

AUTOEFICACIA PARENTAL EN PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA¹

Parental self-efficacy in parents of children with autism spectrum disorders (ASD)

Violeta Adlai Hernández-Martínez* y María Luisa Rascón-Gasca**

*Universidad Nacional Autónoma de México²

**Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz³

Citación: Hernández M., V.A. y Rascón G., M.L. (2020). Autoeficacia parental en padres de niños con trastornos del espectro autista. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(1), 149-158.

Artículo recibido el 21 de mayo y aceptado el 2 de septiembre de 2019.

DOI: <https://doi.org/10.62364/x9tpkk46>

RESUMEN

La autoeficacia parental, definida como la autopercepción de ser competentes como padres, está asociada con el bienestar psicológico de las familias. Este estudio tuvo como objetivo evaluar una intervención psicoeducativa para aumentar la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada, en padres de niños con trastornos del espectro autista. Se realizó un diseño de preprueba-posprueba con un solo grupo. Participaron nueve padres de niños menores de cuatro años. Los resultados del estudio indicaron cambios significativos en el grupo de intervención, ya que aumentó la autoeficacia parental y disminuyó el estrés percibido. Se analizan los resultados de cada participante, encontrándose los mayores beneficios de la intervención en los padres de niños cuyos síntomas eran severos.

Indicadores: *Trastornos del espectro autista; Autoeficacia parental; Estrés percibido; Intervención psicoeducativa.*

ABSTRACT

Parental self-efficacy is defined as the self-perception of being competent as a father or mother. It is associated with psychological well-being for families. The objective of this study was to evaluate a psycho-educational intervention for increasing parental self-efficacy in the management of externalized behavior problems in parents of children with autism spectrum disorders. A pretest-post-test design was made with a single group. Nine parents of children under four years participated. The results of the study indicated significant changes in the intervention group, since parental self-efficacy increased and perceived stress decreased. The

¹ Este estudio es parte de la tesis doctoral en Psicología de la primera autora, en la Universidad Nacional Autónoma de México. Se agradece a la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), ya que el presente trabajo fue posible gracias a la beca número 403672 otorgada al primer autor del presente artículo, con registro de becario: 202629, durante sus estudios doctorales.

² Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Coyoacán, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, tel. (55)36-65-58-07, correo electrónico: vyolet7@gmail.com.

³ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Calzada México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370 Ciudad de México, México, tel. (55)41-60-51-56, correo electrónico: rascong@imp.edu.mx.

results of each participant were analyzed, finding greater benefits of the intervention in parents of children whose symptoms were severe.

Keywords: *Autism spectrum disorders; Parental self-efficacy; Perceived stress; Psycho-educational intervention.*

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del espectro autista (TEA en lo sucesivo) son una serie de desórdenes del neurodesarrollo que pueden detectarse a edades muy tempranas. Estos síndromes son heterogéneos y se caracterizan por un amplio rango de déficits en la comunicación social, así como por comportamientos restringidos y repetitivos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) que ocasionan notorias limitaciones en la autonomía personal y que son una importante causa de estrés familiar. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), en Estados Unidos y en otros países la prevalencia de estos trastornos es de aproximadamente 1% de la población.

Algunos autores proponen que el estrés percibido en los padres de niños con TEA se relaciona con las conductas desafiantes de sus hijos, en especial los problemas externalizados de conducta que surgen en muchos casos (Sadock, Sadock y Ruiz, 2015). Se ha observado que mientras mayor es la autoeficacia parental para manejar los problemas de conducta de los hijos, menor es el estrés percibido (Hastings y Brown, 2002; Yorke et al., 2018). Cabe recordar que el concepto de *autoeficacia* proviene de la teoría cognitivo-social de Bandura (1997) e implica el propio juicio acerca de la capacidad personal para realizar una tarea. La autoeficacia parental se refiere a las creencias

