la historia clínica, la entrevista y la aplicación de pruebas psicológicas que valoran las variables de estudio funcionalidad familiar, estilos de crianza, estrés parental, afrontamiento al estrés de padres con niños con discapacidad y comportamiento de los niños con TEA; con la finalidad de establecer ciertas regularidades en los patrones de crianza de los padres de niños con TEA durante la pandemia por Covid-19.

En ese sentido, primero se van a presentar los diez casos evaluados, para lo cual se van a utilizar iniciales de los nombres para proteger los datos de los niños y niñas que formaron parte del estudio. Seguidamente, se van a analizar los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas y los diagnósticos que ofrecen cada una de ellas. Ello derivará en la interrelación de los datos según el modelo de Canales et al. (1988), que supone un análisis cualitativo de los resultados.

### **Casuística**

#### **CASO 1: TMQR**

Menor de sexo masculino que nació el 17 de febrero de 2016, a la fecha de la evaluación presenta una edad de 4 años y 8 meses. El embarazo no tuvo ningún problema, registrando un peso de 3,400 Kg y una talla de 53 cm al momento del parto. Su puntaje del APGAR fue de 9. La madre comentó que sintió estrés al momento de enterarse del embarazo porque estaba estudiando y trabajando, pero aceptó su embarazo junto con la pareja. La edad de la madre al momento de embarazarse era de 22 años y la duración del parto fue de nueve meses. El padre es mecánico industrial (Edad: 27 a.) y la madre administradora (Edad: 27 a.). El desarrollo sensorial del niño fue normal, pero mostraba sensibilidad al momento de cortar las uñas o el cabello, y le molestaban mucho las etiquetas de las prendas de vestir que le ponían. Su desarrollo motor fue también normal, pues levantó la cabeza entre los 2 y 3 meses, se sentó a los seis meses, gateó a los siete meses, caminó al año y dos meses, y controló los esfínteres a los 4 años aproximadamente. Se reporta que el niño aletea y le gusta girar de forma repetitiva. Actualmente le cuesta pedalear el triciclo, pero salta y corre bien. En cuanto al desarrollo del lenguaje, los balbuceos se produjeron entre los 5 y 6 meses, sus primeras palabras se dieron a los 4 años y un año después tuvo el lenguaje fraseado. Aún tiene dificultades para formar oraciones, pero sigue instrucciones desde los 3 años, habla poco y utiliza frases cortas. Presenta retraso en su comunicación, pero mejora lentamente. Le gusta clasificar los objetos, jugar con agua, ver televisión y comer dulces. Emocionalmente, es tranquilo, es muy risueño y llora cuando se asusta. A veces aprieta cosas cuando se sobrecarga de alegría y le cuesta hacer caso a la primera orden que se le da. No interactúa adecuadamente con los demás, no saluda y si necesita algo simplemente lo toma. Se reconoce como varón y suele tocarse o frotarse sus genitales con cierta frecuencia. Ha recibido terapias individuales y grupales desde los dos años. Actualmente lleva clases virtuales, pues el año 2020 comenzó su escolaridad pero sus clases presenciales se interrumpieron por la cuarentena decretada en marzo. Reconoce algunas letras y le va bien en grafomotricidad. Tiene buen apetito pero no come fruta. Pide ayuda para hacer sus necesidades excretoras pues ya no usa pañal. Le gusta bañarse y que le laven las manos. Duerme tarde en la noche, aproximadamente a las 12 am. Pero hace sonidos cuando duerme, y no hace siesta durante el día. Le gusta jugar con sus juguetes, salir a pasear y caminar. Vive con su familia extendida por parte de la madre, el padre lo visita y suele discutir con la madre, según se reporta, porque ambos padres tienen temperamento fuerte. No se han registrado antecedentes patológicos familiares por parte del padre ni de la madre. También se presentan problemas en la relación de la madre y la abuela materna, lo que afecta la crianza del niño, porque la abuela lo sobreprotege.

#### **CASO 2: TSGB**

Niño de seis años y tres meses al momento de la evaluación, nació el 27 de julio de 2014. El embarazo no presentó problemas, el niño nació por cesárea a los nueve meses con un puntaje Apgar de 9, un peso de 3,550 Kg y 53 cm. El embarazo fue planificado y la madre estuvo muy feliz cuando se enteró que iba a tener un hijo. El padre es comerciante mayorista (Edad: 42 a.) y la madre es economista (Edad: 38 a.). Los dos psicólogos que le han evaluado concuerdan que el menor tiene autismo. Su desarrollo sensorial ha sido normal, pero es muy sensible cuando le cepillan los dientes, cuando le cortan las

uñas y el cabello. También le molestan los ruidos fuertes, y tiene baja recepción de los estímulos dolorosos, por ejemplo, cuando se golpea la cabeza al hacer berrinches, que suelen ser frecuentes. Su desarrollo motor ha sido un poco lento: a los 4 meses levantó la cabeza, se sentó a los seis meses, gateó al año y 4 meses, dos meses después comenzó a caminar, pero aún no controla los esfínteres. Actualmente, suele balancearse y presenta torpeza motora, camina arrastrando los pies. Salta, corre y trepa con normalidad. En cuanto al lenguaje, sus balbuceos se dieron al final del primer año, sus primeras palabras se dieron a los 2 años, no dice oraciones ni frases, solo pronuncia palabras cortas y sigue las órdenes que se le indican. Le gusta pintar los dibujos que le hace su madre. Está en inicial de cinco años, pero no le gusta hacer las tareas. Se pasa el tiempo haciendo garabatos y le gusta apilar cosas. Presenta fuertes cambios de humor cuando no le dejan hacer lo que quiere, llora, grita y no se calma fácilmente, sobre todo cuando le quitan el celular. Generalmente juega solo y no involucra a los demás cuando hace algo, le quita las cosas a su hermano. No le gusta que lo besen o abracen, y mantiene su distancia todo el tiempo. No discrimina entre niños y niñas, cuando se le acercan los niños, se escapa. Se toca los genitales cuando lo cambian y se pasa tiempo autoestimulándose. Asistió al jardín desde los tres años pero no tuvo un rendimiento adecuado en la escuela, pues no atendía a la maestra y no hacía las tareas o actividades que le asignaban. La maestra lo dejaba de lado, y actualmente no está escolarizado debido a la pandemia. Come sus alimentos en sus horas y tiene buen apetito. Usa pañal y no le gusta lavarse la cara o mojarse el cabello, actualmente está entrenándose para dejar el pañal. Su horario de dormir es fijo, duerme de 8 pm a 6 am y rara vez se despierta en la madrugada. El niño vive con sus padres, su hermano y sus abuelos paternos y dos tíos. Los padres están casados y su familia es extendida. De parte de la madre tiene un primo de 15 años que tiene síndrome de Asperger, y otros dos primos con TEA. El hermano de la madre tiene retardo mental y por parte del padre no se registran antecedentes patológicos familiares. Todos en la casa se llevan bien, juega mucho con su papá y su mamá se encarga de ayudarlo a hacer tareas. Con su padre es obediente, pero con su madre hace berrinches constantes. El padre no acepta el diagnóstico, dice que es normal y no participa de las terapias, desanimando a la madre de que asista a las sesiones terapéuticas. El niño es cariñoso y se le engríe mucho en casa, pero cuando se enoja se golpea.

### **CASO 3: MSCD**

Niño de tres años y cinco meses, nacido el 4 de mayo de 2017. No fue planificado de modo que a los padres les afectó la noticia cuando se enteraron del embarazo de la madre, sobre todo la abuela paterna, ya que los padres del menor tuvieron que retrasar sus estudios profesionales. Durante el embarazo, surgieron complicaciones con la salud de la madre, ya que tuvo riesgo de preclamsia, se le subió la presión, padecía de muchas náuseas y el parto se adelantó una semana. De hecho, no pensaron que estaba embarazada sino que tenía gastritis, además, la madre tenía ovario poliquístico. El niño nació pesando 3,200 Kg con 45 cm de talla, su puntaje Apgar fue de 9. El padre estudia la carrera de Administración (Edad: 27 a.) y la madre se dedica a las ventas (Edad: 26 a.). Su desarrollo sensorial fue normal, pero no acepta con facilidad nuevos sabores en su dieta regular. Tampoco le gusta que le corten las uñas o el cabello, que le peinen o que le cepillen los dientes. No le gusta que le cambien de ropa debido a que es muy sensible al tacto. El niño le tiene miedo a ciertos animales como lobos, osos o dinosaurios, ya que le generan llanto y temor. También le asustan los sonidos fuertes como el ruido de la licuadora o el taladro. Su desarrollo motor fue normal: alzó la cabeza a los 3 meses, se sentó a los siete meses, gateó a los ocho meses, caminó al año pero todavía no controla esfínteres. Su desarrollo del lenguaje ha estado retrasado, pues sus balbuceos se dieron entre los 7 y 8 meses, sus primeras palabras las pronunció a los tres años y todavía no tiene lenguaje fraseado ni dice oraciones. Sigue instrucciones simples desde los 3 años, comprende casi todo lo que se le dice, pero no habla. Canta canciones y sabe el abecedario completo y los números del 1 al 20, debido a que asistió al nido desde los 2 años. No hace contacto visual cuando se comunica, que es por lo general, mediante señales. Le gusta jugar con sus juguetes y se la pasa observándolos, le gusta garabatear cuadernos, pero le disgusta que lo interrumpen cuando está haciendo cosas que le agradan. Es muy pensativo, a veces está tranquilo y otras muy inquieto. No suele sonreír y casi no expresa sus emociones. Solo se relaciona con sus padres pero está aprendiendo a desapegarse de ellos, aunque la madre todavía de la pecho cuando el niño se lo pide. No reconoce las diferencias entre los sexos pero le llaman la atención las niñas, se avergüenza y se esconde cuando las ve. Se toca los genitales cuando le cambian el pañal o cuando lo bañan, otras veces busca sus genitales dentro del pañal. Debido a la pandemia no fue matriculado el año 2020 en el nido. No tiene horario definido para comer y no acepta fácilmente lo que se le prepara, puede pasarse varios días comiendo lo mismo, hasta que se aburre de eso, y come otra cosa durante varios días, y así sucesivamente. No le gusta hacer tareas, solo jugar y pintar lo que guste con témperas. Duerme bien durante la noche, pero se levanta una o dos veces para lactar. Le gusta mucho el celular y se pone irritable cuando se lo quitan. Su familia es extendida y vive en casa de la familia paterna. Por parte del padre tiene un primo con discapacidad intelectual y por parte de la madre otro primo con síndrome de Asperger. El niño pasa la mayor parte del tiempo con la

madre y se la pasan bien juntos. La abuela paterna es muy controladora e interfiere en la crianza del niño, provocando a veces discusiones entre los padres.