personales sobre la propia capacidad de ser un “buen padre”, esto es, creer en las habilidades que se poseen para llevar a cabo el rol parental, lo que incluye tener expectativas realistas y la autopercepción de ser competente como padre o madre (Kendall y Bloomfield, 2005). Otros autores la conceptúan como las creencias de los padres acerca de sus habilidades para influir en sus hijos de una forma tal que estos logren un desarrollo positivo (Glatz y Buchanan, 2015). La autoeficacia parental, como variable de interés en los estudios con población de padres de niños con TEA, ha tenido diversas definiciones. Se le ha considerado sinónimo de satisfacción y sentido de competencia parental en general (Giallo, Wood, Jellet y Porter, 2013), asimismo, como sentido de competencia en la aplicación de conocimientos particulares sobre los TEA y tareas parentales particulares para niños con esta condición (May, Fletcher, Dempsey y Newman, 2015).

En el presente estudio se ha asumido la autoeficacia parental como un sentido de competencia en una tarea específica, es decir, el manejo de los problemas de la conducta externalizada, toda vez que, como ya se mencionó, generan estrés y ansiedad en los padres (Hastings y Brown, 2002; Rosenblum-Fishman, 2013).

Por la relevancia de la autoeficacia parental para manejar los problemas de conducta externalizada en niños con TEA, se han propuesto intervenciones psicoeducativas para aumentarla. Un ejemplo de tales programas es el diseñado por el doctor Philip R. Zelazo (1997), de la Universidad de McGill, en Montreal, Canadá. El programa incluye psicoeducación individual, cuyo objetivo es que los padres aprendan a manejar adecuadamente determinadas técnicas conductuales con su hijo autista, de modo tal que se vuelvan expertos en el control de la conducta del niño y estimulen su desarrollo. Los padres con sus hijos participan en sesiones

estructuradas que van aumentando de dificultad conforme el niño comprende las instrucciones del padre y mejora sus habilidades. Los padres que han participado en este programa reportan disminución del estrés e incremento de la autoeficacia parental (Zelazo, 1997).

Otros ejemplos de intervenciones que se mencionan en la literatura, destinadas a aumentar la autoeficacia parental en el manejo de los problemas de conducta externalizada, se refieren a cursos psicoeducativos grupales (Sofronoff y Farbotko, 2002) o a una combinación de las modalidades individual y grupal (Whittingham, Sofronoff, Sheffield y Sanders, 2009).

Los programas reportados parecen efectivos para aumentar la autoeficacia parental; sin embargo, hay aspectos que aún deben ser analizados; por ejemplo, algunos muestran ser más efectivos para las madres que para los padres (Sofronoff y Farbotko, 2002); otros están pensados para una población con un amplio rango de edades de los menores (Sofronoff y Farbotko, 2002; Tellegen y Sanders, 2014; Whittingham et al., 2009), lo que deja de lado ciertas cuestiones relativas al desarrollo que habría que tomar en cuenta, ya que en muchos casos los programas tienen pocas sesiones (de dos a seis) que no parecen ser percibidas por los padres como suficientes (McAleese, Lavery y Dyer, 2015).

Respecto a la estructura de las intervenciones psicoeducativas, tanto las sesiones individuales como las grupales parecen convenientes. Las individuales ayudan a afianzar habilidades en casos específicos (Feldman y Werner, 2002), en tanto que las grupales proveen un sentido de compañerismo entre los padres (McAleese et al., 2015).

Los programas psicoeducativos suelen centrarse en brindar conocimientos y estrategias para manejar las conductas de los niños; no obstante, hay un aspecto muy importante del que carecen algunos

programas: el manejo de aspectos emocionales del padre.

La autoeficacia tiene que ver con los estados somáticos y emocionales que se experimentan en el día a día al realizar una tarea, en este caso, desempeñar el rol parental (Bandura, 1997), por tanto, el manejo de sus propias emociones, así como el de la excitabilidad del niño, es algo que el padre debe ejercitar (Martos y Llorente, 2013).

En México, aunque hay diferentes propuestas de intervenciones psicoeducativas para padres de niños con TEA, no se han publicado los resultados de intervenciones que afecten específicamente la autoeficacia parental al manejar los problemas de conducta externalizada, por consiguiente, se consideró oportuno evaluar una propuesta de intervención destinada a padres de niños menores de cuatro años de edad. Se trabajó con padres de niños en estas edades, porque dicha población puede padecer más dificultades emocionales al tener dudas respecto al diagnóstico, además de menor experiencia en el tratamiento de sus hijos (Duarte, Bordin, Yazigi y Mooney, 2005; Kuhn y Carter, 2006; O'Brien, 2007).

A continuación, se presenta el desarrollo y resultados de una intervención psicoeducativa basada en un diseño pre-experimental de preprueba-posprueba con un grupo piloto (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

MÉTODO

Participantes

La selección de los participantes se llevó a cabo mediante un muestreo por oportunidad, no probabilístico, ya que se trataba de padres de niños menores de cuatro años sin comorbilidad con otro trastorno (a excepción de discapacidad intelectual). Los participantes eran también cuidadores

primarios y no habían participado antes en un programa psicoeducativo formal. Estos padres habían recibido el diagnóstico de TEA de sus hijos por parte del personal del Centro Integral de Salud Mental (Cisame), perteneciente a la Secretaría de Salud, entre los meses de junio y julio de 2017.

Inicialmente, se invitó a doce padres a participar en el estudio, de los cuales dos desertaron en la segunda sesión y uno no completó todos los cuestionarios, por lo que finalmente fueron solo nueve los participantes, cuyas características se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de cada participante del grupo de intervención (N = 9).

Participantes	Edad	Sexo	Escolaridad	Estado civil	Ocupación	Edad del hijo diagnosticado (años)	Diagnóstico del niño
Participante 1	22	Mujer	Preparatoria	Separada	Estudiante	4	TEA (síntomas moderados o intermedios)
Participante 2	39	Mujer	Carrera técnica	Soltera	Mesera	2	TEA (síntomas moderados o intermedios)
Participante 3	22	Mujer	Preparatoria	Soltera	Estudiante	4	TEA (síntomas moderados o intermedios)
Participante 4	33	Mujer	Preparatoria	Unión libre	Hogar	4	TEA (síntomas moderados o intermedios)
Participante 5	42	Mujer	Preparatoria Trunca	Unión libre	Empleada doméstica	4	TEA (síntomas severos)
Participante 6	38	Hombre	Licenciatura trunca	Casado	Empleado	2	TEA (síntomas moderados o intermedios)
Participante 7	37	Mujer	Carrera técnica	Casada	Empleada	4	TEA (síntomas leves)
Participante 8	26	Mujer	Universidad	Soltera	Hogar	4	TEA (síntomas moderados o intermedios)
Participante 9	39	Mujer	Primaria	Soltera	Empleada doméstica	4	TEA (síntomas leves)

Escenario

El estudio se realizó en las instalaciones del Cisame, cuyo salón destinado para la intervención psicoeducativa tenía las condiciones óptimas para las sesiones grupales e individuales. Dentro había una mesa y sillas para los participantes, así como el equipo necesario para la proyección de diapositivas y otras herramientas (pizarrón, marcadores, etcétera).

Instrumentos

Cuestionario de variables sociodemográficas

Previamente construido para este estudio. Respecto a los padres, indaga el sexo, edad, escolaridad, estado civil y ocupación. En cuanto al niño diagnosticado con TEA cuestiona sexo, edad y escolaridad.

Cuestionario de autoeficacia parental al enfrentar problemas de conducta externalizada

También elaborado para este estudio, está integrado por nueve reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta. El proceso de validación psicométrica se realizó previamente con 127 participantes, obteniéndose un coeficiente alfa de Cronbach de .88. Una puntuación alta indica un buen manejo de las emociones y una considerable sensación de confianza al afrontar los problemas de la conducta externalizada de los menores.