#### **CASO 4: JVC**

Niño de 8 años y cinco meses, nacido el 17 de mayo de 2012 por medio de cesárea, debido a que la madre tuvo una labor de parto muy prolongada. El niño tuvo un peso de 3,500 Kg y una talla de 45 cm, con un puntaje Apgar de 9. El embarazo no fue planificado pero el niño fue deseado y bienvenido. El padre es técnico de soldadura (Edad: 32 a.) y la madre es ama de casa (Edad: 27 a.). No presenta impedimentos sensoriales, pero sí presenta un desarrollo atípico. Todos los olores, por ejemplo, los percibe como agradables, pero no le gustan las frutas. No le gusta embarrarse y tiene temor a los sonidos fuertes. Percibe el peligro, pero no prevé el peligro cuando va a cruzar la calle si no hay semáforo. Su desarrollo motor ha sido normal, pues levantó la cabeza a los 4 meses, se sentó a los 8 meses, gateó al año y caminó al año y dos meses, controló sus esfínteres a los tres años y medio. Su desarrollo del lenguaje ha tenido retrasos: balbuceó a los 6 meses, sus primeras palabras las pronunció a los dos años y medio, y su lenguaje fraseado a los 4 años. Actualmente pronuncia mejor las palabras y comprende todo lo que se le dice, pero sus expresiones orales son poco elaboradas. Le gusta jugar con juegos de mesa, sobre todo rompecabezas y ludo, así como jugar con sus carritos. Emocionalmente, la cuarentena le ha generado mucho estrés, porque no podía salir, estaba aburrido y caminaba de un lado a otro. Ha estado lábil emocionalmente y lloraba un poco. Se le explicaba que debido a la pandemia debía estar con su familia en casa, y entendía las circunstancias, pero igual le afectaba no poder salir. Al coronavirus le llama "cucuchis". Cabe mencionar que antes de la pandemia estaba más tranquilo, pero no le gustaba hacer las tareas del colegio, teniendo una conducta difícil los primeros años que asistió al colegio. Hacía berrinches y solo podía tolerar tres horas de clase diarias. Lo que menos le gustaba eran las clases de matemática y le cuesta trabajo escribir porque no le gusta. No le gusta hacer las tareas en casa, pero las hace con la ayuda de la madre. La mayor parte del tiempo es educado, saluda cuando lo saludan y dice gracias, pero a veces hay que recordárselo. Es muy cariñoso con sus conocidos y con los desconocidos. No le gustaba ir a sus sesiones de tratamiento psicológico y gritaba tan fuerte que se le escuchaba una cuadra antes de llegar al centro de terapia. Se reconoce como varón y distingue al sexo opuesto. Cuando se baña suele tocarse los genitales. Tiene buen apetito y come todos sus alimentos, pero se ensucia mucho cuando come. Se asea solo y se asiste cuando va al baño. Duerme toda la noche desde las 9 pm hasta el día siguiente. Su familia es nuclear y vive con sus padres, no tiene hermanos. Ni el padre ni la madre tienen antecedentes patológicos familiares. La madre suele ser más firme y el padre más permisivo. Hay una buena dinámica familiar y casi nunca hay discusiones. Es muy solitario, pero puede relacionarse mejor con los adultos, que con los niños.

#### **CASO 5: JACH**

Niño de 8 años y once meses de edad al momento de la evaluación. Nació el 3 de noviembre del 2011. La gestación fue normal y el parto se dio por cesárea ya que la madre estuvo en labor de parto todo un día. Nació pesando 4,400 Kg y con 54 cm de talla, su puntaje Apgar fue de 9. El embarazo no fue planificado pero ambos padres recibieron la noticia con alegría. El padre es obrero (Edad: 37 a.) y la madre es ama de casa (Edad: 34 a.). Un neuropediatra le diagnosticó con autismo. Su desarrollo sensorial no presenta impedimentos, pero es muy sensible cuando le cortan el cabello o las uñas. Los ruidos fuertes le asustan la igual que la oscuridad. Su desarrollo motor fue normal: levantó la cabeza a los 2 meses, se sentó a los cinco meses, gateó a los seis meses y dio sus primeros pasos al año, pero el control de esfínteres se dio a los 4 años. Actualmente camina, corre y salta con normalidad. Su desarrollo del lenguaje presentó ciertos retrasos, su balbuceo fue constante durante el primer año, a los dos años decía cinco palabras y a los 4 años pudo hablar en frases, al año siguiente fue capaz de construir oraciones. Actualmente habla más claro, pero no es de conversar mucho. Le gusta alinear cosas, salir al parque y ver televisión. Al principio de la pandemia estaba aburrido, irritable y lloraba de cualquier cosa. Ahora se ha acostumbrado a no salir de casa, ya no hace berrinches, pero no le gusta el cambio, se apegaba a sus rutinas. Socializa correctamente, pero disfruta más de estar solo, no le gusta jugar con otros niños. Se reconoce como varón y diferencia entre niños y niñas. En el colegio le va bien, hace sus tareas y lee, pero le cuesta hacer el dictado al ritmo de sus compañeros. Su adaptación al colegio, sin embargo, fue progresiva. Al principio le chocó mucho. Tiene buen apetito y si tiene hambre pide de comer. Se baña solo pero no lo hace bien del todo. Se cepilla los dientes y se lava la cara, pero a veces necesita ayuda para limpiarse cuando defeca. Tiene un horario fijo para hacer sus cosas, se levanta muy temprano, a veces de madrugada. Con la pandemia se ha acostumbrado a dormir más tarde y levantarse más tarde. Le gustan los animales. Su familia es extendida y el padre trabaja fuera, está en la casa cada dos semanas. La convivencia familiar es armoniosa entre todos los que viven en la

casa. No se han registrado antecedentes patológicos familiares por parte del padre ni de la madre. Es cariñoso, da besos y abrazos, y es colaborador con todos, cumple ciertas funciones en la casa por encargo de la madre.

#### **CASO 6: KIB**

Niño de 3 años y seis meses nacidos de parto eutócico el 5 de abril de 2017. El embarazo no presentó ningún problema, pero tomó líquido amniótico al nacer y como consecuencia tuvo problemas respiratorios. Su peso fue de 3,300 Kg y su talla de 45 cm. Obtuvo un puntaje Apgar de 9, no fue planificado pero la noticia del embarazo fue bien recibida por los padres. El padre es técnico industrial (Edad: 40 a.) y la madre es secretaria (Edad: 38 a.). Recibió el diagnóstico de autismo moderado por un neurólogo. Su desarrollo sensorial no presenta impedimentos, pero es muy sensible al tacto, no acepta texturas ásperas en su cuerpo y tampoco le gustan los ruidos fuertes. Tiene baja recepción de dolor, bajo tono muscular y se lastima a sí mismo. Su desarrollo motor presenta retraso pues levantó la cabeza a los 3 meses, se sentó a los 6 meses, gateó a los 12 meses, caminó a los dos años y no controla esfínteres. Su lenguaje presenta retrasos más marcados, ya que sus primeras palabras las dijo a los 3 años, y aún no se expresa con lenguaje fraseado. Le gusta escuchar ciertas canciones, que suelen llevarlo al ensimismamiento. Le gustan los animales y los objetos con luces. También le gusta ver cuentos y que le verbalicen lo que señala. Disfruta de pintar con plumones. Emocionalmente es pasivo y tranquilo, casi siempre está de buen humor y no hace berrinches. Cuando le quitan el celular se golpea la frente. Generalmente juega solo sin involucrar a los demás, no saluda y no mira a los ojos, pero con la madre su relación es más próxima. Le gusta los abrazos y que le hagan cosquillas, o que lo carguen. No se reconoce como varón y tiende a autoestimularse en el piso, cuando la madre se da cuenta lo distrae con otra cosa. Asistió a los dos años al nido como alumno libre, pero el año 2020, debido a la pandemia no ha llevado clases. Cuando asistía al nido, a veces trabajaba y lograba sentarse por periodos cortos, pero siempre permanecía solo. Le gustan las letras, las figuras y los cuentos. Su desayuno y almuerzo los recibe a la misma hora, pero solo a veces cena. Su apetito es normal, pero hay alimentos que no come, aunque tenga hambre. Le gusta cepillarse los dientes y que le peinen, pero suele ensuciarse mucho y no se preocupa por ello. Su horario de dormir es fijo y a veces se levanta de madrugada llorando, pero luego se queda dormido. Le gusta jugar dentro de casa, correr y jugar con la pelota. Antes salía al parque para jugar en el resbalón o los columpios, pero ahora no sale para nada. Sin embargo, ello no parece afectarle mucho. Su familia es extendida, dos familias comparten la vivienda. El niño vive con su madre, su hermano menor, sus tíos y sus primos. Un sobrino de cuatro años del padre tiene TEA. El niño permanece bajo el cuidado de la abuela la mayor parte del tiempo mientras la madre trabaja. El padre no vive con ellos, y el menor tiene un hermano paterno de 14 meses. Todos los miembros de la familia con quienes vive son tranquilos, les gusta estar juntos y no presentan conflictos familiares. Le gusta tener en orden sus cosas, luego de que juega las pone de nuevo en su sitio.