Escala de Estrés Percibido 10

(Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983)

La validación psicométrica para aplicar la escala en adultos mexicanos fue hecha por Velasco (2017), quien hizo la adaptación del lenguaje. El coeficiente alfa de Cronbach para la escala revisada en adultos mexicanos fue de .82. Está integrada por diez reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta. Contiene dos subescalas: Estrés y Afrontamiento. Para fines de este estudio únicamente se usó la subescala de estrés, que cuenta con cinco reactivos. Una puntuación alta en dicha subescala indica un mayor nivel de estrés percibido.

Cuestionario de evaluación del curso

Consistió en 23 reactivos que estiman la satisfacción con el curso recibido. El cuestionario evalúa las sesiones individuales y grupales, y toma en cuenta los contenidos, estructura y condiciones de las sesiones, así como los materiales utilizados. Un mayor puntaje indica mayor satisfacción con el curso recibido.

Materiales

Se utilizó un cuadernillo que presentaba un resumen del contenido de cada sesión

grupal, preguntas para reflexionar y tareas de casa, así como ejercicios y actividades para llevar a cabo con los hijos.

Procedimiento

Tras presentar a las autoridades de la Clínica de Autismo del Cisame los propósitos de este estudio, el diseño y demás aspectos metodológicos, así como el formato de consentimiento informado, éstas consideraron que se cumplían los requisitos éticos correspondientes.

Los participantes fueron referidos por parte del personal del área de valoración y diagnóstico de la Clínica de Autismo. A cada participante se le explicó la importancia del estudio y se le pidió firmar una hoja de consentimiento informado. Antes de iniciar la intervención psicoeducativa se hizo una primera medición con los instrumentos descritos.

La intervención psicoeducativa consistió en asistir a diez sesiones semanales: cinco grupales y cinco individuales. En las sesiones grupales se trataron temas como: “¿qué es la autoeficacia parental?”, “¿qué son los TEA?”, “¿cuáles son los problemas de conducta externalizada que pueden presentar niños con TEA y cómo se explican desde un punto de vista sistémico?”, “¿qué técnicas conductuales pueden usarse para disminuir estos problemas?” y “técnicas de relajación para padres e hijos”. En cada sesión grupal se entregó un resumen del contenido teórico de la sesión, de forma que se integró un cuadernillo del curso. Al finalizar las cinco sesiones grupales comenzaron las individuales, a las que cada padre asistía con su hijo diagnosticado con TEA. El padre o madre realizaba trabajo con su hijo por doce minutos, en los que se efectuaban cuatro actividades: dos fáciles y dos difíciles. Se sugería a los padres aplicar técnicas de relajación para sí mismos y para sus hijos, cuando fuera necesario, así como emplear técnicas conductuales

para lograr que el niño siguiera sus instrucciones. Al finalizar el tiempo de trabajo padre-hijo, había un intercambio de ideas entre el padre y el facilitador, y se hacían sugerencias para las sesiones subsecuentes. Cabe mencionar que se le pedía al padre hacer diariamente ese trabajo en su hogar. Al finalizar las cinco sesiones individuales se aplicaron por segunda vez los instrumentos.

Después de procesar los puntajes de los instrumentos, antes y después de la intervención, se procedió al análisis de los datos usando el paquete estadístico IBM SPSS, versión 23. Se efectuaron los análisis comparativos de los puntajes, antes y después de la intervención en el grupo; además se practicó un análisis individual para saber qué participantes habían sido beneficiados por la intervención.

RESULTADOS

Para cumplir con el objetivo de conocer si había cambios en las variables de autoeficacia parental y estrés percibido, antes y después de la intervención, en el grupo

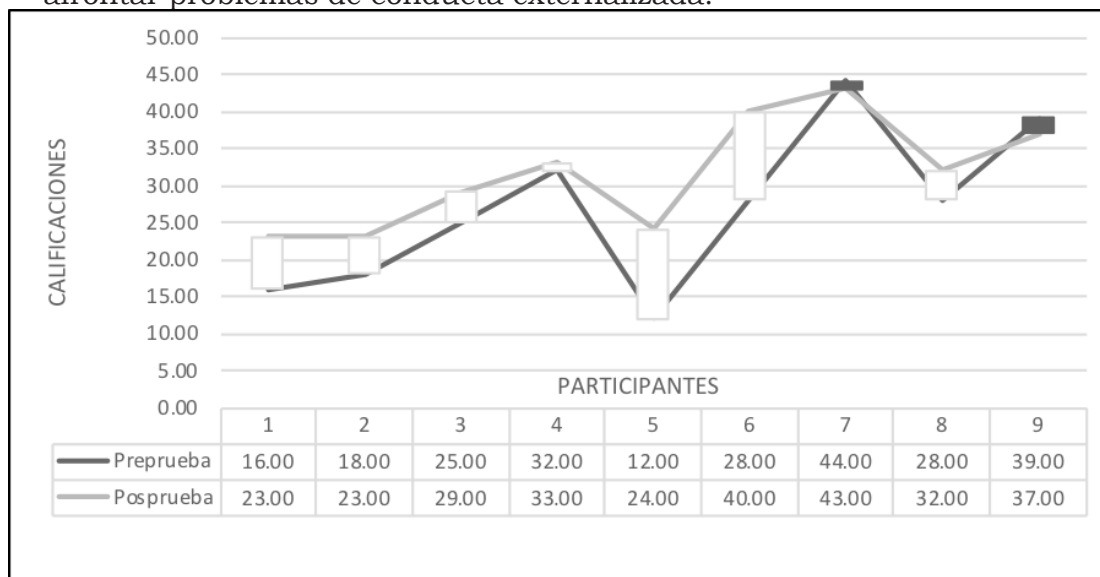
de intervención se realizó un análisis de comparación preprueba-posprueba, con la prueba de Wilcoxon.

Como se observa en la Figura 1, al comparar la preprueba y la posprueba se hallaron cambios estadísticamente significativos en el Cuestionario de Autoeficacia Parental, sobre todo al afrontar problemas de conducta externalizada, toda vez que la mediana ascendió de 12 en la primera medición a 32 en la segunda ($z = -2.138, p < .05$).

En cuanto al estrés percibido, también hubo cambios significativos entre las mediciones efectuadas, antes y después de implementar la intervención psicoeducativa; se reportó disminución del estrés percibido, traducido en una mediana de 10 en la primera medición a 7 en la segunda ($z = -2.106, p < .05$).

Se realizó el análisis de cada participante para conocer sus características y los cambios que cada uno tuvo en las puntuaciones de los instrumentos. En la Figura 1 se muestran las calificaciones de cada participante en la preprueba y la posprueba de autoeficacia parental.

Figura 1. Calificaciones de cada participante en el Cuestionario de Autoeficacia Parental al afrontar problemas de conducta externalizada.