#### **CASO 7: JMHH**

Niño de 6 años y siete meses, nacido el 14 de marzo de 2014. Fue diagnosticado con autismo a los 4 años. El embarazo no registró problemas y el parto fue normal, nació con un peso de 3,350 Kg y una talla de 49 cm, su puntaje Apgar fue de 9. El embarazo no fue planificado, pero fue bien recibido. El padre es docente (Edad: 45 a.) y la madre es ama de casa (Edad: 40 a.). Su desarrollo sensorial no presenta impedimentos, pero tiene ciertos rasgos atípicos, pues le gusta oler todo, especialmente las flores; la oscuridad le asusta y grita, no le gusta que le toquen la cara o que le pongan cremas, pero sí acepta que le corten las uñas y el cabello, aunque al principio le costaba. Su desarrollo motor está dentro de lo normal: levantó la cabeza a los dos meses, se sentó a los 4 meses, gateó a los seis meses, caminó al año y cuatro meses y controló esfínteres a los cuatro años. Actualmente usa patineta, scooter, juega con pelota, controla su cuerpo y tiene buen equilibrio. El desarrollo del lenguaje sí presenta retrasos: sus balbuceos fueron constantes durante el primer año, sus primeras palabras las dijo a los cuatro años y las frases 10 meses después. Las oraciones las pronunció a los cinco años, pero a los cuatro años ya seguía indicaciones. Sin embargo, cuando le dan instrucciones complejas se confunde y ahora está hablando un poco más. Le gustan las imágenes, sobre todo de animales, a los que clasifica por sus sonidos. También le gustan los rompecabezas y usar el celular, si se lo quitan se pone ansioso. Siempre muerde los lápices. Durante la pandemia ha cambiado, pues según refiere la madre era más alegre, ahora está de mal humor, llora de la nada y quiere salir al parque. Dice que le duele algo como pretexto para no hacer sus tareas. Generalmente juega solo sin involucrar a alguien más. Da abrazos fuertes y besos a otros niños, y a todos les dice "primos". Se quejan de que les estruja fuertemente. Se reconoce como varón y distingue a las niñas como del sexo opuesto. Se toca los genitales cuando se cambia de ropa, pero cuando le dicen que deje de hacerlo obedece. Su escolarización fue difícil ya que lloraba descontroladamente, y se iba corriendo de salón en salón. No sigue las consignas, pero si tiene alguien para guiarlo trabaja mejor. A veces come mucho y otras no, come cuando quiere, le gusta

mucho la tortilla de huevo y le dice “pizza”. Cuando come se ensucia mucho. Se lava las manos, pero necesita ayuda para limpiarse cuando defeca. Estuvo en el colegio hasta junio del año 2020, le gusta dibujar animales, pero no hacer las tareas. Con la pandemia sus rutinas han cambiado, pero igual ayuda un poco en la casa colocando en orden las cosas. Generalmente duerme a las 9 o 10 de la noche, le gusta dormir destapado y a veces se levanta en la madrugada, pero casi siempre se queda dormido poco después. No le gusta que le quiten el celular, pues hace sus rabietas y se tira al piso. También juega con sus juguetes. Su familia es nuclear, vive con sus padres, es hijo único y sus padres están casados, la condición socioeconómica de la familia es media baja. No presenta antecedentes familiares patológicos. El niño permanece con la madre la mayor parte del tiempo, y los padres se ponen de acuerdo para controlar su conducta. El carácter de los padres es suave y se llevan bien, tienen una relación familiar armoniosa. Suelen jugar juntos aménamente. El niño es muy servicial y cariñoso, pero también muy inquieto.

#### **CASO 8: FMV**

Niño de 8 años y tres meses, nacido el 23 de julio de 2012 por cesárea. La madre presentó depresión durante el embarazo e infección urinaria que implicó tomar medicación. Durante el parto hubo sufrimiento fetal y el neonato tuvo que permanecer en la incubadora por medio día. Su peso fue de 3,250 Kg, la talla de 49 cm y su puntaje Apgar fue de 8. El embarazo no fue planificado, pues es el tercer hijo de la madre y ésta ya no quería tener más hijos. Sin embargo, el niño fue aceptado por el esposo y los hermanos, pero la madre le tenía cierto rechazo, motivo por el cual requirió de psicoterapia. El padre es obrero (Edad: 39 a.) y la madre trabaja de forma independiente (Edad: 39 a.). Su desarrollo sensorial no presenta impedimentos, pero le asustan las cosas coloridas y los ruidos fuertes. Su olfato es muy sensible al igual que su tacto, ya que no le gusta que le toquen el rostro, que le echen cremas o que le corten el cabello. Su desarrollo motor ha sido normal: levantó la cabeza a los dos meses, se sentó al quinto mes y gateó al sexto, caminó al año y dos meses y controló esfínteres a los dos años aproximadamente. Su desarrollo del lenguaje ha sido prácticamente normal: habló al año, su lenguaje fraseado a los dos años y las oraciones a los tres años. Sin embargo, sigue instrucciones desde los cuatro años y su pronunciación era defectuosa, motivo por el cual recibió terapia del lenguaje. Aunque ahora se expresa sin problemas, a veces tiene formas peculiares de decir las palabras, por ejemplo, pronuncia palabras que no existen y les da significado. Le gustan mucho los animales y cuida sus mascotas. Emocionalmente es tranquilo, tiende a hacer las cosas “a su manera”, y cuando se emociona se estresa mucho y entonces se golpea la cabeza. Le pregunta a su mamá “¿qué me pasa?”. También se frustra y se irrita con facilidad, es muy sensible y llora rápido. Cuando algo no le sale bien se da golpecitos en la sien y dice que no le duele. Es generalmente cortés y educado, es cariñoso y se pega rápidamente a las personas. Juega más con niños que con niñas. Se reconoce como varón y distingue ciertos roles propiamente masculinos como en los juegos que realiza. Se adaptó rápido al colegio, pero es muy distraído. No le gusta hacer tareas. No le gusta comer, pero come fruta. Se asea solo, pero hay que recordarle que lo haga. No tiene problemas de sueño, pero con la pandemia se acuesta tarde. Se recrea armando y desarmando cosas, le gusta cuidar a sus mascotas y le gustaba salir, pero durante la pandemia se ha quedado en casa. La familia es nuclear, el niño vive con sus padres y su hermana de doce años. Tiene otra hermana mayor, pero radica en Lima. No registra antecedentes patológicos familiares y la familia suele desenvolverse armoniosamente casi siempre, juega con su hermana y es bromista. El padre suele ser más tajante que la madre, y cuando hay discusiones entre los padres, el niño se asusta.

#### **CASO 9: AJCSC**

Niño de 9 años y tres meses, nacido el 31 de julio de 2011 de parto normal. Durante el embarazo la madre tuvo un susto fuerte debido a un perro que quiso morderle y le provocó amenaza a de aborto a los tres meses de gestación. Su peso fue de 3,350 Kg, su talla de 50 cm y su puntaje Apgar fue de 9. El embarazo fue planificado y deseado por ambos padres. El padre es periodista (Edad: 46 a.) y la madre también (Edad: 43 a.). Recibió el diagnóstico de autismo leve por parte de un neuropediatra. Su desarrollo sensorial no presenta impedimentos, pero ha sido un poco atípico. Le gusta oler el cabello de las personas, cuando era más pequeño le costaba dejarse cortar el cabello o las uñas. Le asustan los ruidos fuertes, pero tiene buen oído para la música, puede sacar la melodía de las canciones con facilidad. A veces no reconoce el peligro cuando va a cruzar la calle. Su desarrollo motor ha sido normal, sostuvo la cabeza al mes, se sentó a los seis meses y medio, gateó antes de los 8 meses y caminó al año y tres meses. Controló esfínteres a los tres años. Se toca las orejas y tiende a hacer su juego de forma repetitiva. Su desarrollo del lenguaje ha sido rápido pues sus primeras palabras las dijo a los cinco meses y las frases a los diez, al año y tres meses ya decía oraciones. Al año cantaba canciones completas, pero a veces confunde los pronombres e invierte las palabras. Le interesa la astronomía y le intriga qué hay en otros planetas, juega a que tiene una

nave espacial y lleva gente a otros planetas. Toca teclado y flauta. Emocionalmente, se frustra rápido y llora cuando algo no le sale bien. Les tiene miedo a los perros desde los tres años, si ve un perro grita con desesperación. Es un poco impulsivo y le cuesta respetar los turnos de las otras personas. Con los adultos se desenvuelve bien, pero con los niños a veces tiene conflictos, por ejemplo, saluda a los adultos, pero no a los niños. Camina sin cuidado chocando a las demás personas. Se reconoce como varón y es más delicado con las niñas, se toca sus genitales cuando no lo ven, sobre todo cuando se levanta. Le gusta tocar las orejas de los demás, y aunque se le dice que no lo haga, su impulso es más fuerte. Con la pandemia esa conducta ha disminuido un poco. En el colegio le va bien, se adaptó rápido, y ahora sigue clases virtuales debido a la pandemia. Destaca en conducta y tiene buenas notas. Tiene buen apetito y respeta sus horarios para comer. Se baña y se peina solo, es cuidadoso con su ropa y no le gusta ensuciarse. Duerme bien toda la noche. Le gusta el piano, pero no toca muy seguido. Su familia es nuclear, vive con ambos padres y es hijo único. Sus padres son casados y tienen condición socioeconómica media alta. Le gustan los juegos de mesa, pero no le gusta perder. Antes salía mucho, pero ahora casi no sale para prevenir el contagio del coronavirus. Se le educa democráticamente, y a veces hace berrinche cuando se le prohíbe usar la computadora. Sus padres le conversan mucho y le explican varias cosas, los tres se llevan muy bien en el hogar. Es muy alegre, un poco ansioso y bromista.

### **CASO 10: AMLY**

Niña de 4 años y tres meses, nacida el 6 de julio de 2016, de parto normal. El embarazo no presentó ningún problema, no fue planificado, pero fue bien recibido por ambos padres. El peso al nacer fue de 3,150 Kg y la talla de 44 cm, su puntaje Apgar fue de 9. El padre es ingeniero civil (Edad: 29 a.) y la madre empresaria (Edad: 30 a.), no están casados. El desarrollo sensorial ha sido un poco atípico. Le asustan los sonidos fuertes y no se cuida del peligro. Presenta dificultades sensoriales de tipo propioceptivo y vestibular. En cuanto al desarrollo motor, levantó la cabeza a los tres meses, se sentó a los seis, gateó a los ocho meses, y caminó al año con cuatro meses, pues presenta displasia de cadera. El control de los esfínteres se dio a los tres años. Tiene buena motilidad y equilibrio, es muy inquieta. Su desarrollo del lenguaje ha sido prácticamente normal, sus primeras palabras las dijo a los nueve meses y el lenguaje fraseado a los tres años. Aún no hace estructuras largas para expresar oraciones. Comprende bien el lenguaje, pero tiene ecolalia y cuando le hacen enunciados complejos se confunde un poco. Le gustan los vestidos, usar el celular y ver canciones animadas. Es muy apegada a sus rutinas en el juego y se torna inflexible al cambio. Se frustra con facilidad cuando algo no le sale, tiene miedo a la ducha, por esta razón se baña en tina. Cuando está de buen humor es cortés y saluda a todos. Pero si le quitan algo tiende a pegar. No logra interactuar con sus pares porque si no le siguen el juego ella se enoja y los niños se alejan. Se reconoce como niña, y suele abrazar mucho a los niños. Solo asistió una semana al colegio, y la profesora dijo que se aísla y juega sola. Come a un horario fijo y tiene buen apetito. No le gusta ensuciarse, a la menor mancha quiere cambiarse de ropa. Se asea con ayuda y pide que le limpien cuando defeca. Se lava las manos sola. Duerme toda la noche, pero le cuesta conciliar el sueño porque es inquieta. Le gusta jugar con el celular, a la cocinita y maneja triciclo. La familia es extendida, vive con sus padres y la abuelita materna, su condición socioeconómica es media alta. No presentan antecedentes patológicos familiares. La dinámica familiar es buena, pero la abuela materna tiene un mal concepto del padre de la niña, ya que lo califica de irresponsable, sin embargo, este acude a las terapias con la niña y es el que mejor afronta el diagnóstico de autismo de su hija. La niña tiene un vínculo afectivo muy fuerte con su padre. Suelen ser democráticos con la crianza de su hija, y los criterios de los padres suelen ser los mismos. Hay compatibilidad entre la familia nuclear. La niña es curiosa y bromista, no tiene miedo de estar con extraños, y a veces es "confianzuda" con los adultos.

### **Análisis de los datos**

En este acápite vamos a presentar los resultados de las pruebas aplicadas a los padres y a los niños, determinando ciertas regularidades en todos los casos, cuando estas se presentan.

En cuanto al Caso 1 se evidencia un riesgo medio de TEA, problemas de conducta de baja intensidad en el niño, pero con el puntaje más alto dentro de la muestra. La familia es poco cohesionada y demasiado flexible, presentando un estilo de crianza negligente con un alto nivel de estrés parental y un estilo de afrontamiento que se centra poco en el problema. En el Caso 2 se tiene un riesgo medio de TEA y problemas de conducta de baja intensidad en el niño. La familia es muy cohesionada y flexible, predominando un estilo de crianza negligente con altos niveles de estrés parental y un estilo de afrontamiento centrado en el problema. En el Caso 3 se evidencia un riesgo medio de TEA sin presencia de problemas de conducta en el

menor, y una familia balanceada, con un estilo de crianza autoritativo, niveles moderados de estrés parental y estilo de afrontamiento focalizado en el problema.

**Tabla 1.**

*Resultados de evaluaciones realizadas*

|                | <b>CHAT</b>  | <b>Eyberg</b>   | <b>ESF O-W</b> | <b>ECS</b>   | <b>EEP</b> | <b>EAPHD</b> |
|----------------|--------------|-----------------|----------------|--------------|------------|--------------|
| <b>Caso 1</b>  | Riesgo medio | PD= 139<br>I= 9 | C= 11<br>A= 17 | Negligente   | 56         | 24           |
| <b>Caso 2</b>  | Riesgo medio | PD= 143<br>I= 6 | C= 22<br>A= 19 | Negligente   | 47         | 27           |
| <b>Caso 3</b>  | Riesgo medio | PD= 117<br>I= 3 | C= 16<br>A= 16 | Autoritativo | 38         | 26           |
| <b>Caso 4</b>  | Riesgo medio | PD= 121<br>I= 0 | C= 31<br>A= 33 | Mixto        | 43         | 29           |
| <b>Caso 5</b>  | Riesgo medio | PD= 120<br>I= 0 | C= 25<br>A= 26 | Permisivo    | 43         | 27           |
| <b>Caso 6</b>  | Riesgo medio | PD= 130<br>I= 0 | C= 32<br>A= 28 | Permisivo    | 26         | 29           |
| <b>Caso 7</b>  | Riesgo medio | PD= 119<br>I= 1 | C= 31<br>A= 33 | Autoritativo | 36         | 27           |
| <b>Caso 8</b>  | Riesgo medio | PD= 152<br>I= 3 | C= 29<br>A= 30 | Mixto        | 27         | 27           |
| <b>Caso 9</b>  | Riesgo medio | PD= 113<br>I= 0 | C= 24<br>A= 24 | Autoritativo | 36         | 24           |
| <b>Caso 10</b> | Alto riesgo  | PD= 109<br>I= 0 | C= 25<br>A= 25 | Autoritativo | 37         | 26           |

Nota: CHAT= Checklist for Autism in Toddlers; Eyberg= Inventario de Comportamiento; PD= Puntaje directo; I= Intensidad; ESF O-W= Escala de Satisfacción Familiar de Olson y Wilson; ECS= Estilos de Crianza de Steinberg; EEP= Escala de Estrés Parental; EAPHD= Escala de Afrontamiento de Padres de Hijos con Discapacidad.

En el Caso 4 se evidencia un riesgo medio de TEA sin presencia de problemas de conducta en el niño, altos niveles de flexibilidad y cohesión, lo que ubica a la familia como aglutinada y bajo nivel de control, con un estilo de crianza mixto, niveles moderados de estrés parental y un estilo de afrontamiento centrado en el problema. Para el Caso 5 se evidencia un riesgo medio de TEA sin presencia de problemas de conducta en el niño, con niveles moderados de cohesión y flexibilidad, un estilo de crianza permisivo, niveles moderados de estrés parental y un estilo de afrontamiento centrado en el problema. En cuanto al Caso 6 se evidencia un riesgo medio de TEA con presencia de problemas de conducta, alta cohesión familiar, un estilo de crianza permisivo, bajo nivel de estrés parental y un estilo de afrontamiento centrado en el problema.

En el Caso 7 se evidencia un riesgo medio de TEA sin presencia de problemas de conducta en el menor, altos niveles de cohesión y adaptabilidad, un estilo de crianza autoritativo, niveles moderados de estrés parental y un estilo de afrontamiento centrado en el problema. En el Caso 8 se evidencia un riesgo medio de TEA con la puntuación más alta en problemas de conducta, pero de baja intensidad, una funcionalidad familiar caracterizada por alta cohesión y flexibilidad, un estilo de crianza mixto, bajos niveles de estrés parental y un estilo de afrontamiento centrado en el problema.

En el Caso 9 se evidencia un riesgo medio de TEA sin presencia de problemas de conducta en el menor, una funcionalidad familiar balanceada con un estilo de crianza autoritativo, niveles de estrés parental moderados y un estilo de afrontamiento poco focalizado en el problema. Finalmente, en el Caso 10 se evidencia un alto riesgo de TEA sin presencia de problemas de conducta en la niña, una funcionalidad familiar balanceada, un estilo de crianza autoritativo con niveles de estrés parental moderados y un estilo de afrontamiento medianamente centrado en el problema.

## Discusión

En el presente estudio de tipo cualitativo se pretendió analizar diversos factores relacionados con los estilos de crianza en niños que tienen diagnóstico de TEA tras acudir al Centro Psicoeducativo Juan Pablo II. Se seleccionó una muestra de 9 niños y una niña, mediante métodos no probabilísticos y se aplicó el método de estudio de casos, por lo que se ha recogido data de la historia clínica, el examen psicológico mental y se han aplicado diversas pruebas psicológicas para analizar el riesgo de TEA, problemas de conducta de los menores evaluados, la funcionalidad familiar, los estilos de crianza de los padres, el estrés parental y el estilo de afrontamiento de padres que tienen hijos con discapacidad.

En primer lugar, se ha apreciado que existen ciertos patrones conductuales que se repiten en todos los casos. Dentro de estas tendencias se pueden mencionar que en todos los niños se ha presentado un desarrollo sensorial sin impedimentos físicos, pero un tanto atípico, debido a la sensibilidad táctil que presentan los niños cuando se les corta el cabello o las uñas, y una baja tolerancia a los ruidos o sonidos fuertes. Esto es compatible con los hallazgos empíricos sobre el TEA, que evidencian alteraciones sensoriales (Artigas, 2000), ya que entre el 60 y 95% de las personas con TEA manifiestan un perfil sensorial inusual. Este perfil sensorial suele tener incluir alteraciones del filtro auditivo, sensibilidad olfativa y gustativa y problemas de modulación sensorial generalizada (Martínez-Sanchis, 2015). Además, en varios casos se ha manifestado que los niños se autolesionan y no sienten dolor, aunque parezca paradójico, dada la alta sensibilidad de los niños con TEA. Esto ha sido explicado como una acción que permitiría limitar la sensación los estímulos por canales sensoriales particulares, pero principalmente el táctil (Paula-Pérez, & Artigas-Pallarés, 2016), que es el que registra mayor sensibilidad entre los niños evaluados en el presente estudio. En ese sentido, las estereotipias motoras y las alteraciones sensoriales pueden entenderse como estrategias no funcionales para mantener un estado estable de estimulación en las personas con TEA (Hervás, 2017).