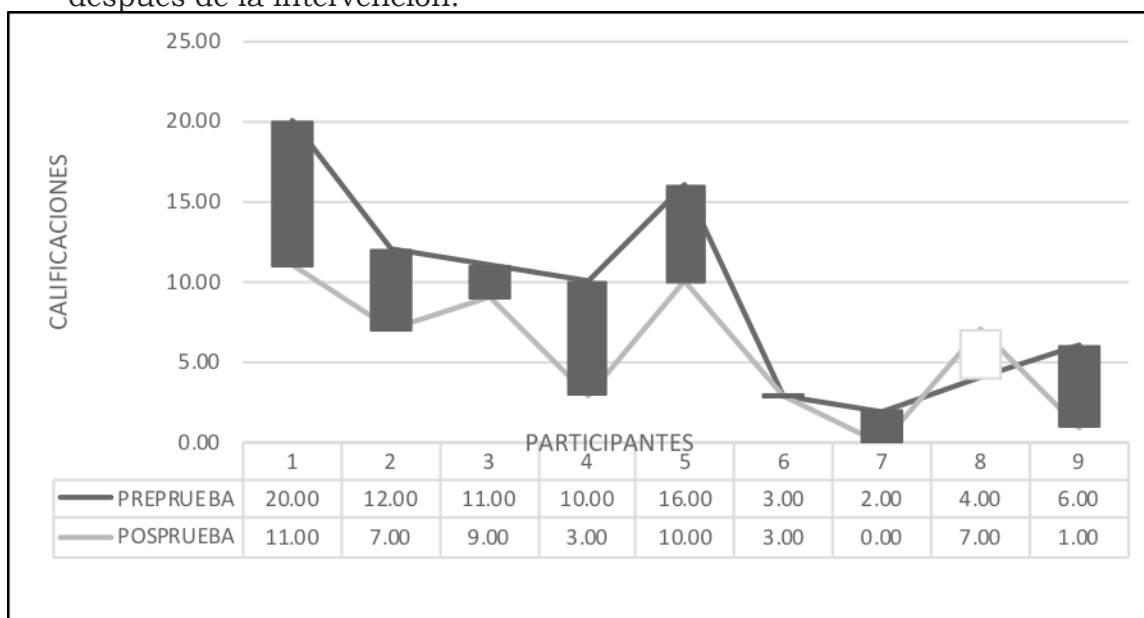


Nota: Los rectángulos blancos representan la magnitud del aumento entre las calificaciones iniciales y finales, y los negros su disminución.

En dicha gráfica puede notarse que quienes tuvieron mayor incremento en el puntaje de este cuestionario fueron la madre número 5 y el padre número 6, mientras que las madres números 7 y 9 disminuyeron los puntajes en la posprueba; fue curioso que los participantes 5 y 6 tenían hijas cuyo diagnóstico era TEA con intensidad severa y moderada, respectivamente, mientras que las participantes 7 y 9 fueron las únicas del grupo con un diagnóstico de sus hijos de TEA con intensidad leve de los síntomas.

En la Figura 2 se muestran las calificaciones de los participantes en la preprueba y la posprueba del Cuestionario de Estrés Percibido. Puede observarse que quienes más disminuyeron el estrés percibido fueron los participantes 1, 4 y 5, mientras que el participante número 6 no mostró cambios, y la madre número 8 aumentó su estrés. La característica de la madre número 8 respecto a los otros padres fue su alta escolaridad.

Figura 2. Calificaciones de cada participante en el Cuestionario de Estrés Percibido, antes y después de la intervención.



Nota: Los rectángulos negros representan disminución entre las calificaciones iniciales y finales; el rectángulo blanco muestra un incremento del estrés percibido en la participante 8 y la línea horizontal del participante 6 representa que no hubo cambios.

Evaluación de los participantes sobre el curso psicoeducativo

El puntaje total mínimo posible del cuestionario de evaluación del curso era cero y el máximo 87. En el grupo de intervención, el puntaje mínimo fue de 71 y el máximo de 87, lo que indica que las puntuaciones de los participantes fueron en general favorables ($M = 82$, $D.E. = 5.38$); sin embargo, al analizar a cada participante se observó el deseo de aumentar el número de sesiones grupales e indivi-

duales, y también que las sesiones individuales (en la cuales interactuaban padre-hijo) les parecieron difíciles.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar la autoeficacia parental en el manejo de problemas de conducta externalizada en un grupo de padres de niños con TEA, así como los cambios en esta variable debidos

a una intervención psicoeducativa. Se encontró que dicha intervención afectó la autoeficacia parental y el estrés percibido en el grupo intervenido. Estos hallazgos corroboran lo que otros autores han encontrado respecto a que las intervenciones psicoeducativas logran cambios en ciertos aspectos cognitivos de los padres, tales como la autoeficacia parental (McAleese et al., 2015).

Pese a ello, fue notorio que quienes mostraron más cambios en la autoeficacia parental fueron aquellos padres de niños con diagnósticos severos y moderados. Probablemente esto se deba a que el curso contenía información más aplicable a niños con necesidades de apoyo mayores. Para próximos estudios se puede sugerir que, además de agrupar a los padres tomando en cuenta la edad de los hijos, se tome en cuenta también el diagnóstico (nivel de intensidad de los síntomas) para diferenciar los contenidos y la dinámica de las sesiones.