Otro patrón que se ha podido establecer, tiene que ver con el retraso en el desarrollo motor que ha sido patente en la mayoría de los casos, lo cual también está asociado al retraso del lenguaje que solo a excepción de un caso, se evidencia un deterioro significativo de la comunicación oral de los niños, aunque tiende a mejorar con el tiempo. Sin embargo, tiene un efecto palpable en las interacciones que establecen los niños con TEA con sus pares, o con los adultos que les rodean. En nuestro estudio, en la mayoría de los casos, los niños con TEA que formaron parte de nuestra muestra suelen aislarse y desarrollan patrones de juego solitario, marcando un límite entre ellos y los demás niños. Hemos podido notar también, que las relaciones de los niños con TEA suelen ser mejor con los adultos que con sus pares. Ello se debe posiblemente a que los niños son más bruscos o bulliciosos, o menos pacientes y comprensivos, amén de que compiten por la atención de los adultos; lo cual podría generar incomodidad y malestar en los niños con TEA, dadas sus características sensoriales y comunicacionales.

Es importante señalar que, si bien los niños evaluados han ido mejorando con el paso del tiempo, esta mejora depende a su vez del tratamiento o eficacia de la intervención que se trabaja con los niños con TEA, y que por lo regular suele incluir a la escuela (Pérez et al., 2007). En ese sentido, casi todos los niños han sido escolarizados, pero presentan dificultades para adaptarse al entorno escolar, ya sea porque les cuesta interactuar con sus compañeros o porque no siguen el ritmo del desarrollo de las clases, se atrasan, no atienden o son indiferentes a las indicaciones y explicaciones de los profesores y profesoras. Esto último puede explicarse por la alta comorbilidad que se encuentra en el TEA con los déficits atencionales pues hasta el 35% de niños con TEA cumplen los criterios diagnósticos del TDA-H (Berenguer et al., 2015). Por otro lado, es posible que el hecho de que trabajen mejor en casa que en la escuela, se pueda deber a que reciben una atención más focalizada de parte de sus padres que de sus maestros, o que actúan en ambientes menos controlados y más familiares para ellos. Lo cierto es que los niños con TEA deben asistir al colegio para aprender a convivir con sus semejantes en un contexto de armonía, siempre que sea posible. Pero la realidad escolar del Perú es que a pesar de que la Ley General de la Persona con Discapacidad fue promulgada en 1997 y la Ley General de Educación se promulgó el 2004, y en ambas se estipula que los niños con necesidades educativas especiales deben ser integrados a las escuelas de educación básica regular; no se cuenta con personal calificado para atender a niños con TEA en las escuelas, y tampoco con el material o la infraestructura adecuada a sus características (Arias, 2011). A esto se suma, que debido a la pandemia ocasionada por el Covid-19, las labores escolares se han suspendido temporalmente y/o se han virtualizado, generando inconvenientes para desarrollar el proceso enseñanza-aprendizaje con los niños con TEA, y limitando las interacciones con los pares. Esto es un factor que actúa como

desmotivante en los niños evaluados, ya que rechazan hacer sus deberes escolares, pero también los carga de ansiedad y estrés, estados emocionales que han sido mencionados recurrentemente por las madres de los niños.

Por otro lado, los niños con TEA evaluados han presentado episodios bruscos de emocionalidad intensa con gran excitabilidad, irritabilidad y miedos que pueden variar en intensidad y frecuencia, como se ha reportado en la literatura (Hervás, 2017). Pero llama la atención que si bien los padres de familia de los 10 casos expuestos han señalado que sus hijos presentan conductas disruptivas, solo en cuatro de estos casos, se han obtenido puntajes que indiquen una conducta problemática, mediante la prueba de Eyberg, y en ninguno de ellos se ha registrado una intensidad generadora de problemas en la interacción con los padres. Ello nos invita a pensar que las apreciaciones que tienen los padres son muy subjetivas, y que posiblemente ello se deba a que no están en contacto con otros niños con TEA, por lo que sería conveniente que asistan a grupos de apoyo familiar para padres de hijos con TEA, para de este modo, comparar sus experiencias con las de otros padres y tener una visión más objetiva sobre la conducta de sus hijos, y de los métodos que éstos aplican para controlarlos y orientarlos.

En ese sentido, la evaluación de los factores asociados a los estilos de crianza que ejercen los padres de los niños con TEA revelan ciertos patrones que también es necesario comentar. En primer lugar, casi todos los niños se ubicaron en un nivel de riesgo medio de TEA, y solo uno en riesgo alto; precisamente la única niña del grupo evaluado es la que se ubica en un nivel alto de riesgo de TEA, según el resultado de la aplicación del CHAT, sin embargo, la historia clínica y el examen psicológico no serían compatibles con la gravedad del autismo que se alude en la prueba aplicada. Esto podría sugerirnos que sería conveniente aplicar otras pruebas que valoran el TEA para contrastar los resultados obtenidos mediante el CHAT, ya que existen diversos instrumentos especialmente diseñados para valorar el TEA (Auyeung et al., 2008), pero lamentablemente, no están validados en el país. Ello supone también la necesidad de contar con diversos instrumentos validados para evaluar el TEA en nuestro medio.

Este aspecto es importante ya que los instrumentos psicológicos deben ser sumamente sensibles ante trastornos tan delicados como el autismo, que no solo se mueven dentro de un continuo con una variedad sintomatológica muy amplia, sino que también tiene una repercusión importante en su vida futura. Por ello es necesario que en nuestro medio se pueda contar con instrumentos de evaluación psicológica, que además de poseer índices adecuados de validez y confiabilidad, y que estén baremados y estandarizados, cumplan también otros criterios psicométricos importantes como la significancia clínica y la significancia práctica, además de la significancia estadística. Ello supone hacer estudios de invarianza factorial, modelos bayesianos, y temáticas afines que recaen dentro del campo de la psicoestadística y la psicometría.

Volviendo a las tendencias detectadas, se tiene que el riesgo de tener TEA, sea alto o medio y evaluado por el CHAT, no se asocia con el comportamiento problemático medido mediante el inventario de Eyberg. Antes bien, el comportamiento problemático de los niños con TEA se asocia más con algunos datos de la historia familiar, como la conformación de la familia o la dinámica familiar, así como con los resultados de las pruebas de funcionalidad familiar y estilos de crianza. Así pues, se puede apreciar que las familias balanceadas, donde se presentan niveles moderados de cohesión y adaptabilidad familiar, y que además tienen un estilo de crianza autoritativo o democrático, presentan menor nivel de problemas conductuales. Estos datos han sido corroborados en diversos estudios sobre estilos parentales de crianza en niños y adolescentes (Oliva et al., 2007).

Esto también es compatible con el hecho de que el estrés parental suele ser bajo según lo reportado por los padres evaluados, y que el estilo de afrontamiento del estrés parental de niños con discapacidad se encuentra más focalizado en el problema, hecho que también puede interpretarse en los siguientes términos: si el estilo de afrontamiento se centra en el problema, entonces el estrés parental será menor. Dados los datos recogidos y la metodología empleada, es imposible probar la causalidad de este supuesto, pero la dirección que toman las variables responde a los reportes que se dan en diversas investigaciones sobre los estilos de afrontamiento y su eficacia cuando se focalizan en el problema en lugar de las emociones. Aunque por otro lado, la literatura señala que los estilos de afrontamiento centrados en el problema son más apropiados en situaciones solubles, es decir problemas que pueden ser enfrentados racionalmente; mientras que los estilos de afrontamiento centrados en la emoción, serían más adecuados para problemas que no tienen solución, y requieren de un soporte emocional para sobrellevar el estrés (Lazarus, 2000). En ese sentido, cabe señalar que el afrontamiento al estrés en

padres con hijos con discapacidad se ubica en un continuo desde la emocionalidad hasta la solución de problemas, y que dependiendo de la situación, podría emplearse uno u otro estilo de afrontamiento (Tanta-Luyo et al., 2019).

Por otro lado, recientemente se han llevado a cabo algunos estudios sobre las variables familiares que inciden en la conducta adaptativa de los niños con TEA. En un estudio de Garrido et al. (2020) por ejemplo, se tiene que los niños con más problemas de conducta presentan menos conductas adaptativas, más síntomas emocionales, más problemas con sus compañeros y menos conductas prosociales. Asimismo, en este estudio, se determinó que existían diferencias significativas en las variables relacionadas a la conducta en función de la calidad de vida familiar y el bienestar emocional, de modo que en las familias con una mayor calidad de vida familiar y bienestar, los niños presentan menos problemas de conducta adaptativa. Este resultado es compatible con el presente estudio, donde se puede apreciar que los niños con TEA que según sus padres tienen más conductas problemáticas, tanto en frecuencia como en intensidad, provienen de familias con una menor funcionalidad familiar, menor estatus socioeconómico y con estilos de crianza que no suelen ser autoritativos o democráticos.

Por otro lado, en otro estudio en el que se evaluó a niños con TEA en España, se reportó que el estrés parental de los padres de estos niños es menor en comparación con padres de niños sin TEA, pero que también están confinados debido a la pandemia del COVID-19. En ese sentido, los padres que tienen niños con TEA señalaron que sus hijos cambiaron su comportamiento, mostrando mayor ansiedad, irritabilidad, obsesiones, hostilidad e impulsividad. Pero, si bien ambos grupos de padres señalaron que la cuarentena tenía un impacto negativo en la conducta de sus hijos, se registraron diferencias significativas en desmedro de los padres hijos con TEA. Asimismo, no se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos de padres con respecto al desarrollo cognitivo y las relaciones familiares. Finalmente, se reportó que los niños con TEA que no mantenían sus rutinas tenían niveles más altos de ansiedad que quienes trataron de mantenerlas, así pues, los padres señalaron que el aislamiento social, el no poder jugar fuera, el aburrimiento de sus hijos y las clases en línea fueron los principales desafíos que tuvieron que afrontar; mientras que los padres de los niños sin TEA no reportaron estas dificultades (Amorim et al., 2020). Esto también es compatible con nuestros resultados, que indican que la cuarentena y el aislamiento social parece tener un efecto negativo en la conducta de los niños con TEA, así como en los niveles de estrés parental de los padres que suelen ser moderados. Quizá por ello, muchos padres recurren a darles el celular a sus hijos como entretenimiento o para calmarlos, pero éstos responden de forma negativa cuando se los quitan. En ese sentido, el uso de tecnologías podría asociarse también a las conductas problemáticas en algunos casos evaluados, pero es poca la información sobre las adicciones tecnológicas o conductuales en niños (Salas, 2014), y más aún, en niños con TEA.