En el grupo de intervención pudo corroborarse la relación entre la autoeficacia parental –específicamente en el manejo de problemas de conducta externalizada– y el estrés percibido (Roseblum-Fishman, 2013). Pese a ello, al analizar de forma individual los resultados fue interesante hallar que una de las participantes (la número 8), si bien aumentó su autoeficacia parental también lo hizo su estrés percibido, y otro participante (el número 6) no mostró cambios. Una probable explicación a lo ocurrido es que, aunque la autoeficacia contribuye en la explicación del estrés percibido de los padres, hay más cuestiones implicadas en este fenómeno; por ejemplo, el estrés podría adjudicarse a la crítica social que estos padres experimentan al intentar controlar las conductas externalizadas de sus hijos (Yáñez, 2017), o a la fatiga que ya sufren por afrontar las conductas de los hijos (Giallo et al., 2013), entre muchos otros factores. Cabe resaltar que

la participante que aumentó su estrés percibido era también la de escolaridad más alta, lo que podría estar relacionado a que tenía mayor conocimiento de la complejidad del diagnóstico de su hijo.

Es importante señalar que dos participantes disminuyeron ligeramente sus puntuaciones de autoeficacia parental después de la intervención. Estas madres habían puntuado muy alto en la autoeficacia parental en la preprueba, hallazgo que debe reflexionarse desde diferentes aspectos. En primer lugar, que la autoeficacia parental no siempre se relaciona con conocimientos certeros acerca de la tarea en cuestión (Kuhn y Carter, 2006), ya que hay muchos padres que se perciben a sí mismos como autoeficaces, pero que luego pueden percatarse a través de la psicoeducación que necesitan mayores conocimientos en ciertos aspectos que habían pasado por alto antes. En segundo lugar, que la deseabilidad social pudo haber desempeñado un papel significativo en la primera evaluación (Botana y Peralbo, 2014), ya que los padres pudieron evaluarse muy favorablemente al inicio para ofrecer una buena imagen de sí mismos, y luego, al finalizar el estudio, hicieron una evaluación más sincera y realista. En tercer lugar, que los sentimientos de culpa pudieron influir en la evaluación inicial (Yáñez, 2017), ya que muchos padres evitan decir que la conducta de sus hijos implica una serie de factores estresantes y difíciles, los cuales, al enfrentarse a situaciones reales, deben aceptarse.

En la evaluación general del curso se reporta una opinión favorable de la mayoría de los participantes respecto al contenido, estructura y utilidad del curso; aun así, se presentaron inconformidades, expresadas como: la necesidad de que hubiera mayor número de sesiones y la dificultad que entrañan las sesiones individuales, lo cual ya había sido mencionado por McAleese et al. (2015). Se acla-

ra que la extensión de esta intervención buscaba abordar temas básicos y atender las necesidades individuales solo a manera de introducción, en virtud de que estos padres requieren continuar el tratamiento con sus hijos bajo la supervisión de un profesional o un conjunto de profesionales (Bromley, Hare, Davison y Emerson, 2004). Por otro lado, las sesiones individuales fueron percibidas por los participantes como difíciles, probablemente porque implicaban el manejo de los problemas de conducta de los niños “en vivo”; sin embargo, esta forma de trabajo se basó en la terapia conductual y

del desarrollo de Zelazo (1997), que provoca al padre para afrontar los problemas de conducta y aprender a resolverlos.