En conclusión, este estudio ha permitido corroborar algunas tendencias sintomatológicas, familiares y comportamentales que son compatibles con la literatura científica sobre el TEA, tales como la mayor prevalencia de casos masculinos, las alteraciones en el desarrollo sensorial, el retraso en el desarrollo del lenguaje, problemas en la interacción social, la asociación entre la funcionalidad familiar balanceada y los estilos de crianza autoritativos, o entre el estrés parental y el estilo de afrontamiento centrado en el problema. A partir de ello, se considera importante fortalecer las dinámicas familiares positivas a través de la orientación familiar pertinente para los padres y a cargo de especialistas. También se plantea fomentar los estilos democráticos como medio de crianza de los niños con TEA; y finalmente, se sugiere tomar muestras más representativas para indagar otras variables relacionadas con los estilos de crianza de los niños con TEA, tales como resiliencia, optimismo, esperanza, clima familiar, interacción familiar, integración familiar, comunicación familiar, satisfacción marital, estilos de conducta parental, etc.

Asimismo, dados los resultados y la temática abordada, el presente estudio hace un aporte relevante en el ámbito de la psicología del excepcional, y especialidades afines, como neuropsicología, psicología clínica y psicología de la familia; pues permite comprender la interacción de las variables familiares como los estilos de crianza y la funcionalidad familiar con el estrés parental y los estilos de afrontamiento de padres que tienen hijos con TEA, que en el contexto de la pandemia por el Covid-19 han presentado conductas disruptivas. De este modo, se espera contribuir con un mayor interés por el análisis de las variables familiares asociadas a la conducta de los niños con TEA, ya que esta temática es poco estudiada a través de una metodología empírica, sobre todo en los países de América Latina.

## REFERENCIAS

- Aguila A. del (2015). Violencia y estrés infantil: ¿está en juego nuestro futuro? *Acta Médica Peruana*, 32(2), 71-83.
- Amorim, R., Catarino, S., Miragaia, P., Ferreras, C., Viana, V., & Guardiano, M. (2020). Impacto de la COVID-19 en niños con trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 71(8), 258-291.
- Angulo, R., Jané, M. C., Bonillo, A., Viñas, F., Corcoll, A., González, G., Zepeda, R. M., Dos Santos, N. C., & Carbonés, J. (2010). Evaluación de la sintomatología negativa desafiante en niños de seis a ocho años: concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*, 22(3), 455-459.
- Araujo, E. A., Jané, M. C., Bonillo, A., Canals J., Viñas, F., & Doménech, E. (2012). Prevalencia de la sintomatología del Síndrome de Asperger y variables asociadas en preescolares españoles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 67-74.
- Arias, W. L. (2011). Valoración de niños con necesidades educativas especiales. *Signo Educativo*, 202, 39-41.
- Arias, W. L. (2013). Agresión y violencia en la adolescencia: la importancia de la familia. *Avances en Psicología*, 21(1), 23-34.
- Arias, W. L., Cahuana, M., Ceballos, K. D., & Caycho, T. (2019). Síndrome de burnout en cuidadores de pacientes con discapacidad infantil. *Interacciones*, 5(1), 7-16.
- Arias, W. L., Rivera, R., Laurie, P., & Ceballos, K. D. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción Familiar de Olson y Wilson en estudiantes universitarios. *Perspectiva de Familia*, 4, 47-66.
- Artigas, J. (2000). Aspectos neurocognitivos del Síndrome de Asperger. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 34-44.
- Artigas-Pallarés, J. (2010). Autismo y vacunas: ¿punto final? *Revista de Neurología*, 50(3), 91-99.
- Artigas-Pallarés, J., & Paula-Pérez, I. (2016). Autismos que se "curan". *Revista de Neurología*, 62(1), 41-47.
- Artigas-Pallarés, J., & Paula-Pérez, I. (2017). Deconstruyendo a Kanner. *Revista de Neurología*, 64(1), 9-15.
- Ato, E., Galián, M. D., & Huéscar, E. (2007). Relaciones entre estilos educativos, temperamento y ajuste social en la infancia: Una revisión. *Anales de Psicología*, 23(1), 33-40.
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Auyeung, B., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Allison, C. (2008). [The autism spectrum quotient: Children's version \(AQ-Child\)](#). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1230-1240.
- Baña, M. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con Trastorno del Espectro del Autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323-336.
- Baixauli-Fortea, I., Rosselló-Miranda, B., Berenger-Fornier, C., Colomer-Diago, C., & Grau-Sevilla, M. D. (2017). Intervenciones para promover la comunicación social en niños con trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 64(1), 39-44.
- Baixauli-Fortea, I., Gascón-Herranz, N., Carlos-Isla, M., & Colomer-Diago, C. (2018). Intervención en comunicación en el trastorno del espectro autista mediante el programa "More than Words". Estudio de caso. *Revista de Neurología*, 66(1), 77-82.
- Balbuena, F. (2015). Etiología del autismo: el continuo idiopático-sindrómico como tentativa explicativa. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 53(4), 269-276.
- Baquerizo, M. L. (2013). Modelo de comunicación autista desde los lineamientos metodológicos de la teoría cognitiva sistémica de la comunicación. *Apuntes en Ciencia y Sociedad*, 3(1), 26-35.
- Baquerizo, M. L. (2019). *Neurobiología del autismo*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Baquerizo, M. L., Susanibar, E., Wong, M., Achanccaray, D., Flores, C., Baquerizo, L., Umeres, H., & Aguilar, L. (2017). Communication, autism quotient and auditory brainstem response. *Avances en Psicología*, 25(1), 39-47.
- Baron-Cohen, S., Allen, J., & Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *The British Journal of Psychiatry*, 161(6), 839-843.
- Barrio, V. del. (1988). La construcción del concepto de autismo. *Revista de Historia de la Psicología*, 9(2-3), 159-172.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian versus authoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255-272.
- Bayot, A., Hernández, J. V., & de Julián, L. F. (2005). Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas de la Escala de Competencia Parental Percibida. Versión para padres/madres (ECP-P). *Relieve. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 11(2), 113-126.
- Bejarano, A. (2018). Intersubjetividad y teoría de la mente en los trastornos de espectro autista (TEA). Avances en torno a la construcción de un recurso educativo digital para entrenar el desarrollo de habilidades socioeconómicas. *Alternativas Cubanas en Psicología*, 6(16), 86-102.
- Belinchón, M., Boada, L., García, E., Fuentes, J., & Posada, M. (2010). Evolución de los estudios sobre autismo en España: publicaciones y redes de coautoría entre 1974 y 2007. *Psicothema*, 22(2), 242-249.
- Bender, L. (1942). Childhood schizophrenia. *Nervous Child*, 1, 138-140.
- Berenguer, C., Miranda-Casas, A., Pastor-Cerezuela, G., & Roselló, R. (2015). Comorbilidad del trastorno del espectro autista y el déficit de atención con hiperactividad. Estudio de revisión. *Revista de Neurología*, 60(1), 37-43.
- Berenguer, C., Roselló, B., & Baixauli, I. (2018). Conductas de aprendizaje en niños con trastorno del espectro autista con y sin comorbilidad con déficit de atención e hiperactividad. *Revista INFAD de Psicología*, 3(1), 259. doi: 10.17060/ijodaep.2018.n1.v3.1269
- Bersabé, R., Fuentes, J., & Montrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar los estilos parentales. *Psicothema*, 13(4), 678-684.
- Bocanegra, E. (2007). Las prácticas de crianza entre la Colonia y la Independencia de Colombia: Los discursos que las enuncian y las hacen visibles. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 5(1), 1-22.
- Boonen, H., Maljaars, J., Lambrechts, G., Zink, I., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2014). Behavior problems among school-aged with autism spectrum disorder: associations with children's communication difficulties and parenting behavior. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 8, 716-725.
- Bregado, C., Bersabé, R., & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Cabanyes-Truffino, J., & García-Villamizar, D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 39(1), 81-90.
- Cachafeiro-Espino, C., & Vale-Martínez, A. M. (2015). La oxitocina en el tratamiento de los déficits sociales asociados a los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 61(9), 421-428.
- Cahuana, M. (2016). Carga subjetiva y calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores de niños con discapacidad y niños con multidiscapacidad. *Revista de Psicología (Universidad Católica San Pablo)*, 6(2), 13-28.
- Cahuana, M., Arias, W. L., Rivera, R., & Ceballos, K. D. (2019). Influencia de la familia sobre la resiliencia en personas con discapacidad física y sensorial de Arequipa. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 57(2), 118-128.
- Calleja-Bautista, M., Sanz-Cervera, P., & Tárraga-Mínguez, R. (2016). Efectividad de la musicoterapia en el trastorno de espectro autista: estudio de revisión. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 152-160.
- Campano, Á., & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentabilidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95.
- Canal-Bedia, R., Magán-Maganto, M., Bejarano-Martín, A., de Pablos-de la Morena, A., Bueno-Carrera, G., Manso-de Dios, S., & Martín-Cilleros, V. (2016). Detección precoz y estabilidad en el diagnóstico en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 62(1), 15-20.
- Canales, F. H., Alvarado, E. L., & Pineda, E. B. (1988). *Metodología de la investigación*. Limusa.
- Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., & Valdivia, A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 49-63. doi: 10.20511/pyr2014.v2.1.53
- Catacora, C., & Pachao, M. (2017). *Representación simbólica y configuración de la paternidad en padres y madres de niños con Trastorno del Espectro Autista en la ciudad de Arequipa*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.
- Caycho, T. (2016). Relación con los padres y estrategias de afrontamiento en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones*, 4(1), 11-59.

- Caycho, T., Contreras, K., & Merino, C. (2016). Percepción de los estilos de crianza y felicidad en adolescentes y jóvenes de Lima Metropolitana. *Perspectiva de Familia*, 1, 11-22.
- Celada, J. (1989). *Desórdenes psíquicos. Pautas de evaluación y tratamiento*. Multi-impresos.
- Chara, F., Montesinos, L., Contreras, L. M., Murillo, D. J., & Ayala, H. J. (2018). Una breve historia del autismo. *Revista de psicología (Universidad Católica San Pablo)*, 8(2), 127-133.
- Chávez, P., & Vergara, A. (2018). El problema del cuidador desde la perspectiva de los niños(as): un análisis crítico del discurso sobre el cuidado entre padres e hijos(as). *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11.
- Chávez, S. C. (2016). Estilos de afrontamiento y desesperanza en madres de hijos con autismo de un grupo de instituciones educativas de personas con habilidades diferentes de Lima, 2014. *PsiqueMag*, 5(1), 163-169.
- Córdoba, J. (2014). *Estilos de crianza vinculados a comportamientos problemáticos de niñas, niños y adolescentes* (Tesis de Maestría en Salud Mental) Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Cruz, M. (2013). Clima social familiar y su relación con la madurez social del niño(a) de 6 a 9 años. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(2), 157-179.
- Cuesta-Gómez, J. L., Vidriales-Fernández, R., & Carvajal-Molina, F. (2016). Calidad de vida en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista sin discapacidad intelectual. *Revista de Neurología*, 62(1), 33-39.
- Cuxart, F., & Jané, M. C. (1998). Evolución conceptual del término "autismo": una perspectiva histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 19(2-3), 369-388.
- Díaz-Anzaldúa, A., & Díaz-Martínez, A. (2013). Contribución genética, ambiental y epigenética en la susceptibilidad a los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 57(12), 556-568.
- Dominguez, S., Aravena, S., Ramírez, F., & Yauri, C. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Calidad de Interacción Familiar en escolares de Lima. *Revista de Psicología (Universidad César Vallejo)*, 15(1), 55-77.
- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D. M., Fernández-Perrone, A. L., Calleja-Pérez, B., Muñoz-Jareño, N., & López-Arribas, S. (2013). Autismo y trastorno por déficit de atención/hiperactividad: intervención farmacológica. *Revista de Neurología*, 57(1), 205-210.
- Fernández, M. P., & Espinoza, A. E. (2019). Salud mental e intervenciones para padres de niños con trastorno del espectro autista: una revisión narrativa y la relevancia de esta temática en Chile. *Revista de Psicología (Pontificia Universidad Católica del Perú)*, 37(2), 643-682. <http://dx.doi.org/10.18800/psico.201902.011>
- Flores, M., Cortés, M., & Gongora, E. (2003). Estilos de crianza: Una aproximación a su identificación en familias de Yucatán. *Nueva Época*, 7(14), 31-42.
- Fortea-Sevilla, M. S., Escanbell-Bermúdez, M. O., Castro-Sánchez, J. C., & Martos-Pérez, J. (2015). Desarrollo temprano del lenguaje en niños pequeños con trastorno del espectro autista mediante el uso de sistemas alternativos. *Revista de Neurología*, 60(1), 31-35.
- Franco, N., Pérez, M. A., Pérez, M. J. D. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.
- Frith, U. (1991). *Autismo*. Alianza Editorial.
- Fuentes, J., Ferrari, M. J., Boada, L., Touriño, E., Artigas, J., Belinchón, M. ... Posada, M. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 43(7), 425-438.
- García, Á., Bernal, B., Bazanbide, M., Bellido, C., Civera, M., González, M., ... Vergara, M. (2011). *Trastornos de la Conducta. Una Guía de Intervención en la Escuela*. <http://www.psie.cop.es/uploads/aragon/Arag%C3%B3n-trastornos-de-conducta-una-guia-de-intervencion-en-la-escuela.pdf>
- García, C. F. (2012). Síndrome de Asperger: estudio de 3 casos clínicos de pacientes varones de 3 años, 6 años y 16 años en la ciudad de Lima, Perú. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 1(2), 41-53.
- García-Nonell, C., Rigau-Ratera, E., & Artigas-Pallarés, J. (2006). Autismo en el síndrome X frágil. *Revista de Neurología*, 42(2), 95-98.
- García-Peñas, J. J. (2016). Trastorno del espectro autista y epilepsia: el papel de la dieta cetogénica. *Revista de Neurología*, 62(1), 73-78.
- Garrido, D., Carballo, G., Franco, V., & García-Retamero, R. (2015). Dificultades de comprensión del lenguaje en niños no verbales con trastornos del espectro autista y sus implicaciones en la calidad de vida familiar. *Revista de Neurología*, 60(5), 207-214.
- Garrido, D., Carballo, G., Ortega, E., & García-Retamero, R. (2020). Conducta adaptativa en niños con trastorno del espectro autista y su efecto sobre la calidad de vida familiar. *Revista de Neurología*, 71(4), 127-133.
- Garrido, D., García-Fernández, M., García-Retamero, R., & Carballo, G. (2017). Perfil comunicativo y adaptación social en población infantil con trastornos del espectro autista: nuevo enfoque a partir de los criterios del DSM-5. *Revista de Neurología*, 65(2), 49-56.
- Gavilán, B., Fournier, C., & Bernabeu, J. (2007). Diferencias entre los perfiles neuropsicológicos del síndrome de Asperger y el síndrome de dificultades de aprendizaje no verbal. *Revista de Neurología*, 45(12), 713-719.
- Gordillo, E. G., Cahuana, M., & Rivera, R. (2016). *Conductas disruptivas y autoestima en escuelas mixtas y diferenciadas de Arequipa*. Universidad Católica San Pablo.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hernández-Fabián, A., Canal-Bedia, R., Magán-Maganto, M., de la Fuente, G., Ruíz-Ayúcar, I., Bejarano-Martín, A., Janicel-Fernández, C., & Jenaro-Río, C. (2018). Trastorno del espectro autista y prematuridad: hacia un programa de cribado prospectivo. *Revista de Neurología*, 66(1), 25-29.
- Hervás, A. (2016). Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 62(1), 9-14.
- Hervás, A. (2017). Desregulación emocional y trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 64(1), 17-25.
- Hervás, A., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría Integral*, 21(2), 92-108.
- Hervás, A. & Rueda, I. (2018). Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 66(1), 31-38.
- Hidalgo, D. L. (2016). *Propiedades psicométricas del Cuestionario Modificado de Autismo en la Infancia (M-Chat) en dos instituciones educativas para un diagnóstico precoz del autismo*. (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Iusten, M. L., Vieira, M. L., & Ribeiro, D. (2016). Envolvimento paterno em famílias de criança com transtorno do espectro autista: Contribuições da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. *Boletim da Academia paulista de Psicologia*, 36(90), 66-85.
- Jurado, P., & Justiniano, M. (2015). Las conductas disruptivas y los procesos de intervención en la educación secundaria obligatoria. *Revista Iberoamericana de Pedagogía*, 4(12), 26-36.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 117-150.
- Kanner, L. (1972). *Psiquiatría infantil*. Siglo XX.
- Kanner, L., & Eisenberg, L. (1962). Early infantile autism: 1943-1955. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26, 55-65.
- Klin, A., Klaiman, C., & Jones, W. (2015). Rebajar la edad de diagnóstico del autismo: la neurociencia del desarrollo social afronta un importante problema de salud pública. *Revista de Neurología*, 60(1), 3-11.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Loovas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.
- Luengo, M. (2014). Cómo intervenir en los problemas de conducta infantiles. *Padres y Maestros*, 356, 37-43. <http://dx.doi.org/10.14422/pym.v0i356.3071>
- Madueño, P., Lévano, J. R., & Salazar, A. E. (2020). Conductas parentales y habilidades sociales en estudiantes de educación secundaria del Callao. *Propósitos y Representaciones*, 8(1). <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n0.234>
- Maganto, C., & Garaigordobil, M. (2010). Estudio psicométrico del Screening de Problemas de Conducta Infantil SPCI. *Psicothema*, 22(2), 316-322.
- Maljaars, J., Boonen, H., Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2013). Maternal parenting behavior and child behavior problems in families of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 501-512.
- Manrique, D. L., Ghesquière, P., & Van Leeuwen, K. (2014). Evaluation of Parental Behavior Scale in Peruvian Context. *Journal of Children and Family Studies*, 23(5), 885-894. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9744-z>
- Martín, M. L. (2013). Laurretta Bender (1897-1987): una revisión histórica del tratamiento y diagnóstico de la esquizofrenia infantil. *Revista de Historia de la Psicología*, 34(4), 27-46.