Por último, es importante discutir el diseño que se utilizó, el cual tiene como limitación la ausencia de un grupo control. Se propone efectuar un estudio con mayor cantidad de participantes y con un grupo control, a fin de obtener más evidencias sobre la utilidad de esta intervención. Empero, el presente estudio preliminar indica que la aplicación de la intervención psicoeducativa puede aumentar autoeficacia parental.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). México: Editorial Médica Panamericana.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Botana, I. y Peralbo, M. (2014). Family, stress and early care attention. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 1(1), 55-63. doi: 10.17979/reipe.2014.1.1.23.
- Bromley, J., Hare, D., Davison K. y Emerson, E. (2004). Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: Social support, mental health status and satisfaction with services. *Autism: the International Journal of Research and Practice*, 8, 409-423.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396. doi: 10.2307/2136404.
- Duarte, C.S., Bordin, I., Yazigi, L. y Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism: the International Journal of Research and Practice*, 9(4), 416-427. doi: 10.1177/1362361305056081.
- Feldman, M.A. y Werner, S.E. (2002). Collateral effects of behavioral parent training on families of children with developmental disabilities and behavior disorders. *Behavioral Interventions*, 17, 75-83.
- Giallo, R., Wood, C.E., Jellett, R. y Porter, R. (2013). Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Autism*, 17(4), 465-480. doi: 10.1177/1362361311416830.
- Glatz, T. y Buchanan, W. (2015). Over-time associations among parental self-efficacy, promote parenting practices, and adolescents' externalizing behaviors. *Journal of Family Psychology*, 29(3), 427-437.
- Hastings, R.P. y Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal of Mental Retardation*, 107(3), 222-232. doi: 10.1352/0895-8017(2002)107<0222:BPOCWA>2.0.CO;2.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

- Kendall, S. y Bloomfield, L. (2005). Developing and validating a tool to measure parenting self-efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2), 174-181.
- Kuhn, J.C. y Carter, A.S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 564-575. doi: 10.1037/0002-9432.76.4.564.
- Martos, J. y Llorente, M. (2013). Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Revista de Neurología*, 57(1), 185-191.
- May, C., Fletcher, R., Dempsey, I. y Newman, L. (2015). Modeling relations among coparenting quality, autism-specific parenting self-efficacy, and parenting stress in mother and fathers of children with ASD. *Parenting: Science and Practice*, 15(2), 119-133. doi: 10.1080/15295192.2015.1020145.
- McAleese, A., Lavery, C. y Dyer, K.F.W. (2015). Evaluating a psychoeducational, therapeutic group for parents of children with autism spectrum disorder. *Child Care in Practice*, 20(2), 162-181. doi: 10.1080/13575279.2013.820171.
- O'Brien, M. (2007). Ambiguous loss in families of children with autism spectrum disorders. *Family Relations*, 56, 135-146.
- Rosenblum-Fishman, S.D. (2013). *Maternal self-efficacy and perceived stigma among mothers of children with ASD, ADHD and typically developing children*. Unpublished doctoral dissertation, Clinical psychology Program. Boston: University of Massachusetts.
- Sadock, J.M., Sadock, V.A. y Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (11th ed.). New York: Wolters Kluwe.
- Sofronoff, K. y Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism*, 6(3), 271-286. doi: 10.1177/1362361302006003005.
- Tellegen, C.L. y Sanders, M.R. (2014). A randomized controlled trial evaluating a brief parenting program with children with autism spectrum disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1193-1200. doi: 10.1037/a0037246.
- Velasco A., E. (2017). *Estrés en la vivienda*. Tesis doctoral inédita. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J. y Sanders, M.R. (2009). Stepping stones triple P: An RCT of a parenting program with parents of a child diagnosed with an autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 469-480. doi: 10.1007/s10802-008-9285-x.
- Yáñez, V. (2017). *Habilidades de afrontamiento en los padres y madres de niños y niñas con trastornos del espectro autista: hacia una visión integradora*. Tesis doctoral inédita. Córdoba (España): Universidad de Córdoba.
- Yorke, I., White, P., Weston, A., Rafla, M., Charman, T. y Simonoff, E. (2018). The association between emotional and behavioral problems in children with autism spectrum disorder and psychological distress in their parents: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(10), 3393-3415. doi: 10.1007/s10803-018-3605-y.
- Zelazo P., R. (1997). Infant-toddler information processing and assessment for children with pervasive developmental disorder and autism: Part I (Monograph). *Infants and Young Children*, 10, 1-14. doi:10.1097/00001163-199710000-00004.