- Martín-Borreguero, P. (2005). Perfil lingüístico del individuo con síndrome de Asperger: implicaciones para la investigación y la práctica clínica. *Revista de Neurología, 41*(1), 115-122.
- Martínez-Morga, M., Quesada-Rico, M. P., Bueno, C., & Martínez, S. (2018). Bases neurofisiológicas del trastorno del espectro autista y el trastorno por déficit de atención-Hiperactividad: diferenciación neural y sinaptogénesis. *Revista de Neurología, 66*(1), 97-101.
- Martínez, M., & Bilbao, M. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosocial Intervention, 17*(2), 215-230.
- Martínez-Sanchis, S. (2015). Papel de la corteza prefrontal en los problemas sensoriales de los niños con trastornos del espectro autista y su implicación en los aspectos sociales. *Revista de Neurología, 60*(1), 19-24.
- Martos-Pérez, J. (2006). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Revista de Neurología, 42*(2), 99-101.
- Martos-Pérez, J. (2008). Procesos de atención en el autismo. *Revista de Neurología, 46*(1), 69-70.
- Martos-Pérez, J., Freire-Prudencio, S., Llorente-Comí, M., Ayuda-Pascual, R. & González-Navarro, A. (2018). Autismo y cociente intelectual: ¿estabilidad? *Revista de Neurología, 66*(1), 39-44.
- Martos-Pérez, J., & Llorente-Comí, M. (2013). Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en evidencia. *Revista de Neurología, 57*(1), 85-91.
- Matalinares, M., Raymundo, O., & Baca, D. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de Estilos Parentales. *Persona, 17*, 95-121.
- Matalinares, M., Arenas, C., Sotelo, L., Díaz, G., Dioses, A., Yaringaño, J., Murata, R., Pareja, C., & Tipacti, R. (2010). Clima familiar y agresividad en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología, 13*(1), 109-128.
- Merino, C., & Arndt, S. (2004). Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Estilos de Crianza de Steinberg: Validez preliminar de constructo. *Revista de Psicología (Pontificia Universidad Católica del Perú), 12*(2), 187-214.
- Merino, C., Díaz, M., & Cohen, B. H. (2003). De los niños a los padres: El inventario de percepción de conductas parentales. *Persona, 6*, 135-149.
- Merino, C., Díaz, M., & DeRoma, V. (2004). Validación del instrumento de conductas parentales: un análisis factorial confirmatorio. *Persona, 7*, 145-162.
- Miranda-Casas, A., Baixauli-Forteza, I., Colomer-Diago, C., & Roselló-Miranda, B. (2013). Autismo y trastorno por déficit de atención/hiperactividad: convergencias y divergencias en el funcionamiento ejecutivo y la teoría de la mente. *Revista de Neurología, 57*(1), 177-184.
- Montalva, N., Quintanilla, V., & Del Solar, P. (2012). Modelos de intervención terapéutica educativa en autismo: ABA y TEACCH. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología en la Infancia y la Adolescencia, 23*(1), 50-57.
- Moral, J., & Pacheco, M. (2011). Segunda revisión de la escala de conducta disocial: El factor del grafiti. *PSICUMEX, 1*(2), 21-46.
- Mulas, F., & Roca, P. (2018). Concordancias entre los trastornos del espectro del autismo y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología, 66*(1), 91-96.
- Muñoz, J. A., Palau-Blaudell, M., Salvadó-Salvadó, B., Valls, A., Rosendo, N., Clofent-Torrentó, M., & Manchado, F. (2008). Autismo, epilepsia y genética. *Revista de Neurología, 46*(1), 71-77.
- Nahmod, M. (2017). ¿Hacia una epidemia del autismo? Entre historias celebratorias y estudios críticos. *Revista Psicología e Saúde, 9*(2), 61-76.
- Nunes, F., & Pinheiro, C. (2018). Parenting styles and dimensions questionnaire. Adaptação da versão portuguesa de heterorrelato. *Revista Colombiana de Psicología, 27*(1), 117-131.
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Quejía, I., & López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología, 23*(1), 49-56.
- Olson, D., & Wilson, L. R. (1982). Family Satisfaction Scale. En D. H. Olson, H. I. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen & M. Wilson (Eds.) *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle* (pp. 43-49). University of Minnesota.
- Oronoz, B., Alonso-Arbiol, I., & Balluerka, N. (2007). A Spanish adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema, 19*(4), 687-692.
- Ortiz-Sánchez, P., & Mulas, F., Abad-Mas, L., Roca, P., & Gandía-Benetó, R. (2018). Estudio aleatorizado controlado de la coherencia interhemisférica del electroencefalograma tras terapia asistida con delfines en niños con trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología, 66*(1), 65-70.
- Pacheco, M., & Moral, J. (2010). Distribución, Punto de corte y Validez de la Escala de Conducta Disocial. *Revista Mexicana de Orientación Educativa, 7*(18), 7-16.
- Palau-Baudell, M., Salvadó-Salvadó, B., Clofent-Torrentó, M., & Valis-Santasusana, A. (2012). Autismo y conectividad neural. *Revista de Neurología, 54*(1), 31-39.
- Palau-Baudell, M., Salvadó-Salvadó, B., Idiazábal-Alecha, M., & Fernández-Teruel, A. (2018). Alteraciones magnetoencefalográficas perisilvanas en pacientes con trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología, 66*(1), 45-49.
- Paula-Pérez, I., & Artigas-Pallarés, J. (2014). El autismo en el primer año. *Revista de Neurología, 58*(1), 117-121.
- Paula-Pérez, I., & Artigas-Pallarés, J. (2016). Vulnerabilidad a la autolesión en el autismo. *Revista de Neurología, 62*(1), 27-32.
- Paula-Pérez, I., & Pérez, J. (2009). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: Comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. *Revista de Neurología, 48*(2), 31. <http://dx.doi.org/10.33588/rn.48S02.2008702>
- Pauw, S. S. W. de, Mervielde, I., Van Leeuwen, K. G., & De Clercq, B. J. (2011). How temperament and personality contribute to the maladjustment of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*, 196-212. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-010-1043-6>
- Paz, M. J., & Sineiro, C. (2006). Juego de ficción: aplicación de un programa de intervención en autismo. *Psicothema, 18*(1), 9-17.
- Pérez-Acosta, A. M., Navarro, J. I., & Benjumea, S. (2002). Entrenamiento y transferencia de la autodiscriminación condicional en autistas. *Universitas Psychologica, 1*(1), 40-51.
- Pérez-González, L. A., & Williams, G. (2005). Programa integral para la enseñanza de habilidades a niños con autismo. *Psicothema, 17*(2), 233-244.
- Pliengo, F., & Castro, R. (2015). *Tipos de familia*. Universidad Católica San Pablo.
- Potter, H. M. (1933). Schizophrenia in children. *American Journal of Psychiatry, 12*, 1253-1270.
- Rivière, A. (1988). *Evaluación y alteraciones de las funciones psicológicas en autismo infantil*. Ministerio de Educación y Ciencia.
- Rogel, L. (2017). *Diagnóstico de las conductas disruptivas en el alumnado de Educación Primaria*. (Universidad de Granada). <http://www.researchgate.net>
- Rosell-Raga, L. & Venegas-Venegas, V. (2006). Sintomatología autista y síndrome de Prader-Willi. *Revista de Neurología, 42*(2), 89-93.
- Ruggieri, V. L. (2006). Procesos atencionales y trastornos por déficit de atención en el autismo. *Revista de Neurología, 42*(3), 51-56.
- Ruggieri, V. L., & Arberas, C. L. (2015). Abordajes terapéuticos en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología, 60*(1), 45-49.
- Ruggieri, V. L., & Arberas, C. L. (2016). Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. *Revista de Neurología, 62*(1), 21-26.
- Ruggieri, V. L., & Arberas, C. L. (2017). Autismo: importancia de la dimorfología en la identificación de entidades médicas asociadas. *Revista de Neurología, 64*(1), 27-31.
- Ruggieri, V. L., & Arberas, C. L. (2018). Regresión autista: aspectos clínicos y etiológicos. *Revista de Neurología, 66*(1), 17-23.
- Rutter, M. (1970). Autistic children: Infancy to childhood. *Seminars in Psychiatry, 2*, 435-450.
- Salas, E. (2014). Adicciones psicológicas y los nuevos problemas de salud. *Cultura, 28*, 111-146.
- Sardinero, E., Pedreira, J. L., & Muñoz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clinical and Health, 8*(3), 447-480.
- Seguí, J. D., Ortiz, M., & De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobre carga, psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología, 24*(1), 100-105.
- Seperak, R. A. (2016). Influencia de la resiliencia en la sobrecarga subjetiva de madres de niños con trastorno de espectro autista. *Revista de psicología (Universidad Católica San Pablo), 6*(1), 25-48.

- Sepúlveda, J. (2013). *El manejo de los comportamientos disruptivos en el aula de Educación Primaria*. (Tesis de Maestría). Universidad de Valladolid, España.
- Silva, M. H., Gomez, C. A., & Lira, A. (2017). Narrativas sobre a incluso de uma criança autista: desafios à prática docente. *Educación*, 26(50), 123-142.
- Sobrino, L. (2008). Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. *Avances en Psicología*, 16(1), 109-137.
- Solís-Cámara, P., & Díaz, M. (2007). Relaciones entre creencias y prácticas de crianza de padres con niños pequeños. *Anales de Psicología*, 23(2), 177-184.
- Steinberg, L., Elman, J. D. & Mounts, N. S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development*, 60, 1424-1436.
- Sumalavía, M., & Almenara, C. (2018). Proceso de adaptación de padres y madres de hijos diagnosticados dentro del trastorno del espectro autista. *Perspectiva de Familia*, 3, 25-44.
- Tanta-Luyo, A. Y., Quispe, M., Serpa, A., & Ardiles, D. E. (2019). Diseño y validación de la escala de afrontamiento al estrés en padres de hijos con discapacidad. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(2), 265-286.
- Tirapu-Ustárrroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M., & Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología*, 44(8), 479-489.
- Valdizán, J. R. (2008). Funciones cognitivas y redes neuronales del cerebro autista. *Revista de Neurología*, 46(1), 65-68.
- Vásquez, J., Fera, M., Palacios, L., & Peña, F. (2010a). *Guía Clínica para el Trastorno Negativista Desafiante*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Vásquez, J., Fera, M., Palacios, L., & De la Peña, F. (2010b). *Guía Clínica para el Trastorno Disocial*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Ventura, M., Carrillo, J., Vargas, P., Orlando, R., Vicente, Q., & Chesta, S. A. (2019). Funciones ejecutivas en padres de niños con trastorno del espectro autista del Centro Comunitario de Salud Mental. CECOSAM Temuco. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 13(3), 48-62. <http://dx.doi.org/10.7714/CNPS/13.3.204>
- Villanueva-Bonilla, C., Bonilla-Santos, J., Arana-Guzmán, F., Ninco-Cuenca, I., & Quintero-Lozano, A. (2016). Efectos de un programa piloto de desarrollo cognitivo "teoría de la mente" en tres niños con autismo: componente emocional. *Revista de Neurología*, 62(2), 267-272.
- Williams, G., Pérez-González, L. A., Marilac, J., Meléndez-Suárez, S. (2005). Cómo enseñar a niños con autismo a hacer preguntas funcionalmente relevantes: una réplica sistemática. *Psicothema*, 17(4), 597-600.